

# LEVEVILKÅR MED ÆTTELSE

HVERDAGSLIV, SAMLIV,  
PENSJONSÆTTELSE





13:26

# HVERDAGSLIV OG LEVEVILKÅR FOR MENNESKER MED FUNKTIONSNEDSÆTTELSE

EN ANALYSE AF SAMMENHÆNGE MELLEML HVERDAGSLIV,  
SAMLIV, UDSATHED OG TYPE OG GRAD AF  
FUNKTIONSNEDSÆTTELSE

MALENE DAMGAARD  
TINNE STEFFENSEN  
STEEN BENGTTSSON

KØBENHAVN 2013

SFI – DET NATIONALE FORSKNINGSCENTER FOR VELFÆRD

## HVERDAGSLIV OG LEVEVILKÅR FOR MENNESKER MED FUNKTIONSNEDSÆTTELSE

Afdelingsleder: Kræn Blume Jensen

Afdelingen for socialpolitik og velfærdsydelse

Undersøgelsens følgegruppe:

Jeppe Sørensen, DH

Rigmor Lond, KL

Åse Brandt, Socialstyrelsen

Agnete Neidel, Socialstyrelsen

ISSN: 1396-1810

ISBN: 978-87-7119-189-9

e-ISBN: 978-87-7119-190-5

Layout: Hedda Bank

Forsidefoto: SXC

Oplag: 300

Tryk: Rosendahls – Schultz Grafisk A/S

© 2013 SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd

SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd

Herluf Trolles Gade 11

1052 København K

Tlf. 33 48 08 00

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

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

SFI's publikationer kan frit citeres med tydelig angivelse af kilden.

Skrifter, der omtaler, anmelder, henviser til eller gengiver SFI's publikationer, bedes sendt til centret.

# INDHOLD

	<b>FORORD</b>	<b>7</b>
	<b>RESUMÉ</b>	<b>9</b>
<b>1</b>	<b>HOVEDRESULTATER</b>	<b>15</b>
	Indledning	15
	Det empiriske mål	16
	Rapportens resultater	16
<b>2</b>	<b>ET OVERBLIK – UNDERSØGELSENS METODE, DATA OG ANALYSE</b>	<b>23</b>
	Baggrund	23
	Undersøgelses formål	24
	Data og metode	25
	SHILD og tidligere undersøgelser	27
	Analysestrategi	29

<b>3</b>	<b>FUNKTIONSNEDSÆTTELSE – INTRODUKTION TIL ET BEGREB</b>	<b>33</b>
<b>4</b>	<b>DE SELVRAPPORTEREDE MÅL</b>	<b>39</b>
	Funktionsnedsættelse	41
	Besvær med daglige aktiviteter	46
	Selvrapporteret diagnose	51
	Opsummering	52
<b>5</b>	<b>REGISTERBASEREDE INFORMATIONER</b>	<b>55</b>
	Kontakt med psykiatrien	55
	Diagnoser	58
	Opsummering	59
<b>6</b>	<b>PROFILER</b>	<b>61</b>
	Helbreds faktorer	62
	Demografiske forhold	66
	Socioøkonomiske faktorer	69
	Opsummering	71
<b>7</b>	<b>SAMFUNDSLIV OG HVERDAGSLIV</b>	<b>73</b>
	Aktiviteter og fællesskaber	75
	Institutionaliserede aktiviteter og fællesskaber	77
	Delkonklusion på institutionaliserede fællesskaber	87
	Hverdagslige aktiviteter og fællesskaber	88
	Delkonklusion på hverdagslige aktiviteter og fællesskaber	93
	Individuelle aktiviteter	94
	Opsummering	99
<b>8</b>	<b>SAMLIV OG SEXLIV</b>	<b>101</b>

	At have en partner	103
	At finde en partner: forventninger til fremtiden	106
	Partnerportræt	110
	Seksualitet	113
	Opsummering	120
<b>9</b>	<b>DISKRIMINATION</b>	<b>121</b>
	Generel udsættelse for diskrimination	124
	Risiko for specifik diskrimination på baggrund af funktionsnedsættelse	127
	Synlighed af psykisk funktionsnedsættelse øger udsathed for generel diskrimination	129
	Synlighed øger udsathed for specifik diskrimination	131
	Kendskab og holdninger	132
	Opsummering	136
<b>10</b>	<b>VOLD</b>	<b>137</b>
	Voldstyper	138
	Personer med funktionsnedsættelse udsættes for vold	139
	Vold i nære relationer	144
	Kvinder, funktionsnedsættelse og vold	145
	Voldelige omgangsformer	148
	Opsummering	150
	<b>BILAG</b>	<b>153</b>
	Bilag 1 Metode	153
	Bilag 2 Bilag til kapitel 2	158
	Bilag 3 Bilag til kapitel 7	159
	Bilag 4 Bilag til kapitel 8	165
	Bilag 5 Bilag til kapitel 9	175
	Bilag 6 Bilag til kapitel 10	179

LITTERATUR	183
SFI-RAPPORTER SIDEN 2012	187



# FORORD

Denne rapport handler om sammenhængen mellem den danske befolknings mentale sundhed, funktionsevne og levevilkår, som de udtrykker sig i menneskers deltagelse i samfundslivet. Rapporten er baseret på spørgeskemadata samt registerudtræk på personer, der har deltaget i spørgeskemaundersøgelsen og giver et detaljeret indblik i, hvordan forholdene er i 2013. Det er sigtet at videreføre den som en panelundersøgelse med indsamling af data hvert fjerde år.

Undersøgelsen er gennemført af videnskabelig assistent Malene Damgaard og stud. soc. Tinne Steffensen. Desuden har forsker Miriam Wüst medvirket ved udarbejdelsen af spørgeskema, stud.scient.pol. Agnete Aslaug Kjær og stud.scient.pol. Line Mehlsen har bidraget med sparring, og hele projektet har været ledet af seniorforsker Steen Bengtsson. Der har været nedsat en følgegruppe til projektet med repræsentation af interessenter og en styregruppe med repræsentation af Socialministeriet og Socialstyrelsen. Rapporten har desuden været læst i udkast og kommenteret af professor Berth Danermark, Örebro, som vi takker for værdifulde kommentarer og ideer.

Undersøgelsen er bestilt af Social-, Børne og Integrationsministeriet og finansieret af satspuljemidler. SFI har det fulde ansvar for databehandlingen og analyserne, som denne rapport er baseret på.

København, oktober 2013

AGI CSONKA



# RESUMÉ

Formålet med denne undersøgelse er at give et billede af levevilkår og samfundsliv for mennesker med fysisk eller psykisk funktionsnedsættelse, således som de former sig i dagens samfund. Vi har stort set ingen evidensbaseret viden om, hvad der sikrer bedre muligheder for denne gruppe på trods af, at mange mennesker har meninger herom. Rapporten bidrager således med mere viden om målgruppen: personer med funktionsnedsættelse. Denne undersøgelse giver desuden et godt udgangspunkt for videre forskning og for at lave analyser om, hvad problematikken nærmere set består i, og den bidrager også med en forståelse af, hvordan det fremadrettede analysearbejde kan gribes an.

## RESULTATER

I rapporten undersøger vi, om der er sociale konsekvenser samt samfundsmæssige hindringer for deltagelse i samfundslivet for personer med forskellige grader og typer af funktionsnedsættelse i forhold til en gruppe personer uden samme funktionsnedsættelse. Formålet er dels at give en karakteristik af personer med funktionsnedsættelse og undersøge, hvordan det hænger sammen med forskellige deltagelsesformer, fællesskaber, samliv og forskelsbehandling og dels at belyse, hvilke forklaringer der ligger til grund for de fundne forskelle.

Godt 750.000 personer af den danske befolkning i alderen 16-64 år (svarende til 26 pct.) vurderer, at de har en fysisk funktionsnedsættelse og 250.000 personer (9 pct.) vurderer, at de har en psykisk funktionsnedsættelse. I alt er der 30 pct., som rapporterer en fysisk eller psykisk funktionsnedsættelse. Den anvendte indsamlings- og spørgeskemametode gør det ikke muligt at nå mennesker med svære kognitive og intellektuelle funktionsnedsættelser, som fx mennesker med udviklingshæmning, bortset fra et mindre antal. Disse grupper er derfor ikke fyldestgørende dækket af undersøgelsen.

Samfundsindretningen er barriereskabende for personer med funktionsnedsættelse, og resultaterne i rapporten peger på, at der generelt er hindringer for at deltage i samfundslivet og fællesskaber for personer med funktionsnedsættelse. Nogle af disse vanskeligheder kommer udefra, fx ved at mennesker med funktionsnedsættelser møder negative reaktioner fra andre mennesker. Andre af disse vanskeligheder kommer imidlertid indefra, idet samfund og kultur i dag er indrettet på en sådan måde, at mennesker med funktionsnedsættelse har vanskeligere ved intimitet og fortrolighed og derfor mangler en vigtig ressource. Erhvervelse og forværing af funktionsnedsættelse udvikles både samfundsmæssigt og kropsligt, hvilket gør begrebet dynamisk, og det er hermed vanskeligt at drage kausale slutninger. Funktionsnedsættelse kan således være med til at skabe hindringer i deltagelse, mens manglende deltagelse omvendt også kan forværre og udvikle funktionsnedsættelse.

Undersøgelsen viser, at der er forskelle mellem type og grad af funktionsnedsættelse og personernes helbredsprofil og socioøkonomiske forhold. Personer med *større* funktionsnedsættelse har en ringere helbredsprofil og ringere udsigt til en forbedret situation i forhold til mennesker med *mindre* funktionsnedsættelse.

- Personer med større fysisk funktionsnedsættelse vurderer generelt, at de har et ringe helbred, hvilket kan skyldes, at personer i denne gruppe ofte lider af smerter. Funktionsnedsættelsen hindrer især denne gruppe i basale fysiske aktiviteter i hverdagen, hvilket betyder, at den har en lav beskæftigelsesfrekvens.
- Personer med mindre fysisk funktionsnedsættelse er den gruppe, som er mindst hindret af deres funktionsnedsættelse.
- Personer med mindre psykisk funktionsnedsættelse er en relativt belastet gruppe, idet de samfundsmæssige konsekvenser i flere til-

fælde er næsten lige så store som konsekvenserne af en mere alvorlig sindslidelse. Gruppen består i høj grad af unge mennesker, og funktionsnedsættelsen hindrer dem i både fysiske og psykiske hverdagsaktiviteter, hvilket gør det vanskeligt for denne del af gruppen at komme videre i uddannelsessystemet og på arbejdsmarkedet.

- Personer med større psykisk funktionsnedsættelse vurderer generelt, at de ikke er tilfredse med deres liv, og funktionsnedsættelsen hindrer gruppen i både fysiske og psykiske hverdagsaktiviteter. Personer med større psykisk funktionsnedsættelse er derfor mere underrepræsenteret i uddannelsessystemet og på arbejdsmarkedet end personer med mindre eller uden psykisk funktionsnedsættelse.

Desuden viser undersøgelsen, at der er forskel på omfanget af forskellige typer af samfundsdeltagelse og hverdagslige aktiviteter blandt mennesker med forskellige grader og typer af funktionsnedsættelse. Vi finder, at personer med funktionsnedsættelse i lavere grad deltager og er mindre aktive i civilsamfundet og hverdagslige aktiviteter i forhold til personer uden funktionsnedsættelse. Forklaringerne på denne forskel afhænger dog af, hvilke rammer aktiviteterne forankres i.

At have en funktionsnedsættelse i en eller anden udstrækning er ikke i sig selv en barriere, når det drejer sig om institutionaliserede deltagerformer og aktiviteter, som foreningsliv, frivilligt arbejde og det at tilbringe tid med familien. Blandt hverdagslige aktiviteter, som er forankret i sociale fællesskaber – fx gå på cafe, gå i biografen, tilbringe tid med venner – er det i højere grad en hindring at have nedsat funktionsevne. Et centralt fund er dog, at deltager personer i én aktivitet, øges sandsynligheden for også at deltage i en anden, og her er beskæftigelse af stor betydning. For alle typer aktiviteter finder vi imidlertid indirekte virkende barrierer for mennesker med funktionsnedsættelse. De består typisk i, at mennesker med førtidspension har en lavere deltagelse end mennesker i beskæftigelse, og vi ved, at personer med førtidspension ofte har en funktionsnedsættelse.

Rapporten ser endvidere på forhold, som for mange mennesker inspirerer til deltagelse – parforhold, at have nære fortrolige, sexliv – og forhold, som for de fleste mennesker vil modvirke deltagelse – udsættelse for diskrimination og vold. Samfundsindretningen og kulturen i Danmark medfører, at mennesker med funktionsnedsættelse har vanskeligere

ved fortrolighed og intimitet og oftere møder negative reaktioner fra andre.

## PESPEKTIVER

Undersøgelsen her giver i højere grad end tidligere undersøgelser et solidt grundlag for at belyse forskelle og sammenhænge mellem personer med funktionsnedsættelse og levevilkår ud fra kvantitative data. Undersøgelsen er omfattende, og samtidig skræbes der kun i overfladen af den viden, vi bør have, og som vi med tiden kan få om konsekvenser af en funktionsnedsættelse i samfundet i dag. Mekanismer i samfundet lader sig kun vanskeligt identificere og forstå. Rammen for undersøgelsen er baseret på International Classification of Function (ICF), som er en beskrivelse af funktionsevnenedsættelse og beskriver vigtigheden af at have fokus på samspil mellem en persons kropsniveau, aktivitetsbegrænsning og deltagelsesbegrænsning i en undersøgelse som denne.

Denne undersøgelse viser, at funktionsnedsættelsen kommer til udtryk på en hindrende måde både i private, fællesskabsorienterede og samfundsmæssige rammer, og ofte er disse arealer tæt forbundne. Det betyder, at barrierer i én sfære også let fører til barrierer i en anden sfære. Vi kan dog ikke med datagrundlaget for denne undersøgelse pege præcist på, hvad barriererne indebærer, og om de er samfundsskabte eller er baseret på en manglende lyst og interesse fra personens side. Desuden er det også vigtigt at forholde sig til det faktum, at manglende deltagelse i hverdagslivet også påvirker funktionsnedsættelse i negativ retning, hvilket gør det umuligt at drage kausale konklusioner på baggrund af denne undersøgelse.

I forlængelse heraf peger undersøgelsens resultater på både direkte og indirekte virkninger af, at en person har en funktionsnedsættelse. Vores fortolkning af resultaterne peger bl.a. på den betydning, som modtagelsen af førtidspension har for en lang række forhold, fx inklusion på arbejdsmarkedet, diskrimination og vanskelighed ved at finde en partner. Omfanget af diskrimination hænger således ikke blot sammen med, om personen har en større eller mindre fysisk eller psykisk funktionsnedsættelse, men også om personen modtager førtidspension. Det betyder imidlertid ikke, at vi kan reducere diskriminationen ved at afskaffe førtidspensionen.

Der er en stigende opmærksomhed på vold og diskrimination af udsatte grupper, og det er her vigtigt ikke at opfatte denne tendens som

voksende problemer. Rapporten viser, at især personer med psykisk funktionsnedsættelse oplever negativ forskelsbehandling, diskrimination og vold. Meget tyder dog også på, at omfanget af negative reaktioner er faldende. Således finder vi i andre undersøgelser, at accepten af mennesker med funktionsnedsættelse som arbejdskolleger er stigende.

Dermed er rapportens mest centrale bidrag at fastholde opmærksomheden på et marginaliseret felt, som på mange måder har stor samfundsmæssig betydning. Samtidig har undersøgelsen givet et omfattende materiale, som sammen med administrative registeroplysninger giver mange muligheder for at gå videre med analyser og uddybe forståelsen af forholdene for mennesker med funktionsnedsættelse.

## GRUNDLAG

Datagrundlaget består af følgende:

- Spørgeskemaundersøgelse for en repræsentativ stikprøve på personer i den danske befolkning mellem 16 og 64 år. Undersøgelsen hedder SHILD - Survey of Health, Impairment and Living Conditions in Denmark. I alt 19.000 respondenter.
- Registerdata for samtlige personer, der har været udtrukket til SHILD, dækkende perioden 1980 til 2012. Registerdata omfatter i alt 34.000 personer i Danmark.





# HOVEDRESULTATER

## INDLEDNING

Emnet for denne rapport er at undersøge sammenhænge mellem funktionsnedsættelse og levevilkår. Levevilkår består af mange enkeltdele, men fælles for dem er, at gode levevilkår giver sig udtryk i at den enkelte person oplever god trivsel, mere mod på livet og deltager aktivt i civilsamfundet. Rapporten lægger derfor især vægt på deltagelse i samfundslivet og på forhold, der fremmer eller hæmmer denne deltagelse. En funktionsnedsættelse kan komme til at udgøre en hindring for den person, der har den, især i et samfund og en kultur som ikke nødvendigvis er indrettet efter det. I den forbindelse er det afgørende, om forholdene – lige fra tilgængelighed til de almindelige holdninger – er sådan, at de så vidt muligt tillader mennesker med funktionsnedsættelser at fungere. Ud fra denne tilgang besvarer rapporten følgende overordnede spørgsmål:

- Hvad karakteriserer personer med forskellige typer og grad af funktionsnedsættelse?
- Hvordan hænger funktionsnedsættelse sammen med forskellige deltagelsesformer og fællesskaber?

- Hvordan hænger funktionsnedsættelse sammen med samliv?
- Er personer med funktionsnedsættelse mere udsatte for diskrimination og vold end personer uden?

## DET EMPIRISKE MÅL

Datagrundlaget er en omfattende spørgeskemaundersøgelse, hvor der er blevet spurgt om en række konkrete funktioner hos respondenterne, samt om de har et fysisk handicap eller en psykisk lidelse. Desuden indeholder undersøgelsen også spørgsmål om aktiviteter, generelt helbred, smerter og arbejdsevne. Begrebet ”handicap” er et dynamisk begreb, der både relaterer sig til kropslige funktioner, hverdagslige aktiviteter og samfundsdeltagelse. Denne tilgang læner sig op ad International Classification of Function (ICF). I rapporten belyser vi de forskellige forhold, som knytter sig til ICF’s klassifikation og sammenhængene herimellem. På den måde er der mulighed for at undersøge forhold, der kan være baggrund for funktionshindring. Vi forsøger at indfange den kropslige dimension ud fra den *selvvalgte fysiske og psykiske funktionsnedsættelse*, og derfor vil de fleste resultater i rapporten knytte sig til fire grupper: mennesker *med mindre/større fysisk funktionsnedsættelse* og mennesker *med mindre/større psykisk funktionsnedsættelse*, som vi sammenligner med mennesker uden henholdsvis fysisk og psykisk funktionsnedsættelse. Vi har imidlertid også set på sammenhænge med respondenternes vurdering af deres evne til at udføre forskellige daglige aktiviteter og de øvrige nævnte forhold, og det giver stort set de samme resultater, og viser de samme mønstre, som tidligere undersøgelser har gjort.

## RAPPORTENS RESULTATER

### OMFANG

Undersøgelsen viser, i lighed med tidligere undersøgelser, at fysisk funktionsnedsættelse hænger sammen med alder. Kun få procent af de yngre personer, men mere end en tredjedel af dem, der nærmer sig pensionsalderen, har en eller anden grad af fysisk funktionsnedsættelse. Fysisk funktionsnedsættelse opleves også oftere af kvinder end af mænd, mens der ikke er samme forskel mellem kvinder og mænd set ud fra spørgsmål

om daglige aktiviteter. Blandt personer med psykisk funktionsnedsættelse finder vi et større antal blandt personer mellem 25 og 34 år. Det kan hænge sammen med, at der i de seneste 15-20 år har været mere fokus på sindslidelser end tidligere, og at stigningen derfor er påvirket af en tendens. Antallet af psykiske diagnoser er steget gennem disse år – det drejer sig specielt om ikke-psykotiske sindslidelser.

Både fysisk og psykisk funktionsnedsættelse er typisk erhvervet. Ganske få mennesker fødes med fysisk funktionsnedsættelse. I børneårene er sandsynligheden for at erhverve en fysisk funktionsnedsættelse meget lille, men derefter er den stigende gennem voksenårene. Sandsynligheden for at erhverve en psykisk funktionsnedsættelse er derimod mere konstant gennem voksenårene.

Undersøgelsen viser endvidere, at både fysisk og psykisk funktionsnedsættelse har en negativ betydning for personen. Begge har betydning for uddannelsesniveau, beskæftigelsesstatus og indkomstniveau. Det er imidlertid uklart, hvilken vej en eventuel årsagssammenhæng går. På den ene side er det klart, at en funktionsnedsættelse kan gøre det vanskeligere at tage en uddannelse. På den anden side peger resultaterne på, at de fleste funktionsnedsættelser er erhvervet efter uddannelsen, og nogle uddannelser fører til job, der indebærer større risiko for at erhverve funktionsnedsættelse end andre.

#### SAMFUNDSLIV OG HVERDAGSLIV

Hovedfokus for denne rapport er hverdagsliv og samfundsdeltagelse. Her realiseres medborgerskabet, da det er her, mennesker mødes og bidrager eller ikke bidrager til fællesskabet og samfundslivet. Det er et centralt aspekt at undersøge, om de rammer, vi lever under i Danmark i dag, har den virkning, at den isolerer mennesker med funktionsnedsættelse i passivitet.

For at belyse medborgerskab tager vi udgangspunkt i at undersøge en lang række aktiviteter, som er forankret på forskellig vis. Vi ser på aktiviteter, der foregår i fællesskab og aktiviteter, der foregår uden for et fællesskab. De fælles aktiviteter deler vi op i aktiviteter, der er institutionaliseret i faste former og indebærer aktiviteter som foreningsliv, frivilligt arbejde og det at tilbringe tid med familien og andre aktiviteter, som foregår mere ustruktureret og hverdagsligt – fx gå på cafe, gå i biografen og tilbringe tid med venner.

Den opdeling viser sig at have stor betydning for deltagelsen hos mennesker med funktionsnedsættelser. Vi finder frem til, at personer med funktionsnedsættelse oftest deltager på samme vilkår som personer uden funktionsnedsættelse, specielt når det drejer sig om institutionaliserede aktiviteter og fællesskaber. Mennesker med funktionsnedsættelse deltager derimod i lavere grad, når det drejer sig om hverdagslige aktiviteter, hvor selvvalgte fællesskaber er en præmis for at være en del af aktiviteten. Resultaterne peger således på, at der er specifikke typer af aktiviteter i hverdags- og samfundslivet, som ikke skaber lige adgang for alle. Tilsvarende finder vi en betragtelig forskel i det omfang, som mennesker med funktionsnedsættelse og andre mennesker deltager i individuelle aktiviteter.

Desuden peger resultaterne på, at jo mere man deltager i én aktivitet, des større sandsynlighed er der for også at deltage i andre aktiviteter, herunder beskæftigelse. Beskæftigelse er et forhold, der spiller en rolle for deltagelse. Det er der ikke noget mærkeligt i: Det er ofte sådan for mennesker, at deres interesse for at deltage i en eller anden sammenhæng udspringer af deres beskæftigelse på den ene eller den anden måde. De fleste analyser viser da også, at personer i beskæftigelse med hensyn til deltagelse i institutionaliserede aktiviteter og fællesskaber har højere deltagelsesaktivitet end personer, der er på førtidspension eller på anden måde uden for beskæftigelse.

Vi må fortolke resultatet således, at funktionsnedsættelse ganske vist ikke i sig selv er en barriere for deltagelse i institutionaliserede aktiviteter og fællesskaber, men at samfundet i dag er indrettet således, at mennesker, der er nødt til at leve af indkomstoverførsler, i praksis ikke har samme muligheder som andre mennesker for disse typer af deltagelse. I teorien har de disse muligheder, men et eller andet gør, at mulighederne i mange tilfælde ikke bliver omsat i praksis.

#### SAMLIV

I denne rapport tager vi endvidere nogle forhold op, der måske ikke i sig selv er former for samfundsdeltagelse, men som har stor betydning for deltagelse i samfundet. Det drejer sig om parforhold, sexliv og intimitet, som for de fleste mennesker giver en basis, tryghed og fordybelse, som er forudsætning for at deltage.

Vi finder, at personer med psykisk funktionsnedsættelse har en lavere sandsynlighed for at have en partner, mens fysisk funktionsned-

sættelse ingen effekt har. Der er stor forskel på, hvilke personer der er sammen med en partner med en funktionsnedsættelse. Egen psykisk funktionsnedsættelse øger sandsynligheden for at have en partner med sindslidelse, og samme tendens er der for fysisk funktionsnedsættelse, men de to former for funktionsnedsættelser har en cross-over-effekt. Specielt unge og voksne i alderen 16-40 år med en psykisk funktionsnedsættelse har et mere negativt syn på det at finde og bo sammen med en partner i fremtiden. Endelig går psykisk funktionsnedsættelse i høj grad ud over sexlivet, og personer med psykisk funktionsnedsættelse har i lavere grad et aktivt sexliv.

Resultaterne peger således på, at ikke alle mennesker har samme mulighed for at indgå i sunde intime relationer/primære sociale relationer, hvilket kan begrænse den enkeltes realisering af sig selv. Analysen af sexkøb viser, at mænd med en mindre fysisk funktionsnedsættelse i højere grad har købt sex i forhold til mænd uden funktionsnedsættelse, mens noget tilsvarende ikke gælder for mænd med større grad af fysisk funktionsnedsættelse. Mænd med psykisk funktionsnedsættelse, større eller mindre, har heller ikke mere forbrug af købesex end andre mænd. Dette gælder, når andre faktorer holdes konstant. Det forhold, at mænd med funktionsnedsættelser i højere grad end andre mænd er enlige, vil imidlertid betyde, at mænd med funktionsnedsættelse reelt køber lidt mere sex end andre mænd.

#### FORSKELSBEHANDLING – DISKRIMINATION OG VOLD

Vi undersøger, om personer med funktionsnedsættelse er mere udsatte for forskelsbehandling på baggrund af andre faktorer end funktionsnedsættelse som fx køn, etnicitet, seksualitet m.v. Forskelsbehandling er forhold, som kan gøre mennesker utrygge og gøre, at de afholder sig fra at deltage og føler trang til at isolere sig: Det drejer sig om diskrimination af og vold mod mennesker med funktionsnedsættelser. Analyserne viser, at diskrimination og vold følger mange af de samme mønstre, og vi vil derfor redegøre for resultaterne af disse negative reaktioner mod mennesker med funktionsnedsættelser under et.

Rapportens modeller viser, at funktionsnedsættelse *i sig selv* har betydning for, om mennesker udsættes for diskrimination, psykisk og fysisk vold. Det gælder såvel for fysiske som psykiske samt for større som mindre funktionsnedsættelser. Funktionsnedsættelse har også *i sig selv* betydning for, om mennesker udsættes for seksuel og økonomisk

vold. Her har især psykisk funktionsnedsættelse en betydning, mens en mindre fysisk funktionsnedsættelse ikke ser ud til at spille nogen rolle. Til den direkte betydning kommer den indirekte betydning, der ligger i, at modtagelse af overførselsindkomst også betyder, at mennesker har større sandsynlighed for at blive udsat for diskrimination.

Mennesker med funktionsnedsættelse oplever både mere diskrimination på grund af funktionsnedsættelsen og diskrimination af andre grunde, som fx alder eller udseende, og mennesker med psykisk funktionsnedsættelse oplever endvidere diskrimination af grunde som køn, etnicitet og religion. En synlig funktionsnedsættelse betyder en stærkt øget risiko for at opleve diskrimination. Mennesker med funktionsnedsættelse bliver udsat for vold – også i nære relationer. Kvinder med funktionsnedsættelse bliver oftere udsat for vold i nære relationer, mens mænd med funktionsnedsættelse oftere bliver udsat for vold i fjernere relationer – man ser altså det samme mønster for personer med funktionsnedsættelse, som gælder for andre mennesker.

## UDSATHED

Vi har i rapporten identificeret flere faktorer, som har betydning for levevilkår og hverdagsliv for personer med funktionsnedsættelse. Alt i alt tegner der sig et billede af, at forskellige kræfter i samfundslivet trækker i retning af, at mennesker med funktionsnedsættelse deltager mindre i samfundslivet end andre mennesker. Rapporten viser, at barriererne især gør sig gældende i de mere frie aktiviteter i bylivet, og at de findes både i de personlige relationer hos mennesker med funktionsnedsættelse, og i de negative reaktioner, mennesker med funktionsnedsættelse møder.

Om barriererne er baseret på manglende lyst og interesse hos den enkelte eller skabes i det omkringliggende samfund, har vi ikke mulighed for at undersøge ud fra datagrundlaget for denne rapport, men resultaterne tyder på, at der er kløfter både i det enkelte menneske selv og i det omgivende samfund. Vi kan ikke pege på nogen enkel baggrund for eller nogen mekanisme, der er årsag til disse kløfter. Der er derfor brug for en bedre forståelse af de mekanismer, som producerer barrierer for deltagelse af forskellig art.

Vores fund er i overensstemmelse med tidligere undersøgelser af personer med funktionsnedsættelse (Bengtsson, 2008), og konklusionen sætter spørgsmålstegn ved, hvorvidt inklusion hos personer med funktionsnedsættelse i det danske samfund er fyldestgørende.

Fremtidige studier og politiske tiltag bør have blik for, at der i forbindelse med samfundsdeltagelse for personer med funktionsnedsættelse er en sammenhæng mellem flere arenaer, fx aktiviteter og samfundsdeltagelse, dvs. at mangel på deltagelse i en arena kan føre til mangel på deltagelse i en anden.





# ET OVERBLIK – UNDERSØGELSENS METODE, DATA OG ANALYSE

## BAGGRUND

I 1961 foretog SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd den første spørgeskemaundersøgelse, som havde til formål at afdække personer i Danmarks handicap og levevilkår. Lignende undersøgelser blev gentaget i 1995 og 2006. Baggrunden for undersøgelserne var et ønske fra Socialministeriets side om større viden om samfundsdeltagelse, sociale relationer, holdning til indsatser samt fokus på forskellige barrierer for at deltage aktivt i samfundslivet for personer med handicap.

Denne gang er undersøgelsen imidlertid blevet styrket væsentligt, idet vi er gået fra omkring 8.000 besvarelser i de to foregående bølger til omkring 19.000 i denne, og det lægges op til at fortsætte med delvis samme respondenter i senere bølger, således at undersøgelsen bedre kan belyse udviklingen over tid. Sammenholdt med, at vi har tilknyttet et rigt holdigt registermateriale til besvarelserne, bringer det undersøgelsen op på et internationalt niveau. Undersøgelsen har fået det engelske navn: SHILD – Survey of Health, Impairment and Living Conditions in Denmark.

SHILD er sat i værk på baggrund af et ønske om at følge udviklingen for personer med funktionsnedsættelse. Undersøgelsen er finansieret af SATS-puljemidlerne, og det lægges op til at blive et panel, hvor de samme personer bliver spurgt om både samme og nye emner. Det giver mulighed for at beskrive udviklingen, men også for at følge, hvilke forskelle der er for personers levevilkår før og efter, at de erhverver en funktionsnedsættelse.

## UNDERSØGELSE FORMÅL

Formålet med SHILD er todelt. For det første er datamaterialet udviklet og indsamlet for at få en bedre datainfrastruktur inden for handicap og helbred i en socialvidenskabelig kontekst, og materialet bidrager således til både national og international forskning. For det andet er der mulighed for at belyse korrelationer og forklare variationen mellem helbredsstatus og uddannelse, beskæftigelse, medborgerskab, trivsel, deltagelse og risikofaktorer, hvilket bidrager med viden om mennesker med funktionsnedsættelse og sindslidelser.

Sigtet med denne rapport er at opnå en større grad af forståelse af forskelle i deltagelse og hverdagsaktiviteter for personer med funktionsnedsættelse. Dette gøres dels ved først at udvælge grupper med forskellige typer og grader af funktionsnedsættelse (fysisk og psykisk) i relation til forekomsten af hindringer og dels ved at undersøge sammenhænge og tage højde for andre sociale omstændigheder for personer med funktionsnedsættelse.

Rapporten er således med til at give mere viden om personer med funktionsnedsættelse og belyse sammenhæng mellem helbredsstatus og socialdeltagelse, trivsel, samliv, diskrimination og vold. Desuden introducerer og diskuterer vi også forskellige empiriske mål, som indikerer funktionsnedsættelse.

Ud fra denne tilgang besvarer rapporten følgende overordnede spørgsmål:

- Hvad karakteriserer personer med forskellige typer og grader af funktionsnedsættelse?
- Hvordan hænger funktionsnedsættelse sammen med forskellige deltagelsesformer og fællesskaber?

- Hvordan hænger funktionsnedsættelse sammen med samliv?
- Er personer med funktionsnedsættelse mere udsatte for diskrimination og vold end personer uden funktionsnedsættelse?

## DATA OG METODE

Stikprøven til undersøgelsen i 2012 er trukket fra CPR-registret og omfatter 32.810 tilfældigt udvalgte personer i alderen 16-64 år. Danmarks Statistiks Interviewservice har stået for indsamlingen fra oktober 2012 frem til februar 2013. Der er en svarprocent på 57,8, hvilket svarer til 18.957 opnåede interview, hvoraf 15.292 (81 pct.) er webbesvarelser, og 3.665 (19 pct.) er telefoninterview.

Kvalitet af data er sikret via indsamlingsmetoden, udvælgelsen af stikprøven samt udviklingen af spørgeskemaet, der er baseret på videnskabelige metoder. Ud over at anvende spørgeskemadata anvender vi også registerdata fra følgende registre hos Danmarks Statistik og Serum-instituts registre, som knyttes til SHILD:

- BEF – Personer i befolkningen
- UDDA - Uddannelser
- INDK – Indkomster
- PSYK – Det centrale Psykiatregister

Undersøgelsen involverer flere forskellige typer af kvantitative metoder, som benyttes til at kortlægge forskellige typer og grader af funktionsnedsættelse samt mønstre i respondenternes levevilkår og dagligdag. De kvantitative metoder bliver anvendt på surveyen SHILD, som vi supplerer med nogle få registerudtræk. Fra registre anvender vi informationer om civilstatus, uddannelse og indkomst.

Analyserne består af både simple deskriptive metoder og avancerede statistiske modeller. De deskriptive metoder anvendes til at kortlægge forhold for personer med funktionsnedsættelse. Med brugen af de statistiske metoder søger vi at give en forklaring på årsager ved at forklare mere af variationen af data ved at se på, hvorfor visse forhold er mere typiske for personer med funktionsnedsættelse i forhold til personer uden. Analysens design giver dog ikke mulighed for mere substantielle

forklaringer med hensyn til komplekse sammenspil af flere faktorer og mekanismer.

#### ANALYSE AF BORTFALD OG VÆGTNING

Når undersøgelsens respondenter er tilfældig udvalgt, er det et forsøg for at sikre repræsentativitet, altså at respondenternes sammensætning afspejler befolkningen. Da det ikke er alle grupper, der er lige tilbøjelige til at deltage i undersøgelser og svare på spørgeskemaer, vil nogle befolkningsgrupper enten være over- eller underrepræsenterede. Vi har derfor gjort brug af vægte, der søger at gøre datamaterialet repræsentativt for personer i Danmark i alderen 16-64 år. Vægtene er baseret på alder, køn, bopælsregion, uddannelse, indkomst, socioøkonomisk status og herkomst.

Med vægte er datamaterialet repræsentativt for alder, køn, bopælsregion og indkomst. Der er efter vægte dog en overrepræsentation af personer med længere uddannelser og personer, der ikke er i beskæftigelse eller er uden for arbejdsstyrken, mens indvandrere og efterkommere er underrepræsenterede (se bilagstabel B2.1). Forskellene er små, og da datamaterialet skal belyse funktionsnedsættelse, og vi løbende inddrager statistiske modeller, der isolerer effekterne, er datagrundlaget særdeles godt. Vi rapporterer alle tal i tabeller og figurer med populationsvægte<sup>1</sup> 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 multiple analyser anvender vi ikke vægte, da formålet med disse er at belyse sammenhænge mellem forskellige forhold. (læs mere om tabeller i bilag 1).

Da rapportens sigte er at belyse den danske befolknings helbred og funktionsnedsættelser, er det vigtigt at understrege, at gruppen af personer, der lider af svære kognitive lidelser, udviklingshæmmede, personer, der bor på institutioner, og personer, der er uden bolig sandsynligvis vil være underrepræsenterede. Resultaterne vil dermed ikke være dækkende for disse grupper og eventuelle sammenhænge er præget af te ”mørketal”, der er svære at få adgang til. I forlængelse heraf vil nogle sammenhænge i realiteten være større, end vi finder dem i denne undersøgelse, da vi må forvente, at den lille del af personer med større fysisk

---

1. Målet med opregningsmodellen er at opnå den størst mulige korrektion og dermed komme tættest muligt på den ”sande værdi” (Bøgh Andersen m.fl., 2012).

og psykisk funktionsnedsættelse, der ikke deltager, er blandt de mest udsatte.

Den store andel af webbesvarelser (81 pct.) gør dog, at surveyen i højere grad er tilgængelig for visse grupper af personer med sværere funktionsnedsættelse, der har adgang til internet, men ikke vil svare på et telefoninterview. Dette er tydeligt, i og med at der er en højere andel af personer med selvrapporteret større grad af funktionsnedsættelse i gruppen af webbesvarelser (12 pct. for større fysisk funktionsnedsættelse og 4 pct. for større psykisk funktionsnedsættelse) i forhold til, hvad der er i gruppen af telefonbesvarelser (7 pct. for større fysisk funktionsnedsættelse og 2 pct. for større psykisk funktionsnedsættelse). Forskellen mellem web og telefon har dog baggrund i, om man vælger at besvare surveyen kort tid efter modtagelse, idet et telefoninterview først er tilbudt efter et passende tidsrum.

## SHILD OG TIDLIGERE UNDERSØGELSER

De tre tidligere bølger i 1961, 1995 og 2006 er ikke identiske, selvom enkelte spørgsmål går igen. Undersøgelsen, som denne rapport er baseret på, er fjerde bølge inden for samme tema, og igen er der sket en udvikling i både spørgeskemaet og spørgeteknikker. Det lægges imidlertid op til, at undersøgelsen nu skal fortsætte som panelundersøgelse, således at de samme mennesker bliver spurgt igen i følgende bølger.

I undersøgelserne i 1961, 1995 og 2006 blev begrebet ”handicap” operationaliseret ved en kombination af et subjektivt og et objektivi- tetsbegreb. Det foregik konkret på den måde, at alle i de tilfældigt udvalgte blev spurgt, om de havde et handicap. De, der svarede ja, blev derefter stillet nogle spørgsmål om funktionsevne. I SHILD har vi imidlertid adskilt de to begreber, således at alle respondenter bliver kategoriseret såvel med et selvrapporteret specifikt ja/nej spørgsmål som med spørgsmål til daglige aktiviteter

I 1961 blev de efterfølgende spørgsmål om funktionsevne stillet af en læge, som også så respondenterne. I 1995 og 2006 skete bestemmelsen af funktionsnedsættelse derimod med et større batteri af spørgsmål fra den britiske OPCS-undersøgelse (Martin m.fl., 1988). OPCS-spørgsmålene havde en vis udbredelse i tiden og blev bl.a. brugt i en stor fransk undersøgelse. I dag må de imidlertid anses for forældede. Vi har

derfor i stedet benyttet spørgsmålsbatteriet, som anvendes i European Health and Safety Information System (EHSIS), en igangværende EU-undersøgelse om tilgængelighed.

EHSIS foregår i alle EU's 27 medlemslande, der var medlem af EU, da undersøgelsen startede samt i Norge og Schweiz, og skemaet er oversat til alle de sprog, der tales inden for dette område. Det er udfærdiget af nogle af Europas fremmeste forskere inden for området og følger Washington-gruppens<sup>2</sup> principper. Af disse grunde forventer vi, at EHSIS-spørgsmålene om funktionsnedsættelse også vil blive anvendt i mange andre undersøgelser i EU-landene.

I 1961- og 1995-undersøgelserne blev der stillet langt flere spørgsmål til de respondenter, der havde svaret ja til, at de havde et oplevet handicap end til de øvrige respondenter. I 2006-bølgen forsøgte vi at stille flest mulige af spørgsmålene til alle respondenter og udforme dem sådan, at det var muligt. I SHILD har vi taget endnu et skridt i denne retning, så det kun er undtagelsesvis, når spørgsmål ikke stilles til alle. Det har den fordel, at vi får en baggrund for at forstå svarene fra mennesker med funktionsnedsættelse, idet de kan sammenlignes med svarene fra mennesker uden funktionsnedsættelse.

Foruden spørgsmål om selvoplevet handicap og funktionsnedsættelse bliver alle respondenter i SHILD spurgt om selvoplevet helbred, arbejdsevne og smerter samt om højde og vægt, så vi kan beregne BMI<sup>3</sup>. Endvidere spørges der om samlevers helbred og eventuelle funktionsnedsættelse, børns eventuelle funktionsnedsættelse, samt om hvorvidt forældrene havde funktionsnedsættelse under respondentens opvækst. Vi får dermed målt en række forhold, der i deres virkninger kan minde om funktionsnedsættelse, det som man betegner "disability by association".

SHILD har sammenlignet med tidligere bølger færre spørgsmål til at bestemme den præcise karakter af den enkelte funktionsnedsættelse – det har vi fundet forsvarligt, fordi disse spørgsmål er blevet udnyttet meget lidt. Til gengæld har der så været plads til at belyse langt flere forhold for de mennesker, det drejer sig om. Vi har således, som noget nyt, spørgsmål med om diskrimination og vold, spørgsmål om forventninger til fremtiden samt spørgsmål, som kan belyse samliv og intimitet.

SHILD deler dog en begrænsning med de tidligere bølger, og det er den begrænsning, der ligger i, at vi spørger personer selv. De perso-

---

2. Washington gruppen er nedsat på baggrund af FN og har fokus på at udvikle målbare indikatorer.

3. Body Mass Index.

ner, som har for mange funktionsbegrænsninger til at kunne svare, får vi ikke kontakt med. Respondenterne er kontaktet pr. brev og har kunnet svare på nettet. Hvis de ikke har gjort det, er de blevet ringet op og har kunnet svare i telefonen. Begge dele forudsætter, at personen kan forstå og besvare spørgsmål.

De mennesker, som ikke forstår og besvarer spørgsmål, vil ofte befinde sig på et botilbud eller på anden måde være brugere af offentlige handicaprelaterede tilbud om støtte. En mulighed for at gøre billedet af handicap i Danmark mere fuldkomment er derfor at søge at belyse forholdene for denne gruppe. Da det er yderst bekosteligt at gøre det med spørgemetoder, vil det være naturligt først at se, hvor langt det er muligt at komme med registermetoder.

## ANALYSESTRATEGI

Undersøgelsen involverer flere forskellige typer af kvantitative metoder, og de benyttes til at kortlægge forskellige typer og grader af funktionsnedsættelse samt mønstre i respondenternes levevilkår og dagligdag. De kvantitative metoder bliver anvendt på surveyen SHILD, som vi supplerer med nogle få registerudtræk. Fra registre anvender vi informationer om uddannelse, indkomst og civilstatus.

Analyserne består af både simple deskriptive metoder og avancerede statistiske modeller. De deskriptive metoder anvendes til at kortlægge forhold for personer med funktionsnedsættelse. Med brug af de statistiske metoder søger vi at give en forklaring på, hvorfor visse forhold er mere typiske for personer med funktionsnedsættelse end for personer uden.

## KAUSALITET OG EFFEKT

Ved de deskriptive analyser kan vi kun tale om sammenhænge og sammenfald mellem forskellige faktorer og begivenheder og ikke udtale os om årsagssammenhænge. Årsagssammenhænge er et omdiskuteret emne inden for socialvidenskaben, og det kræver særlige forhold, før det er muligt at konkludere, at der er et kausalt forhold mellem to eller flere faktorer. Når vi i denne rapport anvender statistiske analyser, er det vigtigt at påpege, at vi beskæftiger os med ”probabilistisk kausalitet”, hvilket indebærer, at eventuelle personkarakteristika antages at forøge sandsyn-

ligheden for, at et givent forhold indtræffer, uden at der er tale om et deterministisk forhold mellem årsag og virkning. Analyserne, vi gør brug af, forklarer på den måde en større del af variationen i data, end de deskriptive analyser har mulighed for at gøre. Når vi i rapporten finder, at der er en sammenhæng mellem at have en funktionsnedsættelse og fravær i deltagelse, betyder det ikke, at alle personer med den type og grad af funktionsnedsættelse nødvendigvis ikke deltager i samfundsaktiviteter, men blot, at statistiske analyser viser, at denne gruppe – alt andet lige – har en højere risiko for ikke at deltage i samfundslivet end personer, som ikke har samme type og grad af funktionsnedsættelse. Det er således vigtigt at understrege, at det tyder på, at vores analyse af enkeltfaktorer fører til en undervurdering af konsekvenserne af funktionsnedsættelsen. En analyse med et fokus på enkelte faktorer kan let føre til en reduceret og forenklet beskrivelse af, hvordan de faktiske forhold er. Hverken data eller design er tværfaglige, hvorfor det biologiske og psykologiske aspekt er underrepræsenteret, selvom vi ved brug af type og grad af funktionsnedsættelse indfanger en biologisk dimension. Eftersom hovedformålet med denne rapport er at komme med et bud på typer af relationer og sammenhænge, er det nødvendigt dels at analysere på flere forhold, som minder om hinanden (fx forskellige typer af deltagelse) og dels at benytte forskellige typer af metoder (deskriptive og statistiske) for på den måde at sikre validiteten og fortolkningen af rapportens empiriske resultater.

Når vi i rapporten taler om, hvad effekten af en funktionsnedsættelse er, er det væsentligt at forstå strukturen i de observerbare data og de informationer, de leverer. For at vi kan sige, at funktionsnedsættelse har en effekt, antager vi, at funktionsnedsættelsen er opstået forud for det observerbare forhold/outcome, vi undersøger, hvilket ikke altid er tilfældet.

## SIGNIFIKANS

Som nævnt ovenfor bygger vores resultater på data fra en spørgeskemaundersøgelse foretaget blandt en stikprøve af den danske befolkning. Fordi der er tale om en stikprøve, vil der altid være en vis statistisk usikkerhed forbundet med resultaterne. Generelt gælder det, at jo større stikprøve, jo større sandsynlighed er der for, at stikprøven ligner befolkningen, og jo mindre statistisk usikkerhed er der derfor på resultaterne. Den statistiske usikkerhed har betydning for stort set alle rapportens resultater. I nogle tilfælde kan vi med stor sikkerhed konkludere, at fundenes for-



skelle er reelle forskelle, fordi vi med stor sandsynlighed ville finde samme forskelle, hvis vi interviewede alle personer i Danmark mellem 16 og 64 år. Vi kan konkludere, at en funden forskel er reel, hvis vi finder en signifikant forskel, dvs. hvis usikkerheden om det fundne forhold er lille. Når vi skal afgøre, om der er væsentlig forskel mellem to eller flere tal, støtter vi os til en statistisk test, som populært sagt fortæller, hvor sikre vi kan være på, at de målte forskelle er reelle. Testen giver en såkaldt p-værdi, som altid er mellem 0 og 1, og som angiver sandsynligheden for at få det resultat, hvis der i virkeligheden ikke er noget om det. Hvis fx p-værdien er mindre end 0,001 betyder det, at der er en meget lille risiko for, at en konklusion om, at der er forskel på tallene, er forkerte. Når p-værdien er mindre end 0,05, konkluderer vi derfor, at der er signifikant forskel mellem tallene, og vi siger, at forskellen er signifikant på 5-procents-niveau. Tilsvarende siger vi, at forskellen er signifikant på 1-procents-niveau, når p-værdien er mindre end 0,01. Og når p-værdien er mindre end 0,001, siger vi, at forskellen er signifikant på 0,1-procents-niveau. P-værdierne er angivet med stjerner, og når vi angiver tre stjerner (\*\*\*) betyder det, at forskellen er signifikant på 0,1-procents-niveau. Begrundelsen for at arbejde med denne størrelse af signifikansniveauer er baseret på datamaterialets størrelse og karakter.

## DE STATISTISKE MODELLER

I analysekapitlerne anvender vi som tidligere nævnt både deskriptive og statistiske metoder for at besvare rapportens overordnede spørgsmål om omfang og forklaringer på dagligliv og levevilkår for personer med funktionsnedsættelse.

I forbindelse med det omfang en hændelse indtræffer i og den hyppighed, hvormed den indtræffer, anvendes deskriptive bivariate metoder, herunder  $\chi^2$ -test, der tester, om der er tale om en signifikant sammenhæng mellem to kategoriske variable. Resultaterne herfra kan især bruges til at udtale sig om forskellene i omfang, dvs. hvor store andele der beskæftiger sig med en specifik aktivitet. Man kan sige, at man med  $\chi^2$ -testen tester, om den sammenhæng, som man umiddelbart kan observere i en krydstabel, er opstået tilfældigt, eller samvariationen skyldes en reel sammenhæng i de to variables udfald. (læs mere i bilag 1)

I forbindelse med forklaringen af, hvorfor specifikke aktiviteter er mere relevante for nogle subgrupper, anvender vi statistiske metoder – her især multivariate analyser baseret på logit-modeller. Disse modeller

tester, om der er andre forhold, som kan forklare sandsynligheden for, at en hændelse indtræffer. Eksempelvis kan der findes en stærk deskriptiv sammenhæng mellem det at være medlem i foreninger og have en funktionsnedsættelse. Når der inddrages kontrolvariable som uddannelse og beskæftigelse, vil effekten dog mindskes. Det skyldes, at disse to faktorer ”stjæler” noget af forklaringskraften fra funktionsnedsættelsen. Hvis ikke inddragelsen af andre faktorer mindsker eller fjerner effekten af funktionsnedsættelse, kan vi på baggrund af den statistiske model konkludere en sammenhæng, når der er kontrolleret for andre forhold. Viden fra disse analyser er især brugbare, da de giver indsigt i, hvilke andre forhold der er på spil, og udgangspunktet for at formulere tiltag og løsningsmodeller bliver bedre. I rapporten rapporterer vi løbende resultaterne af de statistiske modeller, altså om de enkelte faktorer (uddannelse, køn osv.) har en signifikant sammenhæng med udfaldet (deltagelse, parforhold osv.), mens de specifikke koefficienter og værdier kan findes i bilagstabellerne. Ved at lave en logistisk model kan man isolere forskellene mellem personer med funktionsnedsættelse og personer uden og hermed søge at pege på, hvilke gab mellem disse grupper der er i relation til hverdagsliv og deltagelse.

Der er en detaljeret og letlæselig guide til tabellæsning og modeller i bilag 1.

# FUNKTIONSNEDSÆTTELSE – INTRODUKTION TIL ET BEGREB

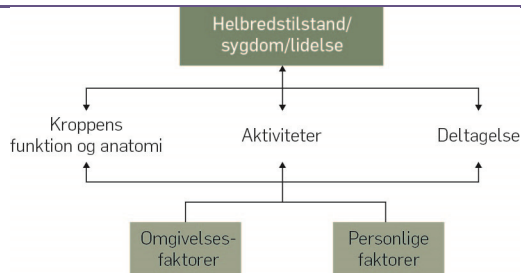
I handicapforskning, som i så mange andre forskningsemner, bliver man ved første møde stillet overfor begrebmæssige udfordringer. Der findes ikke én entydig definition af begrebet ”handicap” – der er nærmere tale om et dynamisk og sammenvævet begreb, der relaterer sig til kropslige funktioner, hverdagslige aktiviteter og samfundsdeltagelse. Handicap er således ikke blot et sundhedsmæssigt fænomen, men et fænomen, der afspejler samspillet mellem kroppen og det samfund, som vi lever i.

Ordet ”handicap” er i flere lande, heriblandt USA, Storbritannien, Norge og Sverige, nedtonet i sprogbrugen til fordel for en skelnen mellem funktionsnedsættelse, funktionsevne, funktionshindringer og barrierer, hvor funktionsnedsættelse ofte er relateret til biomedicinske og kropslige begrænsninger, mens funktionsevne, funktionshindringer og barrierer også relaterer sig til kroppens samspil med sociale og samfundsmæssige konsekvenser. Flere danske handicaporganisationer, World Health Organization (WHO) og den danske udgave af FN’s menneskerettighedskonvention gør stadig brug af ordet ”handicap” – i modsætning til Convention on the Rights of Persons with Disabilities, hvor der benyttes *disability* – dels som paraplybetegnelse og dels som synonym for funktionsevne på et deltagesplan. Oprindeligt stammer det ”handicap” fra spil og sport, hvor man skal kompensere for noget, bl.a. kendt i forbindelse med handicap i golf.

Begrebet ”handicap” er ifølge WHO en paraplybetegnelse, der dækker over funktionsnedsættelser, aktivitetsbegrænsninger og restriktioner i forbindelse med samfundsdeltagelse. Begrebet læner sig dermed op ad beskrivelsen i International Classification of Function (ICF), der beskriver funktionsevnenedsættelse som samspillet mellem en persons kropsniveau, aktivitetsbegrænsning og deltagelsesbegrænsning. ICF’s model er illustreret i figur 3.1. Modellen bygger på det relationelle handicapbegreb, der udspringer af en kritik af den medicinske model, som kræver en klar medicinsk diagnose, for at der kan konstateres et handicap. (Læs mere i Bengtsson, 2008). Handicap er derfor ikke noget givet, men er i stedet noget, der opstår, når mennesker med funktionsnedsættelse møder barrierer i at deltage i dagligdagen på grund af omgivelserne og den samfundsmæssige indretning. Det er således ikke længere kun relevant at se på ”handicap” som en kropslig dysfunktionalitet, men i stedet at se på samspillet mellem psykiske, fysiske og helbredsmæssige nuancer, der findes i alle personers kroppe, daglige aktiviteter og deltagelse i samfundet.

FIGUR 3.1

International Classification of Function model over det relationelle handicapbegreb.



Anm.: ICF.

Kilde: Sundhedsstyrelsen, 2005.

ICF’s model, vist i figur 3.1, afspejler sammenhængene mellem niveauerne krop, aktivitet og deltagelse, der dels påvirkes af helbredsmæssige, samfundsmæssige og individuelle faktorer og dels påvirker hinanden indbyrdes. Eksempelvis kan kropslige faktorer påvirke muligheden for at deltage aktivt i samfundet, men manglende deltagelse eller aktivitet kan også påvirke ens fysiske og mentale helbred. Vi undersøger i denne rap-

port hovedsageligt sammenhængen mellem *funktionsnedsættelse* og *deltagelse*, og det er derfor vigtigt i tolkningen af resultaterne at have for øje, at de to faktorer ikke er fuldstændigt uafhængige.

Vi benytter i denne rapport begrebet ”funktionsnedsættelse” om tab af kropslige- og/eller psykiske komponenter, mens den mere brede definition af funktionsevnenedsættelse, som bruges i ICF, ligeledes inddrager eventuelle begrænsninger, udfordringer eller problemer, der er i udførelsen af sociale aktiviteter eller samfundsdeltagelse. Funktionsevnenedsættelse er fraværende, når en funktionsnedsættelse ingen betydning har for personens aktivitet og deltagelse, mens den kan være til stede, når aktivitet og deltagelse begrænses – på trods af manglende diagnose, behandling osv.

---

### BOKS 3.1

Definition af grundlæggende begreber i rapporten.

Funktionsnedsættelse	Funktionsevnenedsættelse	Handicap
Et psykologisk, fysiologisk eller anatomisk tab eller anomalitet, der nedsætter specifikke funktioner.	Overordnet term for en persons funktionsevnenedsættelse på kropsniveau, aktivitetsbegrænsning og deltagelsesbegrænsning.	Paraplybetegnelse for tema, forskningsemne, politikområde osv.  Paraplybetegnelse relateret til helbred, funktionsnedsættelse, funktionsevne og funktionshindring.

---

Yderligere muliggør en skelnen mellem funktionsnedsættelse og nedsat funktionsevne som defineret en analytisk mulighed for at få et langt mere nuanceret greb om konsekvenserne af graderne af funktionsnedsættelser, hvor det både er muligt at anskue personernes fysiske formåen, omgivelsernes betydning og konsekvenserne deraf. Som tidligere nævnt kan et emne som netop deltagelse, både i hverdagsliv og på samfundsplan, hverken teoretisk eller metodisk isoleres fuldstændig fra funktionsnedsættelse, idet det er vanskeligt at påpege kausale sammenhænge, da fx mangelfuld deltagelse også kan påvirke funktionsnedsættelse. Hvis funktionsnedsættelse forstås som begrænsninger i kroppens funktion og anatomi, vil begrænsningerne i høj grad være defineret af, hvad det forventes, at man som menneske kan deltage i. Herudover er kropslige og anatomiske begrænsninger til tider fordret eller skabt af aktiviteter og deltagelse, såsom et arbejde med dårligt arbejdsklima eller arbejdsvilkår, der både kan føre til stress og arbejdsskader.

Overordnet arbejder vi i denne rapport inden for emnet ”levetilstand” i den ikke-biomedicinske forstand med at belyse og udforske de sociale aspekter af at leve med forskellige typer og grader af funktionsnedsættelse, fra daglige aktiviteter til deltagelse på et mere samfundskulturelt plan. Vi understreger de menneskelige oplevede konsekvenser og bagvedliggende mønstre frem for medicinske og helbredsmæssige årsager. Vi vil dog i denne rapport forsøge kun at benytte begrebet ”handicap” som paraplybetegnelse eller i det omfang, vi refererer til tidligere forskning i handicap eller kontekster, hvor ordet stadig bliver brugt. I daglig tale forbindes ordet ”handicap” sjældent med den psykiske dimension, der også er i fokus i denne rapport.

I løbet af rapporten konkluderer vi løbende på skellen mellem fysiske og psykiske funktionsnedsættelser. I hvert kapitel undersøger vi for hver af de to typer af funktionsnedsættelser sammenhængen med funktionsevne, altså sammenhængen med forskellige daglige aspekter af det at være et socialt og deltagende menneske. Denne skellen giver mulighed for ikke kun at fokusere på fysiske lidelser, som tidligere danske undersøgelser har gjort, men med brug af begrebet om funktionsnedsættelse også til at afdække psykiske lidelser. Det er rapportens hensigt at kompensere for det hidtil manglende fokus på psykiske lidelser.

## OVERVEJELSER OM FORSKELLE OG HINDRINGER

I rapporten konkluderer vi ud fra vores fund, at når der er *forskelle* mellem personer med og uden funktionsnedsættelse, peger det på, at personer med funktionsnedsættelse møder barrierer. Det bliver gjort ved først at sammenholde de rent deskriptive forskelle for herefter at udelukke andre sociodemografiske og økonomiske faktorer i de statistiske modeller. På denne måde søger vi at isolere de forskelle, der kan tilskrives en eventuel funktionsnedsættelse og hermed pege på eventuelle kløfter. Vi kan dog ikke med datagrundlaget for denne rapport konkretisere, hvad barriererne består af, og hvordan de skabes. Barrierer kan være baseret på den enkeltes manglende lyst og interesse i at deltage, og barriererne kan være skabt af det omkringliggende samfund. Ofte vil det nok være et samspil af begge dele.

Personer med funktionsnedsættelse kan være særligt udsatte på grund af fattigdom, diskrimination og social udstødelse, men også på grund af den samfundsindretning, der dominerer i det samfund, som personerne bor i, fx adgangen til og mulighed for at købe ind, dyrke for-

eningssport, tage en uddannelse, være i beskæftigelse og tilbringe tid med andre mennesker.

Ved at sammenligne personer med og uden funktionsnedsættelse bliver det muligt at sætte fokus på forskelle på deltagelse mellem disse to grupper af personer. Det gør vi ud fra tesen om, at et individ vil deltage mere i samfundet, hvis der ingen hindringer er, dvs. at der er skabt de rette og optimale omgivelser både fysiske, sociale og diskursive. Det er dog i praksis ikke muligt at måle denne kløft mellem, hvor meget et individ deltager fx i foreningsliv, og hvor meget samme individ ville deltage, hvis omgivelserne var anderledes. Ved at måle forskelle mellem to grupper og kontrollere for betydningen af fx uddannelse, beskæftigelse, sociodemografiske faktorer i de statistiske analyser er det muligt at isolere betydningen af type og grad af funktionsnedsættelse i forhold til den undersøgte variabel. På den måde er det analysernes sigte at forklare en så stor andel som muligt af variationen i et givet forhold, fx deltagelse, på systematisk vis.





## DE SELVRAPPORTEREDE MÅL

Et af formålene med SHILD er at måle helbred på forskellige måder i et forsøg på at imødekomme de terminologiske udfordringer inden for handicapområdet. De teoretiske begreber, vi har introduceret i foregående kapitel, kan således operationaliseres på mange måder via de forskellige spørgeteknikker. Det er dog ikke altid, at man kan spørge præcist ind til de teoretiske begreber, som de er beskrevet, dels fordi teoretiske begreber ofte bevæger sig på et mere overordnet niveau, og dels fordi man i et spørgeskema er nødt til at benytte ord, der er alment genkendelige i befolkningen. Vi vil derfor i de følgende afsnit forsøge at illustrere, hvordan vi med udgangspunkt i SHILD-spørgeskemaet og de indsamlede data kan begrebsliggøre og måle funktionsnedsættelse og helbred i 2012/13 for personer i Danmark.

International forskning anvender ofte et selvrapporteret mål for helbred (herunder fysisk og psykisk), og brugen af det har både fordele og ulemper. Diskussionen om brug af det ”subjektive” mål (selvrapportering) frem for ”objektive” mål (diagnoser, behandling) kan let blive præget af jagten på det ”sande” mål og kompliceres yderligere af, at diagnosticering i høj grad afhænger af subjektive lægelige vurderinger og af den samfundsmæssige kontekst. I nyere forskning er denne polarisering mellem subjektiv og objektiv forsøgt henlagt til fordel for et mere åbent begrebsapparat, der især kan fange de hindringer, folk oplever i det dagli-

ge liv. På trods af denne tendens er der stadig store forskelle i metoder og tilgang til at måle handicap og funktionsnedsættelse.

Overordnet arbejder vi i SHILD med generelle informationer om den danske befolknings funktionsnedsættelser ud fra følgende selvrapporterede helbredsinformationer (SHILD):

- længerevarende fysiske helbredsproblemer eller handicap samt graden og typen af denne
- psykisk lidelse samt graden og typen af denne
- evnen til at udføre daglige aktiviteter.

Yderligere inddrager vi registerbaserede informationer om kontakten til det psykiatriske behandlingssystem og psykiatriske diagnoser. Hovedfokus i SHILD er hermed på selvrapporterede helbredsinformationer, mens vi kort inddrager registerbaserede helbredsdata for at belyse eventuelle overlap.

Figur 4.1. viser de overordnede sammenhænge mellem de empiriske begreber, de konkrete begreber, der bruges i undersøgelsen, og spørgsmålene, som de bliver stillet i SHILD.

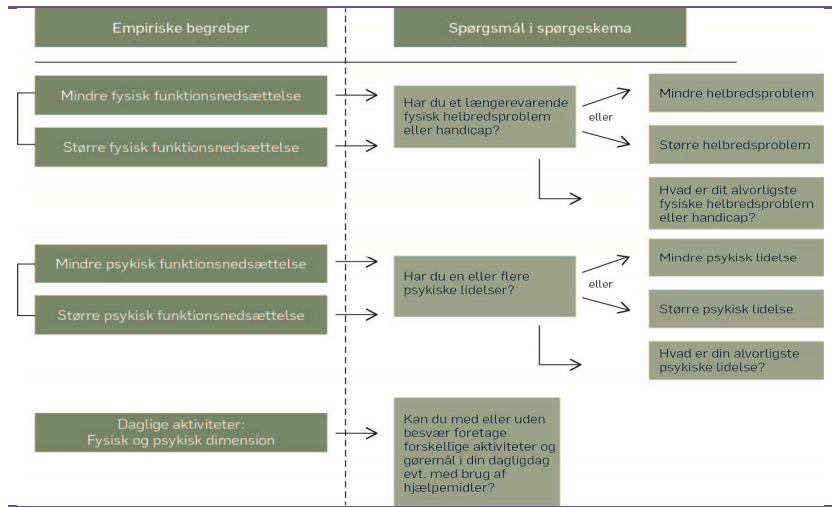
Der bliver indledningsvis spurgt om, respondenterne har et længerevarende fysisk helbredsproblem eller handicap, og herefter om det mest alvorlige kan betegnes som et mindre eller et større helbredsproblem. Afslutningsvis spørges der i SHILD, hvad det alvorligste helbredsproblem er ud fra en række af kategoriserede sygdomstyper, handicap og diagnoser. Samme fremgangsmåde bruges efterfølgende, når SHILD spørger om respondenternes psykiske lidelser.

Figur 4.1. viser, at ordet ”funktionsnedsættelse” ikke bruges direkte, når der i SHILD bliver spurgt om helbred. I stedet optræder ordet ”helbredsproblem” eller ”handicap” og ”psykisk lidelse”. Ordbruget illustrerer, at selvom man kan forsøge at følge det ”fælles” sprog, der er udstedt af WHO i dennes klassifikation af funktionsnedsættelser, så er man i spørgeskemaundersøgelser nødt til at bruge ord, der er genkendelige i offentligheden. Selvom ”handicap” i nogle sammenhænge fungerer som paraplybegreb for både fysiske og psykiske funktionsnedsættelser, så er der nok mange personer i Danmark, der ikke vil relatere den psykiske dimension til ordet ”handicap”. Vi forsøger med de to separate spørgsmål og brugen af henholdsvis fysisk og psykisk funktionsnedsættelse dels at benytte et sprog, der giver plads til forskelle mellem det fysiske og

psykiske og dels at skrive os ind i et fælles ordbrug, der ikke falder tilbage på ”handicap” som et begreb, der både kan forstås bredt (som paraplybegreb eller begrænsning i deltagelse) og specifikt (fysisk helbredsproblem). De selvvaluerede funktionsnedsættelser udgør hermed grundlaget for den gennemgående afrapportering. I de indledende profilbeskrivelser og demografiske gennemgange inddrager vi udførelse af daglige aktiviteter, diagnose og kontakt til det psykiatriske system. Herefter følger alle analyserne i kapitel 6 til kapitel 10, der fokuserer på deltagelse, foretaget på baggrund af selvvaluerede funktionsnedsættelse som illustreret i figur 4.1.

Vi vil i de følgende afsnit udfolde de selvrapporterede mål, der ligger til grund for rapportens fysiske og psykiske funktionsnedsættelse.

FIGUR 4.1  
Operationalisering. Oversigt over empiriske begreber.



## FUNKTIONSNEDSÆTTELSE

I tidligere danske undersøgelser er begrebet ”funktionsnedsættelse” blevet operationaliseret til udtrykket ”selvvalueret handicap” (Bengtsson, 2008; Kjeldsen, 2013). Personerne, der har deltaget i de tidligere undersøgelser, er blevet spurgt, om de har et handicap eller længerevarende helbredsproblem. Man har i SHILD videreudviklet formuleringen med

henblik på at kunne skelne mellem funktionsnedsættelse af fysisk karakter og funktionsnedsættelse af psykisk karakter og to af de centrale operationaliseringer, som vi vil beskæftige os med i indeværende rapport, er selv vurderet fysisk funktionsnedsættelse og selv vurderet psykisk funktionsnedsættelse. Personer, som bekræfter, at de har et længerevarende fysisk helbredsproblem eller handicap, eller som har svaret, at de har én eller flere psykiske lidelser bliver defineret henholdsvis som personer med fysisk funktionsnedsættelse og personer med psykisk funktionsnedsættelse. Figur 4.1 illustrerer operationaliseringen og brugen af begreberne. Da undersøgelsen med spørgsmålet spørger om folks nuværende vurdering af deres helbred, undgår vi at medtage personer, der tidligere har haft en psykisk funktionsnedsættelse, men ikke vurderer denne som vigtig i dag.

Respondenterne kan i SHILD svare ja til at have begge funktionsnedsættelser, og fysisk og psykisk funktionsnedsættelse vil derfor blive behandlet som to separate kategorier i analyserne for at kunne skelne mellem samfundsdeltagelse for henholdsvis personer med en fysisk eller psykisk funktionsnedsættelse. Vi inddrager ligeledes respondenternes vurdering af graden af funktionsnedsættelsens, så der løbende bliver inddraget følgende grupper; personer uden funktionsnedsættelse, med mindre og med større fysisk funktionsnedsættelse samt personer uden, med mindre og med større psykisk funktionsnedsættelse. En person kan dermed godt både have en mindre psykisk samt en større fysisk funktionsnedsættelse.

Det empiriske mål er meget bredt, idet vi i den fysiske dimension også indfanger personer med længerevarende og kroniske sygdomme, selvom de ikke nødvendigvis har en funktionsevnenedsættelse ifølge WHO's definition, ligesom den psykiske dimension kommer til at spænde vidt fra stress til mere psykotiske lidelser. Andre forskere påpeger dog, at selv vurderet funktionsnedsættelse inkluderer flere mennesker, der oplever smerte i dagligdagen, men færre med mentale helbredsproblemer og sindslidelser (Molden & Tøssesbro, 2012). Dog giver selv vurdering et bedre estimat, end det er muligt at måle gennem andre dataindsamlinger, da det bidrager med langt mere information, idet ubehandlede og ikke-diagnosticerede lidelser inddrages.

Afslutningsvis er det vigtigt at understrege, at måling af handicap og funktionsnedsættelse i høj grad skal ses i forhold til undersøgelsens sigte: Er vi interesserede i at undersøge en specifik økonomisk ydelse, en

beskæftigelsesordning eller som her bredere deltagelse i samfundet? Molden & Tøssebro (2012) undersøger i artiklen ”Disability Measurements: Impact on Research Results”, hvor forskellige forskningsresultater man får ved at benytte en række forskellige målinger af handicap. De konkluderer, at forskellige målinger af handicap giver mest forskellige resultater, når det drejer sig om beskæftigelsesstatus set i forhold til andre sociale indikatorer og demografiske karakteristika for gruppen af mennesker med handicap (Molden & Tøssebro, 2012).

#### OMFANGET AF SELVRAPPORTERET FUNKTIONSNEDSÆTTELSE

Der er siden 2006 sket en stigning i antallet af personer med et fysisk helbredsproblem eller handicap. I 2012 vurderer 26 pct. (godt 750.000 personer) af den danske befolkning i alderen 16-64 år, at de har et fysisk helbredsproblem eller handicap, og 9 pct. vurderer (godt 250.000 personer), at de har en psykisk funktionsnedsættelse, som vises i tabel 4.1. I alt er der 30 pct., som rapporterer en funktionsnedsættelse. I undersøgelsen fra 2006 var det i alt 25 pct. af befolkningen mellem 16 og 64 år, som havde et selvrapporeret handicap (målt ved handicap og nedslidning). Andelen, som rapporterer en funktionsnedsættelse, er til 2012 således steget med 5 procentpoint. Årsagen til forskellen kan dels forklares ud fra metodiske forskelle og dels ud fra demografiske forskelle. I 2006-undersøgelsen var der ikke et eksplicit spørgsmål, som omhandler den psykiske helbredssituation. Undersøger vi udelukkende spørgsmålet omkring fysisk helbred og handicap, hvor spørgsmålet er identisk i begge år, er der en stigning fra 22 pct. i 2006 til 26 pct. i 2012. Stigningen på 4 procentpoint kan også skyldes ændringerne i befolkningssammensætningen, idet der er sket en stigning af andelen af ældre mennesker i den danske befolkning, som forårsager en stigning i andelen af personer med funktionsnedsættelse. Ældre mennesker har oftere en funktionsnedsættelse end yngre mennesker. At sammenligne med tidligere og andre undersøgelser er kompliceret – det er vanskeligt at vide, om forskellen afhænger af en reel ændring, eller om den kan forklares af metodiske tilgange. I Norge viser en undersøgelse, at andelen af handicappede i en survey kan variere fra 7 til 30 pct. alt efter målemetoden (Molden & Tøssebro, 2012), og cirka samme variation kan man se i SHILD, hvor 9 pct. har en større fysisk funktionsnedsættelse, mens 30 pct. har en enten mindre eller større funktionsnedsættelse.

Tabel 4.1 viser fordelingen af type og grad af funktionsnedsættelse fordelt på køn. De specifikke populationstal i tabel 4.1 er et konservativt estimat, idet personer med større funktionsnedsættelser må forventes at være underrepræsenterede (jf. bortfaldsproblematikken i indsamling af spørgeskemaer i kapitel 2).

Tabel 4.1 beskriver forskelle mellem mænd og kvinder og den selvrapporterede funktionsnedsættelse. Kvinder vurderer i højere grad, at de har en funktionsnedsættelse end mænd. Forskellen er størst, når vi ser på psykisk funktionsnedsættelse, hvor der er 3 procentpoint forskel mellem andelen af mænd, som rapporterer en mindre psykisk funktionsnedsættelse, og kvinder. Total er der 5 procentpoint flere kvinder, der selv rapporterer en funktionsnedsættelse.

TABEL 4.1

Oversigt over andele og antal af personer i den danske befolkning i alderen 16-64 med fysisk eller psykisk funktionsnedsættelse, særskilt for køn. Procent.

	Mænd	Kvinder	Procent	Population
<i>Funktionsnedsættelse</i>				
Ingen funktionsnedsættelse	72	67	70	2.061.963
Enten fysisk eller psykisk funktionsnedsættelse	28	33	30	883.699
Total	100	100	100	2.945.662
<i>Grad af funktionsnedsættelse</i>				
Ingen grad	73	67	70	2.059.095
Mindre grad	18	21	20	588.313
Større grad	9	12	11	323.572
Total	100	100	100	2.941.565
<i>Fysisk funktionsnedsættelse</i>				
Ingen fysisk funktionsnedsættelse	76	73	74	2.194.727
Mindre fysisk funktionsnedsættelse	16	17	17	490.992
Større fysisk funktionsnedsættelse	8	10	9	261.322
Total	100	100	100	2.947.129
<i>Psykisk funktionsnedsættelse</i>				
Ingen psykisk funktionsnedsættelse	93	89	91	2.688.961
Mindre psykisk funktionsnedsættelse	5	8	6	177.918
Større psykisk funktionsnedsættelse	2	3	3	80.221
Total	100	100	100	2.947.129

Anm. N = 18.864.

Kilde: SHILD, 2012.

Tabel 4.1 beskriver forskelle mellem mænd og kvinder og den selvrapporterede funktionsnedsættelse. Kvinder vurderer i højere grad, at de har en funktionsnedsættelse end mænd. Forskellen er størst, når vi ser på psykisk funktionsnedsættelse, hvor der er 3 procentpoint forskel mellem

andelen af mænd, som rapporterer en mindre psykisk funktionsnedsættelse, og kvinder. Totalt er der 5 procentpoint flere kvinder, der selv rapporterer en funktionsnedsættelse.

#### OVERLAP MELLEML FYSISK OG PSYKISK FUNKTIONSNEDSÆTTELSE

I SHILD er der spurgt separat om fysisk og psykisk selvrapporteret funktionsnedsættelse. Som tidligere nævnt giver det en central plads til den psykiske dimension, der ofte har været overset i handicapforskningen. Yderligere muliggør det at se på sammenhænge mellem de to aspekter af helbredet.

Tabel 4.2 viser, at personer med større fysisk funktionsnedsættelse har 5 gange større sandsynlighed for at have en større psykisk funktionsnedsættelse end personer uden en fysisk funktionsnedsættelse. Samlet set har henholdsvis 7 pct. uden fysisk funktionsnedsættelse, 12 pct. med mindre fysisk funktionsnedsættelse og 22 pct. med større fysisk funktionsnedsættelse en psykisk funktionsnedsættelse i mindre eller større grad.

TABEL 4.2

Personer med selv vurderet fysisk funktionsnedsættelse (fsn.) fordelt efter, om de har en psykisk funktionsnedsættelse. Procent.

Funktionsnedsættelse	Ingen psykisk fsn.	Mindre psykisk fsn.	Større psykisk fsn.	Total
Ingen fysisk fsn.	94	5	2	100
Mindre fysisk fsn.	87	9	3	100
Større fysisk fsn.	78	12	10	100

Anm.: N = 18.864. Sammenhængen er signifikant med \*\*\*. \*\*\* = p<0,001, \*\* = p<0,01, \* = p<0,05.

Kilde: SHILD, 2012.

Nyere forskning påpeger, at forbindelsen mellem fysisk aktivitet og psykisk sundhed er langt tættere end tidligere antaget. Fysisk aktivitet bruges fx i dag aktivt som et led i behandling af især depression, men også som led i kemobehandling af kræft. På trods af sammenhængen er det dog svært at isolere en årsagssammenhæng: Dyrker man mere motion, når man er glad, eller bliver man glædere af at dyrke mere motion?

TABEL 4.3

Personer med selv vurderet psykisk funktionsnedsættelse (fsn.) fordelt efter, om de har en fysisk funktionsnedsættelse. Procent.

	Ingen fsn.	Mindre fysisk fsn.	Større fysisk fsn.	Total
Ingen fsn.	77	16	8	100
Mindre psykisk fsn.	57	26	18	100
Større psykisk fsn.	49	20	31	100

Anm.: N = 18.864. Sammenhængen er signifikant med \*\*\*, \*\*\* = p<0,001, \*\* = p<0,01, \* = p<0,05.

Kilde: SHILD, 2012.

I tabel 4.3 ses fordelingen af personer med psykiske lidelser, og op mod hver tredje (31 pct.) har en større fysisk funktionsnedsættelse mod blot 8 pct. for personer uden en psykisk funktionsnedsættelse. Samlet set har tæt på halvdelen, henholdsvis 44 pct. og 51 pct., af personer med en mindre og større psykisk funktionsnedsættelse også en fysisk funktionsnedsættelse. Alt i alt må vi forvente, at personer, der selv rapporterer en fysisk og psykisk funktionsnedsættelse, er mere udsatte end personer med enten en type af funktionsnedsættelse eller ingen funktionsnedsættelse.

## BESVÆR MED DAGLIGE AKTIVITETER

Styrken ved SHILD er, at undersøgelsen åbner for mange muligheder for at måle handicapaspekter og inddrage andre centrale aspekter ved operationalisering af begrebet ”handicap”. I SHILD spørger vi respondenterne, om de har besvær med 12 forskellige aktiviteter og gøremål i dagligdagen, eventuelt ved brug af hjælpemidler. Disse spørgsmål inddrager daglige aktiviteter og de begrænsninger og hindringer, der er for at kunne deltage aktivt og på lige vilkår med andre mennesker uden en funktionsnedsættelse. Spørgsmålene lægger sig dermed op af ICF’s funktionsevne-begreb og mekanismerne i figur 3.1.



TABEL 4.4

Oversigt over spørgsmål i SHILD, som måler daglige aktiviteter.

Dimension	Spørgsmål	
Daglige aktiviteter	Besvær med fysiske aktiviteter	Kan du med eller uden briller eller kontaktlinser se? Kan du med eller uden høreapparat høre? Kan du gå 100 meter i fladt terræn (det er cirka længden af en fodboldbane)? Kan du gå op og ned ad 12 trin? Kan du spise selv? Kan du tage tøj af og på? Kan du købe ind? Kan du udføre husarbejde, fx rengøring, madlavning? Kan du benytte bus og tog, også når der er mange passagerer med? Kan du klare økonomiske anliggender og andre administrative opgaver i dagligdagen?
	Besvær med psykiske aktiviteter	Kan du på egen hånd strukturere din hverdag? Kan du koncentrere dig og huske fx nylige hændelser, aftaler, at indtage medicin og lign.?

Kilde: SHILD, 2012.

Som tidligere nævnt har vi i denne bølge frigjort spørgsmålene om daglige aktiviteter fra spørgsmålet om selvoplevet sygdom eller handicap og sindslidelse. Denne metode inkluderer derfor personer, som ikke nødvendigvis opfatter sig selv som personer med handicap eller funktionsnedsættelse og derfor ikke har svaret ja til spørgsmålet om selv vurderet funktionsnedsættelse, men alligevel har besvær med almindelige gøremål i dagligdagen.

Spørgsmålene omkring daglige aktiviteter er som nævnt taget fra den igangværende EU-undersøgelse European Health and Safety Information System (EHSIS), som belyser tilgængelighed i EU-landene. Spørgsmålene kan inddeles, så de enten måler en funktionsevnenedsættelse af fysisk karakter eller en hindring af psykisk karakter, som vises i oversigtstabellen tabel 4.4.

#### OMFANG AF BESVÆR MED DAGLIGE AKTIVITETER

Tabel 4.5 viser fordelingen af personer, som enten har meget besvær med at udføre de nævnte gøremål og aktiviteter eller personer, som slet ikke kan.

TABEL 4.5

Dagligdags aktiviteter og gøremål, fordelt efter graden af besvær. Procent.

	Uden besvær	Med lidt besvær	Med meget besvær	Kan slet ikke	Total
Se	65,7	25,3	7,5	1,6	100
Høre	90,4	8,4	0,8	0,4	100
Gå 100 meter	94,7	3,6	1,2	0,5	100
Gå op og ned af 12 trin	91,9	5,9	1,8	0,4	100
Spise selv	99,3	0,5	0,1	0,1	100
Af- og påklædning ved egen hånd	96,7	2,9	0,3	0,1	100
Indkøb	94,9	3,7	0,9	0,4	100
Rengøring	90	7,2	2,2	0,5	100
Benytte fyldte bus og tog	91,4	5,3	1,9	1,5	100
Administrative opgaver	90,4	7,6	1,4	0,6	100
Strukturere egen hverdag	94	5	0,7	0,2	100
Koncentration	84,2	13,7	1,9	0,2	100

Anm.: N = [18.957;18.929].

Kilde: SHILD, 2012.

Mellem 0,7 og 2,2 pct. svarer, at de klarer de enkelte aktiviteter ”med meget besvær”, på nær når det gælder spørgsmålet om at se, hvor tallet er 8 pct. Samlet set har 33 pct. svaret, at de har lidt eller meget besvær med at se med eller uden briller eller kontaktlinser: Denne store andel kan således være et udtryk for alle de personer, der bruger enten briller eller kontaktlinser for bedre at kunne se end dem, der reelt har et besvær med at se, selv med hjælpemidler. 16 pct. af befolkningen har svært ved at koncentrere sig til daglig, ca. 10 pct. har hørebesvær i mindre eller større grad, har svært ved at udføre rengøring eller administrere økonomi og administrative ting.

I tabel 4.6 har vi kategoriseret personer i Danmark som grupper, der har besvær med daglige aktiviteter, hvis de har svaret ”med meget besvær” eller ”kan slet ikke” til minimum ét af de ovenstående spørgsmål og efterfølgende set på andelen inden for de otte spørgsmål, der angår det fysiske og de fire spørgsmål, der angår det psykiske.

TABEL 4.6

Personer, som har besvær med dagligdags aktiviteter og gøremål, fordelt efter køn. Procent.

	Mænd	Kvinder	I alt
Besvær med daglige aktiviteter (total)	9	11 ***	10
Besvær med daglige fysiske aktiviteter	7	9 ***	8
Besvær med daglige psykiske aktiviteter	4	4	4

Anm.: N = [18.957;18.929]. Personer med nedsat funktionsevne er personer, som har svaret, at de enten har meget besvær eller slet ikke kan udføre dagligdagsgøremål og aktiviteter. \*\*\* =  $p < 0,001$ , \*\* =  $p < 0,01$ , \* =  $p < 0,05$ .

Kilde: SHILD, 2012.

Tabel 4.6 viser, at gennemsnitlig 10 pct. har besvær med én af de 12 aktiviteter, 8 pct. har besvær med én af de fysiske, mens 4 pct. har besvær med én af de psykiske aktiviteter. Kvinder udgør blot 2 procentpoint mere end mændene af personer med nedsat fysisk funktionsevne målt på spørgsmålene i tabel 4.4, mens der ingen forskel er for de psykiske aktiviteter. Det står i kontrast til forskellen mellem kvinder og mænd, som er på 5 procentpoint, når det kommer til selvrapporтерet funktionsnedsættelse (jf. tabel 4.1). Det tyder således på, at mænd i lige så høj grad har problemer med at udføre daglige psykiske aktiviteter, men i lavere grad vælger at rapportere en psykisk funktionsnedsættelse.

#### BEGRUNDELSE FOR BRUG AF FUNKTIONSNEDSÆTTELSE

Vi har hermed to overordnede aspekter af den danske befolknings selv-vurderede helbred: Den ene er et selv-vurderet fysisk helbredsproblem eller handicap og psykisk lidelse besvaret med ja og nej (figur 4.1), og den anden er selv-vurderede evner til at udføre daglige aktiviteter (tabel 4.4) I følgende afsnit ser vi nærmere på overlap mellem de to kategorier for herefter at argumentere for vores brug af selv-vurderede længerevarende fysiske helbredsproblemer eller handicap og psykiske lidelser som det anvendte mål i undersøgelse.

Der er 10 pct. i alt, der har besvær med at udføre minimum én af de daglige aktiviteter, hvilket er en betydeligt lavere andel end de ca. 30 pct., der selv vurderer, at de har en fysisk eller psykisk funktionsnedsættelse. Den store forskel bunder sandsynligvis i, at den selv-vurderede funktionsnedsættelse fanger flere former for funktionsnedsættelser, som det ville være uoverkommeligt at spørge detaljeret om. Cirka hver tredje af personerne, der selv vurderer, at de har en fysisk eller psykisk funkti-

onsnedsættelse jf. spørgsmålene i figur 4.1 svarer samtidig, at de har meget besvær med eller slet ikke kan udføre én af de daglige aktiviteter.

TABEL 4.7

Personer med en funktionsnedsættelse, fordelt efter besvær med daglige aktiviteter. Procent.

	Intet besvær med daglige aktiviteter	Besvær med daglige aktiviteter	Total
Ingen funktionsnedsættelse	67	2	70
Fysisk eller psykisk funktionsnedsættelse	23	7	30
Total	90	10	100

Anm.: N = 18.729. Sammenlægningen er signifikant med \*\*\*, \*\*\* = p<0,001, \*\* = p<0,01, \* = p<0,05.

Kilde: SHILD, 2012.

I totale uvægtede tal er der 1.260 personer, der svarer ja til at have besvær med en af de fysiske daglige aktiviteter og 4.726 personer, der svarer, at de har en fysisk funktionsnedsættelse. Omvendt er der blot 236 personer, der svarer ja til at have besvær med en af de psykiske daglige aktiviteter, mens der er 1.464, der svarer, at de har en psykisk funktionsnedsættelse. Aktivitetsspørgsmålene inddrager altså relativt færre personer, der har problemer på det psykiske plan, hvilket peger på, at spørgsmål om den psykiske dimension (angående brug af bus og tog, administration af personlige anliggender, struktur af hverdag og koncentration) ikke rammer den bredde, der er at finde i de selvrapporterede psykiske funktionsnedsættelser. Heller ikke spørgsmålene til fysiske daglige aktiviteter inddrager alle, der selv vurderer at have en fysisk funktionsnedsættelse. Udfordringen ligger ganske enkelt i at spørge om alle aspekter af et menneskes fysiske og psykiske færden i dagligdagen, hvilket kræver meget mere end de 12 spørgsmål fra EHSIS, der er inkluderet i SHILD.

Ser vi på personer, der har én eller anden, også mindre, grad af besvær med én af de daglige aktiviteter, så er det hele 53 pct. af den danske befolkning. At arbejde med en måling af funktionsnedsættelse, der inddrager 53 pct. af befolkningen, vil have store konsekvenser for de eventuelle sammenhænge med deltagelse, der er at finde. Det tyder på, at funktionsnedsættelse, som det er defineret, først og fremmest formår at afgrænse en rimelig population på ca. 30 pct., der ikke ligger langt fra andre undersøgelser, der inddrager både den fysiske og psykiske dimension. Yderligere tager begrebet højde for, at personer i Danmark i realiteten laver en vurdering af egen funktionsnedsættelse ud fra personlige

erfaringer med begrænsninger, der ikke kun relaterer sig til kroppen (som det til tider bliver defineret), men også vurderes i forhold til forskellige former for aktiviteter og deltagelse.

## SELVRAPPORTERET DIAGNOSE

Der kan være mange årsager til, at personer vurderer, at de har en funktionsnedsættelse. I dette afsnit giver vi et billede af, hvilke typer af sygdomme personer med funktionsnedsættelse har.

Tabel 4.8 viser, hvordan personer med fysisk og psykisk funktionsnedsættelse fordeler sig på 27 typer af handicap og sygdomme, både behandlede og ubehandlede. Respondenterne er blevet bedt om at angive deres dominerende funktionsnedsættelse. Det hyppigst forekommende er problemer med ryg eller nakke – godt en femtedel af personer med selvvalgt funktionsnedsættelse har denne type problem som dominerende fysisk funktionsnedsættelse. En sjettedel af personerne med selvvalgt funktionsnedsættelse har problemer med ben, fødder, arme eller hænder. 21 pct. af personerne med selvvalgt funktionsnedsættelse lider af ikke-psykotiske lidelser, hvoraf depression og stress formentlig er de store poster. Blot 1 pct. rapporterer, at de lider af ADHD, hvilket bl.a. kan skyldes, at vi i SHILD ikke spørger unge under 16 år. Næsten 3 pct. af personerne med selvvalgt funktionsnedsættelse rapporterer et sansehandicap, og 2 pct. af personerne med selvvalgt funktionsnedsættelse rapporterer psykoser og alvorlige sindslidelser. I tabel 4.8 ser vi, at en fjerdedel af personerne med funktionsnedsættelse lider af længerevarende eller kroniske sygdomme.

På grund af et vist frafald, især for de svære psykiske lidelser, må vi formode, at populationstallene er lidt i underkanten for nogle typer af sygdomme og funktionsnedsættelser, måske især alvorlige psykiske lidelser og lidelser opstået ved brug af alkohol eller euforiserende stoffer. Forskellige foreninger estimerer meget højere populationstal. Psykiatrifonden (2013) estimerer fx, at der i Danmark er ca. 200.000 personer, der lider af depression og 200.000, der lider af angst. Disse tal er dog blot estimater.

TABEL 4.8

Personer med selv vurderet fysisk eller psykisk funktionsnedsættelse, fordelt efter handicap- og sygdomstype. Procent.

	Procent	Population
<i>Mobilitet</i>	37,4	379.145
Ryg eller nakke	19,8	201.056
Ben eller fødder	11,5	116.617
Arme eller hænder	6,1	61.472
<i>Sansehandicap og kommunikationsbesvær</i>	2,6	26.102
Blindhed eller synsnedsættelse	1,2	11.731
Nedsat hørelse	1,0	10.181
Døvhed	0,2	2.501
Talebesvær	0,2	1.690
<i>Sygdomme</i>	20,5	207.988
Hjerte/blodtryk/kredsløb	6,1	61.992
Åndedrætsproblemer	4,9	50.051
Sukkersyge/diabetes	4,1	42.095
Mave/lever/nyre/fordøjelse	3,0	30.860
Andre fremadskridende sygdomme	2,3	22.990
<i>Allergi med mere</i>	3,8	38.536
Allergi	2,3	23.634
Hudlidelse	1,5	14.903
<i>Andet</i>	11,4	115.767
Ordblindhed	0,4	4.290
Udviklingshæmmet	0,1	523
Cerebral parese/spasticitet/hjerneskade	0,7	6.898
Andet helbredsproblem eller handicap	10,3	104.056
<i>Ikke-psykotiske sindslidelser</i>	20,9	211.792
Depression, mani og bipolar	8,4	85.488
Stress, fobier, angst, OCD og PTSD	8,4	85.488
ADHD, ADD og lignende	1,0	10.335
Autisme, Aspergers og lignende	0,5	5.074
<i>Anden psykisk lidelse</i>	2,5	25.407
Psykososer og andre alvorlige sindslidelser	2,2	22.694
Stemmehøring, skizofreni og psykose	1,0	10.081
Personlighedsforstyrrelse	0,6	5.941
Spiseforstyrrelse	0,4	3.678
Opstået ved brug af alkohol eller euforiserende stoffer	0,3	2.993
I alt	100	1.002.024

Kilde: SHILD, 2012.

## OPSUMMERING

I dette kapitel har vi fremlagt udfordringerne i at definere og måle funktionsnedsættelse empirisk. Vi har været inde på teoretiske tilgange til handicap, anvendte begreber og WHO's model for en dynamisk tilgang til handicap, som medtager individ, aktivitet og deltagelse som uadskille-

lige faktorer. Vi har præsenteret undersøgelsens empiriske begreb og vores målsætning om, hvilket perspektiv rapportens analyser udarbejdes i. Vi har fået fastlagt, at vi gennem rapporten undersøger forhold for personer, som selv har vurderet, at de lever med en funktionsnedsættelse. Når vi taler om funktionsnedsættelse, skelner vi mellem fysisk og psykisk, hvor den fysiske dimension bl.a. indebærer mobilitetsproblemer, sansehandicap og længerevarende sygdomsforløb. Den psykiske dimension dækker over sindslidelser, både psykotiske og ikke psykotiske.

Siden 2006 er der sket en stigning i antallet af personer med et fysisk helbredsproblem eller handicap. Godt 750.000 personer (26 pct.) af den danske befolkning i alderen 16-64 år vurderer, at de har en fysisk funktionsnedsættelse, og 250.000 personer (9 pct.) vurderer, at de har en psykisk funktionsnedsættelse. I alt er der 30 pct., som rapporterer en funktionsnedsættelse. Andelen, som rapporterer en funktionsnedsættelse i 2012, er således steget med 5 procentpoint. Årsagen til forskellen kan dels forklares ud fra metodiske forskelle og dels ud fra demografiske forskelle. Vi inddrager løbende både mindre og større funktionsnedsættelser, da begge grupper er afgørende for at belyse forskelle: Gruppen af personer med mindre funktionsnedsættelser udgør totalt flere personer, mens gruppen med større funktionsnedsættelse fylder relativt mere på grund af alvorsgraden.





# REGISTERBASEREDE INFORMATIONER

I dette kapitel sammenholder vi det selvrapporterede mål omkring psykisk funktionsnedsættelse med registrerede oplysninger fra Det Psykiatriske Centralregister. Det giver mulighed for at undersøge eventuelle overlap og forskelle mellem selvvurdering og behandlingssystemet. For respondenterne, som har besvaret spørgeskemaet, er det muligt at knytte administrative data, herunder oplysninger fra Det Psykiatriske Centralregister. Registeret har oplysninger omkring indlæggelser og indeholder en række variable, der varierer over tid. I dette afsnit vil vi benytte oplysninger fra registret for at sammenholde det selvrapporterede mål, som vi anvender i rapporten, med registrerede data fra psykiatrien.

## KONTAKT MED PSYKIATRIEN

Vi ser i dette afsnit på, hvor mange af respondenterne i SHILD, der umiddelbart har været i kontakt med det psykiatriske system og har herunder foretaget en kategorisering af diagnoser ud fra ICD-10-gruppering<sup>4</sup>. Analyseperioden er fra 1995 til 2011, idet de sundhedsregi-

---

4. International Classification of Diseases. Et system til klassifikation af sygdomme og andre helbredsrelaterede lidelser udformet af WHO. ICD-10 er den tiende udgave af dette system. Sundhedsvæsenets KlassifikationsSystem (SKS) er et system designet til klassifikation inden for sygehusvæsenet og sundhedsvæsenets primærsektor. Systemet indeholder en række hovedgrupper,

stre, vi anvender, er mest sikre i denne periode.<sup>5</sup> Derudover har vi ind-  
delt diagnoserne i et hierarki ud fra sværhedsgrad jf. Hageman m.fl.  
(2008) og Lyk-Jensen m.fl. (2012).

Tabel 5.1 viser forholdet mellem kontakt til det psykiatriske sy-  
stem i perioden 1995-2011 og 2009-2011 fordelt på rapporterede psyki-  
ske lidelser.

TABEL 5.1

Andel af personer med selvvrurderet psykisk funktionsnedsættelse, fordelt efter  
kontakt til psykiatrien i perioderne 1995-2011 og 2009-2011. Procent.

	Kontakt inden for perioden 1995-2011	Aktuel kontakt i 2009-2011
Ingen psykisk funktionsnedsættelse	5	1
Mindre psykisk funktionsnedsættelse	30	13
Større psykisk funktionsnedsættelse	58	35
Gennemsnit i populationen	8	4

Anm.: N = 13.862. Sammenhængen er signifikant med \*\*\*, \*\*\* = p<0,001, \*\* = p<0,01, \* = p<0,05.

Kilde: SHILD, 2012 og Det Centrale Psykiatri Register.

Mens 35 pct. af den danske befolkning som rapporterer at have en *større*  
psykisk funktionsnedsættelse og har haft kontakt med psykiatrien i 2009-  
2011, så gælder dette 13 pct. af personerne med en *mindre* psykisk funkti-  
onsnedsættelse og blot 1 pct. af personerne, der ikke rapporterer en psy-  
kisk funktionsnedsættelse. I alt har 4 pct. af den danske befolkning været  
i kontakt med psykiatrien i perioden 2009-2011, hvilket er lig med pro-  
centdelen af befolkningen, som rapporterer en større psykisk funktions-  
nedsættelse. Overlappet er dog ikke én til én.

Der er altså ikke overraskende flere personer med selvrapporte-  
rede større psykiske funktionsnedsættelser, der tager kontakt til psykiatri-  
en, men da denne gruppe er relativt lille, så udgør gruppen af personer  
med mindre og større psykiske funktionsnedsættelser en cirka lige stor  
andel af populationen i det psykiatriske system.

Figur 5.1 viser andelen af personer, der har haft seneste og *sidste*  
kontakt med psykiatrien i et givet år, som i 2011 svarer, at de har en en-

---

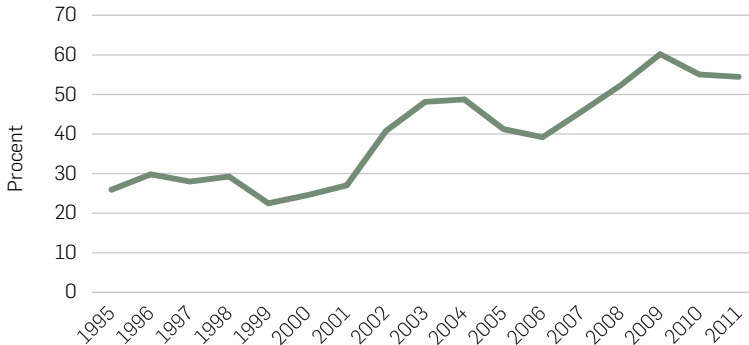
der er tildelt ét bogstav. Herefter følger en kode på op til 9 alfanumeriske tegn. Disse tegn angiver undergrupper under hovedgruppen. I SKS indgår også internationale klassifikationer – fx sygdomsklassifikationen ICD10. Klassifikationerne findes opdateret på nettet med mulighed for søgning og download samt til validering af egne udtræk fra klassifikationerne ved hjælp af SKS-værktøjerne (se [medinfo.dk/sks/brows.php](http://medinfo.dk/sks/brows.php) for yderligere information).

5. For eksempel er diagnosekoderne i ICD-10 først registreret fra 1994.

ten mindre eller større psykisk funktionsnedsættelse. Jo længere tilbage ens kontakt til psykiatrien ligger, jo større er sandsynligheden for, at man vurderer sin lidelse til at være en mindre funktionsnedsættelse eller ikke at være til stede.

FIGUR 5.1

Personer med selv vurderet psykisk funktionsnedsættelse, særskilt for år for seneste og sidste kontakt. Procent.



Anm.: Populationen er afgrænset til personer der i 1995 er fyldt 18 år. Antal observationer varierer fra år til år.  
Kilde: SHILD, 2012 og Det Centrale Psykiatregister.

Der er dog ikke nogen stor forskel på, om man vurderer sin psykiske funktionsnedsættelse til at være mindre eller større, når kontakten ligger inden for de seneste to år. Det skyldes nok, at personer, der er i Det Centrale Psykiatregister allerede har en psykisk funktionsnedsættelse af en vis alvorsgrad, mens selvrapporerede psykiske funktionsnedsættelser har en langt større andel af mindre psykiske funktionsnedsættelser.

Det er alligevel værd at bemærke, at 30 pct. af den danske befolkning, der har haft kontakt til psykiatrien sidste gang i 1996, stadig i dag rapporterer, at de har en mindre psykisk funktionsnedsættelse, mens tallet er 55 pct., hvis sidste kontakt er i 2010. At man har fået stillet en diagnose i 1996 og ikke har været i kontakt med psykiatrien siden, betyder altså ikke, at lidelsen ikke stadig er en del af ens hverdag mange år efter. Herefter kan kontakten også foregå med konsultation og medicin hos egen læge, alternativ behandling og anden behandling osv.

Bemærkelsesværdigt er det også, at det kun er 55 pct. af de personer, der har været i kontakt med systemet i 2010, som selv rapporterer en psykisk funktionsnedsættelse i 2011/2012. At have været indlagt et døgn eller fået en psykisk diagnose i systemet betyder altså langt fra, at man selv vurderer, at man har en psykisk funktionsnedsættelse.

## DIAGNOSER

Den hyppigst fremkomne diagnose i det psykiatriske system er affektive sindslidelser og nervøse, stressrelaterede tilstande, der udgør over halvdelen af diagnoserne for personer, der har været i kontakt med psykiatriske system i perioden 2009-2011 (tabel 5.2). Selvom dette ikke er direkte sammenligneligt med selvrapporterede typer af lidelser i SHILD, så er de to diagnoser ligeledes dominerende blandt de selvrapporterede psykiske funktionsnedsættelser med 38 pct. (depression, mani og bipolar) og 36 pct. (stress, fobier, angst, OCD og PTSD) (tabel 5.2).

TABEL 5.2

Personer i det psykiatriske system, fordelt efter typer af diagnoser i det psykiatriske system. Procent.

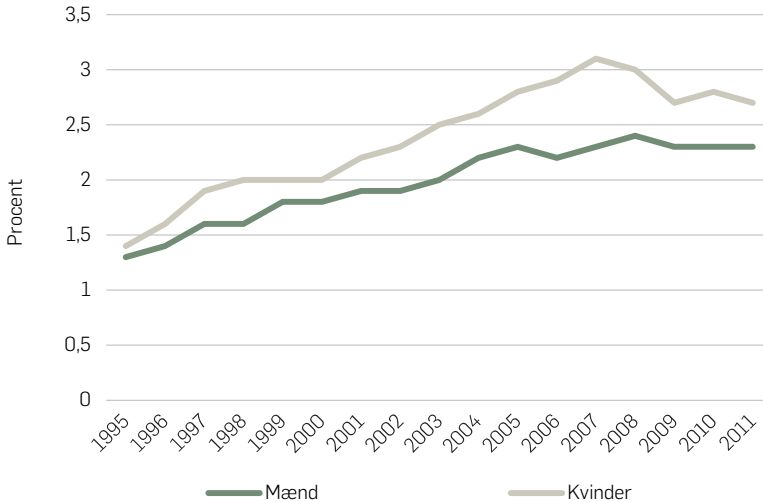
	Af hele populationen	Personer med psykisk diagnose
Population	2.954.056	91.604
Ingen kontakt	96,90	N/A
Organiske psykiske lidelser (F00-09)	0,05	1,66
Skizofreni (F20)	0,20	6,54
Skizotypisk sindslidelse, psykose mv. (F21-29)	0,14	4,49
Affektive sindslidelser (F30-39)	0,96	30,94
Nervøse stressrelaterede tilstande (F40-49)	0,91	29,41
Adfærdændringer forbundet med fysiologiske forstyrrelser og fysiske faktorer (F50-59)	0,12	3,91
Specifikke forstyrrelser af personlighedsstrukturen (F60-69)	0,17	5,32
Organiske lidelser og misbrugslidelser (F10-19)	0,21	6,70
Andre diagnoser F-diagnoser (F7*-9*)	0,19	6,03
Andre diagnoser såsom Z-diagnoser (Z*)	0,16	5,01
Total	100	100

Anm.: Højest rangeret diagnose i 2009-2011.

Kilde: Det Centrale Psykiatregister.

FIGUR 5.2

Personer der har været i kontakt med psykiatriske system særskilt for køn. Procent.



Anm.: Fra 2005 til 2011 er forskellene mellem mænd og kvinder signifikante med på et 5-procents-niveau.  $p = *$ , \*\* eller \*\*\*. Populationen er personer, der i 1995 er fyldt 18 år.

1. Det Centrale Psykiatrireger.

Forskellene mellem køn er ikke store, men der er i 2005 til 2011 signifikante forskelle i procent af kvinder og mænd, der søger hjælp i psykiatri-systemet. I gennemsnit søger 2,7 pct. af kvinder hjælp i psykiatrien, mens dette gælder 2,3 pct. af mænd. Selvom forskellene tidligere var minimale, så ser det ud til, at kønsforskellene er mindsket det seneste par år.

## OPSUMMERING

I dette kapitel har vi kort gennemgået de registrerede informationer fra Det Centrale Psykiatrireger. Der er i gennemsnit 4 pct. af den danske befolkning, der har haft kontakt til det psykiatriske system i 2009-2012. Cirka hver tredje person, som har selvrapporteret en *større* psykisk funktionsnedsættelse, har haft kontakt med det psykiatriske system, mens det kun er 13 pct. for personer med *mindre* psykiske funktionsnedsættelser og 1 procent af personer, der ikke har selvrapporteret en funktionsnedsæt-

telse. Jo længere tilbage i tiden ens kontakt til psykiatrien er, jo mindre er sandsynligheden for, at man i bekræfter spørgsmålet om at have en psykisk funktionsnedsættelse. Kun lidt over halvdelen af dem, der har haft kontakt i 2011, har selvrapporteret en funktionsnedsættelse i SHILD. Det viser for det første, at en tilsyneladende objektiv information som fx kontakt til psykiatrien i dette tilfælde også måler en let kontakt, måske i form af en enkelt ambulant kontakt, der ikke behøver at have videre betydning. For det andet tyder det på, at en del af dem, der er i kontakt med psykiatrien, ikke selv opfatter sig som personer med en psykisk funktionsnedsættelse enten på grund af mangel på erkendelse, stigmatisering udefra eller lignende.

## PROFILER

Dette kapitel giver et portræt af forskellige grupper af personer med forskellige *typer* og *grader* af funktionsnedsættelse. I de foregående kapitler diskuterede vi de mange måder, hvorpå begreberne kan operationaliseres, og hvordan vi behandler begreberne rent empirisk. De fleste steder i rapporten er det ikke muligt at fastholde et dybt detaljeringsniveau, og derfor tager vi gennem rapporten udgangspunkt i selvvurderet fysisk og psykisk funktionsnedsættelse. Vi er opmærksomme på, at der i grupperne er forskelle på typen af funktionsnedsættelse og graden af den, hvilket vi undervejs i rapporten tager hensyn til. I dette kapitel fastholder vi blikket på nuancerne for at få en dybere forståelse af, hvilke karakteristika personer med henholdsvis større og mindre fysisk og psykisk funktionsnedsættelse har. Vi vil lægge vægt på at belyse: 1) helbredsmæssige forhold - forhold, som hænger sammen med graden og typen af funktionsnedsættelsen, fx hvor længe man har haft funktionsnedsættelsen, smerter, synlighed og BMI; 2) demografiske forhold som køn og alder; 3) socioøkonomiske faktorer, som kan være en konsekvens af funktionsnedsættelsen, fx uddannelsesniveau, tilknytning til arbejdsmarkedet og indkomst. Socioøkonomiske faktorer kan imidlertid også ligge bag funktionsnedsættelsen, idet der ikke er helt tilfældigt, hvem der erhverver en funktionsnedsættelse, eller hvem der får et barn med funktionsnedsættelse. Dette kapitel svarer på følgende spørgsmål:

- Hvilke særlige helbredsmæssige kendetegn er der for mennesker med forskellige typer og grader af funktionsnedsættelse? Og hvilke forventninger er typiske for grupperne i forhold til deres helbredssituation?
- Hvilke demografiske udviklingstendenser er der for grupper af mennesker med forskellige typer og grader af funktionsnedsættelse?
- Hvilke forskelle er der i den socioøkonomiske profil for mennesker med forskellige typer og grader af funktionsnedsættelse?

I kapitlet finder vi, at personer med større funktionsnedsættelse har en ringere helbredsprofil og ringere udsigter til at forbedre deres situation. Personer med mindre fysisk funktionsnedsættelse er den gruppe, som er mindst hindret af deres funktionsnedsættelse. Personer med større fysisk funktionsnedsættelse vurderer generelt, at de har et ringe helbred, hvilket kan skyldes, at denne gruppe ofte lider af smerter. Funktionsnedsættelsen påvirker især denne gruppe i basale fysiske gøremål i hverdagen, hvilket kan være baggrund for, at de har en lav beskæftigelsesfrekvens.

Personer med mindre psykisk funktionsnedsættelse er en gruppe, som for en stor del består af unge mennesker, og funktionsnedsættelsen påvirker dem i både fysiske og psykiske hverdagsgøremål, hvilket gør det vanskeligt at komme videre i uddannelsessystemet.

Personer med større psykisk funktionsnedsættelse vurderer generelt, at de ikke er tilfredse med deres liv, og funktionsnedsættelsen påvirker gruppen i både fysiske og psykiske hverdagsgøremål. De er derfor sjældent integreret i systemer som uddannelse og beskæftigelse.

## HELBREDSFAKTORER

For at kunne nuancere billedet af hvilke karakteristika personer med større og mindre funktionsnedsættelse har, viser vi i tabel 6.1 en oversigt over forskellige helbreds faktorer.



TABEL 6.1

Personer med funktionsnedsættelse, fordelt efter helbredsfaktor, opgjort særskilt for type og grad af funktionsnedsættelse. Procent.

	Ingen fysisk funktionsnedsættelse	Mindre fysisk funktionsnedsættelse	Større fysisk funktionsnedsættelse	Ingen psykisk funktionsnedsættelse	Mindre psykisk funktionsnedsættelse	Større psykisk funktionsnedsættelse
<i>Alvorligste funktionsnedsættelse</i>						
Mobilitetsproblemer	N/A	49	49	N/A		
Sansehandicap	N/A	4	3	N/A		
Sygdomme	N/A	27	29	N/A		
Stress, fobier, angst, OCD og PTSD	N/A				37	32
Depression, mani og bipolar	N/A				38	37
Andel medfødt	N/A	4	4	N/A	7	12
Gennemsnitsalder på erhvervet funktionsnedsættelse	N/A	34	38***	N/A	31	29**
<i>Selvurderet prognose</i>						
Får det formentlig bedre	N/A	18	10***	N/A	55	29***
Situationen vil formentlig være uændret	N/A	57	40***	N/A	34	53***
Får det formentlig dårligere	N/A	18	42***	N/A	2	9***
Ikke fået besked fra lægerne	N/A	7	8	N/A	9	10
<i>Synlig funktionsnedsættelse</i>						
	N/A	22	46	N/A	32	42
<i>Smertes</i>						
Altid, ofte, sommetider	33	69	86***	43	66	71***
Sjældent og aldrig	66	31	14***	58	34	29***
<i>Dyrker ikke motion</i>						
	18	24	40***	20	27	38***
<i>BMI</i>						
Undervægtig	3	3	3	3	5	4**
Normal vægt	56	42	37***	53	45	35***
Overvægtig	31	35	35***	32	30	31
Fedme	11	20	26***	13	20	30***
<i>Brugt behandlere udover praktiserende læge<sup>1</sup></i>						
Ja	32	49	54***	35	55	54***
Nej	68	51	46***	65	45	46***
<i>Funktionsevne</i>						
Nedsat fysisk funktionsevne	20	45	80***	26	55	76***
Nedsat psykisk funktionsevne	16	27	50***	17	51	75***
<i>Dysleksi</i>						
	4	7	14	5	11	20

(Fortsættes)

TABEL 6.1 FORTSAT

Personer med funktionsnedsættelse, fordelt efter helbreds faktor, opgjort særskilt for type og grad af funktionsnedsættelse. Procent.

	Ingen fysisk funktionsnedsættelse	Mindre fysisk funktionsnedsættelse	Større fysisk funktionsnedsættelse	Ingen psykisk funktionsnedsættelse	Mindre psykisk funktionsnedsættelse	Større psykisk funktionsnedsættelse
<i>Specialundervisning<sup>2</sup></i>						
Ja	17	19	20**	17	24	25***
Nej	83	81	80**	83	76	75***
<i>Generel tilfreds</i>						
Er generelt tilfreds	87	78	56***	86	57	43***
Har generelt godt helbred	82	46	15***	73	36	21***
<i>Forventninger</i>						
Positive forventninger til, at helbredet er lige så godt som i dag de næste tre år	98	91	69***	95	87	78***

Anm.: N = [1.456;18.957]. Chi<sup>2</sup>-test. \*\*\* = p<0,001, \*\* = p<0,01, \* = p<0,05.

1. Inden for det sidste år, fx (fysioterapi, massage, psykologi, healing osv.).

2. Modtaget specialskoleundervisning på et tidspunkt i sin skoletid.

Kilde: SHILD, 2012.

## PORTRÆT AF PERSONER MED MINDRE FYSISK FUNKTIONSNEDSÆTTELSE

De 17 pct. af den danske befolkning, som vurderer, de har en mindre funktionsnedsættelse, er hyppigst ramt af mobilitetsproblemer, heraf især problemer med ryg eller nakke, som det ses i tabel 6.1. Gennemsnitsalderen for at erhverve sig en mindre funktionsnedsættelse er 34 år. Mere end halvdelen forventer ikke, at situationen forbedrer sig, mens næsten en femtedel forventer, at de får det bedre. 70 pct. er ramt af smerter, og en fjerdedel dyrker slet ikke motion. Mere end halvdelen er enten overvægtige eller lider af fedme. 45 pct. rapporterer også, at de har nedsat fysisk funktionsevne, hvilket betyder, at de har besvær med at foretage forskellige aktiviteter og gøremål i hverdagen (se, høre, gå mere end 100 meter osv.). 27 pct. har nedsat psykisk funktionsevne, hvilket mest handler om at have besvær med at overskue dagligdagen og koncentration. 7 pct. har besvær med at læse kortere artikler og skrive kortere breve uden hjælp. Størstedelen er generelt tilfreds med deres liv for tiden, og lidt under halvdelen vurderer, at deres helbred er godt. En tiendedel har for-

ventninger om, at deres nuværende helbredssituation forværrer sig inden for de næste tre år.

#### PORTRÆT AF PERSONER MED STØRRE FYSISK FUNKTIONSNEDSÆTTELSE

En tiendedel af den danske befolkning vurderer, at de har en større fysisk funktionsnedsættelse, og heraf er næsten halvdelen ramt af mobilitetsproblemer. Ligesom for personer med mindre fysisk funktionsnedsættelse er gennemsnitsalderen 34 år for at erhverve sig større fysisk funktionsnedsættelse. 42 pct. vurderer, at de får det dårligere, og kun en tiendedel mener, at de får det bedre. Størstedelen lider af smerter, og 40 pct. dyrker ikke motion. 60 pct. er enten overvægtige eller lider af fedme. Mere end halvdelen modtager anden behandling i form af fysioterapi, massage, kiropraktik, akupunktur og zoneterapi. 80 pct. har besvær med at foretage forskellige aktiviteter og gøremål i hverdagen (se, høre, gå mere end 100 meter osv.), og halvdelen har nedsat psykisk funktionsevne, hvilket handler om at have besvær med at overskue dagligdagen og koncentration. Mere end en tiendedel af dem med større fysisk funktionsnedsættelse har besvær med at læse kortere artikler og skrive kortere breve uden hjælp. Lidt over halvdelen er generelt tilfredse med deres liv, og kun 15 pct. vurderer, at deres helbred er godt. 30 pct. af dem med større fysisk funktionsnedsættelse har forventninger om, at deres nuværende helbredssituation forværrer sig inden for de næste tre år.

#### ET PORTRÆT AF PERSONER MED MINDRE PSYKISK FUNKTIONSNEDSÆTTELSE

Blandt de 6 pct. i den danske befolkning, som lider af en mindre psykisk funktionsnedsættelse, er den mest fremkommende lidelse relateret til stress, angst og depression. Denne gruppe er i gennemsnit 32 år, når lidelsen fremkommer, hvilket er et par år yngre, end tilfældet er for personer med både større og mindre fysisk funktionsnedsættelse. Mere end halvdelen af personerne med mindre psykisk funktionsnedsættelse mener, at der er gode udsigter til en forbedring af deres tilstand. 66 pct. lider af smerter, og lidt under en tredjedel dyrker ikke motion. 5 pct. af personerne med mindre psykisk funktionsnedsættelse er undervægtige, hvilket er et par procentpoint højere end for personer med fysisk funktionsnedsættelse. 55 pct. modtager anden behandling i form af fysioterapi, massage, kiropraktik, parterapi og psykolog. Halvdelen har nedsat fysisk og

psykisk funktionsevne og dermed besvær med almindelige aktiviteter og gøremål i hverdagen. En fjerdedel har modtaget specialundervisning i folkeskolen. Mere end halvdelen er generelt tilfredse med deres liv (57 pct.), og 36 pct. vurderer, at de har et godt helbred. 87 pct. mener, at deres helbredssituation ikke forværres i løbet af de næste tre år.

#### PORTRÆT AF PERSONER MED STØRRE PSYKISK FUNKTIONSNEDSÆTTELSE

Den mindste gruppe af personer med funktionsnedsættelse er personer med større psykisk funktionsnedsættelse (3 pct.). Heraf lider størstedelen af lidelser relateret til stress, angst, OCD, PTSD, depression, mani og bipolarlidelse. Det er formentlig mere alvorlige lidelser, personerne i gruppen her lider af, idet 5 pct. af personerne med større psykisk funktionsnedsættelse mener, de er født med lidelsen. Gennemsnitsalderen er her nede på 30 år. Cirka en tredjedel forventer at få det bedre, og halvdelen mener, at situationen vil være uændret. 42 pct. mener, at en fremmed inden for fem minutter lægger mærke til den psykiske funktionsnedsættelse. 71 pct. lider af smerter, og 38 pct. dyrker ikke motion. 60 pct. er enten overvægtige eller lider af fedme. Mere end halvdelen modtager behandling andre steder fra end det almene sundhedssystem, og får det primært ved fysioterapi, massage, kiropraktik, parterapi og psykolog. Personerne med større psykisk funktionsnedsættelse er den gruppe, som er hårdest udsat, idet denne gruppe generelt har besvær med dagligdags gøremål også gøremål, der ikke er relateret til sind. 75 pct. har nedsat fysisk og psykisk funktionsevne og dermed besvær med almindelige aktiviteter og gøremål i hverdagen. Vi ser, at personer med psykiske funktionsnedsættelser både rammes fysisk og psykisk i modsætning til personer med fysisk funktionsnedsættelse, som primært oplever besvær med fysiske gøremål. En fjerdedel har modtaget specialundervisning i folkeskolen. 43 pct. er generelt tilfredse med deres liv, og 21 pct. vurderer, at de har et godt helbred. Næsten 80 pct. mener, at deres helbredssituation ikke forværres i løbet af de næste tre år.

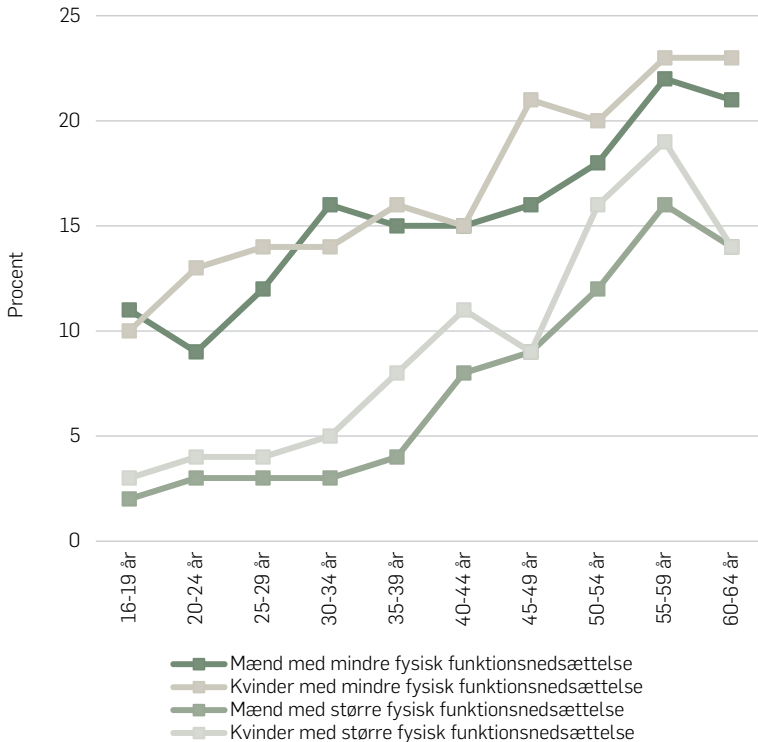
#### DEMOGRAFISKE FORHOLD

I dette afsnit ser vi på alder og kønsfordeling inden for forskellige grader og typer af funktionsnedsættelser for at danne et demografisk overblik.

## JO HØJERE ALDER, DES FLERE MED FYSISK FUNKTIONSNEDSÆTTELSE

FIGUR 6.1

Personer med fysisk funktionsnedsættelse, fordelt efter alder, særskilt for køn og grad af funktionsnedsættelse. Procent.



Anm.: N = 18.955. Sammenhæng mellem alder og funktionsnedsættelse er signifikant.

Kilde: SHILD, 2012

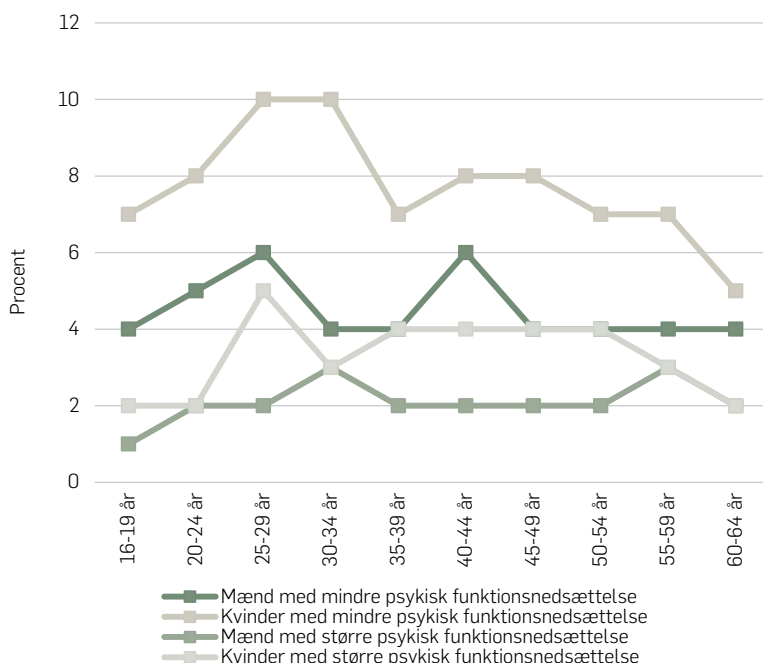
Figur 6.1 viser, hvor stor en andel af kvinder og mænd i forskellige aldersgrupper, som enten rapporterer at have en større eller mindre fysisk funktionsnedsættelse eller et længevarende fysisk helbredsproblem. Blandt personer med en fysisk funktionsnedsættelse viser det sig, at der for både kvinder og mænd er flere personer med en fysisk funktionsnedsættelse med højere alder. Kvinder rapporterer hyppigere end mænd, at de har en større eller mindre fysisk funktionsnedsættelse. Risikoen for at

have en fysisk funktionsnedsættelse er højere i en tidligere alder for kvinder end mænd. Omkring 10 pct. af kvinder i aldersgruppen 40-49 år vurderer, at de har en større fysisk funktionsnedsættelse eller længerevarende helbredsproblem. I aldersgruppen 30-45 har cirka hver sjette person nedsat fysisk funktionsevne.

## UNGE HAR HYPPIGERE PSYKISKE FUNKTIONSNEDSÆTTELSE

FIGUR 6.2

Personer med psykisk funktionsnedsættelse fordelt efter alder, særskilt for køn og grad af funktionsnedsættelse. Procent.



Anm.: N =18.955. Sammenhæng mellem alder og funktionsnedsættelse er signifikant.

Kilde: SHILD, 2012.

Figur 6.2 viser, hvor stor en andel af kvinder og mænd i forskellige aldersgrupper som rapporterer at have en større eller mindre psykisk funktionsnedsættelse. Unge kvinder i aldersgruppen 25-34 år er særligt sårbar, og hver tiende i den aldersgruppe er ramt af en mindre psykisk funktionsnedsættelse. Som tidligere nævnt er det primært stress og depression

ner, som rammer unge kvinder. Mændene er særlig sårbare i slutningen af 20'erne og begyndelsen af 40'erne, hvor vi ser, at 6 pct. af mændene har en mindre psykisk funktionsnedsættelse. Kvinder i slutningen af 20'erne er den aldersgruppe, hvor risikoen for at få en større psykisk funktionsnedsættelse er størst (6 pct.). Der er en tendens i samfundet, idet der i de sidste årtier er diagnosticeret flere mennesker, end man har oplevet tidligere. Denne tendens er også afspejlet i figur 6.2, da risikoen for en mindre eller større psykisk funktionsnedsættelse falder for kvinder over 50 år.

## SOCIOØKONOMISKE FAKTORER

TABEL 6.2

Personer med funktionsnedsættelse fordelt efter socioøkonomiske faktorer, særskilt for type og grad af funktionsnedsættelse. Procent.

	Ingen fysisk funktionsnedsættelse	Mindre fysisk funktionsnedsættelse	Større fysisk funktionsnedsættelse	Ingen psykisk funktionsnedsættelse	Mindre psykisk funktionsnedsættelse	Større psykisk funktionsnedsættelse
<i>Familiestatus ***</i>						
Ingen partner	25	23	28	24	35	43
Partner uden funktionsnedsættelse	62	54	46	61	46	36
Partner med funktionsnedsættelse	13	23	27	15	19	21
Ingen børn	42	36	32	39	45	49
Barn uden handicap	53	55	53	54	45	39
Barn med handicap	5	10	15	6	10	12
<i>Uddannelse ***</i>						
Grundskole- og gymnasial uddannelse	40	38	46	39	47	52
Erhvervsfaglig og kort videregående uddannelse	35	38	39	36	35	32
Mellemlang og lang videregående uddannelse	25	24	14	24	18	16
<i>Beskæftigelsesstatus ***</i>						
Personer i beskæftigelse	68	63	34	67	42	21
ledige	6	7	14	6	15	19
Førtidspension	1	10	38	4	17	41
Efterløn/folkepensionist	4	6	5	4	3	2
Under uddannelse	19	11	5	16	19	10
Andet	3	2	5	3	4	7

(Fortsættes)

TABEL 6.2 FORTSAT

Personer med funktionsnedsættelse fordelt efter socioøkonomiske faktorer, særskilt for type og grad af funktionsnedsættelse. Procent.

	Ingen fysisk funktionsnedsættelse	Mindre fysisk funktionsnedsættelse	Større fysisk funktionsnedsættelse	Ingen psykisk funktionsnedsættelse	Mindre psykisk funktionsnedsættelse	Større psykisk funktionsnedsættelse
<i>Indkomst</i> ***						
Ingen	9	7	8	8	9	7
100-100.000 kr.	23	16	12	20	22	22
100-200.000 kr.	23	31	50	25	39	53
200-300.000 kr.	29	32	22	30	23	13
300-400.000 kr.	11	10	6	11	5	2
400.000+ kr.	6	4	2	5	1	2

Anm.: N = [17.427;18.957]. Chi<sup>2</sup>-test. \*\*\* = p<0,001, \*\* = p<0,01, \* = p<0,05.

Kilde: SHILD, 2012.

#### SOCIOØKONOMISKE KARAKTERISTIKA FOR PERSONER MED MINDRE FYSISK FUNKTIONSNEDSÆTTELSE

Personer med mindre fysisk funktionsnedsættelse er i en familiesituation, som minder om den situation, personer uden fysisk funktionsnedsættelse har. Mere end tre fjerdedele har en partner, og mere end halvdelen har børn. Uddannelsesmønsteret afviger heller ikke markant fra personer uden funktionsnedsættelse. Cirka 40 pct. har ikke en videregående uddannelse, og 25 pct. har gennemført enten en mellemlang eller lang videregående uddannelse. 63 pct. er i beskæftigelse, og 1 ud af 10 modtager førtidspension. Andelen, som modtager førtidspension, er markant højere end for personer uden funktionsnedsættelse (1 pct.).

#### SOCIOØKONOMISKE KARAKTERISTIKA FOR PERSONER MED STØRRE FYSISK FUNKTIONSNEDSÆTTELSE

Personer med større fysisk funktionsnedsættelse er ikke blot selv ramt af funktionsnedsættelse. Blandt personerne i denne gruppe ser vi også hyppigere, at de har en partner med funktionsnedsættelse (27 pct.) samt børn med funktionsnedsættelse (15 pct.). En sjettedel gennemfører en mellemlang eller lang videregående uddannelse. Kun en tredjedel er i beskæftigelse, og 38 pct. modtager førtidspension. Halvdelen har en disponibel indkomst på mellem 100.000 og 200.000 kr. årligt.



## SOCIOØKONOMISKE KARAKTERISTIKA FOR PERSONER MED MINDRE PSYKISK FUNKTIONSNEDSÆTTELSE

Personer med mindre psykisk funktionsnedsættelse lever i højere grad uden partner (35 pct.) og børn (46 pct.) i forhold til personer uden funktionsnedsættelse og personer med fysisk funktionsnedsættelse. Uddannelsesniveaulet er generelt lavere – hvilket dog skal ses i lyset af, at hver femte er i gang med en uddannelse, og vi kender ikke den endelige uddannelseslængde for denne andel. Gruppen med psykisk funktionsnedsættelse er yngre end gruppen med fysisk funktionsnedsættelse, hvilket giver en naturlig forklaring på de tendenser, vi ser. Det er derfor også opsigtsvækkende, at 17 pct. modtager førtidspension.

## SOCIOØKONOMISKE KARAKTERISTIKA FOR PERSONER MED STØRRE PSYKISK FUNKTIONSNEDSÆTTELSE

Blandt den relativt lille gruppe af personer med større psykisk funktionsnedsættelse ser vi af tabel 6.3, at 43 pct. er uden partner, og at halvdelen ikke har børn. Under halvdelen har gennemført en længere videregående uddannelse, og kun 21 pct. er i beskæftigelse. 20 pct. er ledige, og 41 pct. modtager førtidspension. 75 pct. har en indkomst på under 200.000 kr. Personer med større psykisk funktionsnedsættelse er inde i en negativ spiral, hvor det ikke kun er funktionsnedsættelsen, der skal behandles, men gruppen forfordes yderligere på mere objektive karakteristika såsom uddannelse, beskæftigelse og indkomst.

## OPSUMMERING

I dette kapitel har vi lavet et portræt og beskrevet grupper af personer med forskellige typer og grad af funktionsnedsættelse:

- *Personer med mindre fysisk funktionsnedsættelse* er den gruppe, som er mindst hindret af deres funktionsnedsættelse. De er generelt tilfredse, trods at der ikke er udsigter til, at deres situation forbedres. De har en relativt høj beskæftigelsesfrekvens, hvilket tyder på, at funktionsnedsættelsen ikke hindrer dem i at arbejde. Beskrivelsen af denne gruppes helbredsprofil, samt hvilke socioøkonomiske karakteristika der kendetegner denne gruppe, tyder på, at funktionsnedsættelsen i

reglen ikke er en hindring. De næste kapitler vil dog vise, at det er den alligevel i nogle tilfælde.

- *Personer med større fysisk funktionsnedsættelse* vurderer generelt, at de har et ringe helbred, hvilket kan skyldes, at personerne i denne gruppe ofte lider af smerter. Funktionsnedsættelsen hindrer især disse personer i basale fysiske gøremål i hverdagen, hvilket kan betyde, at de har en lav beskæftigelsesfrekvens trods en uddannelsesfordeling, som ikke er markant afvigende fra den hos personer uden og med mindre funktionsnedsættelse.
- *Personer med mindre psykisk funktionsnedsættelse* er en gruppe, som består af unge mennesker, og som har en positiv indstilling til, at deres helbredssituation forbedrer sig. Funktionsnedsættelsen hindrer dem i både fysiske og psykiske hverdagsgøremål. I skoletiden har hver fjerde modtaget specialundervisning. Funktionsnedsættelsen for denne gruppe hindrer dem i at komme videre i uddannelsessystemet, og en følge heraf er, at mange begynder at modtage førtidspension.
- *Personer med større psykisk funktionsnedsættelse* vurderer generelt, at de ikke er tilfredse med deres liv, og funktionsnedsættelsen hindrer personerne i gruppen i både fysiske og psykiske hverdagsgøremål. Denne gruppe er især hindret på baggrund af deres psykiske helbred, og det medfører, at personerne kun sjældent bliver en integreret del af systemer som uddannelse og beskæftigelse.

# SAMFUNDSLIV OG HVERDAGSLIV

Det er et etisk, demokratisk og samfundsøkonomisk problem, hvis befolkningsgrupper, eksempelvis personer med funktionsnedsættelse eller psykiske udfordringer, overlades til udkanten af det sociale og samfundsmæssige fællesskab. I hverdags- og samfundslivet realiseres medborgerskabet, da det er her, mennesker mødes og bidrager eller ikke bidrager til fællesskabet og samfundslivet. Det er her, vi får erfaringer i mødet med andre mennesker og får en dybere forståelse for samfundet og samspillet i det.

Dette kapitel besvarer følgende spørgsmål:

- Deltager personer med funktionsnedsættelse i lige så høj grad i institutionaliserede aktiviteter og fællesskaber som personer uden funktionsnedsættelse?
- Hvilken effekt har funktionsnedsættelse på at deltage i hverdagslige aktiviteter og selvvalgte fællesskaber?
- Deltager personer med funktionsnedsættelse i lige så høj grad i individuelle aktiviteter som personer uden funktionsnedsættelse?
- Udledes medborgerskabet i lige så høj grad for personer med funktionsnedsættelse som for personer uden?

Vi finder frem til, at personer med funktionsnedsættelse oftest deltager på samme vilkår som personer uden funktionsnedsættelse, specielt når det drejer sig om institutionaliserede aktiviteter og fællesskaber. Mennesker med funktionsnedsættelse deltager derimod i lavere grad, når det drejer sig om hverdagslige aktiviteter, hvor selvvalgte fællesskaber er en præmis for at være en del af aktiviteten. Resultaterne peger således på, at der er specifikke typer af aktiviteter i hverdags- og samfundslivet, som ikke skaber lige adgang for alle. Desuden peger resultaterne på, at jo mere man deltager i en aktivitet, des større sandsynlighed er der for også at deltage i andre aktiviteter.

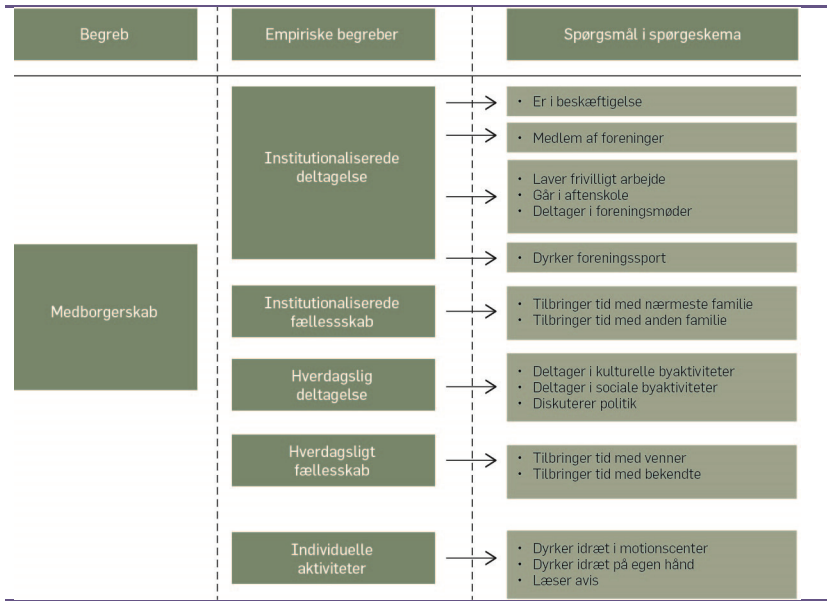
## MEDBORGERSKAB

Formålet med analyserne i dette kapitel er at besvare det overordnede spørgsmål om, hvorvidt medborgerskab i lige så høj udstrækning udleveres for personer med funktionsnedsættelse som for personer uden. Der er mange forskellige teoretiske definitioner af ”medborgerskab”, men de forskellige dimensioner i begrebet er stærkt forbundne. Der skelnes mellem et læringsargument og et retfærdighedsargument. Læringsargumentet handler om, at mennesker ved selv at deltage i udformningen af fælles beslutninger, fx deltage i civilsamfundet, udvikler et større blik og ansvar for helheden. Retfærdighedsargumentet dækker mere over at have samme rettigheder samt den enkeltes muligheder for at udnytte dem og herigennem styrke identifikationen med fællesskabet (Torpe, 2009). Overordnet trækker vi på samme forståelse af begrebet, men vi tager højde for empiriske begrænsninger og muligheder for at udvide forståelsen. For at undersøge medborgerskab belyser vi effekten af at have en funktionsnedsættelse i forhold til deltagelse i aktiviteter og fællesskaber på en række af tilværelsens areaner. Først ser vi på deltagelse i institutionaliserede aktiviteter og fællesskaber og dernæst på deltagelse i hverdagslige og individuelle aktiviteter og fællesskaber, hvor vi opfatter det sådan, at alle typer af deltagelse og fællesskaber er bidrag til en overordnet forståelse af medborgerskab. Vi er dog opmærksomme på, at medborgerskab også indeholder ting, vi ikke kan belyse i denne rapport, fx adgang og mulighed for at stemme ved valg i Danmark.

SHILD stiller den danske befolkning de samme spørgsmål omkring deltagelse, og spørgsmålene belyser mange aspekter og typer af deltagelse i modsætning til 1961- og 1995-undersøgelserne, hvor kun mennesker med funktionsnedsættelse blev spurgt om samfundsdeltagelse.

Denne nye spørgeteknik bidrager til at skabe et sikkert sammenligningsgrundlag mellem udsatte befolkningsgrupper og ikke udsatte befolkningsgrupper. Hermed kan vi lettere finde frem til, hvilke typer af udfordringer der er forbundet med at skabe adgang, så alle bliver en del af de fællesskaber, som etableres og eksisterer i både civilsamfundet og hverdagslivet.

FIGUR 7.1  
Operationalisering af medborgerskab.



## AKTIVITETER OG FÆLLESSKABER

Medborgerskab kommer til udtryk i både institutionaliserede deltagelsesformer og i mere uformelle former. *Institutionaliserede deltagelsesformer* dækker bl.a. over beskæftigelse samt foreningsliv, hvor det ofte kræves, at man bliver formelt medlem af foreningen. Foreningen faciliterer rammer for at dyrke en interesse, fx sport eller undervisning. Familien er også en institution og et fællesskab, som den enkelte ikke selv er med til at udvælge, og både i foreningslivet og i familien udlevs en stor del af det sociale liv. *Uformel deltagelse* dækker over aktiviteter, hvor man vælger hin-

anden og dyrker hinandens fællesskab, mere end det handler om den enkelte aktivitet, som man mødes omkring. I modsætning til tidligere, hvor fællesskaber var forankret i det lokale liv, fx at man boede tæt på hinanden, gik i samme skole eller arbejdede samme sted, vælger man i dag et socialt netværk, hvor der er andre mennesker, der er lig en selv (Gustavsson, 2004). Dermed skabes der ikke megen plads til inklusion af mennesker, som på en eller anden måde skiller sig ud.

Tidligere studier peger på, at funktionsnedsættelse er en barriere for udadrettede aktiviteter som foreningsliv og frivilligt arbejde (Bengtsson, 2008), hvilket vi belyser nærmere i dette kapitel. Derudover belyser vi også mere uformelle omgangsformer, hvor fællesskabet fremfor aktiviteten er i centrum.

## ARBEJDSMARKEDET

En af de mest institutionaliserede deltagelsesformer i samfundet er det lønnede arbejde. Når vi i denne rapport kun kort inddrager beskæftigelse, er det ikke fordi, dette område ikke står centralt i spørgsmålet om hverdagslig samfundsdeltagelse. Handicap og beskæftigelse er imidlertid behandlet grundigt, og for ganske nyligt udkom undersøgelsen, *Handicap og beskæftigelse* (Kjeldsen, m.fl., 2013).

I kapitel 6 beskrev vi de socioøkonomiske forskelle mellem type og grad af funktionsnedsættelse, og vi fandt, at det er hver tredje person med større fysisk funktionsnedsættelse, som er i beskæftigelse, mens det for personer med større psykisk funktionsnedsættelse er hver femte (jf. tabel 6.3). Andelen af ledige er altså højere for personer med funktionsnedsættelse, men især andelen af personer på førtidspension er høj. Blot et par procent af personerne uden selvrapporteret funktionsnedsættelse er på førtidspension, mens det samme gælder henholdsvis 10 og 17 pct. af personer med mindre funktionsnedsættelse og henholdsvis 38 og 41 pct. af personer med større funktionsnedsættelse.

Vi har ligesom i de efterfølgende analyser af deltagelse opsummeret, hvilke faktorer der har indflydelse på befolkningens sandsynlighed for at være i beskæftigelse, som ses i tabel 7.1. Personer med funktionsnedsættelse har en signifikant lavere sandsynlighed for at være i beskæftigelse. Andre undersøgelser viser, ligesom SHILD, at personer med psykiske lidelser er hårdest ramt, for hvem kun 24,3 pct. er i arbejde (Kjeldsen m.fl., 2013). Kjeldsen m.fl. (2013) finder endvidere, at beskæftigelsen for personer med handicap er faldet med 7 procentpoint fra 2002-2012,

mens den for personer uden handicap kun er faldet med 3,7 procentpoint. Personer med handicap søger flere job per stilling, de bliver ansat i. Derudover konkluderer undersøgelsen, at der er en høj grad af sammenhæng mellem generel trivsel og beskæftigelse, og at denne sammenhæng er stærkere for personer med handicap.

TABEL 7.1

Signifikante estimater for faktorer, som påvirker sandsynligheden for at være i beskæftigelse.

	Parameterestimat	Standardfejl
Uden fysisk funktionsnedsættelse <sup>1</sup>		
Mindre fysisk	-0,335 ***	0,052
Større fysisk	-1,435 ***	0,068
Uden psykisk funktionsnedsættelse <sup>1</sup>		
Mindre psykisk	-0,725 ***	0,078
Større psykisk	-1,856 ***	0,138
Alder	0,007 ***	0,002
Mand <sup>1</sup>		
Kvinde	-0,478 ***	0,040
Grundskoleuddannelse <sup>1</sup>		
Erhvervsuddannelse/kort videregående uddannelse	1,182 ***	0,046
Mellemlang/lang videregående uddannelse	1,699 ***	0,053
Har ikke partner <sup>1</sup>		
Partner uden handicap	0,560 ***	0,048
Partner med handicap	0,474 ***	0,064
Har ikke barn <sup>1</sup>		
Barn uden handicap	1,058 ***	0,048
Barn med handicap	0,809 ***	0,083
Konstant	-0,048	0,122
Uden fysisk funktionsnedsættelse <sup>1</sup>		
Mindre fysisk	-0,335 ***	0,052
Større fysisk	-1,435 ***	0,068
Uden psykisk funktionsnedsættelse <sup>1</sup>		
Mindre psykisk	-0,725 ***	0,078
Større psykisk	-1,856 ***	0,138
Alder	0,007 ***	0,002
Mand <sup>1</sup>		
Kvinde	-0,478 ***	0,040

Anm.: Logistisk regression N = 17.333, Log-likelihood = - 8.335. \*\*\* p<0,001, \*\* p<0,01, \* p<0,05.

1. Referencekategori.

Kilde: SHILD, 2012 og Danmarks Statistik.

## INSTITUTIONALISEREDE AKTIVITETER OG FÆLLESSKABER

Tidligere danske undersøgelser konkluderer, at mennesker med handicap i høj grad er underrepræsenterede i det almindelige foreningsliv trods en

positiv udvikling over tid (Servicestyrelsen, 2009). At tage del i foreningslivet kræver først og fremmest interesse i den aktivitet, den enkelte forening udbyder, og herefter er det centralt at kunne mestre foreningens interesseområde for at blive et fuldt medlem (Kollstad, 2008). Denne undersøgelse undersøger ikke, hvorvidt den enkelte mestrer foreningernes faglige aktiviteter, eller hvorvidt man accepteres i det sociale fællesskab, men spørger i stedet om hyppigheden af deltagelse i civilsamfundet som indikator for, om mennesker med funktionsnedsættelse tager aktivt del i det danske civilsamfund.

I dette afsnit undersøger vi, om mennesker med selvvurderet funktionsnedsættelse deltager i lige så høj grad i institutionaliserede aktiviteter og fællesskaber som mennesker uden funktionsnedsættelser. Når samvær mellem mennesker foregår i fastsatte normer, og der er regler omkring den indbyrdes adfærd, er der tale om en institution. Institutionaliserede aktiviteter og fællesskaber er således karakteriseret som steder, hvor strukturer og mekanismer er rammesættende og regulerende for flere menneskers måde at være sammen og samarbejde på. Institutionalisering bruger vi som en fagterm for den handling, det er at bringe noget på fastere former. Fællesskaber, som er forankret i institutioner, er ofte kendetegnet ved at have et fastlagt formål, fx en sportslig aktivitet, frivilligt arbejde for en sag eller deltagelse i undervisning ud fra egen interesse (Østerberg, 2003). Institutionaliseret fællesskab kan også være at tilbringe tid med sin familie. Inden for socialvidenskaben anskues familien som en institution, idet familien ikke er et selvvalgt fællesskab. Vi adskiller i vores analyser mellem ikke-selvvalgte fællesskaber (nærmeste familie og anden familie) og selvvalgte fællesskaber (venner og bekendte). Ikke alt samfundsliv er institutionaliseret, og i dette kapitel skelner vi mellem det institutionaliserede og det ikke institutionaliserede, idet vi finder forskelle mellem type og grad af funktionsnedsættelse på dette outcome.

Vi har spurgt den danske befolkning, hvor ofte de deltager i foreningssport, udfører frivilligt arbejde, modtager undervisning på aftenskoler, deltager i foreningsmøder og tilbringer tid med deres familie, og svarene er afbildet i tabel 7.2. At spørge om forskellige typer af institutionaliserede aktiviteter og fællesskaber er med til at sikre, at vi indfanger den forskellighed, der eksisterer blandt befolkningens interesser. Samtidig undersøger vi også, om der er systematik i forhold til, hvem der deltager aktivt i civilsamfundets aktiviteter, og vi forsøger at forklare, hvorfor situationen er, som den er.



TABEL 7.2

Personer med selv vurderet funktionsnedsættelse, der indgår i institutionaliserede deltagelsesformer og fællesskaber, opgjort for typer af fællesskab, særskilt for type og grad af funktionsnedsættelse. Procent.

	Ingen fysisk funktionsnedsættelse	Mindre fysisk funktionsnedsættelse	Større fysisk funktionsnedsættelse	Ingen psykisk funktionsnedsættelse	Mindre psykisk funktionsnedsættelse	Større psykisk funktionsnedsættelse
<i>Deltager ugentligt eller månedligt i ...</i>						
Foreningssport	44	37	25***	43	32	27***
Frivilligt arbejde	20	21	18**	20	17	18
Aftenskoleundervisning	9	10	9	9	9	12
Foreningsmøder	18	20	15	18	14	9***
<i>Medlem af ...</i>						
Forening ud over handicapforening	42	48	42***	44	37	31***
Har et tillidshverv i foreningen udover handicapforening	31	31	27	31	21	18***
Handicaporganisation	3	8	21***	5	9	10***
Handicapidrætsorganisation	1	2	6***	1	3	2***
Har et tillidshverv i foreningen (handicaporganisation)	19	14	16	17	15	8
<i>Tilbringer tid med ...</i>						
Nærmeste familie	75	73	73*	75	72	68**
Anden familie	29	26	27**	29	27	23*

Anm.: N = [277;18.956]. Chi<sup>2</sup>-test. \*\*\* = p<0,001, \*\* = p<0,01, \* = p<0,05.

Kilde: SHILD, 2012.

Tabel 7.2 viser, at personer uden fysisk eller psykisk funktionsnedsættelse generelt deltager hyppigere i institutionaliserede aktiviteter og fællesskaber end personer med enten en større eller mindre funktionsnedsættelse, men der er også positive overraskelser, som fx den høje andel af personer med større funktionsnedsættelse (18 pct.), der deltager i frivilligt arbejde, ligesom der ingen signifikante forskelle er for personer, der går til aftenskoleundervisning.

#### MEDLEM AF FORENING

Andelen af medlemmer i foreninger ud over handicapforeninger er især afvigende for gruppen af personer med større psykisk funktionsnedsættelse, hvor kun en tredjedel er medlemmer. Selvom tidligere undersøgelser peger på, at personer med fysisk funktionsnedsættelse er underrepræsenterede i foreningslivet, peger denne analyse, som tabel 7.2 viser, på, at

forskellen er udlignet for denne gruppe. Den samme tendens gør sig gældende, når vi ser på, om man har et tillidserhverv i foreningen. Blandt personer uden funktionsnedsættelse og mindre fysisk funktionsnedsættelse har en tredjedel en tillidspost i foreningen. 27 pct. blandt personer med større fysisk funktionsnedsættelse har en tillidspost. Mindre end en femtedel af personer med større psykisk funktionsnedsættelse har en tillidspost.

Især personer med større fysisk funktionsnedsættelse er medlemmer af handicaporganisationer (21 pct.) og handicaprådsorganisationer (6 pct.), mens det for personer med større psykisk funktionsnedsættelse er henholdsvis 10 pct. og 2 pct. Ikke overraskende er andelen kun 1 pct. for personer uden funktionsnedsættelse. Personer med større psykisk funktionsnedsættelse er især underrepræsenterede, når det kommer til at have en tillidspost i en handicaporganisation, hvor mindre end en tiende har det. Ofte forbindes handicaprådet med personer med en fysisk hindring eller en mobilitetshindring og sjældnere med personer med psykisk funktionsnedsættelse, hvilket kan være en forklaring på den store forskel. Det kan også skyldes, at det, når man har en psykisk funktionsnedsættelse, er vanskeligt at være stabil i sociale relationer, og det opleves at være ekstra krævende at have en tillidspost. Det er tankevækkende, at gruppen uden fysisk funktionsnedsættelse er stærkest repræsenteret, da 19 pct. af dem har et tillidserhverv mod omkring 15 pct. for personer med mindre og større fysisk funktionsnedsættelse.

I tabel 7.3 undersøger vi sammenhængen mellem at være medlem af en forening og at have en funktionsnedsættelse, når vi fjerner effekten fra andre faktorer, som har en betydning. Den statistiske analyse underbygger den sammenhæng, vi lige har redegjort for. Personer med mindre og større fysisk funktionsnedsættelse har en større sandsynlighed for at være medlemmer af en forening, hvilket dels kan forklares ved et stærkt etableret foreningsliv blandt forskellige typer af funktionsnedsættelser. Når man får en diagnose eller bliver ramt af en sygdom, søger mange information og rådgivning hos en forening, der repræsenterer dem. Det kan derfor for mange være en naturlig del af det at få fx sukkersyge at melde sig ind i Diabetesforeningen.

Desuden ved vi fra andre undersøgelser, at personer i Danmark generelt bliver mere foreningsaktive med alderen, og at sandsynligheden for at ens funktionsevne nedsættes, stiger med alderen. Selv når denne effekt holdes konstant/udelades i modellen, finder vi en positiv effekt

af at have en fysisk funktionsnedsættelse. At have en partner eller et barn med funktionsnedsættelse, altså hvad man også kan kalde disability *by association* (i nære relationer), har en positiv effekt på sandsynligheden for at være medlem af en forening, hvilket peger på, at der i Danmark er et stærkt foreningsliv rettet mod personer, som i en eller anden udstrækning påvirkes af funktionsnedsættelse (se yderligere forklaring i bilagstabel B3.2).

TABEL 7.3

Estimer for faktorer, som påvirker sandsynligheden for at være medlem af en forening.

	Parameterestimat	Standardfejl
Uden fysisk funktionsnedsættelse <sup>1</sup>	-	-
Mindre fysisk	0,290 ***	0,043
Større fysisk	0,260 ***	0,066
Uden psykisk funktionsnedsættelse <sup>1</sup>	-	-
Mindre psykisk	-0,060	0,072
Større psykisk	-0,119	0,119
Alder	0,028 ***	0,002
Mand <sup>1</sup>	-	-
Kvinde	-0,309 ***	0,032
Grundskoleuddannelse <sup>1</sup>	-	-
Erhvervsuddannelse/kort videregående uddannelse	0,166 ***	0,043
Mellemlang/lang videregående uddannelse	0,700 ***	0,046
I arbejde <sup>1</sup>	-	-
Ledig	-0,468 ***	0,076
Førtidspension	-0,445 ***	0,090
Efterløn og folkepension	-0,108	0,076
Under uddannelse	0,178 **	0,067
Andet	-0,318 **	0,109
Har ikke partner <sup>1</sup>	-	-
Partner uden handicap	0,062	0,044
Partner med handicap	0,161 **	0,056
Har ikke barn <sup>1</sup>	-	-
Barn uden handicap	-0,144 ***	0,042
Barn med handicap	-0,055	0,070
Ikke sport <sup>1</sup>	-	-
Sport	0,617 ***	0,034
Konstant	-1,378 ***	0,095

Anm.: Logistisk regression N = 17.287, Log-likelihood = -11.232. \*\*\* p<0.001, \*\* p<0.01, \* p<0.05.

1. Referencekategori.

Kilde: SHILD, 2012 og Danmarks Statistik.

## FORENINGSSPORT

Forskning viser, at motion og idræt ud over at føre til et bedre helbred også hænger sammen med generel højere tilfredshed med livet, forbedret selvtillid, øget koncentration samt deltagelse i samfundet. Mangel på fysisk aktivitet er dermed ikke blot et rent sundhedsproblem, når fokus er

på handicap og motion. I tabel 7.2 ser vi, at kun en fjerdedel af den danske befolkning med funktionsnedsættelse deltager i foreningssport i en idrætsforening eller idrætsklub, hvor det er næsten er halvdelen for personer uden en funktionsnedsættelse. At deltage i foreningssport hænger ofte sammen med de muligheder, man som barn er blevet præsenteret for og foreningens samt sportens tilgængelighed, hvilket kan være en del af forklaringen på den forskel, vi finder her.

Det betyder ikke, at motion er den direkte årsag til generel deltagelse, men snarere, at særligt idræt i foreninger kan være med til at åbne døre for deltagelse i sociale aktiviteter, delvis gennem styrkelse af kropslig kunnen og delvis gennem øget social interaktion (Kissow & Singhammer, 2012). I den statistiske model inddrager vi derfor også den institutionaliserede deltagelsesform (frivilligt arbejde og forenings- og organisationsmøder). Denne faktor har en positiv effekt på sandsynligheden for at dyrke motion ofte, men selv når der tages højde for disse deltagelsesaspekter, har personer med nedsat funktionsevne lavere sandsynlighed for ofte at dyrke motion i idrætsforeningerne.

Tabel 7.4 beskriver, hvilke faktorer der forklarer sandsynligheden for at dyrke sport ugentligt eller månedligt og sandsynligheden for at have et medlemskab i en forening. Analyserne er lavet for at undersøge, om de sammenhænge og det omfang, vi har skitseret i tabel 7.2, holder. De analyser peger på, at der er en negativ sammenhæng mellem institutionaliseret deltagelsesformer og det at have en funktionsnedsættelse. Den statistiske analyse undersøger, om sammenhængen består, når vi kontrollerer for en række baggrundsfaktorer, som også formodes at have en betydning for samfundsdeltagelse. Betydningen af at have en funktionsnedsættelse påvirker sandsynligheden for at dyrke sport, hvor både personer med fysisk funktionsnedsættelse og psykisk funktionsnedsættelse har en lavere sandsynlighed for at dyrke sport i en forening, når vi kontrollerer for køn, alder, civilstatus, uddannelse og beskæftigelse. Tidligere danske undersøgelser finder samme sammenhæng. Sammenhængen kan forklares med, at vi i dansk kontekst har en stærk idrætsforeningskultur og gennem tiden har haft særlige idrætsforeninger for personer med en funktionsnedsættelse. Denne historiske opdeling kan medføre, at personer med en funktionsnedsættelse oplever, at deres tilhørsforhold er bedre til foreninger, som har et særligt fokus på personer med funktionsnedsættelse frem for til foreninger, som ikke formår at mindske barrierer for denne gruppe (se yderligere forklaring i bilagstabel B3.2).

TABEL 7.4

Estimer for faktorer, som påvirker sandsynligheden for at dyrke forenings sport.

	Parameterestimat	Standardfejl
Uden fysisk funktionsnedsættelse <sup>1</sup>		
Mindre fysisk	-0,214 ***	0,047
Større fysisk	-0,795 ***	0,085
Uden psykisk funktionsnedsættelse <sup>1</sup>		
Mindre psykisk	-0,295 ***	0,081
Større psykisk	-0,482 **	0,150
Alder	-0,011 ***	0,002
Mand <sup>1</sup>		
Kvinde	-0,128 ***	0,034
Grundskoleuddannelse <sup>1</sup>		
Erhvervsuddannelse/kort videregående uddannelse	0,187 ***	0,046
Mellemlang/lang videregående uddannelse	0,134 **	0,049
I arbejde <sup>1</sup>		
Ledig	-0,419 ***	0,086
Førtidspension	-0,272 *	0,118
Efterløn og folkepension	0,336 ***	0,079
Under uddannelse	0,327 ***	0,067
Andet	-0,029	0,113
Har ikke partner <sup>1</sup>		
Partner uden handicap	0,118 *	0,047
Partner med handicap	-0,022	0,061
Har ikke barn <sup>1</sup>		
Barn uden handicap	0,163 ***	0,045
Barn med handicap	0,016	0,079
BMI	-0,010 ***	0,003
Ikke samfundsdeltagelse		
Samfundsdeltagelse	0,643 ***	0,050
Konstant	-0,048	0,122

Anm.: Logistisk regression N = 13.812, Log-likelihood = -8.232. \*\*\* p&lt;0.001, \*\* p&lt;0.01, \* p&lt;0.05.

1. Referencekategori.

Kilde: SHILD, 2012 og Danmarks Statistik.

Kissow konkluderer på baggrund af data fra de tidligere levevilkårsundersøgelser, at motion blandt personer med nedsat funktionsevne, forstået som regelmæssig fysisk aktivitet uden for hjemmet, hænger stærkt sammen med deltagelse på følgende fem områder: beskæftigelse på arbejdsmarkedet, uddannelsesniveau, frivilligt arbejde, aktiv deltagelse i handicaporganisationer og deltagelse i fritidsundervisning (Kissow, 2013, s. 43; Kissow & Singhammer, 2012, s. 68).

#### AKTIV SAMFUNDSDELTADELSE

At udføre frivilligt arbejde er at tage aktivt del i civilsamfundet, og mange mennesker vælger at udføre frivilligt arbejde på baggrund af en sag eller interesse, de er engageret i. Tabel 7.2 viser, at omkring 20 pct. af perso-

ner uden funktionsnedsættelse udfører frivilligt arbejde, mod 17 og 18 pct. for personer med mindre eller større funktionsnedsættelse. Forskellen er ikke mere end 3 procentpoint. Samme mønster gør sig gældende for aftenskoleundervisning. Her ser vi, at omkring en tiendedel modtager undervisning om aftenen, uanset funktionsnedsættelse. Personer med større psykisk funktionsnedsættelse er den gruppe, som deltager mindst i foreningsmøder, da det kun er en tiendedel, der gør det, hvor andelen er mellem 14 og 20 pct. for de andre grupper.

I tabel 7.5 har vi udvidet analysen for at se, om de små forskelle, vi finder i tabel 7.2, skyldes andre forhold end at have en funktionsnedsættelse. Analysen undersøger, hvilke faktorer der forklarer aktiv samfundsdeltagelse, hvilket dækker over, om man hyppigt udfører frivilligt arbejde, deltager på en aftenskole og i foreningsmøder.

TABEL 7.5

Estimater for faktorer, som påvirker sandsynligheden for at være aktiv i samfundslivet.

	Parameterestimat	Standardfejl
Uden fysisk funktionsnedsættelse <sup>1</sup>	-	-
Mindre fysisk	-0,006	0,067
Større fysisk	-0,087	0,111
Uden psykisk funktionsnedsættelse <sup>1</sup>	-	-
Mindre psykisk	-0,051	0,115
Større psykisk	-0,491 *	0,229
Alder	0,008 **	0,003
Mand <sup>1</sup>	-	-
Kvinde	0,206 ***	0,050
Grundskoleuddannelse <sup>1</sup>	-	-
Erhvervsuddannelse/kort videregående uddannelse	0,176 *	0,071
Mellemlang/lang videregående uddannelse	0,410 ***	0,072
I arbejde <sup>1</sup>	-	-
Ledig	-0,040	0,119
Førtidspension	-0,083	0,153
Efterløn og folkepension	-0,240 *	0,121
Under uddannelse	0,213 *	0,105
Andet	0,120	0,162
Har ikke partner <sup>1</sup>	-	-
Partner uden handicap	0,134	0,070
Partner med handicap	0,024	0,090
Har ikke barn <sup>1</sup>	-	-
Barn uden handicap	0,020	0,066
Barn med handicap	0,043	0,109
Ikke sport <sup>1</sup>	-	-
Sport	0,639 ***	0,050
Konstant	-3,287 ***	0,151

Anm.: Logistisk regression. N = 17.285, Log-likelihood = -5.877. \*\*\* p<0.001, \*\* p<0.01, \* p<0.05.

1. Referencekategori.

Kilde: SHILD, 2012 og Danmarks Statistik.

Der er ingen sammenhæng mellem det at have et fysisk funktionsnedsættelse eller en psykisk funktionsnedsættelse og være aktiv i civilsamfundet, det vil sige at udføre frivilligt arbejde, være deltage på en aftenskole og i foreningsmøder, når andre relevante faktorer tages i betragtning (se yderligere forklaringer i bilagstabel B3.3).

TABEL 7.6

Estimater for faktorer, som påvirker sandsynligheden for at tilbringe tid med familien.

	Parameterestimat	Standardfejl
Uden fysisk funktionsnedsættelse <sup>1</sup>	-	-
Mindre fysisk	-0,084	0,053
Større fysisk	0,027	0,083
Uden psykisk funktionsnedsættelse <sup>1</sup>	-	-
Mindre psykisk	-0,076	0,089
Større psykisk	-0,158	0,138
Alder	-0,070 ***	0,002
Mand <sup>1</sup>	-	-
Kvinde	0,110 **	0,040
Grundskoleuddannelse <sup>1</sup>	-	-
Erhvervsuddannelse/kort videregående uddannelse	-0,088	0,055
Mellemlang/lang videregående uddannelse	-0,301 ***	0,057
I arbejde <sup>1</sup>	-	-
Ledig	-0,053	0,090
Førtidspension	0,086	0,113
Efterløn og folkepension	-0,032	0,090
Under uddannelse	-0,169*	0,077
Andet	0,057	0,132
Har ikke partner <sup>1</sup>	-	-
Partner uden handicap	-0,197 ***	0,053
Partner med handicap	-0,245 ***	0,069
Har ikke barn <sup>1</sup>	-	-
Barn uden handicap	2,634 ***	0,063
Barn med handicap	2,695 ***	0,096
Ikke sport <sup>1</sup>	-	-
Sport	0,248 ***	0,044
Konstant	2,498 ***	0,117

Anm.: Logistisk regression. N = 16.350, Log-likelihood = -7.885. \*\*\* p<0.001, \*\* p<0.01, \* p<0.05.

1. Referencekategori.

Kilde: SHILD, 2012 og Danmarks Statistik.

## TILBRINGER TID MED FAMILIE

I undersøgelsen har vi spurgt personer i Danmark om, hvor ofte de tilbringer tid med nærmeste familie og anden familie. Der kan være forskellige barrierer for at tilbringe tid med sin familie i forhold til at tilbringe tid med venner og bekendte. Den familie, man er en del af, er ikke et selvvalgt fællesskab, og selvom det er muligt at vælge sin familie fra, er det de færreste, der gør det. At have en familie omkring sig kan mindske ensomhed, og familien kan være behjælpelig i svære faser i ens opvækst og voksenliv. Vi ser ikke store forskelle imellem de forskellige grupper på, hvor hyppigt de tilbringer tid med nærmeste og anden familie. I tabel 7.4 ser vi, at næsten 75 pct. af personer uden funktionsnedsættelse, mindre eller større fysisk funktionsnedsættelse, samt mindre psykisk funktionsnedsættelse ser nærmeste familie ugentligt. Blandt personer med større



sindslidelse er det kun 68 pct. Det samme mønster gør sig gældende i forhold til at se anden familie, hvor det er 23 pct. af personer med større psykisk funktionsnedsættelse, som tilbringer tid med anden familie og mellem 26 og 29 pct. for de resterende grupper.

Den statistiske analyse i tabel 7.6 understreger, at de små forskelle, der er mellem funktionsnedsættelse og at tilbringe tid med familien, er spuriose, da sammenhængen forsvinder, når andre faktorer inkluderes i analysen. Ikke overraskende er det at have børn den største forklaring på at tilbringe tid med familien (se yderligere forklaringer i bilagstabel B3.3).

## **DELKONKLUSION PÅ INSTITUTIONALISEREDE FÆLLESSKABER**

De statistiske analyser viser, at det har en negativ effekt at have en funktionsnedsættelse i forhold til at dyrke sport i foreninger, og at det har en positiv effekt at have en fysisk funktionsnedsættelse i forhold til at være medlem af en forening. Funktionsnedsættelse har ingen betydning i forhold til at være aktiv i civilsamfundet og tilbringe tid med sin familie. Det er bemærkelsesværdigt, at der ikke ser ud til at være nogen forskelle mellem personer uden og med funktionsnedsættelse, når det drejer sig om organiserede fællesskaber som aftenskole, frivilligt arbejde og foreningsarbejde, men der ser stadig ud til at være et relativt stort gab i foreningssporten.

Dette er resultaterne om deltagelse i de helt store træk, men de kan nuanceres på mange måder, og det har vi gjort i denne rapport, som bygger på et stort antal analyser, der beskriver, hvordan deltagelse afhænger af flere forhold på én gang. Således ser vi, at mennesker med funktionsnedsættelse oftere end andre mennesker er medlem af foreninger. Og det er ikke alene, fordi sandsynligheden for at have et foreningsmedlemskab stiger med alderen, det gælder nemlig stadig, når en model holder alder konstant. Ligeledes ser vi, at mennesker med funktionsnedsættelse dyrker sport i forening sjældnere end andre mennesker, mens forskellene er langt mindre, når der dyrkes idræt på egen hånd. Og det er heller ikke, fordi folk dyrker mindre sport med alderen, også det gælder i en model, hvor alder er konstant. Vi bruger til dette en almindelig anvendt model, multipel regressionsanalyse, som gør det muligt at se, hvor meget variation i et enkelt forhold betyder for deltagelse, uaf-

hængigt af andre forhold. Alt i alt slutter vi på baggrund af et stort antal analyser, at de institutionaliserede aktiviteter og fællesskaber, vi har i samfundet i dag, gør det muligt for mennesker med funktionsnedsættelse at deltage, ikke blot i teorien, men også i praksis – nogle af dem dog mere end andre.

Andre undersøgelser hævder, at det at have kendskab til personer med funktionsnedsættelse mindsker fordomme og berøringsangst, og at det hermed øger sandsynligheden for at tilbringe tid med personer med en funktionsnedsættelse. Institutionaliserede aktiviteter og fællesskaber har mulighed for at skabe rammer og strukturer, hvor formelle og uformelle omgangsformer skaber bedre rammer for inklusion, udbreder kendskab og nedbryder barrierer. Analyserne her viser, at personer med funktionsnedsættelse er ligeså aktive i institutionaliserede aktiviteter og fællesskaber som personer uden, og derfor er det vigtigt at holde fokus på, at de rette rammer kan skabe bedre muligheder for inklusion. Ofte kan sociale og kommunikative barrierer være årsag til inklusion, men ved at skabe faste strukturer og institutionalisere flere aktiviteter rettet mod både personer med og uden funktionsnedsættelse kan det være muligt at nedbryde barrierer, hvorved det bliver lettere at udnytte det fulde potentiale blandt den del af befolkningen, som gerne vil bidrage aktivt til civilsamfundet.

## HVERDAGSLIGE AKTIVITETER OG FÆLLESKABER

Ud over de institutionaliserede aktiviteter og fællesskaber, som er kendetegnet ved mere faste rammer, er der også mange andre aktiviteter, som primært forankres gennem et socialt fællesskab, hvor tilhørsforholdet er kendetegnet ved at de, som er en del af fællesskabet, har fælles interessefelt, ligner hinanden og har lyst til at tilbringe tid sammen.

I dette afsnit undersøger vi, om mennesker med selv vurderet funktionsnedsættelse deltager i lige så høj grad i hverdagslige aktiviteter både fællesskabs og individuelt orienterede aktiviteter som mennesker uden funktionsnedsættelser.

TABEL 7.7

Personer med funktionsnedsættelse, der deltager i hverdagslige deltagelsesformer og fællesskaber, særskilt for type og grad af funktionsnedsættelse. Procent.

	Ingen fysisk funktionsnedsættelse	Mindre fysisk funktionsnedsættelse	Større fysisk funktionsnedsættelse	Ingen psykisk funktionsnedsættelse	Mindre psykisk funktionsnedsættelse	Større psykisk funktionsnedsættelse
<i>Deltager ugentlig eller månedligt i ...</i>						
Kulturelle byaktiviteter	43	36	23***	41	31	23***
Sociale byaktiviteter	56	47	38***	53	49	39***
Diskuterer politik	43	43	36***	44	33	29***
<i>Tilbringer tid med ...</i>						
Venner	53	48	45***	52	50	51
Bekendte	40	37	34***	40	34	33***

Anm.: N = [18.931;18.957].  $\chi^2$ -test. \*\*\* =  $p < 0,001$ , \*\* =  $p < 0,01$ , \* =  $p < 0,05$ .

Kilde: SHILD, 2012.

## SOCIAL DELTAGELSE

Forskellige grader af nedsat funktionsevne er en barriere for at deltage i både kulturelle byaktiviteter (gå i biografen, til koncerter, i teatret eller til sportsbegivenheder) og i sociale byaktiviteter (cafe/restaurant/bar/diskotek). Tabel 7.7 viser, at det blandt personer med større fysisk eller psykisk funktionsnedsættelse er mindre end en fjerdedel, som deltager i kulturelle byaktiviteter mod en tredjedel for personer med en mindre funktionsnedsættelse. Forskellen er også tydelig i forhold til mere sociale byaktiviteter, da det er under 40 pct. af personer med større funktionsnedsættelse, som deltager mod mere end halvdelen for personer uden nedsat funktionsevne.

I tabel 7.8 beskriver vi, hvilke faktorer der har betydning for at deltage i enten kulturelle eller sociale byaktiviteter. At være udsat for nedsat funktionsevne har en signifikant betydning for sandsynligheden for at deltage i byaktiviteter, efter at vi har kontrolleret for andre faktorer. Der er således andre barrierer for personer med nedsat funktionsevne, når det drejer sig om byaktiviteter, som ikke er institutionaliserede på samme vis som foreningslivet. At bruge bylivets tilbud er ofte forbundet med sociale fællesskaber, hvilket kræver, at man har et tilhørsforhold til en gruppe af venner og kan mestre de sociale strategier, det kræver for at

være med. Med andre ord kan man sige, at hvis ikke det sociale overskud er til stede hos den enkelte, og fællesskabet danner ekskluderende rammer for andre, så vil dette samspil føre til en hindring for, at alle kan deltage i byaktiviteter. Samme negative effekt gør sig gældende for personer med en partner med nedsat funktionsevne (se yderligere forklaring i bilagstabel B3.4).

TABEL 7.8

Estimater for faktorer, som påvirker sandsynligheden for at deltage i sociale byaktiviteter.

	Parameterestimat	Standardfejl
Uden fysisk funktionsnedsættelse <sup>1</sup>	-	-
Mindre fysisk	-0,092	0,049
Større fysisk	-0,382 ***	0,085
Uden psykisk funktionsnedsættelse <sup>1</sup>	-	-
Mindre psykisk	-0,270 **	0,083
Større psykisk	-0,426 **	0,148
Alder	-0,021 ***	0,002
Mand <sup>1</sup>	-	-
Kvinde	-0,012	0,036
Grundskoleuddannelse <sup>1</sup>	-	-
Erhvervsuddannelse/kort videregående uddannelse	-0,055	0,050
Mellemlang/lang videregående uddannelse	0,554 ***	0,051
I arbejde <sup>1</sup>	-	-
Ledig	-0,214 *	0,084
Førtidspension	-0,608 ***	0,133
Efterløn og folkepension	0,100	0,092
Under uddannelse	0,317 ***	0,066
Andet	-0,153	0,116
Har ikke partner <sup>1</sup>	-	-
Partner uden handicap	-0,031	0,047
Partner med handicap	-0,410 ***	0,065
Har ikke barn <sup>1</sup>	-	-
Barn uden handicap	-0,609 ***	0,046
Barn med handicap	-0,734 ***	0,086
Ikke samfundsdeltagende <sup>1</sup>	-	-
Samfundsdeltagende	0,537 ***	0,053
Konstant	0,329 ***	0,098

Anm.: Logistisk regression. N = 17.329, Log-likelihood = -9.680. \*\*\* p<0.001, \*\* p<0.01, \* p<0.05.

1. Referencekategori.

Kilde: SHILD, 2012 og Danmarks Statistik.

## DISKUTERE POLITIK

Tablet 7.9 viser, at det er omkring en tredjedel af personer med større fysisk funktionsnedsættelse og både mindre og større psykisk funktionsnedsættelse, som diskuterer politik, mod mere end 40 pct. for personer

med mindre fysisk funktionsnedsættelse og personer uden nedsat funktionsevne.

Den statistiske analyse, som er afbildet i tabel 7.9, understøtter denne tendens, idet den viser, at fysisk funktionsnedsættelse ingen betydning har for, hvorvidt man diskuterer politik eller ej.

Personer med mindre psykisk funktionsnedsættelse har en signifikant mindre sandsynlighed for at diskutere politik end personer uden en psykisk funktionsnedsættelse, når andre relevante forhold tages i betragtning (se yderligere forklaring i bilagstabel B3.4).

TABEL 7.9

Estimater for faktorer, som påvirker sandsynligheden for at diskutere politik.

	Parameterestimat	Standardfejl
Uden fysisk funktionsnedsættelse <sup>1</sup>	-	-
Mindre fysisk	0,048	0,043
Større fysisk	0,011	0,067
Uden psykisk funktionsnedsættelse <sup>1</sup>	-	-
Mindre psykisk	-0,223 **	0,073
Større psykisk	-0,186	0,121
Alder	0,020 ***	0,002
Mand <sup>1</sup>	-	-
Kvinde	-0,446 ***	0,032
Grundskoleuddannelse <sup>1</sup>	-	-
Erhvervsuddannelse/kort videregående uddannelse	0,015	0,043
Mellemlang/lang videregående uddannelse	0,792 ***	0,046
I arbejde <sup>1</sup>	-	-
Ledig	-0,403 ***	0,075
Førtidspension	-0,554 ***	0,093
Efterløn og folkepension	-0,464 ***	0,076
Under uddannelse	0,379 ***	0,066
Andet	-0,466 ***	0,111
Har ikke partner <sup>1</sup>	-	-
Partner uden handicap	0,169 ***	0,044
Partner med handicap	0,151 **	0,056
Har ikke barn <sup>1</sup>	-	-
Barn uden handicap	-0,019	0,042
Barn med handicap	-0,010	0,071
Ikke samfundsdeltagende <sup>1</sup>	-	-
Samfundsdeltagende	0,458 ***	0,050
Konstant	-0,777 ***	0,093

Anm.: Logistisk regression. N = 17.322, Log-likelihood = -11.320. \*\*\* p<0.001, \*\* p<0.01, \* p<0.05.

1. Referencekategori.

Kilde: SHILD, 2012 og Danmarks Statistik.

## TILBRINGE TID MED VENNER OG BEKENDTE

Tabel 7.10 viser, at det især er personer med større fysisk funktionsnedsættelse, som ikke tilbringer tid med venner (45 pct.), hvor det for de resterende grupper er omkring 50 pct. 40 pct. af personer uden funkti-

onsnedsættelse tilbringer tid med bekendte, og de tilsvarende andele er henholdsvis 37 pct. og 34 pct. for personer med mindre og større fysisk funktionsnedsættelse og henholdsvis 34 pct. og 33 pct. for personer med mindre og større psykisk funktionsnedsættelse.

TABEL 7.10

Estimater for faktorer, som påvirker sandsynligheden for at tilbringe tid med venner.

	Parameterestimat	Standardfejl
Uden fysisk funktionsnedsættelse <sup>1</sup>	-	-
Mindre fysisk	-0,047	0,045
Større fysisk	-0,085	0,068
Uden psykisk funktionsnedsættelse <sup>1</sup>	-	-
Mindre psykisk	-0,293 ***	0,075
Større psykisk	-0,109	0,120
Alder	-0,027 ***	0,002
Mand <sup>1</sup>	-	-
Kvinde	-0,296 ***	0,034
Grundskoleuddannelse <sup>1</sup>	-	-
Erhvervsuddannelse/kort videregående uddannelse	-0,202 ***	0,044
Mellemlang/lang videregående uddannelse	-0,222 ***	0,047
I arbejde <sup>1</sup>	-	-
Ledig	0,245 ***	0,074
Førtidspension	0,450 ***	0,091
Efterløn og folkepension	0,673 ***	0,076
Under uddannelse	0,801 ***	0,075
Andet	0,162	0,110
Har ikke partner <sup>1</sup>	-	-
Partner uden handicap	-0,738 ***	0,047
Partner med handicap	-0,874 ***	0,058
Har ikke barn <sup>1</sup>	-	-
Barn uden handicap	-0,354 ***	0,042
Barn med handicap	-0,338 ***	0,071
Ikke samfundsdeltagende <sup>1</sup>	-	-
Samfundsdeltagende	0,489 ***	0,052
Konstant	2,375 ***	0,100

Anm.: Logistisk regression. N = 17.219, Log-likelihood = -10.524. \*\*\* p<0.001, \*\* p<0.01, \* p<0.05.

1. Referencekategori.

Kilde: SHILD, 2012 og Danmarks Statistik.

Det har en negativ betydning at have en mindre psykisk funktionsnedsættelse i forhold til at tilbringe tid med sine venner, selv efter at vi har kontrolleret for en række baggrundsvARIABLE, som vist i tabel 7.10. Vi finder, at det ligeledes har en negativ effekt at have en fysisk eller psykisk funktionsnedsættelse på det at tilbringe tid med bekendte, som vises i tabel 7.11. At tilbringe tid med venner og bekendte kræver, at man er en del af et selvvalgt fællesskab i modsætning til familien, som ikke er et fællesskab, man frivilligt vælger til. Det er opsigtsvækkende, at nedsat funk-

tionsevne er så stor en barriere for den gruppe set i forhold til, at vi i analyser fra foregående afsnit om institutionaliserede fællesskaber ikke fandt samme resultat (se yderligere forklaring i bilagstabel B3.5).

TABEL 7.11

Estimater for faktorer, som påvirker sandsynligheden for at tilbringe tid med bekendte.

	Parameterestimat	Standardfejl
Uden fysisk funktionsnedsættelse <sup>1</sup>	-	-
Mindre fysisk	-0,120 **	0,045
Større fysisk	-0,190 **	0,070
Uden psykisk funktionsnedsættelse <sup>1</sup>	-	-
Mindre psykisk	-0,227 **	0,075
Større psykisk	-0,209	0,122
Alder	-0,003	0,002
Mand <sup>1</sup>	-	-
Kvinde	-0,392 ***	0,033
Grundskoleuddannelse <sup>1</sup>	-	-
Erhvervsuddannelse/kort videregående uddannelse	-0,052	0,044
Mellemlang/lang videregående uddannelse	0,059	0,047
I arbejde <sup>1</sup>	-	-
Ledig	-0,025	0,076
Førtidspension	0,310 ***	0,093
Efterløn og folkepension	0,659 ***	0,076
Under uddannelse	0,541 ***	0,065
Andet	0,121	0,107
Har ikke partner <sup>1</sup>	-	-
Partner u. handicap	-0,217 ***	0,044
Partner m. handicap	-0,295 ***	0,057
Har ikke barn <sup>1</sup>	-	-
Barn uden handicap	-0,143 ***	0,043
Barn med handicap	-0,167 *	0,073
Ikke samfundsdeltagende <sup>1</sup>	-	-
Samfundsdeltagende	0,718 ***	0,050
Konstant	0,378 ***	0,093

Anm.: Logistisk regression. N = 16.936, Log-likelihood = -10.899. \*\*\* p<0.001, \*\* p<0.01, \* p<0.05.

1. Referencekategori.

Kilde: SHILD, 2012 og Danmarks Statistik.

## DELKONKLUSION PÅ HVERDAGSLIGE AKTIVITETER OG FÆLLESKABER

Mens institutionaliserede aktiviteter er tilrettelagt og foregår efter regler og procedurer, og institutionaliserede fællesskaber udfolder sig i overensstemmelse med normer, som mange mennesker deler, foregår ikke-institutionaliserede aktiviteter mere frit. Der er mere rum til den enkeltes ønsker og indskydelser uafhængigt af, hvad andre synes, og den nødven-

dige regulering foregår ofte ved hjælp af markedsmekanismer. Ligeledes er ikke-institutionaliserede fællesskaber sådanne, som folk frit danner, og som de kan danne med hvem, de har lyst. Der er stor forskel på de resultater, vi finder om muligheder for, at mennesker med funktionsnedsættelser deltager i institutionaliserede og ikke-institutionaliserede aktiviteter og fællesskaber. Først og fremmest ser vi, at når det gælder mindre strukturerede aktiviteter og fællesskaber, har mennesker med funktionsnedsættelse ikke nær den samme grad af deltagelse som andre mennesker. Det gælder både, hvis funktionsnedsættelsen er større eller mindre, og både hvis den er fysisk og psykisk.

Multiple analyser af deltagelse i ikke-institutionaliserede aktiviteter og fællesskaber viser, at her betyder en funktionsnedsættelse i sig selv mindre deltagelse, også når forhold som beskæftigelsesstatus, uddannelse, samliv med mere holdes konstant. Når det gælder disse mere frie former for aktiviteter og fællesskaber, har mennesker med funktionsnedsættelse altså ikke alene en lavere deltagelse end andre mennesker i det omfang, de er mindre i beskæftigelse, har mindre uddannelse og har en partner med funktionsnedsættelse, men i tillæg til det betyder deres egen funktionsnedsættelse også, at deltagelsen bliver mindre. Det vil sige, at samtidig med at det at være uden for beskæftigelse og forskellige andre forhold udgør en barriere for, at mennesker med funktionsnedsættelse kan deltage i de mere frie aktiviteter, så udgør funktionsnedsættelse i sig selv en yderlig barriere. Bemærk dog, at undersøgelsen kun er foretaget i samfundet, som det ser ud, og ikke i alle tænkelige samfund. Vi kan altså kun slutte, at funktionsnedsættelse i sig selv er en hindring i det givne samfund, ikke at den er årsag til den mindre deltagelse. Under andre samfundsforhold behøver det ikke at være sådan.

## INDIVIDUELLE AKTIVITETER

Mange af de aktiviteter, det danske samfund tilbyder, er rettet mod forskellige behov, fx de institutionaliserede aktiviteter, vi indledte kapitlet med, som har fokus på en bestemt aktivitet eller sag og sociale aktiviteter, hvor fællesskabet er i centrum. I dette afsnit vil vi se på aktiviteter, som oftest udføres i eget selskab. Vi har spurgt den danske befolkning om, hvor ofte de dyrker motion på egen hånd og går i motionscenter.



TABEL 7.12

Personer med funktionsnedsættelse, der udfører individuelle aktiviteter, særskilt for type og grad af funktionsnedsættelse. Procent.

	Ingen fysisk funktionsnedsættelse	Mindre fysisk funktionsnedsættelse	Større fysisk funktionsnedsættelse	Ingen psykisk funktionsnedsættelse	Mindre psykisk funktionsnedsættelse	Større psykisk funktionsnedsættelse
Dyrker idræt i motionscenter dagligt eller ugentligt	38	34	33**	37	36	28*
Dyrker idræt på egen hånd dagligt eller ugentligt	64	63	64	64	64	60
Læser avis hver uge	56	59	56*	58	45	39***

Anm.: N = [15.066;18.955]. Chi<sup>2</sup>-test. \*\*\* = p<0,001, \*\* = p<0,01, \* = p<0,05.

Kilde: SHILD, 2012.

Derudover har vi spurgt om, hvor ofte de læser avis. At dyrke motion på egen hånd er en indikator for, at man ønsker at være aktiv og har et fokus på sundt helbred, men også, at det ikke er sammen med andre. Det sociale i aktiviteten er undladt. At læse avis er også en individuel aktivitet og indikerer en samfundsinteresse (tabel 7.12).

#### IDRÆT PÅ EGEN HÅND

Vi har tidligere vist, at nedsat funktionsevne har en negativ effekt i forhold til at dyrke foreningssport. At gå i motionscenter for at dyrke motion og dyrke motion på egen hånd er en individuel måde at dyrke motion på. For mange er fordelene ved denne form, at det er mindre skemalagt end foreningsidræt. Omvendt kan der være forskellige barrierer i den fysiske adgang til motionscentre, ligesom et fyldt motionscenter kan være et rum, der for personer med bestemte typer af psykiske lidelser, som fx angst, kan være svært at opholde sig i.

Hvad angår at dyrke motion både i et center og på egen hånd, er der relativt små forskelle mellem grupperne. Gennemsnitlig har cirka hver tredje person med en funktionsnedsættelse inden for det seneste år dyrket motion i et motionscenter på daglig eller ugentlig basis. Det er et ret højt tal, og det dækker højst sandsynligt over en personlig vilje til at ville dyrke motion ligesom genoptræning, fysioterapicentre osv.

Personer med større psykisk funktionsnedsættelse er den gruppe, der er mest underrepræsenteret. Vi finder således kun en lille forskel mellem personer med og uden nedsat funktionsevne i forbindelse med orga-

niseret motion i foreningsidræt, mens der ingen signifikant forskel er, når det angår motion på egen hånd. Det tyder altså på, at personer med nedsat funktionsevne er forhindret eller i lavere grad motiveret til at søge mod foreningsidræt, hvilket kan have konsekvenser for generel deltagelse.

I tabel 7.13 viser den statistiske model, at det ikke har en særlig effekt at have en fysisk funktionsnedsættelse i forhold til at dyrke motion på egen hånd. Det har en negativ effekt for personer med større psykisk funktionsnedsættelse, idet den gruppe har en lavere sandsynlighed for at dyrke motion på egen hånd, når vi fastholder andre relevante baggrundsfaktorer. Det er interessant, da mange i dag anerkender, at fysisk bevægelse og motion har stor positiv effekt på rehabilitering og kampen mod psykiske lidelser som depression, angst osv. Den statistiske analyse underbygger således de forskelle og ligheder, vi præsenterede i tabel 7.12. At have en partner med nedsat funktionsevne er ligeledes en barriere for at dyrke motion på egen hånd.

TABEL 7.13

Estimer for faktorer, som påvirker sandsynligheden for at dyrke idræt på egen hånd.

	Parameterestimat	Standardfejl
Uden fysisk funktionsnedsættelse <sup>1</sup>	-	-
Mindre fysisk	-0,018	0,055
Større fysisk	-0,037	0,089
Uden psykisk funktionsnedsættelse <sup>1</sup>	-	-
Mindre psykisk	-0,038	0,092
Større psykisk	-0,332 *	0,150
Alder	0,002	0,002
Mand <sup>1</sup>	-	-
Kvinde	0,276 ***	0,040
Grundskoleuddannelse <sup>1</sup>	-	-
Erhvervsuddannelse/kort videregående uddannelse	0,049	0,055
Mellemlang/lang videregående uddannelse	0,304 ***	0,058
I arbejde <sup>1</sup>	-	-
Ledig	0,056	0,094
Førtidspension	0,254	0,130
Efterløn og folkepension	0,439 ***	0,105
Under uddannelse	0,258 **	0,079
Andet	0,083	0,133
Har ikke partner <sup>1</sup>	-	-
Partner uden handicap	0,036	0,055
Partner med handicap	-0,144 *	0,070
Har ikke barn <sup>1</sup>	-	-
Barn uden handicap	-0,043	0,054
Barn med handicap	-0,061	0,092
Ikke samfundsdeltagende	-	-
Samfundsdeltagende	0,165 **	0,063
Konstant	0,454 ***	0,112

Anm.: Logistisk regression. N = 13.812, Log-likelihood = -7.699. \*\*\* p<0.001, \*\* p<0.01, \* p<0.05.

1. Referencekategori.

Kilde: SHILD, 2012 og Danmarks Statistik.

## LÆSER AVIS

Vi har spurgt respondenterne, hvor ofte de læser avis – ud over netavis – inden for det seneste år. Når vi sammenligner grader og typer af nedsat funktionsevne, finder vi, at der for personer med fysisk funktionsnedsættelse ikke er forskel på, hvor hyppigt man læser avis i forhold til personer uden funktionsnedsættelse. For personer med mindre og større psykisk funktionsnedsættelse er der en forskel på op til 20 procentpoint mellem gruppen uden psykisk funktionsnedsættelse (58 pct.) og gruppen med større psykisk funktionsnedsættelse (39 pct.).

Den statistiske analyse underbygger ikke den ligelige fordeling, vi så i tabel 7.12, da det viser sig, at det at have en større fysisk funktionsnedsættelse og psykisk funktionsnedsættelse alt andet lige medfører en

mindre sandsynlighed for at læse avis (se tabel 7.14). (Se yderligere forklaring i bilagstabel B3.6).

Motion og idræt ved vi hænger meget sammen med samfundsdeltagelse – det viser sig også i denne undersøgelse. Avislæsning har først og fremmest mening for den, der har et ønske om at være med til at påvirke samfundet. Individuelle aktiviteter viser sig kun delvist at hænge sammen med funktionsnedsættelse. Når det drejer sig om fysisk funktionsnedsættelse, og når det drejer sig om andre faktorerers indirekte betydning for deltagelse, får vi derimod forskellige resultater, alt efter hvilke individuelle aktiviteter det drejer sig om. For avislæsning gælder det således, at såvel en større fysisk funktionsnedsættelse som en mindre eller større psykisk funktionsnedsættelse i sig selv udgør en barriere. Og desuden hænger avislæsning sammen med forhold som beskæftigelsesstatus og uddannelse med den virkning, at mennesker med funktionsnedsættelse har en betydelig lavere grad af deltagelse på dette punkt. Vil det også give sig udtryk i lavere valgdeltagelse? Det spørgsmål vil vi gerne tage op i senere bølger af undersøgelsen.

TABEL 7.14

Estimater for faktorer, som påvirker sandsynligheden for at læse avis.

	Parameterestimat	Standardfejl
Uden fysisk funktionsnedsættelse <sup>1</sup>	-	-
Mindre fysisk	-0,051	0,046
Større fysisk	-0,149 *	0,069
Uden psykisk funktionsnedsættelse <sup>1</sup>	-	-
Mindre psykisk	-0,387 ***	0,073
Større psykisk	-0,587 ***	0,118
Alder	0,059 ***	0,002
Mand <sup>1</sup>	-	-
Kvinde	-0,067	0,034
Grundskoleuddannelse <sup>1</sup>	-	-
Erhvervsuddannelse/kort videregående uddannelse	-0,052	0,046
Mellemlang/lang videregående uddannelse	0,161 ***	0,048
I arbejde <sup>1</sup>	-	-
Ledig	-0,264 ***	0,075
Førtidspension	-0,474 ***	0,093
Efterløn og folkepension	-0,039	0,095
Under uddannelse	0,160 *	0,067
Andet	-0,239 *	0,113
Har ikke partner <sup>1</sup>	-	-
Partner uden handicap	0,275 ***	0,046
Partner med handicap	0,143 *	0,058
Har ikke barn <sup>1</sup>	-	-
Barn uden handicap	-0,092 *	0,045
Barn med handicap	-0,192 **	0,075
Konstant	-2,088 ***	0,097

Anm.: Logistisk regression. N = 17.331, Log-likelihood = -10.396. \*\*\* p&lt;0.001, \*\* p&lt;0.01, \* p&lt;0.05.

1. Referencekategori.

Kilde: SHILD, 2012 og Danmarks Statistik.

## OPSUMMERING

Der er stadig forskel på omfanget af forskellige typer af samfundsdeltagelse og hverdagslige aktiviteter blandt personerne med forskellige grader og typer af funktionsnedsættelse, og andre undersøgelser viser tilsvarende resultater. Kapitlet her har vist, at personer med funktionsnedsættelse i lavere grad deltager og er aktive i civilsamfundet og hverdagslige aktiviteter end personer uden funktionsnedsættelse. Det er dog vigtigt at holde sig for øje, at manglende deltagelse i hverdagslivet og civilsamfundet både kan være udløsende for, at ens funktionsevne nedsættes, lige som det også kan være med til at forringe funktionsevnen. Analyserne her er centrale, idet de netop dokumenterer forhold og sammenhænge mellem individ og samfund, og derfor bekræfter den beskrivelse af funktionsevne-nedsættelse i den sammenvævede model (International Classification of

Function, ICF), som er samspillet mellem en persons kropsniveau, aktivitetsbegrænsning og deltagelsesbegrænsning.

Forklaringerne på forskellene mellem personer med og uden funktionsnedsættelse i aktivitetsniveau afhænger dog af, hvilke rammer aktiviteterne forankres i. At have en funktionsnedsættelse i en eller anden udstrækning er ikke en barriere, når det drejer sig om institutionaliserede deltagelsesformer og aktiviteter i modsætning til hverdagslige aktiviteter, som er forankret i sociale fællesskaber, hvor det i højere grad er en barriere at have nedsat funktionsevne.

Resultaterne peger således på, at der er specifikke typer af aktiviteter i hverdags- og samfundslivet, som ikke skaber lige adgang for alle. Desuden peger resultaterne også på, at jo mere man deltager i en aktivitet, des større sandsynlighed er der for at deltage i andre aktiviteter. Denne viden om disse grupper er vigtig som baggrund for at udvælge de rette initiativer for at realisere medborgerskabet hos så mange mennesker som muligt og målrette initiativer, som mindsker barriererne. Det er gennem mødet med andre mennesker, at man får en forståelse for det samfund, man er en del af og har mulighed for at bidrage til det. Eftersom mennesker har forskellige præferencer, er det nødvendigt at skabe mulighed for deltagelse på mange niveauer.

## SAMLIV OG SEXLIV

Der har siden starten af 1990'erne været en stigende interesse for parforhold, intimitet og seksualitet inden for handicapforskning. Udviklingen kan bl.a. ses som et udtryk for en svagere skelnen mellem det personlige og det politiske, hvor det personlige og intime bliver gjort politisk. Dette tilskrives dels en række af feminister og handicapaktivister, der i begyndelsen af 1970'erne udfordrede denne skelnen og påpegede behovet for et øget kritisk fokus på krop, reproduktion, intimitet, seksualitet og det ”normale” i forbindelse med handicap (Shakespeare m.fl., 1996). Dels er eksklusion fra intime og seksuelle relationer svær at bekæmpe direkte, og dette har derfor været nedprioriteret i forhold til mere basale rettigheder som fx adgang til arbejde, uddannelse, pleje osv., hvorfor emnet først er kommet i fokus senere.

Flere påpeger vigtigheden af parforhold og intime forhold som basis for anerkendelse og hermed også et vigtigt bidrag til selvforståelse og selvværd. Sociologen Axel Honneth har i sin teori om arkendelse tre former for forhold til selvet: *selvtillid*, *selvagtelse* og *selvvardssættelse* (Honneth, 1996). Et menneske kan kun realisere sig selv – danne sin identitet – hvis disse tre selv'er udvikler sig gennem intersubjektiv anerkendelse, altså anerkendelse i menneskelige ansigt-til-ansigt-relationer. En vigtig arena er her de primære sociale relationer: parforhold, venskab og relation mellem forælder og barn. Særlig selvtilliden, troen på sig selv, hænger

sammen med *kærlighedsforholdet* og evnen til at kunne udtrykke behov og ønsker. Mere generelt påpeger Honneth også, at kærligheden og det intime forhold er en uomtvistelig forudsætning for individets autonome deltagelse i det offentlige liv (ibid.). I parforholdet lærer vi at anerkende andre, blive anerkendt og forstå hinanden i vores relative selvstændighed.

Når vi i dette kapitel inddrager samliv, indebærer det både par-dannelse, forventninger hertil og seksuelle relationer. I den første del af dette kapitel undersøger vi partnerskab, laver et kort portræt af partnerne til personer med handicap samt ser på forventninger til at få en partner i fremtiden for dem, der ikke har en partner. I kapitlets anden del kommer vi ind på det at kunne dele og tale om intime ting samt på tilfredshed med sexliv og sexkøb. Kapitlet besvarer følgende spørgsmål:

- Har personer med funktionsnedsættelse en lavere sandsynlighed for at indgå i et parforhold, og hvordan er forventningerne til at finde en partner i fremtiden?
- Finder personer med funktionsnedsættelse i højere grad sammen med en partner, der også har funktionsnedsættelse, og adskiller partnerne til personer med funktionsnedsættelse sig med hensyn til faktorer som uddannelse, beskæftigelse, kendskab og relation til handicap osv.?
- Vurderer personer med funktionsnedsættelse i lige så høj grad som personer uden funktionsnedsættelse, at deres sexliv er tilfredsstillende?
- Gør personer med funktionsnedsættelse i højere grad brug af købe-sex?

Vi finder i dette kapitel, at personer med psykisk funktionsnedsættelse har en lavere sandsynlighed for at have en partner, mens fysisk funktionsnedsættelse ingen effekt har. Der er stor forskel på, hvilke personer som er sammen med en partner med en funktionsnedsættelse. Egen psykiske funktionsnedsættelse øger sandsynligheden for at have en partner med psykisk funktionsnedsættelse, og samme tendens er der for fysisk funktionsnedsættelse, men de to funktionsnedsættelser har ligeledes en cross-over-effekt. Specielt unge og voksne i alderen 16-40 år med en psykisk funktionsnedsættelse har et mere negativt syn på det at finde og bo sammen med en partner i fremtiden. Afslutningsvis går psykisk funk-



tionsnedsættelse i høj grad ud over sexlivet, da personer med psykisk funktionsnedsættelse i lavere grad har et aktivt sexliv.

## AT HAVE EN PARTNER

Indledningsvis ser vi på, hvilke forskelle der er i sandsynligheden for at have en partner på baggrund af funktionsnedsættelse. SHILD indeholder ud over oplysninger om respondenterne selv også oplysninger om respondenternes partner – især oplysninger om helbredssituation. At have adgang til disse informationer giver mulighed for at komme et skridt nærmere, hvilke faktorer der har betydning for, at to mennesker er sammen. Analyserne i dette kapitel peger udelukkende på sammenhænge mellem to personer, og vi kan derfor ikke sige noget om, hvad årsagen er, til at to mennesker i første omgang finder hinanden. Funktionsnedsættelsen kan være kommet til både inden eller efter, at parret er fundet sammen. At tale direkte om en samlet effekt af funktionsnedsættelse på sandsynligheden for at finde en partner er derfor en forsimpning, der vil blive nuanceret senere.

Nogle typer af funktionsnedsættelser kan udgøre en udfordring i forhold til det at finde en partner, mens andre gør det sværere at fastholde en partner. Der er stor forskel på det at skabe en umiddelbar kontakt og det at fastholde et gensidigt forhold, og det varierer meget, alt efter om man er blind, lider af skizofreni eller har en hjertefejl. Et synligt, selv mindre fysisk funktionsnedsættelse, kan umiddelbart påvirke det første møde, mens en større psykisk funktionsnedsættelse måske udfordrer etableringen af parforholdet. Desuden er der flere fysiske funktionsnedsættelser, som kommer med alderen og erhverves i en periode i ens liv, hvor man har været sammen med en partner i flere år. I disse tilfælde kan vi ikke med analyserne forklare, hvor selektionen finder sted.

Tabel 8.1 giver er en kort oversigt over parforhold og familie. Resultaterne i tabellen viser, at forskellen er lille mellem forskellige grader af fysisk funktionsnedsættelse og det at have en partner. Faktisk er den største andel, der er i et forhold, at finde blandt personer med mindre fysisk funktionsnedsættelse, hvor mere end 3 ud af 4 er i et parforhold, mens personer med større fysisk funktionsnedsættelse har 5 procentpoint lavere sandsynlighed for at være i et forhold. Der er også en større andel af personerne med fysisk funktionsnedsættelse, der bor

sammen med deres partner (91 pct.), er gift (74 pct.) eller har et barn (68 pct.). De høje andele kan være udtryk for behov for støtte og hjælp i hjemmet, men højst sandsynligt også udtryk for, at gennemsnitsalderen for personer med større fysisk funktionsnedsættelse er ni år højere end eksempelvis personer uden fysisk funktionsnedsættelse.

TABEL 8.1

Personer med funktionsnedsættelse, der lever eller har levet i forskellige for parforhold, særskilt for type og grad af funktionsnedsættelse. Procent.

	Ingen fysisk funktionsnedsættelse	Mindre fysisk funktionsnedsættelse	Større fysisk funktionsnedsættelse	Ingen psykisk funktionsnedsættelse	Mindre psykisk funktionsnedsættelse	Større psykisk funktionsnedsættelse
Har en partner	75	77	72***	76	65	57***
Har et barn	58	65	68***	61	55	51***
Bor sammen med partner	65	68	66**	67	57	45***
Bor sammen, hvis man har partner	87	89	91***	88	87	79***
Gift, hvis man har en partner	63	69	74***	66	61	54***
Boet sammen med partner inden for sidste 4 år, hvis ingen partner nu	79	77	76	79	73	79*

Anm.: N = [3.113;13.903]. Chi<sup>2</sup>-test. \*\*\* = p<0,001, \*\* = p<0,01, \* = p<0,05.

Kilde: SHILD, 2012.

Personer med psykiske lidelser har dog i mindre grad intime relationer. 65 pct. af personerne med mindre psykisk funktionsnedsættelse og 57 pct. af personerne med større psykisk funktionsnedsættelse har en partner imod hele 76 pct. for personer uden psykisk funktionsnedsættelse. Denne forskel på 20 procentpoint skal ses i lyset af den relativt mindre forskel, der er mellem personer med større fysisk og uden fysisk funktionsnedsættelse. Personer med større psykisk funktionsnedsættelse har 10 procentpoint mindre sandsynlighed for at bo sammen med en partner end personer uden psykisk funktionsnedsættelse (88 pct.). Men alene det forhold, at unge mennesker ofte ikke har en fast partner, men sjældent er ramt af fysisk funktionsnedsættelse gør, at vi skal være forsigtige med at tolke på de rå tal.

Sammenhængen mellem psykisk funktionsnedsættelse og sandsynligheden for at have en partner bliver bekræftet af den statistiske model, mens fysisk funktionsnedsættelse ikke har en signifikant betydning,

når der er taget højde for relevante baggrundsfaktorer, som er vist i tabel 8.2. Både mindre og større psykisk funktionsnedsættelser har en negativ effekt på sandsynligheden for at have en partner. Dertil kommer andre forhold, som indirekte gør, at mennesker med funktionsnedsættelse oftere end andre mennesker lever alene. Især er det værd at bemærke, at personer i beskæftigelse har større sandsynlighed for at være samlevende end personer uden for beskæftigelse.

Herudover stiger sandsynligheden for at have en partner med alderen og for folk, der har en ungdomsuddannelse eller form for videregående uddannelse eller har et barn (se yderligere forklaring i bilagstabel B4.1).

TABEL 8.2

Estimer for faktorer, som påvirker sandsynligheden for at være i et parforhold.

	Parameterestimat	Standardfejl
Uden fysisk funktionsnedsættelse <sup>1</sup>	-	-
Mindre fysisk	-0,035	0,058
Større fysisk	-0,112	0,084
Uden psykisk funktionsnedsættelse <sup>1</sup>	-	-
Mindre psykisk	-0,434 ***	0,083
Større psykisk	-0,604 ***	0,128
Alder	0,014 ***	0,002
Mand <sup>1</sup>	-	-
Kvinde	-0,000	0,042
Grundskoleuddannelse <sup>1</sup>	-	-
Erhvervsuddannelse/kort videregående uddannelse	0,425 ***	0,055
Mellemlang/lang videregående uddannelse	0,372 ***	0,059
I arbejde <sup>1</sup>	-	-
Ledig	-0,470 ***	0,086
Førtidspension	-0,740 ***	0,106
Efterløn og folkepension	-0,119	0,112
Under uddannelse	-0,551 ***	0,070
Andet	-0,570 ***	0,120
Har ikke barn <sup>1</sup>	-	-
Barn u. handicap	1,616 ***	0,050
Barn m. handicap	1,451 ***	0,098
BMI	-0,001	0,002
Konstant	-0,092	0,121

Anm.: Logistisk regression. N = 17.268, Log-likelihood = -7.381. \*\*\* p<0.001, \*\* p<0.01, \* p<0.05

1. Referencekategori.

Kilde: SHILD, 2012 og Danmarks Statistik.

Vi ser således et mønster, hvor fysisk funktionsnedsættelse i sig selv ikke har betydning for personens sandsynlighed for samliv, men at andre forhold, som ofte karakteriserer den virkelige verdens mennesker med funktionsnedsættelse, har en negativ betydning. Fysisk funktionsnedsættelse i

sig selv er altså ikke en hindring for at komme i samlivsforhold i vores samfund.

Modellerne vidner om, at psykisk funktionsnedsættelse i højere grad udfordrer det at indgå i intime relationer end fysisk funktionsnedsættelse. Det bekræfter tidligere undersøgelsers resultater, som viser, at den største barriere for nær kontakt med børn, forældre og venner er psykisk sårbarhed (Bengtsson, 2008). En anden undersøgelse viser fx, at 36 pct. af de adspurgte ikke ville bryde sig om at bo sammen med et menneske med en psykisk funktionsnedsættelse – dette dækker dog over en andel på 25 pct. for personer, der har erfaring med det og 40 pct. for personer, der ikke har erfaring med det (DSI & SFI, 2010). Gennemsnitsalderen for personer med psykiske lidelser er 30 år, hvilket er en periode i livet, hvor familie bliver etableret, uddannelser bliver færdiggjort og karrieren startes. Ud over at være en sikker base, der kan bidrage til anerkendelse, så er parforholdet også skrøbeligt, idet konsekvenserne af, hvad man siger eller ikke siger, kan være store. At kunne håndtere sit stigma handler i høj grad om at kunne kommunikere med omverdenen (DSI & SFI, 2010).

## AT FINDE EN PARTNER: FORVENTNINGER TIL FREMTIDEN

Analyserne i dette afsnit er enten baseret på personer i Danmark, som har bekræftet, at de har en partner, eller dem, der ikke har en partner, dvs. analyseudvalget varierer, ud fra hvilken type af forventning der spørges om. Respondenterne er blevet spurgt om deres forventninger til fremtiden, og et af spørgsmålene handler om hvor stor en sandsynlighed de mener der for at bo sammen med en kæreste tre år ude i fremtiden. Fordelingen er vist i tabel 8.3, hvor de viste andele bygger på personer, der har svaret mere end 50 pct. sandsynlighed på spørgsmålet: ”Når du tænker på de næste tre år i dit liv, hvor stor er sandsynligheden for, at du bor sammen med en partner?”

Mens andelen af dem, der *har* en partner og forventer at bo sammen med partneren om tre år, varierer en smule på tværs af type og grad af funktionsnedsættelse, så er der en betydelig større forskel for de personer, der *ikke har* en partner på nuværende tidspunkt. Over halvdele af personer uden psykisk funktionsnedsættelse eller fysisk funktionsnedsættelse forventer at bo sammen med partner om tre år, hvis de ingen

partner har, og kun hver tredje med større fysisk funktionsnedsættelse eller psykisk funktionsnedsættelse har samme forventning.

TABEL 8.3

Personer med funktionsnedsættelse med forskellige forventninger til at bo sammen med partner om tre år, særskilt for typer og grad af funktionsnedsættelse. Procent.

	Ingen fysisk funktionsnedsættelse	Mindre fysisk funktionsnedsættelse	Større fysisk funktionsnedsættelse	Ingen psykisk funktionsnedsættelse	Mindre psykisk funktionsnedsættelse	Større psykisk funktionsnedsættelse
Forventer at bo sammen, hvis partner nu	97	96	93 ***	97	96	88 ***
Forventer at bo sammen, hvis ingen partner nu	57	47	33 ***	56	42	32 ***
Forventer at bo sammen, hvis ingen partner nu, men partner inden for de sidste 4 år	70	63	57 *	68	63	77
Forventer at bo sammen, hvis ingen partner nu og ingen partner inden for de sidste 4 år	54	42	25 ***	52	35	18 ***

Anm.: N = [552;11.470]. Tallene angiver procenter af personer med og uden partner, der har svaret over 50 pct. sandsynlighed på spørgsmålet: "Når du tænker på de næste tre år i dit liv, hvor stor er sandsynligheden for, at du bor sammen med en partner?" \*\*\* = p<0,001, \*\* = p<0,01, \* = p<0,05.

Kilde: SHILD, 2012.

Blot 18 pct. af personer med en større psykisk funktionsnedsættelse, som ingen partner har nu eller ingen har haft inden for de sidste fire år, forventer at bo med en partner i fremtiden. Forskellen tyder på, at funktionsnedsættelse får en langt større betydning for fremtidsudsigterne, når man i længere tid ikke har været i et parforhold – et parforhold der, hvis man mestrer det, kan bidrage til en anerkendelse.

Tablet 8.4 viser, hvilke faktorer der har betydning for sandsynligheden for at have positive forventninger til at bo sammen med en partner tre år ude i fremtiden, hvis man ingen partner har. Fysisk funktionsnedsættelse har ligesom større psykisk funktionsnedsættelse ingen betydning for, hvorvidt man har positive forventninger, når alle andre faktorer holdes konstante. Analysen peger dog på, at personer med en mindre psykisk funktionsnedsættelse har en mindre sandsynlighed for at have positive forventninger end personer uden psykisk funktionsnedsættelse.

TABEL 8.4

Estimater for faktorer, som påvirker sandsynligheden for at forvente at bo sammen med partner om tre år, hvis ingen partner nu.

	Parameterestimat	Standardfejl
Uden fysisk funktionsnedsættelse <sup>1</sup>	-	-
Mindre fysisk	-0,023	0,101
Større fysisk	-0,110	0,150
Uden psykisk funktionsnedsættelse <sup>1</sup>	-	-
Mindre psykisk	-0,270 *	0,133
Større psykisk	-0,387	0,208
Alder	-0,054 ***	0,004
Mand <sup>1</sup>		
Kvinde	-0,147 *	0,071
Grundskoleuddannelse <sup>1</sup>	0,444 ***	0,108
Erhvervsuddannelse/kort videregående uddannelse	0,172	0,113
Mellemlang/lang videregående uddannelse	0,099	0,146
I arbejde <sup>1</sup>		
Ledig	-0,981 ***	0,214
Førtidspension	-0,560 *	0,263
Efterløn og folkepension	-0,534 ***	0,113
Under uddannelse	-0,431 *	0,191
Andet	-0,119	0,112
Har boet med partner inden for de sidste 4 år <sup>1</sup>	-	-
Har ikke boet med partner inden for de sidste 4 år	1,616 ***	0,050
Konstant	3,030 ***	0,198

Anm.: Logistisk regression. N = 3.847, Log-likelihood = -2.360. \*\*\* p<0.001, \*\* p<0.01, \* p<0.05.

1. Referencekategori.

Kilde: SHILD, 2012 og Danmarks Statistik.

Sandsynligheden for at have høje forventninger til fremtiden falder med alderen og er lavere for kvinder, personer med en erhvervsuddannelse eller kortere videregående uddannelse samt personer, der ikke er i beskæftigelse. Personer med en mindre psykisk funktionsnedsættelse har en signifikant lavere tro på at komme til at bo sammen med en partner i fremtiden. Det er måske ikke overraskende, idet depression, stress, forbi og angst, der udgør størstedelen af de selvrapporterede mindre psykisk funktionsnedsættelser, påvirker det generelle syn på fremtiden. Andelen af unge kvinder, der lider af disse, er som tidligere påvist stor. Personerne med disse funktionsnedsættelser er yderligere en gruppe, som ofte har en kort videregående uddannelse, og som i langt højere grad end de øvrige grupper har lave forventninger til at bo sammen med en partner i den nære fremtid. Betydningen af at have en mindre psykisk funktionsnedsættelse bør ses i relation til en række forskellige eksklusionsmekanismer samt samfundsmæssige diskurser, og samspillet heri påvirker syn og forventninger på eget liv.

At have boet med en partner inden for de sidste fire år, har en markant positiv betydning og overskygger til en vis grad funktionsnedsættelsen. Det bekræfter altså tesen om, at erfaring og tidligere anerkendelse i et forhold har betydning for ens selvbillede og tro på, at man både kan tiltrække en partner og deltage og bidrage på lige fod i et parforhold (se yderligere forklaring i bilagstabel B4.2).

#### SAMSPIL MELLEM ALDER OG FUNKTIONSNEDSÆTTELSE I FORVENTNINGER TIL PARTNER

Vi undersøger i forlængelse af tabel 8.4 interaktioner mellem funktionsnedsættelse og aldersgrupperne, altså om effekten af en funktionsnedsættelse rammer de forskellige aldersgrupper forskelligt, når det kommer til forventninger til at finde en partner. Vi finder i de forudsagte sandsynligheder, som er illustreret i figur 8.1:

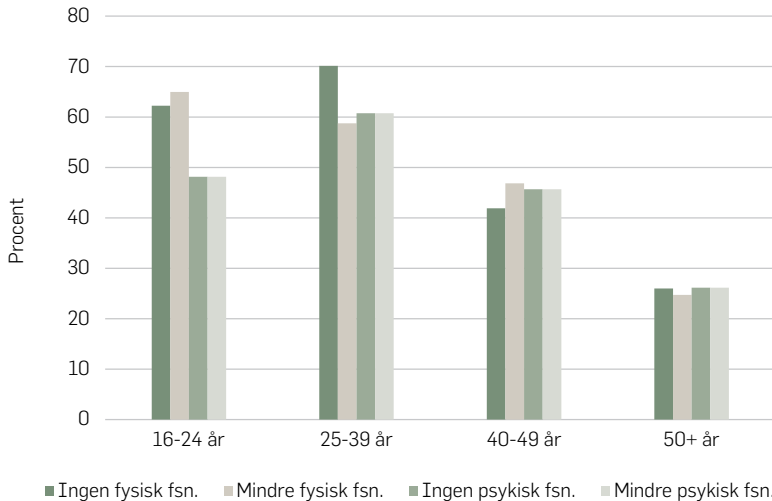
- Personer med mindre fysisk funktionsnedsættelse i alderen 25-39 år har signifikant lavere forventninger
- Personer med mindre psykisk funktionsnedsættelse i alderen 16-24 år har signifikant lavere forventninger.

Analyserne bekræfter, at effekten af en mindre psykisk funktionsnedsættelse er størst for den yngre generation. Personer i aldersgruppen 16-24 år med en psykisk funktionsnedsættelse har således et betydeligt mere negativt syn på at bo sammen med en partner om tre år end de tilsvarende aldersgrupper med og uden funktionsnedsættelse.

Samspillet mellem alder og fysisk funktionsnedsættelse, der demonstreres i figur 8.1, viser yderligere, at selvom fysisk funktionsnedsættelse ingen generel effekt har, så har voksne i alderen 25-39 år lavere forventninger. Mens personer i aldersgruppen 16-24 år først begynder at etablere de første parforhold, så bygger personer i alderen 25-39 år måske i højere grad deres forventninger på egentlige tidligere erfaringer og heriblandt eventuelt negative erfaringer, de har fået i forbindelse med deres fysiske funktionsnedsættelse. Det er i denne aldersgruppe, at langvarige parforhold og familie for alvor etableres, og den mindre fysiske funktionsnedsættelse får en betydning for egne forventninger.

FIGUR 8.1

Personer med funktionsnedsættelse fordelt efter selvvalueret sandsynlighed for at bo med partner om tre år, hvis ingen partner nu, særskilt for type og grad af funktionsnedsættelse (fsn.). Procent.



Anm.: De forudsagte sandsynligheder bygger på en model magen til modellen i tabel 8.4. med interaktioner. Se også bilagstabel B4.3A-B4.3D for konfidensintervaller, Forskellene er signifikant med  $p = *** = p < 0,001$ ,  $** = p < 0,01$ ,  $* = p < 0,05$ .

Kilde: SHILD, 2012.

## PARTNERPORTRÆT

Analysen i det indledende afsnit viser, at personer med enten fysisk eller psykisk funktionsnedsættelse har en mindre sandsynlighed for at have en partner end personer uden funktionsnedsættelse. I forlængelse heraf er det interessant at undersøge, hvem der finder sammen med en partner med funktionsnedsættelse. I dette afsnit beskriver vi karakteristika om partnerne. Langt de fleste mennesker møder deres partner på arbejdspladsen, i bylivet, gennem venner eller ved andre sociale begivenheder. Da deltagelse i såvel institutionelle, markedslige og sociale sfærer på nogle områder varierer på tværs af fysisk og psykisk funktionsnedsættelse, må det formodes, at der er en forskel ikke blot med hensyn til, om man har partner, men ligeledes med hensyn til, hvilken partner man har.



Med SHILD kan vi undersøge partnernes profil, da vi har en lang række af registerinformationer for såvel respondenter som partnere både nu og tilbage i tiden. Hermed bliver det ret unikt muligt ikke kun at belyse, om personer med funktionsnedsættelse i højere grad finder sammen med andre personer med funktionsnedsættelse, men også, hvilke faktorer som fx uddannelse og beskæftigelse der spiller ind. Yderligere fortæller det noget om, i hvor høj grad personer uden funktionsnedsættelse har funktionsnedsættelse tæt inde på livet i parforholdet.

Figur 8.2 viser, at der er en betydelig sammenhæng mellem egen og partners funktionsnedsættelse. Eksempelvis har ca. 20 pct. af personer med en fysisk funktionsnedsættelse eller en større psykisk funktionsnedsættelse en partner med *samme* grad af funktionsnedsættelse. Af personer uden fysisk eller psykisk funktionsnedsættelse har blot ca. 1-10 pct. en partner med en form for funktionsnedsættelse.

Figuren indikerer, at der er en sammenhæng mellem egen psykiske og partners fysiske funktionsnedsættelse. Mens 15 pct. af personer uden funktionsnedsættelse har en partner med fysisk funktionsnedsættelse, så er tallet henholdsvis 27 og 37 pct. for personer med en form for psykisk funktionsnedsættelse. Egen psykisk funktionsnedsættelse har en form for cross-over-effekt, hvor personer med en psykisk funktionsnedsættelse i højere grad har en partner med en psykisk funktionsnedsættelse, men *også* i højere grad har en partner med en fysisk funktionsnedsættelse. Ud fra tesen om, at funktionsnedsættelse og samfundsdeltagelse påvirker hinanden gensidigt – at de altså til en vis grad er sammenvævet – er det vigtigt at huske på, at ens nære omgivelser også kan påvirke funktionsnedsættelsen. At have en partner med depression kan eksempelvis øge ens egen risiko for at få en depression.

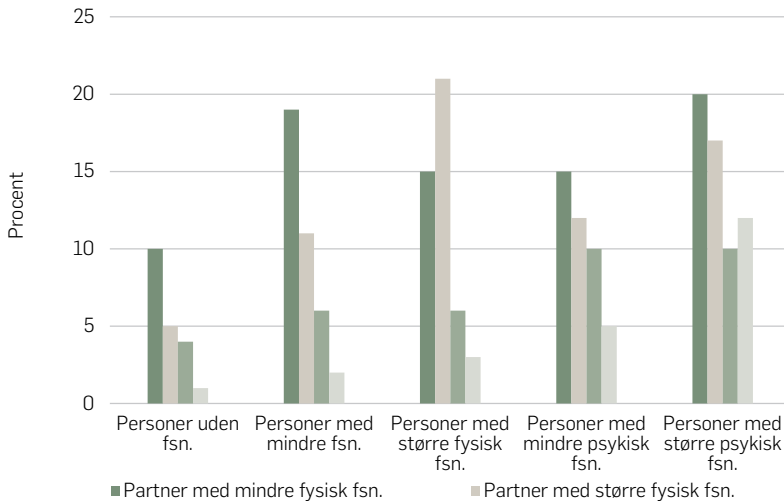
Tabel 8.5 viser dog, at cross-over-effekten gør sig gældende for både fysisk og psykisk funktionsnedsættelse, når der tages højde fra andre faktorer med en enkelt undtagelse af egen mindre psykiske funktionsnedsættelse, der ingen betydning har. Sammenhængen mellem egen og partners fysiske funktionsnedsættelse samt egen og partners psykiske funktionsnedsættelse er dog stærkest.

Yderligere har vi i de statistiske modeller inddraget forskellige associationer til funktionsnedsættelse (disability "by association"): om man har et barn med fysisk eller psykisk funktionsnedsættelse, om en af forældrene havde en funktionsnedsættelse i ens barndom, samt om man har et arbejde, der er relateret til fysisk eller psykisk funktionsnedsættel-

ser. Tidligere undersøgelser har påvist, at kendskab til handicap nedsætter fordomme og forbehold over for kontakt.

FIGUR 8.2

Personer med selvvalderet funktionsnedsættelse, hvis partner har funktionsnedsættelse, særskilt for egen og partners type og grad af funktionsnedsættelse (fsn.). Procent.



Anm.: Alle er signifikante med \*\*\*. \*\*\* =  $p < 0,001$ , \*\* =  $p < 0,01$ , \* =  $p < 0,05$ .  
Kilde: SHILD, 2012.

Sammenhænge mellem egen og partners funktionsnedsættelse er alle signifikante på nær mindre psykisk funktionsnedsættelse, der ikke øger sandsynligheden for at have en partner med fysisk funktionsnedsættelse. Det er interessant, at kendskab og association kun øger sandsynligheden for at have en partner med fysisk funktionsnedsættelse, mens det ingen effekt har for en partner med psykisk funktionsnedsættelse. Specielt det at arbejde med fysisk og psykisk funktionsnedsættelser samt det at have haft kendskab til det gennem forældres funktionsnedsættelse ser ud til at have en positiv effekt. At arbejde med handicap og have kendskab til det kan både nedbryde fordomme og barrierer, samtidig med at det skaber et rum for at danne relationer (se yderligere forklaring i bilagstabel B4.4).

TABEL 8.5

Estimer for faktorer, som påvirker sandsynligheden for at have partner, der har henholdsvis fysisk og psykisk funktionsnedsættelse.

	Partner med fysisk funktionsnedsættelse		Partner med psykisk funktionsnedsættelse	
	Parameter-estimat	Standard-fejl	Parameter-estimat	Standard-fejl
Uden fysisk funktionsnedsættelse <sup>1</sup>	-	-	-	-
Mindre fysisk	0,650 ***	0,057	0,288 **	0,102
Større fysisk	0,671 ***	0,084	0,344 *	0,145
Uden psykisk funktionsnedsættelse <sup>1</sup>	-	-	-	-
Mindre psykisk	0,190	0,105	0,958 ***	0,141
Større psykisk	0,474 **	0,176	1,416 ***	0,217
Alder	0,028 ***	0,003	-0,006	0,004
Mand <sup>1</sup>	-	-	-	-
Kvinde	-0,006	0,049	-0,587 ***	0,086
Grundskoleuddannelse <sup>1</sup>	-	-	-	-
Erhvervsuddannelse/kort videregående uddannelse	-0,037	0,060	-0,149	0,101
Mellemlang/lang videregående uddannelse	-0,204 **	0,067	-0,341 **	0,115
I arbejde <sup>1</sup>	-	-	-	-
Ledig	0,216 *	0,106	0,121	0,173
Førtidspension	0,277 *	0,117	0,055	0,200
Efterløn og folkepension	0,005	0,095	-0,257	0,203
Under uddannelse	0,139	0,145	-0,120	0,208
Andet	0,077	0,165	-0,030	0,285
Har ikke barn <sup>1</sup>	-	-	-	-
Har barn uden handicap	-0,153 *	0,062	-0,347 ***	0,100
Har barn med handicap	0,176	0,091	-0,058	0,154
Forældre havde ikke handicap, da respondenteren var barn <sup>1</sup>	-	-	-	-
Forældre havde handicap, da respondenteren var barn	0,218 ***	0,064	0,104	0,109
Arbejde er ikke relateret til handicap/sindslidelse <sup>1</sup>	-	-	-	-
Arbejde er relateret til handicap/sindslidelse	0,333 ***	0,081	-0,048	0,164
Konstant	-2,817 ***	0,160	-1,453 ***	0,244

Anm.: Logistisk regression. Partner med fysisk funktionsnedsættelse: N = 11.932, Log-likelihood = -5.762; Partner med psykisk funktionsnedsættelse: N = 11.932, Log-likelihood = -2.483. \*\*\* = p<0,001, \*\* = p<0,01, \* = p<0,05

1. Referencekategori.

Kilde: SHILD, 2012 og Danmarks Statistik.

## SEKSUALITET

Et andet aspekt af parforholdet, som vi i denne rapport belyser, er seksualitet. En række handicapforeninger har i dag praktiske guider og vejledninger til, hvordan man udfolder sin seksualitet på trods af nedsat mobilitet og styrke, afhængighed af pleje osv. Nogle taler endda om sex som værende et led til recovery. Socialministeriet udgav i 2012 vejledningen

*Seksualitet på dagsordenen. En håndbog om professionel støtte til voksne med funktionsnedsættelse.* Heri understreger Socialministeriet: ”Seksualitet handler ikke kun om erotik, men i ligeså høj grad om sensualitet, sanselighed, kontakt, varme og intimitet”, samt at ”seksualitet er en integreret del af ethvert menneske” (Socialstyrelsen, 2012). Vejledningen fordrer en åben dialog om seksualitet.

Også i mediebildet er handicap og parforhold kommet i fokus, hvor der er flere underholdningsprogrammer med fokus på at date med funktionsnedsættelse fx *Undateables* (UK), *De uperfekte* (DK) og *Push Girls* (US) samt tv-programmer som *Sexministeriet* (DK) og *Danmark ifølge Bubber* (DK), der har haft temaprogrammer om handicap og sex. Der er langt fra fuld repræsentation af personer med handicap på tv, men det øgede fokus på sex og samliv – både i populærkultur og i foreninger – tyder alt i alt på et langsomt farvel til myten om den aseksuelle handicappede (Milligan & Neufeldt 2001) – en opfattelse af, at personer med handicap er enten seksuelt dysfunktionelle, eller at de på grund af mentale funktionsnedsættelser ikke kan have et gensidigt og ansvarligt sexliv.

Der bliver i SHILD spurgt om parforhold, og herunder seksualitet. Vi tager i denne analyse udgangspunkt i, hvordan respondenterne har svaret på, hvem de primært taler med om personlige ting og spørgsmål om sexliv, i hvilken grad de er tilfredse med deres sexliv, samt hvorvidt de nogensinde har købt sex. Spørgsmålet om købesex vil blive behandlet separat i et efterfølgende afsnit.

Tabel 8.6 viser, at personer med funktionsnedsættelse i lavere grad har et aktivt sexliv end personer uden funktionsnedsættelse. Den psykiske funktionsnedsættelse har en noget større betydning end den fysiske, hvilket stemmer overens med den større andel af personer med psykisk funktionsnedsættelse, der ikke har en partner. Af personer uden fysisk funktionsnedsættelse har 13 pct. ikke noget sexliv, hvor det for personer med større fysisk funktionsnedsættelse er 33 pct. Større er andelen for personer med større psykisk funktionsnedsættelse, hvor hele 42 pct. ikke har noget sexliv.

TABEL 8.6

Personer med funktionsnedsættelse, fordelt efter tale om og tilfredshed med sex, særskilt for type og grad af funktionsnedsættelse. Procent.

	Ingen fysisk funktionsnedsættelse	Mindre fysisk funktionsnedsættelse	Større fysisk funktionsnedsættelse	Ingen psykisk funktionsnedsættelse	Mindre psykisk funktionsnedsættelse	Større psykisk funktionsnedsættelse
<i>Taler med om personlige ting/sexliv</i>						
Taler ikke med nogen	5	7	9***	6	9	11***
Taler med partner	59	59	56	60	48	37***
Taler med andre	36	33	35	34	44	51***
<i>Taler med om personlige ting/sexliv, hvis ingen partner</i>						
Taler ikke med nogen	13	18	21***	14	16	18*
Taler med andre	87	82	79***	86	84	82*
<i>Tilfredshed med sexliv</i>						
I høj eller nogen grad	70	60	47***	68	50	37***
I lille grad eller slet ikke	17	22	21	18	25	21
Har ikke noget sexliv	13	18	33***	15	25	42***
<i>Tilfredshed med sexliv, hvis har sexliv</i>						
I høj eller nogen grad	80	73	70***	79	67	64***
I lille grad eller slet ikke	20	27	30***	21	33	37***

Anm.: \*\*\* =  $p < 0,001$ , \*\* =  $p < 0,01$ , \* =  $p < 0,05$ .

Kilde: SHILD, 2012.

Når vi udelukkende ser på de personer, der har et sexliv, mindskes betydningen af funktionsnedsættelse en smule; mens hver femte person i Danmark uden funktionsnedsættelse i lille grad eller slet ikke er tilfreds med deres sexliv, så er det ca. hver tredje person med en grad af funktionsnedsættelse.

Medicin for en lang række lidelser som depression, stress osv. og andre ikke-psykotiske sindslidelser, der udgør 75 pct. af alle psykiske funktionsnedsættelser, kan føre til en nedsat sexlyst. Blandt personer med fysisk funktionsnedsættelse har cirka halvdelen problemer med arme, ben, nakke og ryg, mens en tredjedel lider af andre somatiske sygdomme i hjerte, mave, kredsløb osv. Selvom få fysiske funktionsnedsættelser medfører observeret nedsættelse af seksuel respons, så kan reduceret mobilitet, lav energi, nedsat styrke, afhængighed af hjælp og eventuelt manglende privatliv i forbindelse med hjælpere gøre, at sexlivet i højere grad skal planlægges.

Noget peger på, at den observerede forskel i parforhold for personer med psykisk funktionsnedsættelse kan føre til manglende erfaring og selvtillid. Den forstærkende negative spiral mellem erfaring og selvtillid kan mindske den seksuelle selvtillid forstået som ”egen tro på at kunne opleve ens seksualitet på en tilfredsstillende måde” (Taleporos & McCabe, 2001). I forlængelse heraf er det vigtigt at understrege, at spørgsmålet om *tilfredshed* i høj grad baserer sig på en sammenligning med et ideal – her i form af det *ideelle* eller *normale* samleje eller sexliv. Hvor seksualitet i dag handler lige så meget om erotik, intimitet, sanselighed osv. som om samleje, så måler et spørgsmål om ”tilfredshed med sexliv” sandsynligvis en langt mere snæver tilgang til seksualitet.

Tablet 8.7 viser faktorer, der har indflydelse på tilfredshed med sexliv for henholdsvis personer i og uden for et forhold. For personer, der ikke har en partner, har en mindre funktionsnedsættelse ingen betydning, hvorimod et større har, mens alle typer og grader af funktionsnedsættelse har en negativ betydning for sexlivet for personer, der er i et parforhold. Mindre funktionsnedsættelser giver altså først udslag, når man er i et tæt forhold, hvorimod det at møde personer og indgå i seksuelle relationer uden for parforholdet ikke er anderledes for personer med en mindre funktionsnedsættelse. Mennesker med funktionsnedsættelser oplever dog generelt i mindre grad at have et tilfredsstillende sexliv end andre mennesker. Den statistiske model viser, at en funktionsnedsættelse, større eller mindre, fysisk eller psykisk, gør en forskel og *i sig selv* reducerer tilfredsheden med sexlivet for mennesker, der har en partner. Hertil kommer nogle faktorer, som indirekte kan betyde noget for store grupper af mennesker med funktionsnedsættelse. Tilfredsheden bliver nemlig også mindre, hvis man ikke har nogen at tale med om intime ting, og det gælder netop for en stor gruppe mennesker med funktionsnedsættelse, især psykisk. Tilfredsheden bliver også mindre for personer med højt BMI, et forhold, der gælder mange mennesker, som indtager medicin mod psykiske lidelser (se yderligere forklaring i bilagstabel B4.5).

TABEL 8.7

Estimer for faktorer, som påvirker sandsynligheden for at være tilfreds med sit sexliv, særskilt for personer med og uden partner.

	Har en partner		Har ikke en partner	
	Parameter- estimat	Standard- fejl	Parameter- estimat	Standard- fejl
Uden fysisk funktionsnedsættelse <sup>1</sup>	-	-	-	-
Mindre fysisk	-0,304 ***	0,055	0,008	0,138
Større fysisk	-0,600 ***	0,080	-0,486 *	0,204
Uden psykisk funktionsnedsættelse <sup>1</sup>	-	-	-	-
Mindre psykisk	-0,608 ***	0,094	-0,166	0,189
Større psykisk	-0,726 ***	0,155	-0,787 *	0,333
Alder	-0,025 ***	0,002	-0,027 ***	0,006
Mand <sup>1</sup>	-	-	-	-
Kvinde	0,105 *	0,044	-0,684 ***	0,113
Grundskoleuddannelse <sup>1</sup>	-	-	-	-
Erhvervsuddannelse/kort videregående uddannelse	-0,034	0,057	0,221	0,135
Mellemlang/lang videregående uddannelse	-0,151 *	0,062	-0,054	0,147
I arbejde <sup>1</sup>	-	-	-	-
Ledig	-0,237 *	0,096	0,038	0,184
Førtidspension	-0,138	0,110	-0,404	0,259
Efterløn og folkepension	-0,176 *	0,087	0,140	0,258
Under uddannelse	-0,009	0,164	0,156	0,241
Andet	0,036	0,156	-0,318	0,363
Snakker ikke om intime ting <sup>1</sup>	-	-	-	-
Snakker intimt med partner	1,633 ***	0,099	N/A	N/A
Snakker intimt med andre	0,993 ***	0,109	0,647 ***	0,177
Har ikke barn <sup>1</sup>	-	-	-	-
Har barn	0,012	0,056	0,210	0,117
BMI	-0,005 *	0,002	-0,039 ***	0,011
Konstant	0,983 ***	0,188	1,534 ***	0,432

Anm.: Logistisk regression. Har en partner: N = 12.165, Log-likelihood = 12.165; Har ikke en partner: N = 2.137, Log-likelihood = -1.107. \*\*\* = p<0,001, \*\* = p<0,01, \* = p<0,05.

1. Referencekategori.

Kilde: SHILD, 2012 og Danmarks Statistik.

## NÅR DER KØBES SEX UDEN FOR PARFORHOLDET

I begyndelsen af 00'erne startede en heftig debat om handicappedes ret til at have adgang til købesex. I 2012 kom der et forslag om, at Socialministeriets vejledning til handicapmedhjælpere og sundhedspersonale skulle fjerne en paragraf, der giver handicappede ret til at få formidlet kontakt til prostituerede. Københavns Kommune havde allerede i 2007 lavet forbud mod, at hjælpere sætter personer med handicap i kontakt med prostituerede. Paragraffen er i dag slettet, og tilbuddet varierer fra kommune til kommune.

Debatten om handicap og ”retten” til at få vejledning til købesex kan ses som en øget forståelse for, at mennesker med handicap *også* er seksuelle mennesker, men er nok snarere en del af en meget større dis-

kussion om, hvorvidt købesex egentlig er en *ret*, og om det skal forbydes eller ej. Denne analyse er ikke et indspark i denne debat, men søger at supplere diskussionen om handicap og adgang til købesex med statistisk belæg, der ikke tidligere har været adgang til. I debatten er der ofte fokus på mennesker, der bor på institution, for hvem der i SHILD højst sandsynligt er et stort frafald. Der er dog ikke noget større statistisk grundlag, der viser, at personer med funktionsnedsættelse generelt skulle gøre mere brug af købesex end personer uden funktionsnedsættelse.

Vi tager højde for, at ikke alle, der har købt sex, vil svare, at de har gjort det, men der er ingen grund til at tro, at personer med og uden funktionsnedsættelse vil svare forskelligt. Ud af 8.724 kvinder, der har svaret, har blot *seks* kvinder svaret, at de har købt sex. Analyseudvalget i dette afsnit er derfor i resten af analysen begrænset til mænd i Danmark.

TABEL 8.8

Mænd fordelt efter, om de har købt sex, særskilt for type og grad af funktionsnedsættelse. Procent.

Har købt sex:	Ingen fysisk funktionsnedsættelse	Mindre fysisk funktionsnedsættelse	Større fysisk funktionsnedsættelse	Ingen psykisk funktionsnedsættelse	Mindre psykisk funktionsnedsættelse	Større psykisk funktionsnedsættelse
Nej	89	85	88**	88	82	83***
Ja	11	15	12**	12	18	17***

Anm.: N = 13.904. \*\*\* =  $p < 0,001$ , \*\* =  $p < 0,01$ , \* =  $p < 0,05$ .

Kilde: SHILD, 2012 og Danmarks Statistik.

Tabel 8.8 viser, hvor stor en andel af mænd, der har svaret, at de har købt sex. I gennemsnit har 12 pct. svaret, at de har købt sex, hvilket svarer til 280.500 mænd. Andelene af mænd med mindre eller større psykisk funktionsnedsættelse, der har købt sex, er 17-18 pct. 3-5 procentpoint højere end for personer med fysisk funktionsnedsættelse. Forskellen er dog ikke så stor, som man let kan få indtryk af i debatten om handicap og købesex.

Det er interessant, at det, når man tager højde for relevante faktorer, som er beskrevet i tabel 8.9, kun er mænd med en mindre fysisk funktionsnedsættelse, der i højere grad har købt sex end både personer med større fysisk funktionsnedsættelse og uden. Den større forskel for



personer med psykisk funktionsnedsættelse, der er at finde i tabel 8.8, hænger sandsynligvis sammen med, at en langt højere andel af disse mænd ikke har nogen partner eller barn. I tabel 8.9 tages der højde for denne faktor, og sammenhængen forsvinder (se yderligere forklaring i bilagstabel B4.6).

TABEL 8.9

Estimer for faktorer, som påvirker sandsynligheden for at have købt sex. Mænd.

	Parameterestimat	Standardfejlf
Uden fysisk funktionsnedsættelse <sup>1</sup>	-	-
Mindre fysisk	0,278 **	0,098
Større fysisk	0,109	0,155
Uden psykisk funktionsnedsættelse <sup>1</sup>	-	-
Mindre psykisk	0,306	0,177
Større psykisk	0,122	0,284
Alder	-0,008	0,004
Mand <sup>1</sup>	-	-
Kvinde	0,105 *	0,044
Grundskoleuddannelse <sup>1</sup>	-	-
Erhvervsuddannelse/kort videregående uddannelse	-0,178	0,098
Mellemlang/lang videregående uddannelse	-0,077	0,110
I arbejde <sup>1</sup>	-	-
Ledig	-0,180	0,185
Førtidspension	-0,045	0,217
Efterløn og folkepension	-0,401	0,216
Under uddannelse	-0,157	0,258
Andet	0,172	0,259
Har ikke partner <sup>1</sup>	-	-
Snakker intimt med partner	-0,563 ***	0,106
Har ikke barn <sup>1</sup>	-	-
Har barn	-0,229 *	0,093
BMI	0,013 *	0,005
Konstant	-1,356 ***	0,256

Anm.: Logistisk regression. N = 6.715, Log-likelihood = -2.328. \*\*\* =  $p < 0,001$ , \*\* =  $p < 0,01$ , \* =  $p < 0,05$ .

1. Referencekategori.

Kilde: SHILD, 2012 og Danmarks Statistik.

Det at have en partner eller et barn har en negativ effekt på sandsynligheden for at have købt sex, mens et højt BMI øger sandsynligheden. Alt i alt viser den statistiske model, at baggrundsfaktorer som uddannelse, alder og beskæftigelse ikke spiller nogen rolle. Faktorer, der ellers generelt forklarer megen adfærd, virker ikke til at kunne forklare, hvilke mænd der køber sex. SHILD muliggør dog en fremtidig undersøgelse af motiver og grupper af købere, da det indeholder en række af spørgsmål angående personlighedstyper, risikovillighed osv. Den højere procentdel blandt mennesker med psykisk funktionsnedsættelse beror altså på indi-

rette sammenhænge, som det at være enlig, ikke have børn og have højt BMI, der øger sandsynligheden for at købe sex.

## OPSUMMERING

Vi finder i dette kapitel, at personer med psykisk funktionsnedsættelse har en lavere sandsynlighed for at have en partner, mens fysisk funktionsnedsættelse ingen effekt har på denne sandsynlighed. Der er stor forskel på, hvilke personer som er sammen med en partner med en funktionsnedsættelse. Egen psykiske funktionsnedsættelse øger sandsynligheden for at have en partner med sindslidelse, og samme tendens er der for fysisk funktionsnedsættelse, men de to former for funktionsnedsættelser har en cross-over-effekt. Specielt unge og voksne i alderen 16-40 år med en psykisk funktionsnedsættelse har et mere negativt syn på det at finde og bo sammen med en partner i fremtiden. Endelig går psykisk funktionsnedsættelse i høj grad ud over sexlivet, og personer med psykisk funktionsnedsættelse har i lavere grad et aktivt sexliv.

Resultaterne peger således på, at ikke alle mennesker har samme mulighed for at indgå i sunde intime relationer/primære sociale relationer, hvilket kan begrænse den enkeltes realisering af sig selv. Analysen om sexkøb viser, at mænd med en mindre fysisk funktionsnedsættelse i højere grad har købt sex end mænd uden funktionsnedsættelse, mens det tilsvarende ikke gælder for mænd med større grad af fysisk funktionsnedsættelse. Mænd med psykisk funktionsnedsættelse, større eller mindre, har heller ikke et større forbrug af købesex end andre mænd. Dette gælder, når andre faktorer er holdt konstant. Det forhold, at mænd med funktionsnedsættelser i højere grad end andre mænd er enlige, vil imidlertid betyde, at mænd med funktionsnedsættelse i den virkelige verden køber lidt mere sex end andre mænd.

## DISKRIMINATION

Diskrimination kan antage mange former og findes på mange niveauer i det danske samfund. Karakteren og omfanget af diskrimination kan være svært at måle. Hertil kommer, at diskrimination og forskelsbehandling kan komme til udtryk som forskellige typer: institutionel og ikke-institutionel, direkte og indirekte, bevidst og ubevidst (Jensen m.fl., 2012). Det er ofte svært at skelne mellem de forskellige typer i praksis, men fælleles er, at diskrimination kan virke hæmmende på adgang, ligestilling og hermed inklusion. Når vi analyserer diskrimination, er det for i forlængelse af kapitlet om deltagelse (kapitel 7) at undersøge, hvorvidt personer med funktionsnedsættelse er mere udsatte for negativ forskelsbehandling. I fortsættelse heraf vil vi i kapitel 10 se på emnet voldelig adfærd over for og af mennesker med funktionsnedsættelse.

Diskrimination finder sted, når personer bliver *usagligt* eller *ulovligt* forskelsbehandlet, fordi de opfattes som forskellige fra andre enten direkte eller indirekte. Endvidere defineres forskelsbehandling som værende karakteriseret ved dimensioner som: at være udsat for ringere behandling, at være frataget eller nægtet almengældende friheder og rettigheder samt chikane. Nogle franske sociologer påviser, at man, for at føle sig diskrimineret, ikke blot skal være, men også skal føle sig ligeværdig (Boisen, 2013). For at føle sig diskrimineret kræver det, at man ser sig selv som et menneske, der er lige med andre. Mens de demokratiske

samfund er blevet mere demokratiske og mere lige, så er bevidstheden om og fokus på diskrimination steget.

---

## BOKS 9.1

### Definition af diskrimination.

---

"Handlinger og handlingsmønstre, der direkte eller indirekte sigter mod eller medvirker til usaglig forskelsbehandling. fx at være udsat for ringere behandling, at være frataget eller nægtet almengældende friheder og rettigheder samt chikane af personer eller grupper på baggrund af fx etnicitet, race, seksualitet, køn, handicap osv. "

---

Kilde: Jensen m.fl., 2012.

Funktionsnedsættelse og handicap er blot én af mange identitetsmæssige kategorier, og diskrimination finder ikke blot sted inden for disse, men i ligeså høj grad i samspillet mellem etnisk oprindelse, køn, alder, handicap, seksuel orientering eller religion – og disse er i realiteten kategorier, der er svære at adskille. Man taler om "dobbeltdiskrimination", hvis der er to faktorer til stede og om "multipel diskrimination", når diskrimination finder sted på baggrund af, at flere faktorer samvirker (Institut for Menneskerettigheder, 2011).

I praksis finder diskrimination ofte sted i samspillet mellem kategorier i en specifik kontekst. Teorien om *intersektionalitet* er en tilgang til at analysere multiple, intersektionelle og komplekse sociale relationer (McCall, 2005). Den bygger på, at sociale kategorier som køn, seksualitet og etnicitet ikke blot er summen af hinandens dele, men i høj grad er sammenvævede og hermed umulige at adskille i deres effekter. I en mere simpel form vil det fx betyde, at diskrimination på baggrund af funktionsnedsættelse vil være forskellig for en kvinde med anden etnisk baggrund og en homoseksuel mand, der er etnisk dansk og ikke er i arbejde. Vi har derfor i analysen fokus på, hvorvidt personer med fysisk og psykisk funktionsnedsættelse i højere grad er udsat for multipel diskrimination end personer uden og kommer ind på kategoriernes sammenvævede karakter.

Diskrimination og manglende tilgængelighed for personer med funktionsnedsættelse og *holdninger* i samfundet er gensidigt afhængige. Som beskrevet tidligere har der været et øget fokus på handicappets sociale karakter, hvorfor der også er kommet øget fokus på, hvordan samfundet kan indrette sig, så tilgængeligheden øges. Øget kendskab til, forståelse for og villighed til at omstrukturere kan alt sammen bidrage til, at

forskelsbehandling af personer med funktionsnedsættelse mindskes. Derfor inddrager vi i kapitlets anden del om *holdninger* den danske befolknings holdning til at omgås med og arbejde sammen med personer med funktionsnedsættelse.

I dette kapitel vil vi først belyse diskrimination og herefter undersøge forskellige holdninger til at omgås og arbejde sammen med en person med funktionsnedsættelse. Kapitlet vil svare på følgende spørgsmål:

- Er personer med funktionsnedsættelse mere udsatte i forhold til forskelsbehandling på baggrund af andre faktorer end funktionsnedsættelse som fx køn, etnicitet, seksualitet osv.?
- I hvor høj grad bliver personer med funktionsnedsættelse udsat for direkte forskelsbehandling på baggrund af deres funktionsnedsættelse, og varierer det afhængigt af grad og synlighed?
- Hvem står oftest bag forskelsbehandlingen?
- Hvilke faktorer har indflydelse på, hvorvidt man har en positiv holdning til at arbejde med og omgås personer med funktionsnedsættelse?

Vi finder, at personer med funktionsnedsættelse i langt højere grad er udsat for generel diskrimination på baggrund af en række kategorier som køn, etnicitet, alder osv. end personer uden funktionsnedsættelse. For personer med psykisk funktionsnedsættelse er forskellene signifikante for alle kategorier. Analyserne tyder på en smittende effekt, hvor personer med funktionsnedsættelse både rammes af generel diskrimination og specifik diskrimination på baggrund af deres funktionsnedsættelse. Den specifikke diskrimination forstærkes, hvis funktionsnedsættelsen er større eller synlig. Diskriminationen finder ofte sted i institutionaliserede omgivelser som fx på arbejdspladsen, i uddannelsen eller i mødet med sundhedssystemet osv., og personer i Danmark er generelt mest forbeholdne for at arbejde sammen med en person med en psykisk funktionsnedsættelse. Dog er personer med fysisk funktionsnedsættelse mere åbne over for at arbejde med en person med psykisk funktionsnedsættelse, men den omvendte effekt er ikke at finde.

## GENEREL UDSÆTTELSE FOR DISKRIMINATION

Vi tager i dette kapitel udgangspunkt i den *oplevede diskrimination* også kaldet den ”subjektive” diskrimination, der ret simpelt er en oplevelse af eller følelse af at blive diskrimineret, og som suppleres af den *faktiske* eller ”objektive” diskrimination, der indebærer konkret og ulovlig forskelsbehandling. Den oplevede diskrimination er også i nogle tilfælde en ulovlig hændelse, men dette kan ikke nødvendigvis bevises. Den oplevede diskrimination muliggør at vi kan belyse en mere bred tilgang til, hvad der kan befordre en følelse af eksklusion.

TABEL 9.1

Personers oplevede diskrimination fordelt på type og grad af funktionsnedsættelse. Procent.

	Ingen fysisk funktionsnedsættelse	Mindre fysisk funktionsnedsættelse	Større fysisk funktionsnedsættelse	Ingen psykisk funktionsnedsættelse	Mindre psykisk funktionsnedsættelse	Større psykisk funktionsnedsættelse
Alder	9	11	10**	9	13	12***
Køn	6	7	6	6	9	11***
Etnicitet	4	3	5*	4	3	8***
Religion	7	6	9	6	11	14***
Seksuel orientering	1	1	2	1	3	4***
Udseende, højde eller vægt	7	10	11***	7	18	23***
Funktionsnedsættelse, handicap eller sygdom	N/A	7	23***	N/A	15	32***
Samlevers/børns/forældres handicap eller sygdom	1	2	3***	1	4	5***
Mindst én af ovenstående	19	25	37***	20	36	48***

Anm.: \*\*\* =  $p < 0,001$ , \*\* =  $p < 0,01$ , \* =  $p < 0,05$ .

Kilde: SHILD, 2012 og Danmarks Statistik.

I SHILD 2012 svarer respondenterne på, om de føler sig diskrimineret på baggrund af funktionsnedsættelse. SHILD spørger ligeledes om, man føler sig forskelsbehandlet på baggrund af alder, køn, etnicitet, religion, seksuel orientering, udseende og familiemedlems funktionsnedsættelse. Forskelsbehandling har ofte en form for smittende karakter, og det er derfor interessant at undersøge, om personer med funktionsnedsættelse har øget risiko for at blive diskrimineret på baggrund af andre faktorer som køn, etnicitet osv., og om man derfor kan tale om, at de generelt er mere udsat for diskrimination.

Tabel 9.1 viser, at såvel fysisk som psykisk funktionsnedsættelse i sig selv er baggrund for, at store grupper oplever diskrimination. Mennesker med funktionsnedsættelse oplever imidlertid også i høj grad de forskellige andre former for diskrimination. Især falder det i øjnene, at personer med psykisk funktionsnedsættelse i langt højere grad oplever diskrimination på baggrund af *alle* de faktorer, vi har spurgt om. Mennesker med fysisk funktionsnedsættelse bliver dog også diskrimineret for mange forhold. Kun for køn, seksuel orientering og religion er der ingen signifikant forskel på, hvor meget mennesker med fysisk funktionsnedsættelse og andre mennesker bliver diskrimineret.

Værst står det til for de ca. 80.000 personer i Danmark med større psykisk funktionsnedsættelse, hvor hele 32 pct. har oplevet at blive diskrimineret på baggrund af deres funktionsnedsættelse, handicap eller sygdom. Andelen er 23 pct. for personer med større fysisk funktionsnedsættelse.

Forskelsbehandling på baggrund af udseende eller funktionsnedsættelse er de mest fremtrædende former for diskrimination af anden art, som personer med fysisk funktionsnedsættelse eller psykisk funktionsnedsættelse bliver udsat for. Betydningen af udseende, højde og vægt er størst for personer med psykisk funktionsnedsættelse, som ofte tager på som følge af deres medicin. Samlet set har cirka halvdelen af de 260.000 personer med en psykisk funktionsnedsættelse oplevet en form for diskrimination, mens tallet er ca. 20 pct. for personer uden funktionsnedsættelse. Den hyppigste diskriminationsfaktor for personer, der ikke har rapporteret en funktionsnedsættelse, er ligeledes alder og højde, udseende og vægt. Cirka hver fjerde person med en psykisk funktionsnedsættelse har oplevet diskrimination på baggrund af udseende, højde og vægt, mens dette kun gælder 7 pct. af personer uden.

TABEL 9.2

Estimater for faktorer, som påvirker sandsynligheden for at have oplevet generel diskrimination (alder, køn, etnicitet, religion, seksualitet, udseende, højde og vægt).

	Parameterestimat	Standardfejll
Uden fysisk funktionsnedsættelse <sup>1</sup>	-	-
Mindre fysisk	0,318 ***	0,055
Større fysisk	0,349 ***	0,081
Uden psykisk funktionsnedsættelse <sup>1</sup>	-	-
Mindre psykisk	0,344 ***	0,081
Større psykisk	0,475 ***	0,125
Alder	-0,023 ***	0,002
Mand <sup>1</sup>	-	-
Kvinde	0,349 ***	0,043
Grundskoleuddannelse <sup>1</sup>	-	-
Erhvervsuddannelse/kort videregående uddannelse	-0,242 ***	0,058
Mellemlang/lang videregående uddannelse	-0,073	0,060
I arbejde <sup>1</sup>	-	-
Ledig	0,921 ***	0,078
Førtidspension	0,100	0,114
Efterløn og folkepension	-0,004	0,121
Under uddannelse	0,248 ***	0,074
Andet	0,437 ***	0,121
Har ikke partner <sup>1</sup>	-	-
Har partner uden funktionsnedsættelse	-0,219 ***	0,053
Har partner med funktionsnedsættelse	0,041	0,070
Har ikke barn <sup>1</sup>	-	-
Har barn uden funktionsnedsættelse	-0,415 ***	0,056
Har barn med funktionsnedsættelse	-0,195 *	0,092
BMI	0,012 ***	0,002
Konstant	-1,229 ***	0,125

Anm.: Logistisk regression. N = 17.264, Log-likelihood = -7.413. \*\*\* = p<0,001, \*\* = p<0,01, \* = p<0,05.

1. Referencekategori.

Kilde: SHILD, 2012 og Danmarks Statistik.

Tabel 9.2 viser faktorer, der har indflydelse på generel diskrimination, altså det, der ikke direkte tilskrives egen eller families funktionsnedsættelse. Alle former for funktionsnedsættelse øger sandsynligheden for at blive diskrimineret signifikant. Modellen tyder på en udbredt sammenhæng mellem de forskellige typer af diskrimination, hvor personer med funktionsnedsættelse ikke blot bliver diskrimineret på baggrund af deres funktionsnedsættelse, men også er mere udsatte for andre former for diskrimination på baggrund af fx alder, etnicitet osv. Størst er effekten af den psykiske funktionsnedsættelse. Sammenhængen kan imidlertid også være udtryk for, at personer med psykisk funktionsnedsættelse, der udsættes for diskrimination på baggrund af funktionsnedsættelse, er tilbøjelige til



at tilskrive det noget andet som fx køn, alder eller udseende osv. Sammenhængene er dog alt i alt ganske tydelige: personer med funktionsnedsættelse er i langt højere grad udsat for diskrimination (se yderligere forklaring i bilagstabel B5.1).

## RISIKO FOR SPECIFIK DISKRIMINATION PÅ BAGGRUND AF FUNKTIONSNEDSÆTTELSE

Graden af funktionsnedsættelse har imidlertid ikke *signifikant* betydning for risikoen for at blive udsat for *generel diskrimination*, der tilskrives alder, køn, etnicitet, religion, seksualitet, udseende, højde og vægt (tabel 9.3). Dog er der stor forskel på graden af funktionsnedsættelse, når det angår *specifik diskrimination*, der dækker over diskrimination, som foregår på baggrund af egen funktionsnedsættelse.

TABEL 9.3

Personer udsat for diskrimination fordelt på type og grad af funktionsnedsættelse. Procent.

	Ingen fysisk eller psykisk funktionsnedsættelse	Mindre fysisk funktionsnedsættelse	Større fysisk funktionsnedsættelse	Mindre psykisk funktionsnedsættelse	Større psykisk funktionsnedsættelse
Generel diskrimination	18	22	24	30	34
Specifik diskrimination	N/A	7	23***	15	32***

Anm.: N = [ 4.453;13.904]. \*\*\* = p<0,001, \*\* = p<0,01, \* = p<0,05.

Kilde: SHILD, 2012.

Personer med en større fysisk funktionsnedsættelse har tre gange større sandsynlighed for at have været udsat for diskrimination end personer med en mindre fysisk funktionsnedsættelse. Samme tendens ser vi hos personer med psykisk funktionsnedsættelse, hvor sandsynligheden er lidt over dobbelt så stor for at have været udsat for diskrimination.

Mens forrige afsnit viser, at personer med funktionsnedsættelse i langt højere grad er udsat for generel og multipel diskrimination i forhold til personer uden, ser vi nu nærmere på karakteren af den diskrimination, som personer med funktionsnedsættelse tilskriver deres funktionsned-

sættelse. Først ser vi på, hvilken rolle grad og synlighed af funktionsnedsættelsen spiller, og herefter ser vi på, inden for hvilke rammer diskriminationen finder sted.

Alt i alt oplever 13 pct. af den danske befolkning at have været udsat for diskrimination på baggrund af deres funktionsnedsættelse. I gennemsnit rapporterer 12 pct. af befolkningen med en fysisk funktionsnedsættelse (93.000 personer), at de har oplevet diskrimination på baggrund af denne. For psykisk funktionsnedsættelse er andelen hele 20 pct., svarende til 51.000 personer.

TABEL 9.4

Personer, der har oplevet diskrimination på baggrund af funktionsnedsættelse, særskilt for type og grad af funktionsnedsættelse. Procent.

	Procent	Personer i population
Mindre fysisk funktionsnedsættelse	7	32.356
Større fysisk funktionsnedsættelse	23	60.124
Fysisk funktionsnedsættelse, gennemsnit	12	93.147
Mindre psykisk funktionsnedsættelse	14	24.676
Større psykisk funktionsnedsættelse	32	25.449
Psykisk funktionsnedsættelse, gennemsnit	20	51.350
Fysisk eller psykisk funktionsnedsættelse, total	13	110.462

Anm.: Alle forskelle er signifikante med \*\*\*. \*\*\* =  $p < 0,001$ , \*\* =  $p < 0,01$ , \* =  $p < 0,05$ .

Kilde: SHILD, 2012.

I tabel 9.5 ser vi på, hvilke faktorer der påvirker sandsynligheden for at blive udsat for specifik diskrimination for populationen af personer med henholdsvis fysisk og psykisk funktionsnedsættelse. For begge funktionsnedsættelser har graden af funktionsnedsættelse en betydning. Sandsynligheden stiger med alderen, hvilket nok hænger sammen med spørgsmålets retrospektive karakter, idet SHILD spørger om, hvorvidt man har oplevet diskrimination. Kvinder med fysisk funktionsnedsættelse oplever i højere grad diskrimination end mænd, mens køn ingen betydning har i forbindelse med psykisk funktionsnedsættelse (se yderligere bilagstabel B5.2).

TABEL 9.5

Estimer for faktorer, som påvirker sandsynligheden for at have oplevet specifik diskrimination (på baggrund af funktionsnedsættelse) særskil for personer med henholdsvis fysisk og psykisk funktionsnedsættelse.

	Personer med fysisk funktionsnedsættelse		Personer med psykisk funktionsnedsættelse	
	Parameter-estimat	Standard-fejl	Parameter-estimat	Standard-fejl
Mindre fysisk funktionsnedsættelse <sup>1</sup>	-	-	N/A	N/A
Større fysisk	1,263 ***	0,119	N/A	N/A
Mindre psykisk funktionsnedsættelse <sup>1</sup>	N/A	N/A	-	-
Større psykisk	N/A	N/A	0,564 ***	0,166
Alder	-0,030 ***	0,006	-0,023 **	0,008
Mand <sup>1</sup>	-	-	-	-
Kvinde	0,404 ***	0,116	0,115	0,168
Grundskoleuddannelse <sup>1</sup>	-	-	-	-
Erhvervsuddannelse/kort videregående uddannelse	-0,133	0,128	-0,397 *	0,191
Mellemlang/lang videregående uddannelse	-0,190	0,161	-0,320	0,223
I arbejde <sup>1</sup>	-	-	-	-
Ledig	1,522 ***	0,161	1,141 ***	0,231
Førtidspension	1,107 ***	0,155	1,267 ***	0,242
Efterløn og folkepension	0,404	0,293	0,807	0,474
Under uddannelse	-0,060	0,256	-0,179	0,307
Andet	1,124 ***	0,252	1,252 ***	0,341
Har ikke partner <sup>1</sup>	-	-	-	-
Har partner	-0,205	0,129	0,215	0,174
Har ikke barn <sup>1</sup>	-	-	-	-
Har barn	-0,037	0,132	-0,075	0,188
Handicap ikke synligt <sup>1</sup>	-	-	-	-
Synligt handicap	0,817 ***	0,113	0,685 ***	0,169
BMI	0,006	0,004	0,002	0,004
Konstant	-2,749 ***	0,342	-1,678 ***	0,453

Anm.: Logistisk regression. Personer med fysisk funktionsnedsættelse: N = 4.299, Log-likelihood = -1.170; Personer med psykisk funktionsnedsættelse: N = 1.311, Log-likelihood = -551. \*\*\* = p<0,001, \*\* = p<0,01, \* = p<0,05

1. Referencekategori.

Kilde: SHILD, 2012 og Danmarks Statistik.

## SYNLIGHED AF PSYKISK FUNKTIONSNEDSÆTTELSE ØGER UDSATHED FOR GENEREL DISKRIMINATION

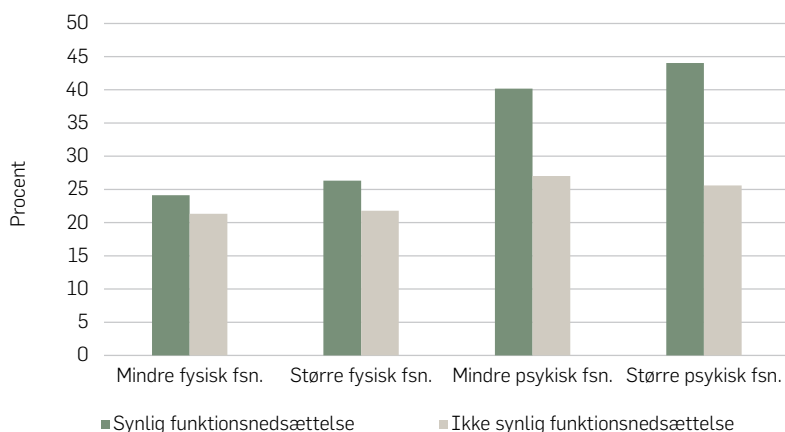
En konsekvens af stigmatisering som fx diskrimination fordrer, at man føler sig tvunget til at skjule sin psykiske funktionsnedsættelse for ikke at opleve yderligere stigmatisering – af frygt for andres reaktioner, men måske også, fordi nogle oplever deres funktionsnedsættelse som noget, de skammer sig over som følge af tabu i samfundet. Der foregår i enhver interaktion, hvori en person har et stigma, en form for forhandling. Når

en persons stigma er synligt i form af mobilitetshjælpemidler, bliver funktionsnedsættelsen synlig i første kontakt, mens man i andre tilfælde ikke ved, om andre personer har ”opdaget” funktionsnedsættelsen, eller man selv har ”afsløret” den (Goffman, 1986, s. 49). Eksempelvis har personer med et synligt handicap signifikant lavere sandsynlighed for at komme i beskæftigelse end personer med et ikke-synligt handicap (Larsen m.fl., 2008)

Ud over at rapportere deres fysiske og psykiske helbred, så har respondenterne også svaret på, hvorvidt en fremmed i løbet af fem minutter ville lægge mærke til deres handicap, helbred eller psykiske lidelse. I det følgende afsnit vil vi se nærmere på sammenhængen mellem synlighed af funktionsnedsættelse og udsathed for diskrimination. Modellen viser måske ikke overraskende, at funktionsnedsættelsens synlighed har en relativt stor betydning for, hvor udsat man er for diskrimination på baggrund af den.

FIGUR 9.1

Personer, der oplever generel diskrimination fordelt på funktionsnedsættelsens synlighed. Særsigt for type og grad af funktionsnedsættelse (fsn.). Procent.



Anm: N = [1.250;3.174]. Sammenhæng mellem psykisk funktionsnedsættelses grad og synlighed er signifikant med \*\*\*.

\*\*\* =  $p < 0,001$ , \*\* =  $p < 0,01$ , \* =  $p < 0,05$ .

Kilde: SHILD, 2012.

Figur 9.1 viser, at selvom grad af funktionsnedsættelse ikke hænger sammen med generel diskrimination, så har synlighed af psykisk funktionsnedsættelse en signifikant betydning. Andelen af personer med min-

dre psykisk funktionsnedsættelse, der har oplevet generel diskrimination, stiger med ca. 50 pct., hvis funktionsnedsættelsen er synlig, mens sandsynligheden for personer med større psykisk funktionsnedsættelse tilsvarende stiger med hele 75 pct.

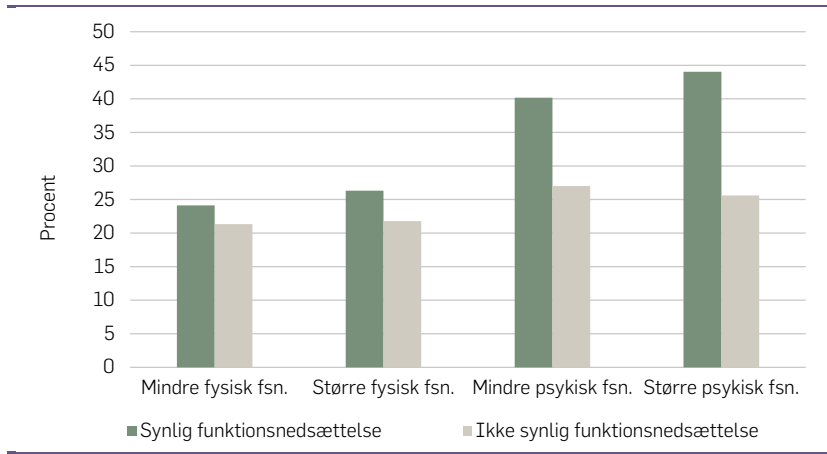
Dette indikerer, at det ikke så meget er egen vurdering af alvoren eller graden af psykiske lidelse, men mere, hvor tydelig den fremstår i mødet med en anden person, der har betydning for at blive udsat for generel diskrimination. Da synlighed her er defineret ved, at en fremmed ”opdager” en persons funktionsnedsættelse, stiller det store krav til personers forhandling eller evne til ikke at *afsløre* eller *fremvise* sin psykiske sårbarhed fx på arbejdspladsen eller i kontakten med kommunal administration, hvor cirka halvdelen af diskriminationen finder sted. I sidste ende kan den højere risiko for at opleve generel diskrimination resultere i, at personer helt tier stille om deres psykiske funktionsnedsættelse.

## SYNLIGHED ØGER UDSATHED FOR SPECIFIK DISKRIMINATION

Figur 9.2 viser ligeledes, at både grad og synlighed af funktionsnedsættelse har stor betydning for, hvor udsat en person er for specifik diskrimination. Personer med synlig funktionsnedsættelse har i gennemsnit dobbelt så stor sandsynlighed for at have oplevet at blive negativt forskelsbehandlet på baggrund af deres funktionsnedsættelse i forhold til personer, der har en ikke-synlig funktionsnedsættelse. Den relative betydning af synlighed er lige stor for alle grupper med funktionsnedsættelse, når det kommer til specifik diskrimination på baggrund af funktionsnedsættelse, mens den er størst for personer med psykisk funktionsnedsættelse, når det angår generel diskrimination. Analysen bygger på, hvorvidt respondenterne i SHILD selv rapporterer, at andre vil opdage deres funktionsnedsættelse. Egentlig er det ikke overraskende at personer, der selv opfatter deres funktionsnedsættelse som synlig, både er mere udsatte for diskrimination, men også i højere grad vil tilskrive diskrimination denne synlighed.

FIGUR 9.2

Personer, der oplever specifik diskrimination fordelt på funktionsnedsættelsens synlighed. Særskilt for type og grad af funktionsnedsættelse (fsn.) Procent.



Anm.: Alle forskelle er signifikante med \*\*\*, \*\*\* =  $p < 0,001$ , \*\* =  $p < 0,01$ , \* =  $p < 0,05$ .

## KENDSKAB OG HOLDNINGER

I SHILD spørger vi ind til, *hvem* personer som oplever forskelsbehandling oplever at blive forskelsbehandlet af, når det sker på baggrund af funktionsnedsættelse, handicap eller sygdom. Personer med funktionsnedsættelse oplever hyppigst diskrimination fra arbejdsgiver, personale, kolleger og medstuderende (24 pct.), familie eller slægtninge (20 pct.) og personale i den kommunale administration (15 pct.) – (se tabel 9.6).

Samlet set finder næsten halvdelen af den diskrimination, som danskerne betegner for den vigtigste, sted i mødet med eller i relationer i institutioner som arbejde, uddannelse og sundhedssystemet. Tallene underbygger, at personer med funktionsnedsættelse ikke blot i højere grad har sværere ved at deltage på arbejdsmarkedet, men ligeledes, de, når de deltager, er udsat for diskriminerende forhold, der kan fordre yderligere eksklusion.

At rette fokus mod rum og plads til personer med funktionsnedsættelse i samfundet kan gøres på flere måder: dels ved at spørge personer med funktionsnedsættelse, om de oplever forskelsbehandling (jf. forrige afsnit), og dels ved at spørge den danske befolkning om deres

holdning til at til at have en relation til en person med funktionsnedsættelse.

TABEL 9.6

Hvem forskelsbehandler? Forskelsbehandlede personer med funktionsnedsættelses egen vurdering. Procent.

	Procent
Ven eller nabo	10
Familie eller slægtninge	20
Arbejdsgiver/personale i uddannelsessektor/arbejdskolleger/medstuderende	24
Personale i den kommunale administration	15
Hjemmehjælpere, støttepersoner, sundhedspersonale	3
Personer fra foreningsliv	1
Personale i butikker	6
Fremmed person	11
Andre	12
Total	100

Anm.: N = 452.

Kilde: SHILD, 2012.

TABEL 9.7

Sammenhæng mellem positiv holdning til at arbejde sammen med en person med ... Procent.

... en psykisk funktionsnedsættelse	... en fysisk funktionsnedsættelse			Total
	Ja, uden tøven	Overvej det, men ja	Være i tvivl, men nej	
Ja, uden tøven	33	1	0	34
Overvej det, men ja	27	13	1	41
Være i tvivl eller nej	9	9	7	25
Total	69	23	8	100

Anm.: N = 13.855. Sammenhæng er signifikant med \*\*\*, \*\*\* = p<0,001, \*\* = p<0,01, \* = p<0,05.

Kilde: SHILD, 2012 og Danmarks Statistik.

Respondenterne bliver i SHILD spurgt om, hvorvidt de er villige til at arbejde sammen med en person, der enten har en fysisk funktionsnedsættelse eller en psykisk funktionsnedsættelse. Tabel 9.7 viser, at der især er betænkelighed ved at arbejde sammen med en person med en psykisk funktionsnedsættelse.

Mindre end en tiendedel (8 pct.) ville være i tvivl eller ikke arbejde sammen med en person med en fysisk funktionsnedsættelse, mens det er mere en fjerdedel (25 pct.), som enten vil være i tvivl eller ikke arbejde sammen med én, som har en psykisk funktionsnedsættelse. Personer i Danmark skelner altså tydeligt mellem konsekvenser og eventuelle be-

kymringer ved at være kollega til en person med psykisk og fysisk funktionsnedsættelse. Tabel 9.7 viser yderligere, at hver tredje person i Danmark uden at tøve ville sige ja til at arbejde med en person med funktionsnedsættelse. Umiddelbart skulle man tro, at åbenhed over for at arbejde med en person med fysisk funktionsnedsættelse skulle øge åbenhed over for at arbejde sammen med en person med psykisk funktionsnedsættelse og omvendt. Samlet set vil cirka halvdelen af de personer, der uden tøven ville sige ja til at arbejde sammen med en person med fysisk funktionsnedsættelse, enten først overveje det, være i tvivl eller sige nej, hvis det drejer sig om en person med psykisk funktionsnedsættelse. Dette tal er imidlertid knap 100 pct., hvis man ser på, hvor stor en andel de personer, der uden tøven ville arbejde med en person med psykisk funktionsnedsættelse, der også ville sige ja til at arbejde med en person med fysisk funktionsnedsættelse.

Vi ser nu nærmere på, hvilke personer der svarer ”ja, uden tøven” til, om de vil arbejde sammen med personer med henholdsvis fysisk og psykisk funktionsnedsættelse. I tabel 9.8 er listet de faktorer, der har indflydelse på sandsynligheden for at have en positiv holdning. De eneste insignifikante faktorer for at ville arbejde med en person med fysisk funktion er selv at have en psykisk funktionsnedsættelse. Omvendt er personer, der har en større fysisk funktionsnedsættelse mere rummelige over for ideen om at arbejde med personer med psykisk funktionsnedsættelse end personer uden en fysisk funktionsnedsættelse (se yderligere forklaring i bilagstabel B5.3).

Kendskab til funktionsnedsættelse er med til at nedbryde fordomme – det er mantraet for de fleste oplysningskampagner om handicap og funktionsnedsættelse i Danmark. Den statistiske model viser da også, at personer, der kender til og ses med personer med funktionsnedsættelse, er mere positive, når de bliver spurgt, om de ville arbejde med personer med fysisk eller psykisk funktionsnedsættelse end personer, der ikke kender nogen.

Yderligere har det at have en partner og det at være kvinde en positiv effekt på holdningen til at arbejde med personer med fysisk funktionsnedsættelse, mens der ingen forskel er i forhold til at arbejde med personer med psykisk funktionsnedsættelse. Uddannelse har overraskende en omvendt effekt for henholdsvis fysisk og psykisk funktionsnedsættelse, hvor personer med en videregående uddannelse er mere tolerante over for fysisk funktionsnedsættelse, men i signifikant højere grad er tø-



vende over for at ville arbejde med personer med psykisk funktionsnedsættelse set i forhold til personer uden en videregående uddannelse.

TABEL 9.8

Estimater for faktorer, som påvirker sandsynligheden for at ville sige "ja, uden tøven" til at ville arbejde med personer med henholdsvis fysisk og psykisk funktionsnedsættelse.

	Arbejde med person med fysisk funktionsnedsættelse		Arbejde med person med psykisk funktionsnedsættelse	
	Parameter-estimat	Standardfejl	Parameter-estimat	Standardfejl
Uden fysisk <sup>1</sup>	0,165 ***	0,048	-0,006	0,044
Mindre fysisk funktionsnedsættelse	0,357 ***	0,077	0,229 ***	0,066
Større fysisk	1,263 ***	0,119	N/A	N/A
Uden psykisk <sup>1</sup>	-	-	-	-
Mindre psykisk funktionsnedsættelse <sup>1</sup>	-0,145	0,075	0,399 ***	0,070
Større psykisk	-0,025	0,127	0,744 ***	0,112
Alder	0,016 ***	0,002	0,005 **	0,002
Mand <sup>1</sup>	-	-	-	-
Kvinde	0,092 **	0,035	-0,038	0,033
Grundskoleuddannelse <sup>1</sup>	-	-	-	-
Erhvervsuddannelse/kort videregående uddannelse	-0,007	0,046	-0,137 **	0,044
Mellemlang/lang videregående uddannelse	0,380 ***	0,050	-0,216 ***	0,047
I arbejde <sup>1</sup>	-	-	-	-
Ledig	0,180 *	0,079	0,364 ***	0,072
Førtidspension	0,308 **	0,107	0,489 ***	0,088
Efterløn og folkepension	0,164	0,089	0,433 ***	0,075
Under uddannelse	0,041	0,066	0,004	0,068
Andet	0,015	0,111	0,056	0,107
Har ikke partner <sup>1</sup>	-	-	-	-
Har partner uden funktionsnedsættelse	0,125 **	0,046	-0,011	0,045
Har partner med funktionsnedsættelse	0,089	0,060	0,082	0,057
Har ikke barn <sup>1</sup>	-	-	-	-
Har barn uden funktionsnedsættelse	0,083	0,045	0,088 *	0,044
Har barn med funktionsnedsættelse	0,231 **	0,081	0,316 ***	0,071
Kender ikke en person med funktionsnedsættelse	-	-	-	-
Kender en person med funktionsnedsættelsen nu	-0,150 ***	0,038	-0,095 **	0,037
Har ikke kendt en person med funktionsnedsættelse	-	-	-	-
Har kendt en person med funktionsnedsættelse	-0,145 ***	0,036	-0,070 *	0,035
Konstant	0,138	0,114	-0,673 ***	0,113

Anm.: Logistisk regression. Arbejde med personer med fysisk funktionsnedsættelse: N = 17.292, Log-likelihood = -10.207; Arbejde med personer med psykisk funktionsnedsættelse: N = 17.280, Log-likelihood = -10.863. \*\*\* = p<0,001, \*\* = p<0,01, \* = p<0,05

1. Referencekategori.

Kilde: SHILD, 2012 og Danmarks Statistik.

## OPSUMMERING

Personer med funktionsnedsættelse bliver i langt højere grad udsat for diskrimination, specielt personer med psykisk funktionsnedsættelse er mere udsat for diskrimination på alle områder. Resultaterne viser hermed, at personer med funktionsnedsættelse generelt er mere udsatte og sårbare over for negativ forskelsbehandling, også når det kommer til eksempelvis køn eller etnicitet. Det tyder på, at der er tale om en generel udsathed, der kræver, at der kommer et større blik for funktionsnedsættelsens kontekst og de intersektioner af kategorier, som en person bevæger sig i. I forlængelse heraf kan man også være kritisk over for, hvordan man som person tilskriver omgivelsernes diskrimination til enkelte karakteristika. Hvornår finder diskriminationen sted på baggrund af køn, fysiske funktionsnedsættelse eller overvægt? At foretage intersektionelle analyser er udfordrende og bliver ofte blot en sum af dét at være kvinde, dét at være homoseksuel og dét at have en funktionsnedsættelse, selvom det i praksis er mere nuanceret.

På baggrund af forskellene finder vi i forbindelse med generel og specifik diskrimination, at personer med funktionsnedsættelse i højere grad bliver udsat for generel diskrimination, og at risikoen for at blive udsat for diskrimination på baggrund af funktionsnedsættelse er større for personer med større fysisk funktionsnedsættelse end for personer med mindre fysisk funktionsnedsættelse, mens graden af psykisk funktionsnedsættelse ingen betydning har, men synligheden har. Yderligere bliver personer med synlige psykiske funktionsnedsættelser i højere grad udsat for specifik diskrimination. Diskriminationen finder i næsten halvdelen af tilfældene sted på arbejdspladsen, i kontakten med sundhedssystemet eller i andre institutioner. Generelt er personer i Danmark mest forbeholdne over for at arbejde med personer med psykiske funktionsnedsættelser, dog er personer, der selv har en fysisk funktionsnedsættelse, en del mere positive over for dette.

Resultaterne er interessante, idet bekæmpelse af diskrimination af personer med funktionsnedsættelse hermed i lige så høj grad handler om at se på diskrimination, der sker på baggrund af fx alder eller etnicitet. Der er altså behov for initiativer, der arbejder på tværs af gængse kategorier, ligesom en generel udbredelse af viden, der kan forebygge og nedbryde fordomme, er nødvendig.

## VOLD

Både diskrimination og vold er overgreb, og begge typer af overgreb har såvel fysiske som psykiske, sociale, økonomiske og praktiske konsekvenser. Konsekvenserne kan være forskellige alt efter den enkeltes erfaringer med vold, og hvordan de er kommet til udtryk. At være systematisk udsat for overgreb har alvorlige konsekvenser for den voldsudsattes selv-værd og som følge heraf for udviklingen både fysisk, psykisk og socialt. At være udsat for diskrimination og vold er i et ligestillingsperspektiv af samme alvorlighedsgrad. I denne rapport behandler vi de to typer af overgreb forskelligt for ikke at overse vigtige træk ved voldens væsen (Johansen & Madsen, 1999a, 1999b), da vold og forskelsbehandling ikke er det samme. I foregående kapitel er der fokus på forskelsbehandling, og i dette kapitel har vi fokus på vold. Kapitlet besvarer følgende spørgsmål:

- Har personer med funktionsnedsættelse en større sandsynlighed for at blive udsat for vold?
- Er personer med funktionsnedsættelse i højere grad i relationer, hvor der er vold? Og hvilken betydning har det at være kvinde fremfor mand?
- Udøver personer med funktionsnedsættelse i lige så høj grad som personer uden funktionsnedsættelse vold mod andre mennesker?

Vi finder, at personer med funktionsnedsættelse har større risiko for at blive udsat for krænkelse af fysisk eller psykisk art, det være sig vold, seksuelle overgreb, trusler, psykisk vold eller økonomisk tvang. Vi finder yderligere, at personer med funktionsnedsættelse i højere grad lever i forhold, som er præget af vold, og at det drejer sig om flere kvinder end mænd. Vi kan imidlertid ikke bekræfte, at der for kvinder med funktionsnedsættelse er en ekstra effekt, det vil sige, at de på baggrund af to ulighedsskabende strukturer yderligere er udsatte.

## VOLDSTYPER

Vi anskuer vold mod bestemte grupper i samfundet som et samfundsproblem og ser vold som et resultat af generelle samfundsbestemte strukturer og ikke af individuel handling. Vold og funktionsnedsættelse er særskilte emner, men det er vigtigt at sætte dem i relation til hinanden for ikke at overse, at personer med funktionsnedsættelse kan have behov for støtte i relation til voldsudsættelse.

---

### BOKS 10.1

#### Definition af vold.

---

"Vold er en handling eller trussel, der – uanset formålet – er egnet til eller skader en anden persons integritet, eller som skræmmer, smerter eller skader personen – uanset om personen er barn eller voksen. Volden kan have samme effekt på andre personer, der overværer eller overhører handlingen. Volden kan både være en bevidst handling eller en handling, der sker i affekt. Handlingen overskrider samfundets love og normer."

---

Kilde: <http://www.socialstyrelsen.dk/isiso/fysisk-psykisk-vold/fakta-1/defi>.

Ifølge et større systematisk studie er både børn og voksne med funktionsnedsættelse i større risiko for at blive udsat for vold i forhold til personer uden funktionsnedsættelse (Hughes m.fl., 2012). I dette kapitel undersøger vi derfor, om personer med funktionsnedsættelse udsættes mere for vold end personer, som ikke har en funktionsnedsættelse, og om den vold, de udsættes for, er af en specifik karakter.

Vold antager mange former, og i kapitlet her anvender vi konkrete kategoriseringer af voldstyper: psykisk, fysisk, økonomisk og seksual vold, og vi undersøger også, hvilken relation vold udløses i. Figur 10.1 angiver, hvilken handling den enkelte voldstype dækker over, og giver

eksempler herpå. Eksemplerne afspejler desuden det, som respondenter i SHILD er blevet spurgt om.

FIGUR 10.1

Voldstyper: definition og eksempler.

Voldstype	Handling	Eksempel
Psykisk vold	Psykisk vold er handlingsmønstre, som resulterer i skade på personens velfærd eller psykiske balance.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trusler med vold</li> <li>• Nedværdiget og ydmyget</li> <li>• Latterliggjort</li> <li>• Kritiseret</li> <li>• Kaldt øgenavne</li> </ul>
Fysisk vold	Fysisk vold er enhver direkte eller indirekte handling, som kan skade en persons liv, velfærd og helbred, give smerter, unødvendig lidelse eller helbredsproblemer.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rusket og skubbet</li> <li>• Revet i håret</li> <li>• Slået</li> <li>• Sparket</li> </ul>
Økonomisk vold	Økonomisk vold er handlinger, som medfører tab af kontrol og ret til ejendom, penge eller del i familier arv. Samt brugen af personers image imod deres vilje for at en tredje person kan tjene penge.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Forhindret adgang til konto og penge</li> <li>• Spærret kreditkort</li> <li>• Presset til at kautionere</li> <li>• Presset til at betale</li> </ul>
Seksuel vold	Seksuel vold er handlinger, som er en seksuel aggression mod en person, og som kan producere fysisk eller psykisk smerte.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Presset til kys og kram</li> <li>• Presset eller tvunget til samleje</li> <li>• Presset eller tvunget til berøring</li> <li>• Presset eller tvunget til anden kønslig omgang</li> </ul>

Kilde: Bjerre & Jørgensen, 2002.

## PERSONER MED FUNKTIONSNEDSÆTTELSE UDSÆTTES FOR VOLD

For at undersøge sammenhængen mellem type og grad af funktionsnedsættelse og vold anvender vi detaljerede spørgsmål omkring udsættelse for vold og spørger om, hvem der udøver volden. Ved både at have op-

lysninger om voldens form, relation, og om den udøves af en mand eller kvinde, bidrager vi med ny viden til det underbelyste område om vold og funktionsnedsættelse.

TABEL 10.1

Personer med funktionsnedsættelse, der har oplevet vold, særskilt for voldstyper og for type og grad af funktionsnedsættelse. Procent.

Har været udsat for...	Ingen fysisk funkti- onsnedsættelse	Mindre fysisk funkti- onsnedsættelse	Større fysisk funkti- onsnedsættelse	Ingen psykisk funkti- onsnedsættelse	Mindre psykisk funkti- onsnedsættelse	Større psykisk funkti- onsnedsættelse
Fysisk eller seksuel vold	9	10	9	9	17	19***
Psykisk vold	18	21	22***	17	30	35***
Fysisk vold	7	8	7	7	11	14***
Økonomisk vold	1	1	1*	1	3	4***
Seksuel vold	3	3	4	3	8	8***
En af ovenstående typer vold	21	24	24***	20	36	39***
Vold af personer, man ikke kender	5	6	5	5	7	9***
Vold i nære relationer	5	7	8***	5	14	16***
Vold af venner/kollega	7	8	7	7	13	13***

Anm.: N = 18.957. Chi<sup>2</sup>-test. \*\*\* = p<0,001, \*\* = p<0,01, \* = p<0,05.

Kilde: SHILD, 2012.

Tabel 10.1 viser fordelingen for forskellige typer af vold, og hvilke relationer volden udøves i, særskilt for grad og type af funktionsnedsættelse. I alt bliver 180.000 personer med enten mindre eller større fysisk funktionsnedsættelse udsat for vold – det kan både være trusler om vold, at blive nedværdiget, kaldt øgenavne, slået og rusket i. Cirka 100.000 personer med enten mindre eller større funktionsnedsættelse udsættes for fysisk eller seksuel vold. Gennem hele rapporten finder vi, at personer med større psykisk funktionsnedsættelse er særligt udsatte i forhold til de emner, der er blevet belyst. Det er ingen undtagelse, når det drejer sig om at være udsat for vold. Andelen er 39 pct., hvilket svarer til 31.000 personer. Blandt personer med mindre psykiske lidelser er 36 pct. udsatte, det svarer til 64.000 personer i alt.

## PERSONER MED FUNKTIONSNEDSÆTTELSE UDSÆTTES FOR PSYKISK VOLD

At være udsat for psykisk vold har vi defineret ved, at man er blevet truet med vold, nedværdiget, ydmyget, latterliggjort, eller at andre har kaldt én øgenavne. Personer med og uden funktionsnedsættelse bliver i signifikant forskellig grad udsat for psykisk vold. Blandt personer med mindre fysisk funktionsnedsættelse rapporterer 21 pct., at de bliver udsat for psykisk vold, blandt personer med større fysisk funktionsnedsættelse er det 22 pct., mens det blandt personer uden funktionsnedsættelse kun er 18 pct. Samme mønster gør sig gældende for personer med psykisk funktionsnedsættelse, hvor det er henholdsvis 30 pct. og 35 pct. i forhold til 17 pct. for personer uden psykisk funktionsnedsættelse.

Den signifikante forskel bliver bekræftet af den statistiske model, som opsummeres i tabel 10.2, hvor der kontrolleres for andre faktorer. Køn, uddannelse og beskæftigelsesstatus har ingen betydning for, om mennesker udsættes for psykisk vold eller ej. Derimod øger såvel fysisk som psykisk funktionsnedsættelse sandsynligheden for at blive udsat for psykisk vold. Udsathed er også større for personer, som har børn med funktionsnedsættelse (se yderligere forklaring i bilagstabel B6.1).

## PERSONER MED PSYKISK FUNKTIONSNEDSÆTTELSE UDSÆTTES FOR FYSISK VOLD

Fysisk funktionsnedsættelse gør ingen signifikante forskel i forhold til risikoen for at blive udsat for fysisk vold, hvorimod psykisk funktionsnedsættelse øger denne risiko. Mere end en tredjedel af personer med enten mindre eller større psykisk funktionsnedsættelse udsættes for fysisk vold, set i forhold til en andel på 17 pct. for personer uden.

TABEL 10.2

Estimater for faktorer, som påvirker sandsynligheden for at blive udsat for psykisk og fysisk vold.

	Udsat for psykisk vold		Udsat for fysisk vold	
	Parameter- estimat	Standardfejl	Parameter- estimat	Standardfejl
Uden fysisk funktionsnedsættelse <sup>1</sup>	-	-	-	-
Mindre fysisk	0,395 ***	0,055	0,420 ***	0,086
Større fysisk	0,515 ***	0,082	0,544 ***	0,133
Uden psykisk funktionsnedsættelse <sup>1</sup>	-	-	-	-
Mindre psykisk	0,656 ***	0,079	0,547 ***	0,118
Større psykisk	0,890 ***	0,123	0,702 ***	0,183
Alder	-0,037 ***	0,002	-0,059 ***	0,004
Mand <sup>1</sup>	-	-	-	-
Kvinde	-0,049	0,043	-0,435 ***	0,066
Grundskoleuddannelse <sup>1</sup>	-	-	-	-
Erhvervsuddannelse/kort videregående uddannelse	0,024	0,058	-0,199 *	0,095
Mellemlang/lang videregående uddannelse	-0,074	0,062	-0,234 *	0,103
I arbejde <sup>1</sup>	-	-	-	-
Ledig	0,016	0,090	-0,047	0,144
Førtidspension	-0,157	0,117	-0,209	0,211
Efterløn og folkepension	-0,665 ***	0,162	-0,382	0,333
Under uddannelse	-0,088	0,074	0,003	0,101
Andet	0,070	0,128	0,015	0,187
Har ikke partner <sup>1</sup>	-	-	-	-
Partner uden handicap	-0,348 ***	0,054	-0,320 ***	0,080
Partner med handicap	-0,117	0,071	-0,143	0,117
Har ikke barn <sup>1</sup>	-	-	-	-
Barn uden handicap	-0,068	0,058	-0,040	0,099
Barn med handicap	0,305 ***	0,092	0,561 ***	0,153
Konstant	0,093	0,113	0,313	0,167

Anm.: Logistisk regression. Psykisk vold: N = 17.333, Log-likelihood = -7.358; Fysisk vold: N = 17.333, Log-likelihood = -3.591. \*\*\* = p<0,001, \*\* = p<0,01, \* = p<0,05.

1. Referencekategori.

Kilde: SHILD, 2012 og Danmarks Statistik.

## PERSONER MED PSYKISK FUNKTIONSNEDSÆTTELSE ER I HØJERE GRAD I RISIKO FOR AT BLIVE UDSAT FOR ØKONOMISK OG SEKSUEL VOLD

Ser vi på de sidste to typer af vold, vi behandler i dette kapitel, finder vi, at personer med mindre og større psykisk funktionsnedsættelse i højere grad er i risiko for at blive udsat for økonomisk og seksuel vold. Mindre end 5 pct. af personer med enten mindre eller større psykisk funktionsnedsættelse udsættes for økonomisk vold, og 8 pct. udsættes for seksuel vold.



TABEL 10.3

Estimer for faktorer, som påvirker sandsynligheden for at blive udsat for økonomisk og seksuel vold.

	Udsat for økonomisk vold		Udsat for seksuel vold	
	Parameter-estimat	Standard-fejl	Parameter-estimat	Standard-fejl
Uden fysisk funktionsnedsættelse <sup>1</sup>	-	-	-	-
Mindre fysisk	0,346	0,221	0,143	0,134
Større fysisk	0,518	0,296	0,409 *	0,182
Uden psykisk funktionsnedsættelse <sup>1</sup>	-	-	-	-
Mindre psykisk	1,293 ***	0,236	0,913 ***	0,147
Større psykisk	1,534 ***	0,338	1,036 ***	0,216
Alder	-0,013	0,009	-0,050 ***	0,006
Mand <sup>1</sup>	-	-	-	-
Kvinde	-0,241	0,176	0,168	0,099
Grundskoleuddannelse <sup>1</sup>	-	-	-	-
Erhvervsuddannelse/kort videregående uddannelse	-0,124	0,232	-0,079	0,138
Mellemlang/lang videregående uddannelse	-0,440	0,273	-0,472 **	0,162
I arbejde <sup>1</sup>	-	-	-	-
Ledig	0,231	0,317	0,314	0,184
Førtidspension	-0,918	0,511	0,092	0,266
Efterløn og folkepension	-0,944	0,738	0,036	0,407
Under uddannelse	0,252	0,295	-0,111	0,149
Andet	0,532	0,402	0,424	0,234
Har ikke partner <sup>1</sup>	-	-	-	-
Partner uden handicap	-0,614 **	0,216	-0,378 **	0,116
Partner med handicap	-0,343	0,281	-0,206	0,170
Har ikke barn <sup>1</sup>	-	-	-	-
Barn uden handicap	0,028	0,248	-0,326 *	0,147
Barn med handicap	0,299	0,373	0,286	0,219
Konstant	-3,785 ***	0,453	-1,702 ***	0,248

Anm.: Logistisk regression. Økonomisk vold: N = 17.333, Log-likelihood = -754; Seksuel vold: N = 17.333, Log-likelihood = -1.910. \*\*\* = p<0,001, \*\* = p<0,01, \* = p<0,05

1. Referencekategori.

Kilde: SHILD, 2012 og Danmarks Statistik.

Den statistiske model, som forudsiger sandsynligheden for at være udsat for enten økonomisk eller seksuel vold, peger på, at det at have en mindre fysisk funktionsnedsættelse ingen betydning har for sandsynligheden. At have en større fysisk funktionsnedsættelse har kun en betydning i forhold til seksuel vold og ikke i forhold til økonomisk vold. Derimod øger såvel en mindre som en større psykisk funktionsnedsættelse risikoen for at være udsat for enten økonomisk eller seksuel vold, når der er kontrolleret for andre relevante baggrundsfaktorer.

Analyserne af, hvem der udsættes for forskellige typer af vold, peger således på, at det øger risikoen for vold at have forskellige typer og grader af funktionsnedsættelse set i forhold til personer uden. Vi finder, at den mest udsatte gruppe er personer med psykisk funktionsnedsættelse.

se, da sandsynligheden her alt andet lige øges for at blive udsat for en eller anden voldstype, set i forhold til personer uden psykisk funktionsnedsættelse (se yderligere forklaring i bilagstabel B6.2).

## VOLD I NÆRE RELATIONER

I dette afsnit undersøger vi, om personer med funktionsnedsættelse i højere grad udsættes for vold i nære og intime relationer.

I tabel 10.1 ser vi, hvor store andele af den danske befolkning der inden for de sidste år er blevet udsat for vold i nære relationer. Nære relationer dækker over tidligere partner, nuværende partner eller en i familien og den vold, vi taler om her, er enten psykisk, fysisk, økonomisk eller seksuel. 8 pct. af personer med større fysisk funktionsnedsættelse udsættes for vold i nære relationer, det samme gælder for 7 pct. af personer med mindre fysisk og 5 pct. for personer uden fysisk funktionsnedsættelse. Blandt personer med større psykisk funktionsnedsættelse ser vi, at 16 pct. inden for det sidste år har været udsat for en voldstype i en intim relation. Det tilsvarende tal er 14 pct. for personer med mindre psykisk funktionsnedsættelse og 5 pct. for personer uden psykisk funktionsnedsættelse.

Tabel 10.4 angiver resultaterne for den statistiske model, som undersøger, hvilke faktorer der har en signifikant betydning for sandsynligheden for, at en person inden for det sidste år har været udsat for vold af en person, man har et nært forhold til. At have en funktionsnedsættelse øger risikoen for at være udsat for vold i nære relationer, og dette resultat holder, når vi kontrollerer for alder, køn, beskæftigelse, voldsmønstre og familiestatus. Resultaterne peger på, at den kommunikation, der er i de nære relationer, hvor en eller flere parter har enten en fysisk eller psykisk funktionsnedsættelse, oftere er præget af vold. I det følgende afsnit går vi mere i dybden med, om der er en særlig kønseffekt (se yderligere forklaring i bilagstabel B6.3).

TABEL 10.4

Estimer for faktorer, som påvirker sandsynligheden for at blive udsat for vold i nære relationer.

	Parameterestimat	Standardfejl
Uden fysisk funktionsnedsættelse <sup>1</sup>		
Mindre fysisk	0,291 **	0,094
Større fysisk	0,430 ***	0,127
Uden psykisk funktionsnedsættelse <sup>1</sup>		
Mindre psykisk	0,754 ***	0,112
Større psykisk	0,863 ***	0,166
Alder	-0,034 ***	0,004
Mand <sup>1</sup>		
Kvinde	0,742 ***	0,080
Grundskoleuddannelse <sup>1</sup>		
Erhvervsuddannelse/kort videregående uddannelse	0,025	0,098
Mellemlang/lang videregående uddannelse	-0,178	0,109
I arbejde <sup>1</sup>		
Ledig	0,489 ***	0,130
Førtidspension	0,491 **	0,164
Efterløn og folkepension	0,036	0,236
Under uddannelse	-0,092	0,127
Andet	0,341	0,196
Har ikke partner <sup>1</sup>		
Partner uden handicap	-0,411 ***	0,091
Partner med handicap	-0,104	0,117
Har ikke barn <sup>1</sup>		
Barn uden handicap	0,441 ***	0,106
Barn med handicap	0,654 ***	0,154
Udøver ikke fysisk vold		
Udøver fysisk vold	1,808 ***	0,125
Ikke udsat for vold af fremmede		
Udsat for vold af fremmede	-0,238	0,151
Ikke udsat for vold af venner/kollegaer		
Udsat for vold af venner/kollegaer	0,752 ***	0,103
Konstant	-3,218	0,211

Anm.: Logistisk regression. Vold i nære relationer: N = 17.333, Log-likelihood = -3.119. \*\*\* =  $p < 0,001$ , \*\* =  $p < 0,01$ , \* =  $p < 0,05$ .

1. Referencekategori.

Kilde: SHILD, 2012 og Danmarks Statistik.

## KVINDER, FUNKTIONSNEDSÆTTELSE OG VOLD

Når det drejer sig om vold i nære relationer, formodes der at være store mørketal, idet det er vanskeligt at få fat i relevante data. Der er lavet flere undersøgelser fra krisecentre, og resultater herfra viser, at kun et mindre antal kvinder med funktionsnedsættelse benytter sig af disse tilbud. Det betyder ikke nødvendigvis, at kvinder med funktionsnedsættelse ikke udsættes for vold, men nærmere, at der er barrierer for, at denne gruppe

benytter tilbuddet. Mange kvinder søger ikke hjælp i det etablerede system og de, der søger hjælp, får det ofte ikke.

Gennem de seneste tre årtier har der været en stigende opmærksomhed på vold mod kvinder, men der er fortsat mangel på forskning i vold mod kvinder med funktionsnedsættelse. Erfaringer omkring denne gruppe har i vid udstrækning været på grund af mangler i forskning fokuseret på vold mod kvinder. Knapheden på oplysninger om vold mod kvinder med funktionsnedsættelse fastholder en modvilje, hvor samfundet erkender, at volden mod denne befolkningsgruppe kan opstå. Dette forstærkes af den generelle devaluering af handicappede og kategoriseringen af kvinder med handicap som afhængige og ukønnede personer. Historisk set har holdninger til mennesker med handicap været negative og afvisende, hvilket resulterer i marginalisering og undertrykkelse (Plummer & Findley, 2012).

For første gang er der mulighed for at undersøge omfanget i dansk kontekst. SHILD har en unik mulighed for netop at undersøge denne problemstilling. Først og fremmest fordi vi har mulighed for at finde gode mål for at have en funktionsnedsættelse, og at spørgsmålsbatteriet, som spørger om vold, er konkret og fyldestgørende. Analyserne i dette afsnit kan dog ikke bekræfte, at der er en særlig effekt eller en effekt, der skal justeres for, i forhold til kvinder med en funktionsnedsættelse. Vi finder, at kvinder er mere udsatte for vold end mænd, og at personer med funktionsnedsættelse er mere udsatte for vold end personer uden, men en ekstra effekt, når de to faktorer falder sammen, kan vi ikke sandsynliggøre. Den eksisterende litteratur på området understreger, at kvinder med handicap oplever social undertrykkelse og vold som følge af mekanismer i køns- og handicapdimensionerne. Den eksisterende litteratur har et stort fokus på intersektionalitet, når det drejer sig om risikobetonet outcome, på den måde, at det ikke er kønnet i sig selv, som øger sandsynligheden for at blive udsat for vold, men at det sker i samspil med andre ulighedsskabende faktorer.

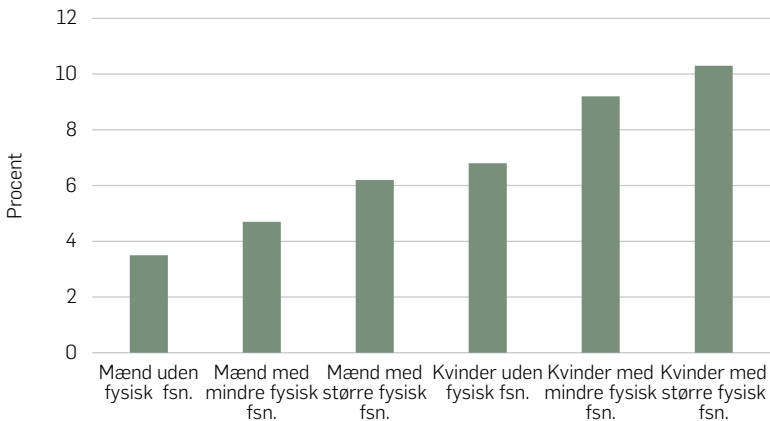
Desuden beskrives det også, at kvinder med funktionsnedsættelse har sværere ved at bryde ud af et voldeligt forhold end andre kvinder. De mest udbredte forklaringer på dette er, at fysiske begrænsninger gør det sværere for kvinden at flygte, at kvinder med handicap ofte lever mere isoleret end kvinder generelt på grund af manglende tilknytning til arbejdsmarkedet og begrænsede sociale netværk, at kvinder med handicap

ud over at være psykisk afhængige af manden også kan være funktionelt afhængige af ham, eksempelvis i forhold til kommunikation.

Figur 10.2 viser andelen af personer med fysisk funktionsnedsættelse, der har været udsat for vold i nære relationer særskilt for grad af fysisk funktionsnedsættelse og køn. Hver tiende kvinde med større fysisk funktionsnedsættelse har inden for de sidste år været udsat for vold, hvilket svarer til 15.000 kvinder mellem 16 og 64 år. Blandt mændene udsættes 6 pct. (7.000 mænd) for vold i de nære relationer. Forskellen på kønnene er således markant.

FIGUR 10.2

Personer med fysisk funktionsnedsættelse, der har været udsat for vold i nære relationer inden for det seneste år, særskilt for grad af funktionsnedsættelse (fsn.) og køn. Procent.



Anm.: N = 18.957. Alle er signifikante med \*\*\*. \*\*\* =  $p < 0,001$ , \*\* =  $p < 0,01$ , \* =  $p < 0,05$ .

Kilde: SHILD, 2012.

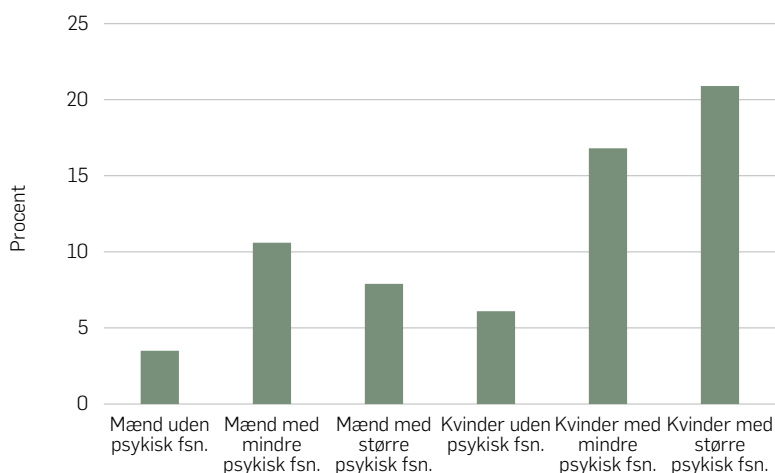
Figur 10.3 illustrerer andelen af personer med psykisk funktionsnedsættelse, der har været udsat for vold i nære relationer, særskilt for grad af fysisk funktionsnedsættelse og køn. 21 pct. af kvinder med større psykisk funktionsnedsættelse (10.000 kvinder), 17 pct. af kvinder med mindre (18.000 kvinder), 8 pct. af mænd med større (2.500 mænd) og 10 pct. af mænd med mindre psykisk funktionsnedsættelse (6.900 mænd) har været udsat for vold i nære relationer. Vi ser således, at mange flere kvinder

med psykisk funktionsnedsættelse har været udsat for vold end kvinder uden og mænd både med og uden psykisk funktionsnedsættelse.

Forholdet mellem køn og funktionsnedsættelse er et relevant område, som kræver mere forskning for at undersøge, hvilke andre faktorer der kan forklare forskellen. Vores indledende analyser inden for området kan ikke bekræfte, at der skulle være nogen intersektionalitets-effekt, idet vi ikke kan bekræfte en yderligere effekt ved både at være kvinde og have en funktionsnedsættelse.

FIGUR 10.3

Personer med psykisk funktionsnedsættelse, der har været udsat for vold i nære relationer inden for det seneste år, særskilt for grad af funktionsnedsættelse (fsn.) og køn. Procent.



Anm.: N = 18.957. Alle er signifikante med \*\*\*. \*\*\* =  $p < 0,001$ , \*\* =  $p < 0,01$ , \* =  $p < 0,05$ .  
Kilde: SHILD, 2012.

## VOLDELIGE OMGANGSFORMER

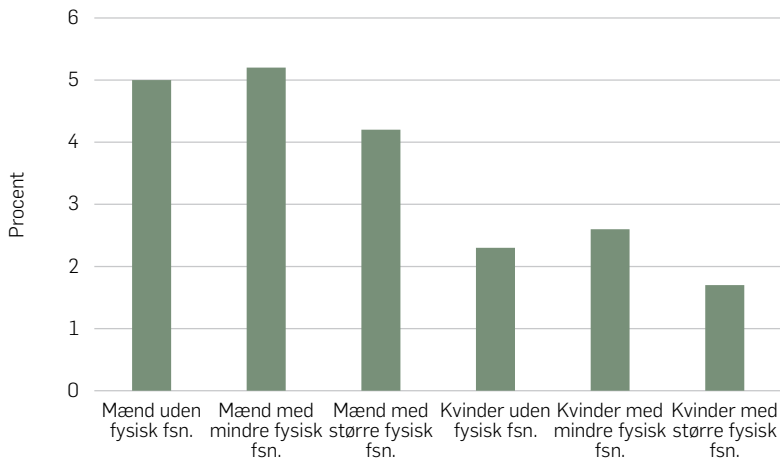
Tidligere undersøgelser peger på, at der er systematikker blandt personer, som udsættes for vold og udøver vold. Vi har lige belyst sammenhænge mellem at være udsat for vold og typer og grader af funktionsnedsættelse, og fandt signifikante sammenhænge. I dette afsnit undersøger vi sammenhængen mellem selv at udøve vold og funktionsnedsættelse. I

SHILD er respondenterne blevet spurgt, om de selv udøver vold mod andre mennesker, og hvilken relation de har til de personer, de er voldelige mod.

Figur 10.4 viser, at mænd i højere grad end kvinder inden for det sidste år har rusket, skubbet eller sparket en anden person.

FIGUR 10.4

Personer med fysisk funktionsnedsættelse, der har udøvet vold inden for det seneste år, særligt for grad af fysisk funktionsnedsættelse (fsn.) og køn. Procent.

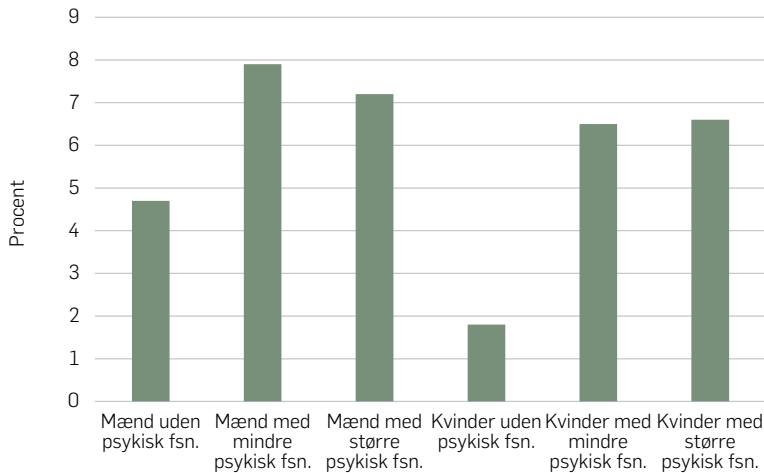


Anm.: N = 18.957. Alle er signifikante med \*\*\*, \*\*\* = p<0,001, \*\* = p<0,01, \* = p<0,05.  
Kilde: SHILD, 2012.

Figur 10.5 viser, at personer med psykisk funktionsnedsættelse i højere grad end personer uden psykisk funktionsnedsættelse udøver fysisk vold mod andre. Ud af de personer, som udøver vold, går volden mest ud over venner eller naboer, nuværende partner eller én i familien. I den tidligere multiple analyse, som er vist i tabel 10.4 og beskriver, hvilke faktorer der påvirker sandsynligheden for at blive udsat for vold i nære relationer, fandt vi også, at personer, som udøver fysisk vold, har større sandsynlighed for at være udsat for vold i nære relationer, og at personer, som udsættes for vold af venner eller kollegaer, har større sandsynlighed for at blive udsat for vold i nære relationer. Det har imidlertid ikke nogen betydning at blive udsat for vold af fremmede. Det bekræfter, at der i nogle relationer eksisterer mere vold end i andre.

FIGUR 10.5

Personer med psykisk funktionsnedsættelse, der har udøvet vold inden for det seneste år, særskilt for grad af psykisk funktionsnedsættelse (fsn.) og køn. Procent.



Anm.: N = [18.957]. Alle er signifikante med \*\*\*. \*\*\* =  $p < 0,001$ , \*\* =  $p < 0,01$ , \* =  $p < 0,05$ .  
Kilde: SHILD, 2012.

## OPSUMMERING

Analyserne i dette kapitel er væsentlige og viser, at vold mod personer med en funktionsnedsættelse forekommer, og at omfanget er markant større end for personer uden funktionsnedsættelse. Viden om, at problemet eksisterer, og at der knytter sig særlige handicapspecifikke problematikker til volden, er et nyt bidrag til dansk handicapforskning. Resultaterne fra analyserne peger på nogle problematikker, som er mere eller mindre oversete i debatten, især vedrørende mennesker med psykisk funktionsnedsættelse. Ofte er det den omvendte problematik, der fokuseres på: at mennesker med psykiske funktionsnedsættelse hyppigere begår vold og kriminalitet end resten af befolkningen. Resultaterne tyder på, at der også er behov for at fokusere på, hvordan man kan beskytte denne befolkningsgruppe mod selv at blive udsat for overgreb, men også sikre



tilgængelighed for, at gruppen kan få den støtte, der er behov for, når man har været eller bliver udsat for vold.

Der er allerede en mængde tiltag for at modarbejde vold på baggrund af sociale kategorier, de såkaldte hadforbrydelser, der kan beskrives som vold og andre forbrydelser, der er motiveret af fordomme og offerets tilhørsgruppe, som det er formuleret af Det Kriminalpræventive Råd). Fokus er dog især på etnicitet og seksualitet, hvorfor det kan være nyttigt med mere information om intersektioner og sammenhæng mellem de sociale kategorier og udsathed for hadforbrydelser.



# BILAG

## BILAG 1 METODE

Dette bilag fungerer som en kort vejledning til at læse de tabeller og de statistiske afrapporteringer, der er at finde i rapporten.

### TABELLER

I de deskriptive tabeller, hvor kolonnerne eller rækkerne summer til 100 som nedenfor, er der tale om en fordeling af udfald i en enkelt population, og tabellen nedenfor læses derfor enkelt som *65,7 pct. af den danske befolkning kan se uden besvær*. Tallene er vægtede på populationsvægte og anført i procent.

$N = [x;x]$  viser antallet af observationer (personer), som tallene bygger på. I nedenstående tabel er  $N = [13.878;13.904]$ , hvilket dækker over, at mellem 13.878 og 13.904 har svaret på spørgsmålene om daglige aktiviteter. 13.878 personer har svaret på, om de kan benytte fyldte busser og toge, mens de resterende spørgsmål er besvaret af 13.904 personer. For nogle tabeller vil der stå  $N = xx$ , og det betyder, at tabellens datagrundlag er baseret på samme antal observationer. Under kilde står der, om tallene bygger på SHILD-surveyen og/eller data fra Danmarks Statistik.

Igennem rapporten sammenligner vi andele for henholdsvis personer uden, med mindre og større fysisk eller psykisk funktionsnedsættelse. En typisk tabel for sammenligning af disse grupper ses i tabel B1.2

#### BILAGSTABEL B1.1

Fordeling af personer som enten har meget besvær eller slet ikke kan udføre dagligdags gøremål og aktiviteter. Vægtede tal. Procent.

	Uden besvær	Med lidt besvær	Med meget besvær	Slet ikke
Se	65,7	25,3	7,5	1,6
Høre	90,4	8,4	0,8	0,4
Gå 100 meter	94,7	3,6	1,2	0,5
Gå op og ned af 12 trin	91,9	5,9	1,8	0,4
Spise selv	99,3	0,5	0,1	0,1
Af- og påklædning ved egen hjælp	96,7	2,9	0,3	0,1
Indkøb	94,9	3,7	0,9	0,4
Rengøring	90,0	7,2	2,2	0,5
Benytte fyldte bus og tog	91,4	5,3	1,9	1,5
Administrative opgaver	90,4	7,6	1,4	0,6
Strukturere egen hverdag	94,0	5,0	0,7	0,2
Koncentration	84,2	13,7	1,9	0,2

Anm.: N = [13.878;13.904].

Kilde: SHILD, 2012.

Tabel B1.2 viser andele for de personer, der deltager i, er medlem af eller tilbringer tid med de viste deltagelsesformer og fællesskaber. Vi viser altså kun de personer, der svarer ”ja” til ugentligt eller månedligt at deltage i kulturelle eller sociale aktiviteter, diskutere politik eller tilbringe tid med venner og bekendte. Der er i eksemplet 37 pct. af personer med mindre fysisk funktionsnedsættelse, der dyrker foreningssport ugentligt eller månedligt og resterende 63 pct., der ikke gør. Tabel B1.2 summer altså ikke til 100 pct. nogen steder, da den resterende andel ikke er vist i tabellen.

Andelen af personer, der har deltaget i foreningssport, er ikke lig hinanden for henholdsvis personer uden fysisk funktionsnedsættelse (44 pct.) og personer uden psykisk funktionsnedsættelse (43), da kategorien uden fysisk funktionsnedsættelse også indeholder personer med psykisk funktionsnedsættelse og omvendt.

Ud for hver kategori er der stjerner for signifikansen af de udførte chi<sup>2</sup>-test. For ”Deltager ugentligt eller månedligt i aftenskole” er forskellen på 1 procentpoint for fysisk funktionsnedsættelse signifikant på et 0,05-procents-niveau (\*), mens forskellen på 3 procentpoint for psykisk funktionsnedsættelse ikke er signifikant. Umiddelbart virker det underligt, at den mindre forskel er signifikant, mens den større ikke er.

Det skyldes at  $\chi^2$ -testen tager højde for antallet af observationer. Der er færre personer med en mindre eller større psykisk funktionsnedsættelse, og der skal derfor større procentvise forskelle til, for at man kan tale om at forskellen er signifikant.

## BILAGSTABEL B1.2

Personer med funktionsnedsættelse, der indgår i institutionaliserede deltageles-former og fællesskaber, opgjort for typer af fællesskab, særskilt for type og grad af funktionsnedsættelse. Procent.

	Ingen fysisk funktionsnedsættelse	Mindre fysisk funktionsnedsættelse	Større fysisk funktionsnedsættelse	Ingen psykisk funktionsnedsættelse	Mindre psykisk funktionsnedsættelse	Større psykisk funktionsnedsættelse
<i>Deltager ugentlig eller månedligt i ...</i>						
Foreningssport	44	37	25***	43	32	27***
Frivilligt arbejde	20	21	18**	20	17	18
Aftenskole undervisning	9	10	9	9	9	12
Foreningsmøder	18	20	15	18	14	9***
<i>Medlem af:</i>						
Forening udover handicapforening	42	48	42***	44	37	31***
Har et tillidshverv i foreningen udover handicapforening	31	31	27	31	21	18***
Handicaporganisation	3	8	21***	5	9	10***
Handicapidrætsorganisation	1	2	6***	1	3	2***
Har et tillidshverv i foreningen (handicaporganisation)	19	14	16	17	15	8
<i>Tilbringer tid med ...</i>						
Nærmeste familie	75	73	73*	75	72	68**
Anden familie	29	26	27**	29	27	23*

Anm.: N = [277;18.956].  $\chi^2$ -test. \*\*\* =  $p < 0,001$ , \*\* =  $p < 0,01$ , \* =  $p < 0,05$ .

Kilde: SHILD, 2012.

## STATISTISKE MODELLER

Nedenfor ses et eksempel på, hvordan vi afrapporterer vores statistiske modeller, der bliver kørt i rapportens analyser. Modellen bygger på en logistisk regression og illustrerer, om der er tale om en positiv eller negativ effekt, samt hvorvidt disse effekter er signifikante. Modsat tabellerne ovenfor kan vi i regressionerne kontrollere for en lang række variable. I logistiske regressioner har den afhængige variabel (y) to udfald, dvs. den er binær. Vores uafhængige variable er enten lineære (fx indkomst og alder) eller kategoriske (uddannelse, beskæftigelse), herunder binære

(køn). Vi undersøger hermed effekten af  $x$  på  $y$ , når alle andre kontrolvariable ( $x$ 'er) holdes konstante.

### BILAGSTABEL B1.3

Logistisk regression, der estimerer sandsynligheden for at have oplevet generel diskrimination (alder, køn, etnicitet, religion, seksualitet, udseende, højde og vægt).

	Parameterestimat	Standardfejl
Uden fysisk funktionsnedsættelse <sup>1</sup>	-	-
Mindre fysisk	0,318 ***	0,055
Større fysisk	0,349 ***	0,081
Uden psykisk funktionsnedsættelse <sup>1</sup>	-	-
Mindre psykisk	0,344 ***	0,081
Større psykisk	0,475 ***	0,125
Alder	-0,023 ***	0,002
Mand <sup>1</sup>	-	-
Kvinde	0,349 ***	0,043
Grundskoleuddannelse <sup>1</sup>	-	-
Erhvervsuddannelse/kort videregående uddannelse	-0,242 ***	0,058
Mellemlang/lang videregående uddannelse	-0,073	0,060
I arbejde <sup>1</sup>	-	-
Ledige	0,921 ***	0,078
Førtidspension	0,100	0,114
Efterløn og folkepension	-0,004	0,121
Under uddannelse	0,248 ***	0,074
Andet	0,437 ***	0,121
Har ikke partner <sup>1</sup>	-	-
Har partner uden funktionsnedsættelse	-0,219 ***	0,053
Har partner med funktionsnedsættelse	0,041	0,070
Har ikke barn <sup>1</sup>	-	-
Har barn uden funktionsnedsættelse	-0,415 ***	0,056
Har barn med funktionsnedsættelse	-0,195 *	0,092
BMI	0,012 ***	0,002
Konstant	-1,229 ***	0,125

Ann.: N = 17.264, Log-likelihood = -7.413. \*\*\* p<0.001, \*\* p<0.01, \* p<0.05.

1. Referencekategori.

Kilde: SHILD, 2012 og Danmarks Statistik.

I tabel B1.3 er den afhængige variabel, om man har været udsat for en af de viste former for diskrimination.

For de kategoriske variable skal effekten aflæses som set i forhold til referencekategorien. I tilfældet med fysisk funktionsnedsættelse er variabelen således: 0 = ingen fysisk funktionsnedsættelse, 1 = mindre fysisk funktionsnedsættelse og 2 = større fysisk funktionsnedsættelse.

I tabel B1.3 har vi afreporteret logit-parameterestimerne  $b$ , som ikke lige er til at fortolke, men det er muligt at beregne sandsynligheder ud fra formelen: odds ratio =  $\exp(\text{coeff})$ , som er mere meningsfuldt at fortolke. Hvis odds ratio ligger mellem 0 og 1, angiver det en ne-

gativ sammenhæng, fordi man ganger oddset med noget negativt, mens hvis odds ratio ligger mellem 1 og uendelig, er der tale om en positiv sammenhæng. For fysisk funktionsnedsættelse betyder det, at odds for at være blevet diskrimineret stiger med 37 pct. for personer med mindre fysisk funktionsnedsættelse set i forhold til personer uden fysisk funktionsnedsættelse. I bilagstabellerne har vi forklaret de statistiske output på en enklere måde, som kan ses i bilagstabel B1.4.

#### BILAGSTABEL B1.4

Opsummering af faktorer som påvirker sandsynligheden for at blive udsat for generel diskrimination (alder, køn, etnicitet, religion, seksualitet, udseende, højde og vægt).

Faktor	Udsat for generel diskrimination
Større fysisk funktionsnedsættelse	Personer med en større fysisk funktionsnedsættelse har større sandsynlighed for at blive udsat for generel diskrimination end personer uden.
Mindre fysisk funktionsnedsættelse	Personer med en mindre fysisk funktionsnedsættelse har større sandsynlighed for at blive udsat for generel diskrimination end personer uden.
Større psykisk funktionsnedsættelse	Personer med en større psykisk funktionsnedsættelse har større sandsynlighed for at blive udsat for generel diskrimination end personer uden.
Mindre psykisk funktionsnedsættelse	Personer med en mindre psykisk funktionsnedsættelse har større sandsynlighed for at blive udsat for generel diskrimination end personer uden.
Alder	Sandsynligheden for at blive udsat for generel diskrimination falder med alderen.
Køn	Kvinder har større sandsynlighed for at blive udsat for generel diskrimination end mænd.
Uddannelse	Personer med en erhvervsuddannelse eller kort videregående uddannelse har mindre sandsynlighed for at blive udsat for generel diskrimination end personer med grundskole- eller gymnasial uddannelse.
Beskæftigelse	Personer, der er ledige, under uddannelse eller andet har større sandsynlighed for at blive udsat for generel diskrimination.
Partner	Personer, der har en partner, har mindre sandsynlighed for at blive udsat for generel diskrimination end enlige.
Barn	Personer, der har et barn, har mindre sandsynlighed for at blive udsat for generel diskrimination end personer uden.

Kilde: SHILD, 2012 og Danmarks Statistik.

Bilagstabel B1.4 bygger på det statiske output, der er at finde i inde i rapporten og et eksempel er B1.3.

## BILAG 2 BILAG TIL KAPITEL 2

### BILAGSTABEL B.2.1

Repræsentativitet og bortfald.

	I populationen N = 2.951.056	Analyseudvalg (uden vægte) N = 18.957	Analyseudvalg (med vægte) N = 18.957
<i>Uddannelse</i>			
Grundskole og uoplyst	34	24	30
Kort videregående uddannelse, gymnasial og erhvervsfaglig	44	48	47
Mellemlang videregående uddannelse	15	17	13
Lang videregående uddannelse/ph.d.	7	12	10
<i>Socioøkonomisk status</i>			
Selvstændig	4	4	4
Lønmodtagere	64	64	60
Arbejdsløse	2	2	3
Studerende	12	10	11
Førtidspensionister	5	3	5
Efterlønsmodtagere	1	3	1
Øvrige uden for arbejdsstyrken	11	14	15
<i>Herkomst</i>			
Danmark	88	94	93
Indvandrer eller efterkommer	12	6	7
<i>Alder</i>			
16-19 år	8	8	9
20-24 år	10	7	10
25-34 år	16	13	16
35-44 år	20	20	20
45-54 år	24	25	24
55-64 år	22	27	22
<i>Bopælsregion</i>			
Hovedstaden	31	29	31
Midtjylland	23	24	23
Nordjylland	10	11	11
Sjælland	14	14	14
Syddanmark	21	23	21
<i>Personindkomst (1.000 kr.)</i>			
1-100 kr.	24	18	22
100-200 kr.	29	25	29
200-300 kr.	31	37	32
300-400 kr.	11	14	11
400 og derover kr.	5	6	5
<i>Køn</i>			
Mænd	50	47	50
Kvinder	50	53	50

Anm.: Befolkningen mellem 18 og 64 år. Der er ingen forskel på alder, køn og bopælsregion i populationen og analyseudvalg med vægte. Der er foretaget en Chi<sup>2</sup>-test med p = 1,00.

Kilde: SHILD, 2012 og Danmarks Statistik.



## BILAG 3 BILAG TIL KAPITEL 7

### BILAGSTABEL B3.1

Faktorer, som påvirker sandsynligheden for at være i beskæftigelse.

Faktor	Beskæftigelse
Større fysisk funktionsnedsættelse	Personer med større fysisk funktionsnedsættelse har en mindre sandsynlighed for at være i beskæftigelse.
Mindre fysisk funktionsnedsættelse	Personer med mindre fysisk funktionsnedsættelse har en mindre sandsynlighed for at være i beskæftigelse.
Større psykisk funktionsnedsættelse	Personer med større psykisk funktionsnedsættelse har en mindre sandsynlighed for at være i beskæftigelse.
Mindre psykisk funktionsnedsættelse	Personer med mindre psykisk funktionsnedsættelse har en mindre sandsynlighed for at være i beskæftigelse.
Alder	Sandsynligheden for at være i beskæftigelse stiger med alderen.
Køn	Kvinder har en mindre sandsynlighed for at være i beskæftigelse.
Uddannelse	Sandsynligheden for at dyrke sport er større for personer med en erhvervsuddannelse eller videregående uddannelse i forhold til grundskoleuddannelse.
Partner	Personer med en partner har en højere sandsynlighed for at være i beskæftigelse.
Barn	Personer med børn har en højere sandsynlighed for at være i beskæftigelse.

Anm.: Logistisk regression. Referencekategorier: uden fysisk funktionsnedsættelse, uden psykisk funktionsnedsættelse, mand, grundskole og gymnasial uddannelse, i beskæftigelse, uden partner, uden barn/børn. N = 17.333, log likelihood = -8.335.

Kilde: SHILD, 2012 og Danmarks Statistik.

## BILAGSTABEL B3.2

Faktorer, som påvirker sandsynligheden for at dyrke forenings sport eller være medlem af en forening.

Faktor	Forenings sport	Medlem af forening
Større fysisk funktionsnedsættelse	Personer med større fysisk funktionsnedsættelse har en mindre sandsynlighed for at dyrke sport ugentligt eller månedligt end personer uden.	Personer med større fysisk funktionsnedsættelse har en større sandsynlighed for at være medlem af en forening end personer uden.
Mindre fysisk funktionsnedsættelse	Personer med mindre fysisk funktionsnedsættelse har en mindre sandsynlighed for at dyrke sport ugentligt eller månedligt end personer uden.	Personer med mindre fysisk funktionsnedsættelse har en større sandsynlighed for at være medlem af en forening end personer uden.
Større psykisk funktionsnedsættelse	Personer med større psykisk funktionsnedsættelse har en mindre sandsynlighed for at dyrke sport ugentligt eller månedligt end personer uden.	Ingen betydning.
Mindre psykisk funktionsnedsættelse	Personer med mindre psykisk funktionsnedsættelse har en mindre sandsynlighed for at dyrke sport ugentligt eller månedligt end personer uden.	Ingen betydning.
Alder	Sandsynligheden for at dyrke sport falder med alderen.	Sandsynligheden for at være medlem af en forening stiger med alderen.
Køn	Kvinder har en mindre sandsynlighed for at dyrke sport i forhold til mænd.	Kvinder har en mindre sandsynlighed for at være medlem af en forening i forhold til mænd.
Uddannelse	Sandsynligheden for at dyrke sport er større for personer med en videregående uddannelse end personer, som ikke har en videregående uddannelse.	Sandsynligheden for at være medlem af en forening er større for personer med en videregående uddannelse end personer, som ikke har en videregående uddannelse.
Beskæftigelse	Personer, som er ledige eller på førtidspension, har en mindre sandsynlighed for at dyrke sport. Personer på efterløn/folkepension og under uddannelse har en større sandsynlighed for at dyrke sport end personer i arbejde.	Personer, som er ledige eller på førtidspension, har en mindre sandsynlighed for at være medlem af en forening. Personer under uddannelse har en større sandsynlighed for at være medlem af en forening end personer i arbejde, er ledige eller på førtidspension.
Partner	Personer med en partner har en højere sandsynlighed for at dyrke sport end personer uden partner og personer med en partner med en funktionsnedsættelse.	Personer med en partner med funktionsnedsættelse har en højere sandsynlighed for at være medlem af en forening end personer med og uden partner.
Barn	Personer med børn har en højere sandsynlighed for at dyrke sport end personer uden børn og personer, som har et barn med funktionsnedsættelse.	Personer med børn uden funktionsnedsættelse har en mindre sandsynlighed for at være medlem af en forening end personer uden børn og personer, som har et barn med funktionsnedsættelse.
BMI	Sandsynligheden for at dyrke sport falder, des højere BMI,	N/A
Samfundsdeltagelse	Personer, som enten laver frivilligt arbejde eller er medlem af en forening, har højere sandsynlighed for at dyrke sport end personer, som ikke er.	N/A
Sport	N/A	Personer, som dyrker sport, har en højere sandsynlighed for at være medlem af en forening end personer, som ikke dyrker sport.

Anm.: Logistisk regression. Referencekategorier: uden fysisk funktionsnedsættelse, uden psykisk funktionsnedsættelse, mand, grundskole og gymnasial uddannelse, i beskæftigelse, uden partner, uden barn/børn, ikke samfundsdeltagelse, dyrker ikke sport. Forenings sport: N = 17.221, log likelihood = -10.494; Forening: N = 17.287, log likelihood = -11.233.

Kilde: SHILD, 2012 og Danmarks Statistik.

## BILAGSTABEL B3.2

Faktorer som påvirker sandsynligheden for at deltage aktivt i samfundslivet og tilbringe tid med familien.

Faktor	Aktiv samfundsdeltagere	Tilbringer tid med familien
Større fysisk funktionsnedsættelse	Ingen betydning.	Ingen betydning.
Mindre fysisk funktionsnedsættelse	Ingen betydning.	Ingen betydning.
Større psykisk funktionsnedsættelse	Personer med større psykisk funktionsnedsættelse har en mindre sandsynlighed for at deltage aktivt i samfundet i forhold til personer uden.	Ingen betydning.
Mindre psykisk funktionsnedsættelse	Ingen betydning.	Ingen betydning.
Alder	Sandsynligheden for at være samfundsaktiv stiger med alderen.	Sandsynligheden for at tilbringe tid med familien falder med alderen.
Køn	Kvinder har en større sandsynlighed for at være samfundsaktiv end mænd.	Kvinder har en større sandsynlighed for at tilbringe tid med familien end mænd.
Uddannelse	Sandsynligheden for at være samfundsaktiv er større for personer med en videregående uddannelse end for personer uden en videregående uddannelse.	Sandsynligheden for at tilbringe tid med familien er mindre for personer med en lang videregående uddannelse end for personer med en kort videregående, erhvervsfaglig eller uden en videregående uddannelse.
Beskæftigelse	Personer, som er på efterløn/folkepension, har en mindre sandsynlighed for at være samfundsaktiv, og personer under uddannelse har en større sandsynlighed for at være samfundsaktiv end personer i arbejde, ledige og på førtidspension.	Personer, som er under uddannelse, har en mindre sandsynlighed for at tilbringe tid med familien end personer, som er i arbejde, ledige, på førtidspension, efterløn/folkepension.
Partner	Ingen betydning.	Personer med en partner med/uden funktionsnedsættelse har en mindre sandsynlighed for at tilbringe tid med familien end personer uden en partner.
Barn	Ingen betydning.	Personer med børn med/uden funktionsnedsættelse har en større sandsynlighed for at tilbringe tid med familien end personer uden børn.
Sport	Personer, som dyrker sport, har en højere sandsynlighed for at være samfundsaktiv end personer, som ikke dyrker sport.	Personer, som dyrker sport, har en højere sandsynlighed for at tilbringe tid med familien end personer, som ikke dyrker sport.

Anm.: Logistisk regression. Referencekategorier: uden fysisk funktionsnedsættelse, uden psykisk funktionsnedsættelse, mand, grundskole og gymnasial uddannelse, i beskæftigelse, uden partner, uden barn/børn, dyrker ikke sport. Aktiv samfundsdeltagelse: N = 17.287, log likelihood = -11.233; Tid med familien: N = 16.350, Log likelihood = -7.885.

Kilde: SHILD, 2012 og Danmarks Statistik.

## BILAGSTABEL B3.4

Faktorer, som påvirker sandsynligheden for at være aktiv i bylivet og diskutere politik.

Faktor	Byaktiviteter	Politik
Større fysisk funktionsnedsættelse	Personer med større fysisk funktionsnedsættelse har en mindre sandsynlighed for at deltage i byaktiviteter end personer uden.	Ingen betydning.
Mindre fysisk funktionsnedsættelse	Personer med mindre fysisk funktionsnedsættelse har en mindre sandsynlighed for at deltage i byaktiviteter end personer uden.	Ingen betydning.
Større psykisk funktionsnedsættelse	Personer med større psykisk funktionsnedsættelse har en mindre sandsynlighed for at deltage i byaktiviteter end personer uden.	Ingen betydning.
Mindre psykisk funktionsnedsættelse	Personer med mindre psykisk funktionsnedsættelse har en mindre sandsynlighed for at deltage i byaktiviteter end personer uden.	Personer med mindre psykisk funktionsnedsættelse har en mindre sandsynlighed for at diskutere politik i forhold til personer uden.
Alder	Sandsynligheden for at deltage i byaktiviteter falder med alderen.	Sandsynligheden for at diskutere politik stiger med alderen.
Køn	Ingen betydning.	Kvinder har en mindre sandsynlighed for at diskutere politik i forhold til mænd.
Uddannelse	Sandsynligheden for at deltage i byaktiviteter er højere for personer med en længere videregående uddannelse end personer, som ikke har en længere videregående uddannelse.	Sandsynligheden for at diskutere politik er højere for personer med en længere videregående uddannelse end for personer, som ikke har en længere videregående uddannelse.
Beskæftigelse	Personer, som er ledige, på førtidspension, under uddannelse, på efterløn og folkepension, har en større sandsynlighed for at deltage i byaktiviteter end personer i arbejde.	Personer, som er ledige, har en mindre sandsynlighed for at diskutere politik. Personer på førtidspension, efterløn/folkepension har en større sandsynlighed for at diskutere politik end personer i arbejde.
Partner	Personer med en partner med funktionsnedsættelse har mindre sandsynlighed for at deltage i byaktiviteter end personer uden partner og personer med en partner uden funktionsnedsættelse.	Personer med en partner har en højere sandsynlighed for at diskutere politik end personer uden partner.
Barn	Personer med børn har en mindre sandsynlighed for at deltage i byaktiviteter end personer uden børn.	Ingen betydning.
Samfundsdeltagelse	Personer, som deltager aktivt i samfundslivet, har en højere sandsynlighed for at deltage i byaktiviteter end personer, som ikke gør.	Personer, som deltager aktivt i samfundslivet, har en højere sandsynlighed for at diskutere politik end personer, som ikke gør.

Anm.: Logistisk regression. Referencekategorier: uden fysisk funktionsnedsættelse, uden psykisk funktionsnedsættelse, mand, grundskole og gymnasial uddannelse, i beskæftigelse, uden partner, uden barn/børn, ikke samfundsaktiv.

Byaktiviteter: N = 17.329, log likelihood = -9.681; diskutere politik: N = 17.333, log likelihood = -11.320.

Kilde: SHILD, 2012 og Danmarks Statistik.

## BILAGSTABEL B3.5

Faktorer, som påvirker sandsynligheden for at tilbringe tid med venner og bekendte.

Faktor	Venner	Bekendte
Større fysisk funktionsnedsættelse	Ingen betydning.	Personer med større fysisk funktionsnedsættelse har en mindre sandsynlighed for at tilbringe tid med bekendte i forhold til personer uden funktionsnedsættelse.
Mindre fysisk funktionsnedsættelse	Ingen betydning.	Personer med mindre fysisk funktionsnedsættelse har en mindre sandsynlighed for at tilbringe tid med bekendte i forhold til personer uden funktionsnedsættelse.
Større psykisk funktionsnedsættelse	Ingen betydning.	Ingen betydning.
Mindre psykisk funktionsnedsættelse	Personer med mindre psykisk funktionsnedsættelse har en mindre sandsynlighed for at tilbringe tid med venner i forhold til personer uden funktionsnedsættelse.	Personer med mindre psykisk funktionsnedsættelse har en mindre sandsynlighed for at tilbringe tid med bekendte i forhold til personer uden funktionsnedsættelse.
Alder	Sandsynligheden for at tilbringe tid med venner falder med alderen.	Ingen betydning.
Køn	Kvinder har en mindre sandsynlighed for at tilbringe tid med venner i forhold til mænd.	Kvinder har en mindre sandsynlighed for at tilbringe tid med bekendte i forhold til mænd.
Uddannelse	Sandsynligheden for at tilbringe tid med venner er mindre for personer med en videregående uddannelse end personer, som ikke har en videregående uddannelse.	Ingen betydning.
Beskæftigelse	Personer, som er ledige eller på førtidspension, har en mindre sandsynlighed for at tilbringe tid med venner. Personer under uddannelse har en større sandsynlighed for at tilbringe tid med venner end personer i arbejde, på efterløn og folkepension.	Personer, som er ledige, på førtidspension, efterløn/folkepension, har en mindre sandsynlighed for at tilbringe tid med bekendte. Personer under uddannelse har en større sandsynlighed for at tilbringe tid med bekendte end personer i arbejde.
Partner	Personer med en partner har mindre sandsynlighed for at tilbringe tid med venner end personer uden partner.	Personer med en partner har mindre sandsynlighed for at tilbringe tid med bekendte end personer uden partner.
Barn	Personer med børn har mindre sandsynlighed for at tilbringe tid med venner end personer uden børn.	Personer med børn har mindre sandsynlighed for at tilbringe tid med bekendte end personer uden børn.
Samfundsdeltagelse	Personer, som deltager aktivt i samfundslivet, har en højere sandsynlighed for at tilbringe tid med venner end personer, som ikke gør.	Personer, som deltager aktivt i samfundslivet, har en højere sandsynlighed for at tilbringe tid med bekendte end personer, som ikke gør.

Anm.: Logistisk regression. Referencekategorier: uden fysisk funktionsnedsættelse, uden psykisk funktionsnedsættelse, mand, grundskole og gymnasial uddannelse, i beskæftigelse, uden partner, uden barn/børn, ikke samfundsaktiv.

Venner: N = 17.219, log likelihood = -10.534; bekendte: N = 16.936, log likelihood = -10.899.

Kilde: SHILD, 2012 og Danmarks Statistik.

## BILAGSTABEL B3.6

Faktorer, som påvirker sandsynligheden for at dyrke idræt på egen hånd og læse avis.

Faktor	Idræt på egen hånd	Læser avis
Større fysisk funktionsnedsættelse	Ingen betydning.	Personer med større fysisk funktionsnedsættelse har mindre sandsynlighed for at læse avis i forhold til personer uden funktionsnedsættelse.
Mindre fysisk funktionsnedsættelse	Ingen betydning.	Ingen betydning.
Større psykisk funktionsnedsættelse	Personer med større funktionsnedsættelse har mindre sandsynlighed for at dyrke idræt på egen hånd i forhold til personer uden funktionsnedsættelse.	Personer med større funktionsnedsættelse har mindre sandsynlighed for at læse avis i forhold til personer uden funktionsnedsættelse.
Mindre psykisk funktionsnedsættelse	Ingen betydning.	Personer med mindre funktionsnedsættelse har mindre sandsynlighed for at læse avis i forhold til personer uden funktionsnedsættelse.
Alder	Ingen betydning.	Sandsynligheden for at læse avis stiger med alderen.
Køn	Kvinder har en større sandsynlighed for at dyrke motion på egen hånd i forhold til mænd.	Ingen betydning.
Uddannelse	Sandsynligheden for at dyrke motion på egen hånd er større for personer med en videregående uddannelse end personer, som ikke har en videregående uddannelse.	Sandsynligheden for at læse avis på egen hånd er større for personer med en videregående uddannelse end personer, som ikke har en videregående uddannelse.
Beskæftigelse	Personer under uddannelse og på pension/efterløn har en højere sandsynlighed for at dyrke idræt på egen hånd end personer i arbejde, ledige og på førtidspension.	Personer, som er ledige og på førtidspension, har en lavere sandsynlighed for at læse avis. Personer under uddannelse har en højere sandsynlighed for at læse avis end personer i arbejde.
Partner	Personer, som har en partner med nedsat funktionsevne, har mindre sandsynlighed for at dyrke motion på egen hånd i forhold til personer med partner uden nedsat funktionsevne og personer uden partner.	Personer med partner har en større sandsynlighed for at læse avis end personer uden en partner.
Barn	Ingen betydning.	Personer med børn har en lavere sandsynlighed for at læse avis end personer med børn.
Samfundsdeltagelse	Personer, som enten laver frivilligt arbejde eller er medlem af en forening, har højere sandsynlighed for at dyrke motion på egen hånd end personer, som ikke er.	

Anm.: Logistisk regression. Referencekategorier: uden fysisk funktionsnedsættelse, uden psykisk funktionsnedsættelse, mand, grundskole og gymnasial uddannelse, i beskæftigelse, uden partner, uden barn/børn, ikke samfundsaktiv.

Idræt: N = 13.812, log likelihood = -7.699; avis: N = 17.331, log likelihood = -10.396.

Kilde: SHILD, 2012 og Danmarks Statistik.

## BILAG 4 BILAG TIL KAPITEL 8

### BILAGSTABEL B4.1

Faktorer, som påvirker sandsynligheden for at have en partner.

Faktor	Sandsynlighed for at have en partner
Større fysisk funktionsnedsættelse	Ingen betydning.
Mindre fysisk funktionsnedsættelse	Ingen betydning.
Større psykisk funktionsnedsættelse	Personer med større psykisk funktionsnedsættelse har en mindre sandsynlighed for at have en partner end personer uden psykisk funktionsnedsættelse.
Mindre psykisk funktionsnedsættelse	Personer med mindre psykisk funktionsnedsættelse har en mindre sandsynlighed for at have en partner end personer uden psykisk funktionsnedsættelse.
Alder	Sandsynligheden for at have en partner stiger med alderen.
Køn	Ingen betydning.
Uddannelse	Personer med en erhvervsuddannelse, kort, mellemlang eller lang videregående uddannelse har større sandsynlighed for at have en partner end personer med grundskole eller gymnasial uddannelse.
Beskæftigelse	Personer, som er ledige, på førtidspension, under uddannelse eller andet, har lavere sandsynlighed for at have en partner end personer, der er i beskæftigelse.
Barn	Personer, som har et barn, har større sandsynlighed for at være i et parforhold.
BMI	Ingen betydning.

Anm.: Referencekategorierne er: ingen fysisk funktionsnedsættelse, ingen psykisk funktionsnedsættelse, mand, grundskole og gymnasial uddannelse, i beskæftigelse, intet barn. N = 17.268.

Kilde: SHILD, 2012 og Danmarks Statistik.

---

## BILAGSTABEL B4.2

Faktorer, som påvirker sandsynligheden for at forvente at bo med partner i fremtiden, hvis man ingen partner har nu.

---

Faktor	Forvente at bo sammen med partner om tre år
Større fysisk funktionsnedsættelse	Ingen betydning.
Mindre fysisk funktionsnedsættelse	Ingen betydning.
Større psykisk funktionsnedsættelse	Ingen betydning.
Mindre psykisk funktionsnedsættelse	Personer med en lille psykisk funktionsnedsættelse har en mindre sandsynlighed for at have positive forventninger end personer uden psykisk funktionsnedsættelse.
Alder	Sandsynligheden for at have positive forventninger, falder med alderen.
Køn	Kvinder har mindre sandsynlighed for at have positive forventninger end mænd.
Uddannelse	Personer med en erhvervsuddannelse eller kort videregående uddannelse har større sandsynlighed for at have positive forventninger end personer med grundskole eller gymnasial uddannelse.
Beskæftigelse	Alle grupper af personer, der ikke er i beskæftigelse, har lavere sandsynlighed for at have positive forventninger end personer, der er ledige.
Boet med partner inden for de sidste tre år	Personer, som har boet med en partner inden for de sidste tre år, har større sandsynlighed for at have positive forventninger til at bo sammen med en partner igen end personer, der ikke har boet sammen med nogen inden for de sidste tre år.

---

Anm.: Logistisk regression. Referencekategorier: ingen fysisk funktionsnedsættelse, mand, ingen psykisk funktionsnedsættelse, grundskole og gymnasial uddannelse, i beskæftigelse, ikke boet med partner inden for de sidste tre år. N = 3.847, log-likelihood = -2.360.

Kilde: SHILD, 2012 og Danmarks Statistik.



### BILAGSTABEL B4.3

Logistisk regression, der estimerer sandsynligheden for at forvente at bo med partner om tre år, hvis ingen partner nu.

	Parameterestimat	Standardfejlt
Uden fysisk funktionsnedsættelse <sup>1</sup>	-	-
Mindre fysisk	-0,023	0,101
Større fysisk	-0,110	0,150
Uden psykisk funktionsnedsættelse <sup>1</sup>	-	-
Mindre psykisk	-0,270 *	0,133
Større psykisk	-0,387	0,208
Alder	-0,054 ***	0,004
Mand <sup>1</sup>		
Kvinde	-0,147 *	0,071
Grundskoleuddannelse <sup>1</sup>	0,444 ***	0,108
Erhvervsuddannelse/kort videregående uddannelse	0,172	0,113
Mellemlang/lang videregående uddannelse	0,099	0,146
I arbejde <sup>1</sup>		
Ledig	-0,981 ***	0,214
Førtidspension	-0,560 *	0,263
Efterløn og folkepension	-0,534 ***	0,113
Under uddannelse	-0,431 *	0,191
Andet	-0,119	0,112
Har boet med partner inden for de sidste 4 år <sup>1</sup>	-	-
Har ikke boet med partner inden for de sidste 4 år	1,616 ***	0,050
Konstant	3,030 ***	0,198

Anm.: N = 3.847, Log-likelihood = -2.360. \*\*\* p<0.001, \*\* p<0.01, \* p<0.05.

1 Referencekategori.

Kilde: SHILD, 2012 og Danmarks Statistik.

## BILAGSTABEL B4.3 A

Logistisk regression, der estimerer sandsynligheden for at forvente at bo med partner om tre år, hvis ingen partner nu. Medtaget interaktion mellem fysisk funktionsnedsættelse og alderskategorier.

	Parameterestimat	Standardfejl
Uden fysisk funktionsnedsættelse <sup>1</sup>	-	-
Mindre fysisk	0,10	0,17
Større fysisk	-0,10	0,34
Uden psykisk funktionsnedsættelse <sup>1</sup>	-	-
Mindre psykisk	-0,30 **	0,14
Større psykisk	-0,47 **	0,21
16-24 år <sup>1</sup>	-	-
25-39 år	0,36 **	0,15
40-49 år	-0,89 **	0,16
50-64 år	-1,67 **	0,16
<i>Reference</i>	-	-
Mindre fysisk × 25-39 år	-0,63 *	0,29
Mindre fysisk × 40-49 år	0,13	0,30
Mindre fysisk × 50-64 år	-0,14	0,25
Større fysisk × 25-39 år	-0,27	0,49
Større fysisk × 40-49 år	0,16	0,45
Større fysisk × 50-64 år	-0,06	0,41
Mand <sup>1</sup>	-	-
Kvinde	-0,14 *	0,07
Grundskoleuddannelse <sup>1</sup>	-	-
Erhvervsuddannelse/kort videregående uddannelse	0,24 *	0,11
Mellemlang/lang videregående uddannelse	-0,15	0,12
I arbejde <sup>1</sup>	-	-
Ledig	0,08	0,15
Førtidspension	-1,02 **	0,22
Efterløn og folkepension	-0,70 **	0,26
Under uddannelse	-0,26 *	0,12
Andet	-0,23	0,19
Har boet med partner inden for de sidste 4 år <sup>1</sup>	-	-
Har ikke boet med partner inden for de sidste 4 år	-0,83 ***	0,09
Konstant	1,61 ***	0,17

Anm.: N = 3.847, Log-likelihood = -2.360. \*\*\* = p<0,001, \*\* = p<0,01, \* = p<0,05.

1. Referencekategori.

Kilde: SHILD, 2012 og Danmarks Statistik.

---

## BILAGSTABEL B4.3 B

Forudsagte sandsynligheder på baggrund af model i bilagstabel B4.3 A

	Forudsagt sandsynlighed	Standardfejl	Konfidensinterval (95 pct.)	
Uden fysisk × 16-24 år	0,627	0,018	0,593	0,661
Uden fysisk × 25-39 år	0,703	0,022	0,660	0,745
Uden fysisk × 40-49 år	0,420	0,026	0,369	0,472
Uden fysisk × 50-64 år	0,257	0,020	0,219	0,296
Mindre fysisk × 16-24 år	0,648	0,037	0,575	0,721
Mindre fysisk × 25-39 år	0,588	0,049	0,491	0,685
Mindre fysisk × 40-49 år	0,473	0,052	0,371	0,576
Mindre fysisk × 50-64 år	0,250	0,029	0,192	0,307

## BILAGSTABEL B4.3 C

Logistisk regression, der estimerer sandsynligheden for at forvente at bo med partner om tre år, hvis ingen partner nu. Medtaget interaktion mellem psykisk funktionsnedsættelse og alderskategorier.

	Parameterestimat	Standardfejl
Uden fysisk funktionsnedsættelse <sup>1</sup>	-	-
Mindre fysisk	-0,03	0,10
Større fysisk	-0,14	0,15
Uden psykisk funktionsnedsættelse <sup>1</sup>	-	-
Mindre psykisk	-0,69 **	0,22
Større psykisk	-0,61	0,36
Alder: 16-24 år <sup>1</sup>	-	-
25-39 år	0,23	0,14
40-49 år	-0,88 ***	0,15
50-64 år	-1,77 ***	0,15
<i>Reference</i>	-	-
Mindre psykisk × 25-39 år	0,26	0,36
Mindre psykisk × 40-49 år	0,83 *	0,36
Mindre psykisk × 50-64 år	0,73 *	0,35
Større psykisk × 25-39 år	0,22	0,53
Større psykisk × 40-49 år	-0,74	0,68
Større psykisk × 50-64 år	0,91	0,53
Mand <sup>1</sup>	-	-
Kvinde	-0,14	0,07
Grundskoleuddannelse <sup>1</sup>	-	-
Erhvervsuddannelse/kort videregående uddannelse	0,23* *	0,11
Mellemlang/lang videregående uddannelse	-0,15	0,12
I arbejde <sup>1</sup>	-	-
Ledig	0,08	0,15
Førtidspension	-1,10 ***	0,22
Efterløn og folkepension	-0,71 **	0,26
Under uddannelse	-0,26 *	0,12
Andet	-0,24	0,19
Har boet med partner inden for de sidste 4 år <sup>1</sup>	-	-
Har ikke boet med partner inden for de sidste 4 år	-0,83 ***	0,09
Konstant	1,65 ***	0,17

Anm.: N = 3.847, Log-likelihood = -2.325. \*\*\* = p<0,001, \*\* = p<0,01, \* = p<0,05.

1. Referencekategori.

Kilde: SHILD, 2012 og Danmarks Statistik.

---

## BILAGSTABEL B4.3 D

Forudsagte sandsynligheder på baggrund af model i bilagstabel B4.3 C

	Forudsagt sandsynlighed	Standardfejl	Konfidensinterval (95 pct.)	
Uden psykisk × 16-24 år	0,641	0,017	0,607	0,675
Uden psykisk × 25-39 år	0,690	0,021	0,648	0,731
Uden psykisk × 40-49 år	0,436	0,025	0,387	0,485
Uden psykisk × 50-64 år	0,251	0,017	0,218	0,284
Mindre psykisk × 16-24 år	0,482	0,052	0,380	0,585
Mindre psykisk × 25-39 år	0,596	0,062	0,475	0,717
Mindre psykisk × 40-49 år	0,470	0,065	0,343	0,598
Mindre psykisk × 50-64 år	0,258	0,048	0,164	0,352

## BILAGSTABEL B4.4

Faktorer, som påvirker sandsynligheden for at have en partner med henholdsvis fysisk eller psykisk funktionsnedsættelse.

Faktor	Partner med en fysisk funktionsnedsættelse	Partner med en psykisk funktionsnedsættelse
Større fysisk funktionsnedsættelse	Personer med en større fysisk funktionsnedsættelse har større sandsynlighed for at have en partner med fysisk funktionsnedsættelse end personer uden funktionsnedsættelse.	Personer med en større fysisk funktionsnedsættelse har større sandsynlighed for at have en partner med en psykisk funktionsnedsættelse end personer uden funktionsnedsættelse.
Mindre fysisk funktionsnedsættelse	Personer med en mindre fysisk funktionsnedsættelse har større sandsynlighed for at have en partner med funktionsnedsættelse end personer uden funktionsnedsættelse.	Personer med en mindre fysisk funktionsnedsættelse har større sandsynlighed for at have en partner med en psykisk funktionsnedsættelse end personer uden funktionsnedsættelse.
Større psykisk funktionsnedsættelse	Personer med en større psykisk funktionsnedsættelse har større sandsynlighed for at have en partner med fysisk funktionsnedsættelse end personer uden funktionsnedsættelse.	Personer med en større psykisk funktionsnedsættelse har større sandsynlighed for at have en partner med en psykisk funktionsnedsættelse end personer uden funktionsnedsættelse.
Mindre psykisk funktionsnedsættelse	Ingen betydning.	Personer med en mindre psykisk funktionsnedsættelse har større sandsynlighed for at have en partner med en psykisk funktionsnedsættelse end personer uden funktionsnedsættelse.
Alder	Sandsynligheden for at have en partner med fysisk funktionsnedsættelse stiger med alder.	Ingen betydning.
Køn	Ingen betydning.	Kvinder har større sandsynlighed for at have en partner med en psykisk funktionsnedsættelse end mænd.
Uddannelse	Personer med en kort eller mellemlang videregående uddannelse har lavere sandsynlighed for at have en partner med fysisk funktionsnedsættelse end personer med grundskole- og gymnasial uddannelse.	Personer med en kort eller mellemlang videregående uddannelse har lavere sandsynlighed for at have en partner med en psykisk funktionsnedsættelse end personer med grundskole- og gymnasial uddannelse.
Beskæftigelse	Personer, som er ledige, har større sandsynlighed for at have en partner med fysisk funktionsnedsættelse end personer, som er i beskæftigelse.	Ingen betydning.
Barn	Personer med barn uden funktionsnedsættelse har mindre sandsynlighed for at have en partner med funktionsnedsættelse, mens personer med barn med funktionsnedsættelse har større, set i forhold til ikke at have barn.	Personer med barn uden funktionsnedsættelse har en mindre sandsynlighed for at have en partner med en psykisk funktionsnedsættelse.
Forældre	Personer, som i deres barndom har haft forælder/forældre med en fysisk eller psykisk funktionsnedsættelse, har en større sandsynlighed for at have en partner med fysisk funktionsnedsættelse.	Ingen betydning.
Arbejde	Personer, som arbejder med fysisk eller psykisk funktionsnedsættelse har en større sandsynlighed for at have en partner med fysisk funktionsnedsættelse.	Ingen betydning.

Anm.: Referencekategorierne er: ingen fysisk funktionsnedsættelse, ingen psykisk funktionsnedsættelse, mand, grundskole og gymnasial uddannelse, i beskæftigelse, intet barn, forældre uden fysisk funktionsnedsættelse eller psykisk funktionsnedsættelse i barndom, arbejde ikke med erhverv relateret til handicap. Partner med fysisk funktionsnedsættelse: N = 11.932, Log-likelihood = -5762. Partner med psykisk funktionsnedsættelse: N = 11.932, Log-likelihood = -2.482.

Kilde: SHILD, 2012.

## BILAGSTABEL B4.5

Faktorer, som påvirker sandsynligheden for at være tilfreds med sit sexliv for personer med og uden partner.

Faktor	Personer med partner	Personer uden partner
Større fysisk funktionsnedsættelse	Personer med en større fysisk funktionsnedsættelse har mindre sandsynlighed for at være tilfreds med deres sexliv.	Personer med en større fysisk funktionsnedsættelse har mindre sandsynlighed for at være tilfreds med deres sexliv.
Mindre fysisk funktionsnedsættelse	Personer med en mindre fysisk funktionsnedsættelse har mindre sandsynlighed for at være tilfreds med deres sexliv.	Ingen betydning.
Større psykisk funktionsnedsættelse	Personer med en større psykisk funktionsnedsættelse har mindre sandsynlighed for at være tilfreds med deres sexliv.	Personer med en større psykisk funktionsnedsættelse har mindre sandsynlighed for at være tilfreds med deres sexliv.
Mindre psykisk funktionsnedsættelse	Personer med en mindre psykisk funktionsnedsættelse har mindre sandsynlighed for at være tilfreds med deres sexliv.	Ingen betydning.
Alder	Sandsynligheden for at være tilfreds med ens sexliv falder med alderen.	Sandsynligheden for at være tilfreds med ens sexliv falder med alderen.
Køn	Kvinder har større sandsynlighed for at være tilfredse med deres sexliv.	Kvinder har mindre sandsynlighed for at være tilfredse med deres sexliv.
Uddannelse	Personer med mellemlang eller lang videregående uddannelse har mindre sandsynlighed for at være tilfredse med deres sexliv.	Ingen betydning.
Beskæftigelse	Personer, som er ledige eller på efterløn/folkepension, har mindre sandsynlighed for at være tilfredse med deres sexliv.	Ingen betydning.
Snakke om intime ting	Personer, som snakker med partner eller andre om intime ting og sex, har højere sandsynlighed for at være tilfredse med deres sexliv.	Personer, som snakker med andre om intime ting og sex, har højere sandsynlighed for at være tilfredse med deres sexliv.
Barn	Ingen betydning.	Ingen betydning.
BMI	Personer med et højt BMI har lavere sandsynlighed for at være tilfredse med deres sexliv.	Personer med et højt BMI har lavere sandsynlighed for at være tilfredse med deres sexliv.

Anm.: Referencekategorierne er: ingen fysisk funktionsnedsættelse, ingen sindslidelse, mand, grundskole og gymnasial uddannelse, snakker ikke med folk om intime ting, i beskæftigelse, intet barn. Personer med partner: N = 12.165, log likelihood = -6.660. Personer med partner: N = 2.137, log likelihood = -1.107.

Kilde: SHILD, 2012 og Danmarks Statistik.

---

## BILAGSTABEL B4.6

Faktorer, som påvirker sandsynligheden for at have købt sex, hvis mand.

---

Faktor	Har købt sex
Større fysisk funktionsnedsættelse	Ingen betydning.
Mindre fysisk funktionsnedsættelse	Personer, som har en mindre fysisk funktionsnedsættelse, har større sandsynlighed for at have købt sex.
Større psykisk funktionsnedsættelse	Ingen betydning.
Mindre psykisk funktionsnedsættelse	Ingen betydning.
Alder	Ingen betydning.
Køn	Ingen betydning.
Uddannelse	Ingen betydning.
Beskæftigelse	Ingen betydning.
Partner	Personer, som har en partner, har en lavere sandsynlighed for at have købt sex.
Barn	Personer, som har et barn, har en lavere sandsynlighed for at have købt sex.
BMI	Personer med et højt BMI har højere sandsynlighed for at have købt sex.

---

Anm.: Referencekategorierne er: ingen fysisk funktionsnedsættelse, ingen sindslidelse, mand, grundskole og gymnasial uddannelse, beskæftigelse, ingen partner, intet barn. N = 6.715, log-likelihood = -2.328.

Kilde: SHILD, 2012 og Danmarks Statistik.



## BILAG 5 BILAG TIL KAPITEL 9

### BILAGSTABEL B5.1

Faktorer, som påvirker sandsynligheden for at blive udsat for generel diskrimination (alder, køn, etnicitet, religion, seksualitet, udseende, højde og vægt).

Faktor	Udsat for generel diskrimination
Større fysisk funktionsnedsættelse	Personer med en større fysisk funktionsnedsættelse har større sandsynlighed for at blive udsat for generel diskrimination end personer uden funktionsnedsættelse.
Mindre fysisk funktionsnedsættelse	Personer med en mindre fysisk funktionsnedsættelse har større sandsynlighed for at blive udsat for generel diskrimination end personer uden funktionsnedsættelse.
Større psykisk funktionsnedsættelse	Personer med en større psykisk funktionsnedsættelse har større sandsynlighed for at blive udsat for generel diskrimination end personer uden funktionsnedsættelse.
Mindre psykisk funktionsnedsættelse	Personer med en mindre psykisk funktionsnedsættelse har større sandsynlighed for at blive udsat for generel diskrimination end personer uden funktionsnedsættelse.
Alder	Sandsynligheden for at blive udsat for generel diskrimination falder med alderen.
Køn	Kvinder har større sandsynlighed for at blive udsat for generel diskrimination end mænd.
Uddannelse	Personer med en erhvervsuddannelse eller kortere videregående uddannelse har mindre sandsynlighed for at blive udsat for generel diskrimination end personer med grundskole- eller gymnasial uddannelse.
Beskæftigelse	Personer, som er ledige eller under uddannelse, har større sandsynlighed for at blive udsat for generel diskrimination.
Partner	Personer, som har en partner, har mindre sandsynlighed for at blive udsat for generel diskrimination end enlige.
Barn	Personer, som har et barn, har mindre sandsynlighed for at blive udsat for generel diskrimination end personer uden børn.

Anm.: Logistisk regression. Referencekategorier: Ingen fysisk funktionsnedsættelse, uden psykisk funktionsnedsættelse, mand, grundskole og gymnasial uddannelse, i beskæftigelse, uden partner, uden barn/børn. N = 17.264, Log-likelihood = -7.413.

Kilde: SHILD, 2012 og Danmarks Statistik.

## BILAGSTABEL B5.2

Faktorer, som påvirker sandsynligheden for at blive udsat for specifik diskrimination på baggrund af funktionsnedsættelse.

Faktor	Specifik diskrimination (fysisk)	Specifik diskrimination (psykisk)
Fysisk funktionsnedsættelse	Personer med en større fysisk funktionsnedsættelse har større sandsynlighed for at blive udsat for specifik diskrimination end personer med en mindre fysisk funktionsnedsættelse.	N/A.
Psykisk funktionsnedsættelse	N/A.	Personer med en større psykisk funktionsnedsættelse har større sandsynlighed for at blive udsat for specifik diskrimination end personer med en mindre psykisk funktionsnedsættelse.
Alder	Sandsynligheden for at blive udsat for specifik diskrimination falder med alderen.	Sandsynligheden for at blive udsat for specifik diskrimination falder med alderen.
Køn	Kvinder har større sandsynlighed for at blive udsat for specifik diskrimination end mænd.	Ingen betydning.
Uddannelse	Ingen betydning.	Personer med en erhvervsuddannelse eller en kortere videregående uddannelse har mindre sandsynlighed for at blive udsat for specifik diskrimination end personer med grundskole- eller gymnasial uddannelse.
Beskæftigelse	Personer, som er ledige eller på førtidspension eller andet, har større sandsynlighed for at blive udsat for specifik diskrimination.	Personer, som er ledige eller på førtidspension, har større sandsynlighed for at blive udsat for specifik diskrimination.
Partner	Ingen betydning.	Ingen betydning.
Barn	Ingen betydning.	Ingen betydning.
BMI	Ingen betydning.	Ingen betydning.
Synlighed	Personer, med en synlig funktionsnedsættelse, har større sandsynlighed for at blive udsat for specifik diskrimination end personer med en ikke-synlig funktionsnedsættelse.	Personer, med en synlig funktionsnedsættelse, har større sandsynlighed for at blive udsat for specifik diskrimination end personer med en ikke-synlig funktionsnedsættelse.

Anm.: Logistisk regression. Referencekategorier: uden fysisk funktionsnedsættelse, uden psykisk funktionsnedsættelse, mand, grundskole og gymnasial uddannelse, i beskæftigelse, uden partner, uden barn/børn, ikke-synlig funktionsnedsættelse. Specifik diskrimination (fysisk): N = 4.299, Log-likelihood = -1.170. Specifik diskrimination (psykisk): N = 1.311, Log-likelihood = -551.

Kilde: SHILD, 2012 og Danmarks Statistik.

## BILAGSTABEL B5.3

Faktorer, som har indflydelse på holdning til at arbejde sammen med en person med fysisk eller psykisk funktionsnedsættelse.

Faktor	Fysisk funktionsnedsættelse	Psykisk funktionsnedsættelse
Mindre fysisk funktionsnedsættelse	Personer med en mindre fysisk funktionsnedsættelse har større sandsynlighed for at være positiv over for at arbejde med person med fysisk funktionsnedsættelse.	Ingen betydning.
Større fysisk funktionsnedsættelse	Personer med en større fysisk funktionsnedsættelse har større sandsynlighed for at være positiv over for at arbejde med person med fysisk funktionsnedsættelse.	Personer med en større fysisk funktionsnedsættelse har større sandsynlighed for at være positiv over for at arbejde med person med psykisk funktionsnedsættelse.
Mindre psykisk funktionsnedsættelse	Ingen betydning.	Personer med en mindre psykisk funktionsnedsættelse har større sandsynlighed for at være positiv over for at arbejde med person med psykisk funktionsnedsættelse.
Større psykisk funktionsnedsættelse	Ingen betydning.	Personer med en større psykisk funktionsnedsættelse har større sandsynlighed for at være positiv over for at arbejde med person med psykisk funktionsnedsættelse.
Alder	Sandsynlighed for at være positiv over for at arbejde med person med fysisk funktionsnedsættelse stiger med alderen.	Sandsynlighed for at være positiv over for at arbejde med person med psykisk funktionsnedsættelse stiger med alderen.
Køn	Kvinder har større sandsynlighed for at være positiv over for at arbejde med person med fysisk funktionsnedsættelse end mænd.	Ingen betydning.
Uddannelse	Personer med mellemlang/lang videregående uddannelse har større sandsynlighed for at være positiv over for at arbejde med person med fysisk funktionsnedsættelse end personer uden mellem/lang videregående uddannelse.	Personer med erhvervsuddannelse, kort, mellemlang eller lang har lavere sandsynlighed for at være positiv over for at arbejde med person med psykisk funktionsnedsættelse end personer uden de ovennævnte uddannelser.
Beskæftigelse	Personer, som er ledige eller på førtidspension, har større sandsynlighed for at være positiv over for at arbejde sammen med person med fysisk funktionsnedsættelse end personer i arbejde.	Personer, som er ledige, på efterløn, folkepension eller førtidspension, har større sandsynlighed for at være positiv over for at arbejde sammen med person med psykisk funktionsnedsættelse end personer i arbejde.
Partner	Personer, som har en partner uden funktionsnedsættelse, er i højere grad positive over for at arbejde med person med fysisk funktionsnedsættelse end personer uden partner.	Ingen betydning.

(Fortsættes)

---

## BILAGSTABEL B5.3 FORTSAT

Faktorer, som har indflydelse på holdning til at arbejde sammen med en person med fysisk eller psykisk funktionsnedsættelse.

Faktor	Fysisk funktionsnedsættelse	Psykisk funktionsnedsættelse
Barn	Personer, som har et barn, med funktionsnedsættelse er i højere grad positive over for at arbejde med person med fysisk funktionsnedsættelse end personer uden børn.	Personer, som har et barn med eller uden funktionsnedsættelse, er i højere grad positive over for at arbejde med person med psykisk funktionsnedsættelse end personer uden børn.
Kendskab	Personer, som i barndommen kendte/kender en person med funktionsnedsættelse, har højere sandsynlighed for at være positiv over for at arbejde med en person med fysisk funktionsnedsættelse.	Personer, som i barndommen kendte/kender en person med funktionsnedsættelse, har højere sandsynlighed for at være positiv over for at arbejde med en person med psykisk funktionsnedsættelse.

Anm.: Logistisk regression. Referencekategorier: uden fysisk funktionsnedsættelse, uden psykisk funktionsnedsættelse, mand, grundskole og gymnasial uddannelse, i beskæftigelse, uden partner, uden barn/børn, kender ikke en person, kendte ikke en person i barndommen. Holdning til at arbejde med en person med fysisk funktionsnedsættelse: N = 17.292, log-likelihood = -10.206; holdning til at arbejde med en person med psykisk funktionsnedsættelse: N = 17.280, log-likelihood = -10.863.

Kilde: SHILD, 2012 og Danmarks Statistik.

## BILAG 6 BILAG TIL KAPITEL 10

### BILAGSTABEL B6.1

Faktorer, som påvirker sandsynligheden for at være udsat for psykisk og fysisk vold.

Faktor	Udsat for psykisk vold	Udsat for fysisk vold
Større fysisk funktionsnedsættelse	Personer med større fysisk funktionsnedsættelse har en større sandsynlighed for at blive udsat for psykisk vold.	Personer med større fysisk funktionsnedsættelse har en større sandsynlighed for at blive udsat for fysisk vold.
Mindre fysisk funktionsnedsættelse	Personer med mindre fysisk funktionsnedsættelse har en større sandsynlighed for at blive udsat for psykisk vold.	Personer med mindre fysisk funktionsnedsættelse har en større sandsynlighed for at blive udsat for fysisk vold.
Større psykisk funktionsnedsættelse	Personer med større psykisk funktionsnedsættelse har en større sandsynlighed for at blive udsat for psykisk vold.	Personer med større psykisk funktionsnedsættelse har en større sandsynlighed for at blive udsat for fysisk vold.
Mindre psykisk funktionsnedsættelse	Personer med mindre psykisk funktionsnedsættelse har en større sandsynlighed for at blive udsat for psykisk vold.	Personer med mindre psykisk funktionsnedsættelse har en større sandsynlighed for at blive udsat for fysisk vold.
Alder	Sandsynligheden for at være udsat for psykisk vold falder med alderen.	Sandsynligheden for at være udsat for fysisk vold falder med alderen.
Køn	Ingen betydning.	Kvinder har en mindre sandsynlighed for at være udsat for fysisk vold i forhold til mænd.
Uddannelse	Ingen betydning.	Personer med videregående uddannelser har en mindre sandsynlighed for at være udsat for fysisk vold end personer uden videregående uddannelse.
Beskæftigelse	Ingen betydning.	Ingen betydning.
Partner	Personer, som har en partner uden nedsat funktionsevne, har mindre sandsynlighed for at være udsat for psykisk vold.	Personer, som har en partner uden nedsat funktionsevne, har mindre sandsynlighed for at være udsat for fysisk vold.
Barn	Personer, som har børn med funktionsnedsættelse, har større sandsynlighed for at være udsat for vold end personer uden børn og personer med børn uden funktionsnedsættelse.	Personer, som har børn med funktionsnedsættelse, har større sandsynlighed for at være udsat for vold end personer uden børn og personer med børn uden funktionsnedsættelse.

Anm.: Logistisk regression. Referencekategorier: uden fysisk funktionsnedsættelse, uden psykisk funktionsnedsættelse, mand, grundskole og gymnasial uddannelse, i beskæftigelse, uden partner, uden barn/børn. Psykisk vold: N = 17.333, log-likelihood = -7.358; fysisk vold: N = 17.333, log-likelihood = -3.591.

Kilde: SHILD, 2012 og Danmarks Statistik.

## BILAGSTABEL B6.2

Faktorer, som påvirker sandsynligheden for at være udsat for økonomisk og seksuel vold.

Faktor	Udsat for økonomisk vold	Udsat for seksuel vold
Større fysisk funktionsnedsættelse	Ingen betydning.	Personer med større fysisk funktionsnedsættelse har en større sandsynlighed for at blive udsat for seksuel vold.
Mindre fysisk funktionsnedsættelse	Ingen betydning.	Ingen betydning.
Større psykisk funktionsnedsættelse	Personer med større psykisk funktionsnedsættelse har en større sandsynlighed for at blive udsat for økonomisk vold.	Personer med større psykisk funktionsnedsættelse har en større sandsynlighed for at blive udsat for seksuel vold.
Mindre psykisk funktionsnedsættelse	Personer med mindre psykisk funktionsnedsættelse har en større sandsynlighed for at blive udsat for økonomisk vold.	Personer med mindre psykisk funktionsnedsættelse har en større sandsynlighed for at blive udsat for seksuel vold.
Alder	Ingen betydning.	Sandsynligheden for at være udsat for seksuel vold falder med alderen.
Køn	Ingen betydning.	Ingen betydning.
Uddannelse	Ingen betydning.	Personer med lang videregående uddannelser har en mindre sandsynlighed for at være udsat for fysisk vold end personer uden lang videregående uddannelse eller uden videregående uddannelse.
Beskæftigelse	Ingen betydning.	Ingen betydning.
Partner	Personer, som har en partner uden nedsat funktionsevne, har mindre sandsynlighed for at være udsat for økonomisk vold.	Personer, som har en partner uden nedsat funktionsevne, har mindre sandsynlighed for at være udsat for seksuel vold.
Barn	Ingen betydning.	Personer, som har børn uden funktionsnedsættelse, har mindre sandsynlighed for at være udsat for seksuel vold end personer uden børn og personer med børn med funktionsnedsættelse.

Anm.: Logistisk regression. Referencekategorier: uden fysisk funktionsnedsættelse, uden psykisk funktionsnedsættelse, mand, grundskole og gymnasial uddannelse, i beskæftigelse, uden partner, uden barn/børn. Økonomisk vold: N = 17.333, log-likelihood = -753; seksuel vold: N = 17.333, log-likelihood = -1.910.

Kilde: SHILD, 2012 og Danmarks Statistik.

## BILAGSTABEL B6.3

Faktorer, som påvirker sandsynligheden for at være udsat for vold i nære relationer.

Faktor	Udsat for vold i nære relationer
Større fysisk funktionsnedsættelse	Personer med større fysisk funktionsnedsættelse har en større sandsynlighed for at blive udsat for vold i nære relationer.
Mindre fysisk funktionsnedsættelse	Personer med mindre fysisk funktionsnedsættelse har en større sandsynlighed for at blive udsat for vold i nære relationer.
Større psykisk funktionsnedsættelse	Personer med større psykisk funktionsnedsættelse har en større sandsynlighed for at blive udsat for vold i nære relationer.
Mindre psykisk funktionsnedsættelse	Personer med mindre psykisk funktionsnedsættelse har en større sandsynlighed for at blive udsat for vold i nære relationer.
Alder	Sandsynligheden for at være udsat for vold i nære relationer falder med alderen.
Køn	Kvinder har en større sandsynlighed end mænd for at blive udsat for vold i nære relationer.
Uddannelse	Ingen betydning.
Beskæftigelse	Personer, som er ledige eller på førtidspension, har større sandsynlighed for at blive udsat for vold i nære relationer end personer i beskæftigelse, under uddannelse, på efterløn folkepension.
Partner	Personer, som har en partner uden nedsat funktionsevne, har mindre sandsynlighed for at være udsat for vold i nære relationer.
Barn	Personer, som har børn, har større sandsynlighed for at være udsat for vold i nære relationer end personer uden børn.
Udøver fysisk vold	Personer, som udøver fysisk vold, har større sandsynlighed for at være udsat for vold i nære relationer.
Udsættes for vold af venner og kollegaer	Personer, som udsættes for vold af venner eller kollegaer, har større sandsynlighed for at blive udsat for vold i nære relationer.
Udsættes for vold af fremmed	Ingen betydning.

Anm.: Logistisk regression. Referencekategorier: uden fysisk funktionsnedsættelse, uden psykisk funktionsnedsættelse, mand, grundskole og gymnasial uddannelse i beskæftigelse, uden partner, uden barn/børn, udøver fysisk vold, udsættes for vold af venner og kollegaer, udsættes for vold af fremmed. N = 17.333, log likelihood = -3.119.

Kilde: SHILD, 2012 og Danmarks Statistik.





# LITTERATUR

- Bengtsson, S. (2008): *Handicap og samfundsdeltagelse 2006*. København: SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd, 08:18.
- Boisen, J. (2013): ”Bøvl med broderskabet”. I: *Weekendavisen*, 9. august 2013. Ideer, s. 32.
- Dansk Sundhedsinstitut & SFI (2010): *Stigma og Psykiske lidelser – som det opleves og opfattes af mennesker med psykiske lidelser og borgere i Danmark*. Danske Regioner.
- Goffman, E. (1986): *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. New York: Touchstone.
- Gustavsson, A. (red.) (2004): *Delaktighedens sprog*. Lund: Studentlitteratur.
- Hageman I., A. Pinborg & H.S. Andersen (2008): ”Complaints of Stress in Young Soldiers Strongly Predispose to Psychiatric Morbidity and Mortality: Danish National Cohort study with 10-year Follow-up”. *Acta Psychiatrica Scandinavica* , februar 2008, 117(2), s. 148-55.
- Honneth, A. (1996): *The Struggle for Recognition: The Moral Grammar of Social Conflicts*. London: Polity Press.
- Hughes K., L. Jones, M. Bellis, S. Wood, E. McCoy, L. Eckley, G. Bates, C. Mikton, T. Shakespeare & A. Officer (2012): *Prevalence and Risk of Violence Against Children with Disabilities: A Systematic Review*

- and Meta-analysis of Observational Studies*. Centre for Public Health. Liverpool: John Moores University.
- Institut for Menneskerettigheder (2011): *Begrebskatalog*. København: Institut for Menneskerettigheder.
- Jensen, T.G., K. Weibel, M.K. Tørslev, L.L. Knudsen & S.J. Jacobsen (2012). *Måling af diskrimination på baggrund af etnisk oprindelse*. København: SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd, 12:22.
- Johansen, S.H. & K. Madsen (1999a): ”Vold, overgreb, trakassering og krenkelses mot kvinder med funksjonshemning – etalvorligt samfunnsproblem?” Foredrag på konferencen *Voldens ofre – vårt ansvar*, Kompetanscenter mot vold. Oslo.
- Johansen, S.H. & K.Madsen (1999b): *Kvinne og Funksjonshemmet*, Oslo: Nettverk for Kvinner med Funksjonshemning.
- Kissow, A-M. & J. Singhammer (2012): ”Participation in Physical Activities and Everyday Life of People with Disabilities”. *European Journal of Adapted Physical Activity*, 5(2), s. 65-81.
- Kissow, A-M. (2013): *Idræt, handicap og social deltagelse*. Ph.d.-afhandling. Roskilde Universitet: Institut for Psykologi og Uddannelsesforskning.
- Kollstad, M. (2008): *Klare seg selv. Faglige utfordringer i arbeidet med unge og funksjonshemmede*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Larsen, B., H.K. Schademan & J. Høgelund (2008): *Handicap og beskæftigelse 2006*. København: SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd, 08:10.
- Lyk-Jensen, S.V., J. Heidemann, A. Glad & C.D. Weatherall (2012): *Soldaternes psykiske sundhedsprofil før og efter udsendelse*. Netpublikation. København: SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd, 11:25.
- Martin, J., H. Meltzer & D. Elliot (1988): *The Prevalence of Disability among Adults. OPCS Surveys of Disability in Great Britain*. London: OPCS.
- McCall, L. (2005): The Complexity of Intersectionality. *Signs: Journal of Women in Culture and Society*, 3(3), s. 1771-1800.
- Molden, T.H. & J. Tøssebro (2012): ”Disability Measurements: Impact on Research Results”. *Scandinavian Journal of Disability Research*, 14(4), s. 340-357.

- Milligan, M.S. & A.H. Neufeldt (2001). "The Myth of Asexuality: A Survey of Social and Empirical Evidence". *Sexuality and Disability*, 19(2), s. 91-109.
- Kjeldsen, M.M, H.S. Houlberg & J. Høgelund (2013) *Handicap og beskæftigelse*. København: SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd, 13:01.
- Plummer, S.B & P.A. Findley. (2012). "Women With Disabilities' Experience With Physical and Sexual Abuse: A Review of the Literature and Implication for the Field". *Trauma, Violence & Abuse* 2012:13, s. 15-29.
- Shakespeare, T (1996): "Disability, Identity and Difference". I: C. Barnes & G. Mercer (red) *Exploring the Divide*. Leeds: The Disability Press, s. 94-113
- Sundhedsstyrelsen (2005): *ICF – Den danske vejledning og eksempler i praksis*. Udarbejdet af MarselisborgCentret. Odense: Sundhedsstyrelsen.
- Servicestyrelsen (2009): *Handicap og foreningsliv 2009: Muligheder og barrierer for inklusion af mennesker med handicap i foreningslivet*. Odense: Servicestyrelsen.
- Socialstyrelsen (2012): *Seksualitet på dagsordenen*. Odense: Socialstyrelsen.
- Taleporos, G. & M. McCabe (2001): "Physical Disability and Sexual Esteem". *Sexuality and Disability*, 19(2), s. 131-148.
- Torpe, L (2009): "Politisk kultur – fra civic culture til social kapital". I: L.B. Kaspersen (red.): *Klassiske og moderne politiske teori*. København: Hans Reizels Forlag s. 1050-1067.
- WHO (2002): *Towards a Common Language for Functioning, Disability and Health*. Genève: World Health Organization.
- Østerberg, D. (2003): *Sociologiske nøglebegreber*. Oslo: Akademisk forlag.
- Psykiatrifonden (2013):  
<http://www.psykiatrifonden.dk/temaer/diagnoser.aspx> . Besøgt 10-5-2013.



## SFI-RAPPORTER SIDEN 2012

SFI-rapporter kan købes eller downloades gratis fra [www.sfi.dk](http://www.sfi.dk). Enkelte rapporter er kun udkommet som netpublikationer, hvilket vil fremgå af listen nedenfor.

- 12:01 Lyk-Jensen, S.V., A. Glad, J. Heidemann & M. Damgaard: *Soldater efter udsendelse. En spørgeskemaundersøgelse*. 117 sider. e-ISBN: 978-87-7119-075-5. Netpublikation.
- 12:02 Lausten, M., H. Hansen, A.-K. Mølholt, K.S. Vammen & A.-C. Legendre: *Forebyggende foranstaltninger 14-17 år. Dialoggruppe – om forebyggelse som alternativ til anbringelse. Delrapport 5*. 235 sider. ISBN: 978-87-7119-078-6. e-ISBN: 978-87-7119-079-3. Vejledende pris: 230,00 kr.
- 12:03 Rostgaard, T., T.N. Brunner & T. Fridberg: *Omsorg og livskvalitet i plejeboligen*. 150 sider. ISBN: 978-87-7119-080-9. e-ISBN: 978-87-7119-081-6. Vejledende pris: 150,00 kr.
- 12:04 Mølholt, A.-K., S. Stage, J.H. Pejtersen & P. Thomsen: *Efterværn for tidligere anbragte unge. En videns- og erfaringsopsamling*. 222 sider. ISBN: 978-87-7119-082-3. e-ISBN: 978-87-7119-083-0. Vejledende pris: 220,00 kr.
- 12:05 Ellerbæk, L.S. & A. Høst: *Udlejningsredskaber i almene boliger. En analyse af brugen og effekterne af udlejningsredskaber i almene boligområder*.

- 258 sider. ISBN: 978-87-7119-084-7. e-ISBN: 978-87-7119- 085-4. Vejledende pris: 250,00 kr.
- 12:06 Høgelund, J.: *Effekter af den beskæftigelsesrettede indsats for sygemeldte. En litteraturoversigt*. 112 sider. e-ISBN: 978-87-7119-086-1. Netpublikation.
- 12:07 Rasmussen, P.S. & P.S. Olsen: *Positiv adfærd i læring og samspil (PALS). En evaluering af en skoleomfattende intervention på 11 pilotskoler*. 159 sider. ISBN: 978-87-7119-087-8. e-ISBN: 978-87-7119-088-5. Vejledende pris: 150,00 kr.
- 12:08 Fridberg, T. & M. Damgaard: *Frivillige i hjemmeværnet 2011*. 120 sider. ISBN: 978-87-7119-089-2. e-ISBN: 978-87-7119-090-8. Vejledende pris: 120,00 kr.
- 12:09 Lyk-Jensen, S.V., J. Heidemann & A. Glad: *Soldater – før og efter udsendelse. En analyse af motivation, økonomiske forhold og kriminalitet*. 164 sider. e-ISBN: 978-87-7119-091-5. Netpublikation.
- 12:10 Bengtsson, S.: *Vækstfaktorer på det specialiserede socialområde*. 120 sider. ISBN: 978-87-7119-092-2. e-ISBN: 978-87-7119-093-9. Vejledende pris: 120,00 kr.
- 12:11 Dines, A., V. Jakobsen, V.M. Jensen, S.S. Nielsen, S., K.C.Z. Pedersen, D.S. Petersen & K.M. Thorsen: *Indsatser for tosprogede elever. Kortlægning og analyse*. 162 sider. e-ISBN: 978-87-7119-094-6. Netpublikation.
- 12:12 Christensen, E.: *Nakuusa – vi vil og vi kan. En opfølgning på Youth Forum i Ilulissat 2011*. 48 sider. e-ISBN: 978-87-7119-096-0. Netpublikation.
- 12:13 Christensen, E.: *Nakuusa – piimavugut saperatalu. 2011-mi ilulissani Youth Forum pillugu nangitsineq*. 50 sider. e-ISBN: 978-87-7119-097-7. Netpublikation.
- 12:14 Larsen, M. & L.S. Ellerbæk: *Evaluering af jobplanen. Nuværende og kommende pensionisters kendskab til og betydning af reglerne for at arbejde*. 111 sider. ISBN: 978-87-7119-100-4. e-ISBN: 978-87-7119-101-1. Vejledende pris: 110,00 kr.
- 12:15 Larsen, M., H.B. Bach & A. Liversage: *Pensionisters og efterlønsmodtageres arbejdskraftpotentiale. Fokus på genindtræden*. 181 sider. ISBN: 978-87-7119-102-8. e-ISBN: 978-87-7119-103-5. Vejledende pris: 180,00 kr.
- 12:16 Ottosen, M.H. & S. Stage: *Deleborn i tal. En analyse af skilsmissebørns samvær baseret på SFI's børneforløbsundersøgelse*. 111 sider. ISBN:

- 978-87-7119-104-2. e-ISBN: 978-87-7119-105-9. Vejledende pris: 110,00 kr.
- 12:17 Nilsson, K. & H. Holt: *En vurdering af arbejdsskadestyrelsens fastholdelse-scenter. Kommuners, fagforeningers, arbejdsgivers og forsikringselskabers erfaringer med fastholdelsecentret.* 89 sider. ISBN: 978-87-7119-106-6. e-ISBN: 978-87-7119-107-3. Vejledende pris: 80,00 kr.
- 12:18 Holt, H: *Lokal løn på kommunale arbejdspladser. Forskelle i kvinders og mænds løn.* 82 sider. e-ISBN: 978-87-7119-108-0. Netpublikation.
- 12:19 Bengtsson, S. & M. Røgeskov: *Et liv i egen bolig. Analyse af bostøtte til borgere med sindslidelser.* 145 sider. ISBN: 978-87-7119-109-7. e-ISBN: 978-87-7119-110-3. Vejledende pris: 140,00 kr.
- 12:20 Graversen, B: *Effekter af virksomhedsrettet aktivering for udsatte ledige. En litteraturoversigt.* 72 sider. e-ISBN: 978-87-7119-112-7. Netpublikation.
- 12:21 Albæk, K., H.B. Bach & S. Jensen: *Effekter af mentorstøtte for udsatte ledige. En litteraturoversigt.* 68 sider. e-ISBN: 978-87-7119-114-1. Netpublikation.
- 12:22 Jensen, T.G., K. Weibel, M.K. Tørslev, L.L. Knudsen & S.J. Jacobsen: *Måling af diskrimination på baggrund af etnisk oprindelse.* 134 sider. ISBN: 978-87-7119-115-8, e-ISBN: 978-87-7119-116-5. Vejledende pris: 130,00 kr.
- 12:23 Madsen, M.B. & K. Weibel: *Delt viden. Aktiveringsindsatsen for ikke-arbejdsmarkedsparete kontanthjælpsmodtagere.* 152 sider. ISBN: 978-87-7119-117-2. e-ISBN: 978-87-7119-118-9. Vejledende pris: 150,00 kr.
- 12:24 Lyk-Jensen, S.V., J. Heidemann, A. Glad & C.D. Weatherall: *Danske hjemvendte soldater. Soldaternes psykiske sundhedsprofil før og efter udsendelse.* 210 sider. e-ISBN: 978-87-7119-119-6. Netpublikation.
- 12:25 Lausten, M., H. Hansen, K.S. Vammen & K. Vasegaard: *Forebyggende foranstaltninger 18-22 år. Dialoggruppe – Om forebyggelse som alternativ til anbringelse. Delrapport 6.* 164 sider. ISBN: 978-87-7119-121-9. e-ISBN: 978-87-7119-122-6. Vejledende pris: 160,00 kr.
- 12:26 Lauritzen, H.H., R.N. Brünner, P. Thomsen & M. Wüst: *Ældres ressourcer og behov. Status og udvikling på baggrund af Ældredatabasen.* 180 sider. ISBN: 978-87-7119-123-3. e-ISBN: 978-87-7119-124-0. Vejledende pris: 180,00 kr.

- 12:27 Høst, A.K, T. Fridberg, D.L. Stigaard & B. Boje-Kovacs: *Når fogeden banker på. Fogedsager og effektive udsættelser af lejere*. 422 sider. ISBN: 978-87-7119-125-7. e-ISBN: 978-87-7119-126-4. Vejledende pris 420,00 kr.
- 12:28 Nielsen, H., A. Mølgaard & L. Dybdal: *Procesevaluering af boligsociale indsatser. Delrapport 2. Kvalitativ kortlægning af Landsbyggefondens 2006-2010-pulje med fokus på projektorganisering og samarbejde*. 118 sider. e-ISBN: 978-87-7119-127-1. Netpublikation.
- 12:29 Andrade, S.B.: *Levekår i dansk landbrug. Analyse af sammenhænge mellem risikofaktorer og dyrværnsager i landbruget fra 2000 til 2008*. 176 sider. ISBN: 978-87-7119-128-8. e-ISBN: 978-87-7119-129-5. Vejledende pris: 170,00 kr.
- 12:30 Ottosen, M.H. (red.): *15-åriges hverdagsliv og udfordringer. Rapport fra femte dataindsamling af forløbsundersøgelsen af børn født i 1995*. 348 sider. ISBN: 978-87-7119-130-1. e-ISBN: 978-87-7119-131-8. Vejledende pris: 340,00 kr.
- 12:31 Bach, H.B.: *Arbejdsmarkedsparathed og selvforsørgelse*. 36 sider. e-ISBN: 978-87-7119-133-2. Netpublikation.
- 12:32 Christensen, E. & A.P. Langhede: *Evaluering af psykologhjælp til børn på krisecentre*. 61 sider. ISBN: 978-87-7811-197-5. Netpublikation. Udgivet af Ankestyrelsen og SFI.
- 12:33 Termansen, T. & C.S. Sonne-Schmidt: *Forebyggende fysisk træning til ældre. En undersøgelse af effekten af en kort træningsindsats på aldres fysiske funktionsevne*. 64 sider. ISBN: 978-87-7119-135-6. e-ISBN: 978-87-7119-136-3. Vejledende pris: 60,00 kr.
- 12:34 Hansen, H., P.R. Skov & K.M. Sørensen: *Støtte til udsatte børnefamilier. En effektmåling af familiebehandling og praktisk pædagogiske støtte*. 112 sider. e-ISBN: 978-87-7119-137-0. Netpublikation
- 12:35 Ellerbæk, L.S., V. Jakobsen, S. Jensen & H. Holt: *Virksomheders sociale engagement. Årbog 2012*. 182 sider. ISBN: 978-87-7119-138-7. e-ISBN: 978-87-7119-139-4. Vejledende pris: 180,00 kr.
- 12:36 Jakobsen, T.B., S.V. Lyk-Jensen & D.L. Stigaard: *Lige muligheder – metodisk grundlag for en effektevaluering. Evalueringsrapport 2*. 82 sider. e-ISBN: 978-87-7487-140-0. Netpublikation.
- 13:01 Kjeldsen, M.M., H.S. Houlberg & J. Høgelund: *Handicap og beskæftigelse. Udviklingen mellem 2002 og 2012*. 176 sider. ISBN: 978-87-7119-141-7. e-ISBN: 978-87-7119-142-4. Vejledende pris: 170,00 kr.



- 13:02 Liversage, A, R. Bille & V. Jakobsen: *Den danske au pair-ordning*. 281 sider. ISBN: ISBN 978-87-7119-143-1. e-ISBN: 978-87-7119-144-8. Vejledende pris 280,00 kr.
- 13:03 Oldrup, H., A.K. Høst, A.A. Nielsen & B. Boje-Kovacs: *Når børnefamilier sættes ud af deres lejlighed*. 222 sider. ISBN: 978-87-7119-145-5. e-ISBN: 978-87-7119-146-2. Vejledende pris: 220,00 kr.
- 13:04 Lausten, M., H. Hansen & V. M. Jensen: *God praksis i forebyggende arbejde – samlet evaluering af dialogprojektet. Dialoggruppe – om forebyggelse som alternativ til anbringelse*. 173 sider. ISBN: 978-87-7119-147-9. e-ISBN: 978-87-7119-148-6. Vejledende pris: 170,00 kr.
- 13:05 Christensen, E.: *Ilasiaq. Evaluering af en bo-enhed for udsatte børn*. 75 sider. ISBN: 978-87-7119-149-3. e-ISBN: 978-87-7119-150-9. Vejledende pris: 70,00 kr.
- 13:06 Christensen, E.: *Ilasiaq. Meeqqanut aarlerinartorsiortunut najugaqatigiiffimmik nalilersuineq*. 88 sider. ISBN: 978-87-7119-151-6. e-ISBN: 978-87-7119-152-3. Vejledende pris: 70,00 kr.
- 13:07 Lausten, M., D. Andersen, P.R. Skov & A.A. Nielsen: *Anbragte 15-åriges hverdagsliv og udfordringer. Rapport fra tredje dataindsamling af forløbsundersøgelsen af anbragte børn født i 1995*. 153 sider. ISBN: 978-87-7119-153-0. e-ISBN: 978-87-7119-154-7. Vejledende pris: 150,00 kr.
- 13:08 Luckow, S.T. & V.L. Nielsen: *Evaluering af ressource- og risikoskema. Tidlig identifikation af kriminalitetstruede børn og unge*. 90 sider. e-ISBN: 978-87-7119-156-1. Netpublikation.
- 13:09 Winter, S.C. & V.L. Nielsen (red.): *Lærere, undervisning og elevpræstationer i folkeskolen*. 265 sider. e-ISBN: 978-87-7119-158-5. Netpublikation.
- 13:10 Kjeldsen, M.M., & J. Høgelund: *Handicap og beskæftigelse i 2012. Regionale forskelle*. 59 sider. ISBN: 978-87-7119-159-2. e-ISBN: 978-87-7119-160-8. Vejledende pris: 60,00 kr.
- 13:11 Manuel, C. & A. K. Jørgensen: *Systematic review of youth crime prevention intervention – published 2008-2012*. 309 sider. e-ISBN: 978-87-7119-161-5. Netpublikation.
- 13:12 Nilsson, K. & H. Holt: *Halvering af dagpengeperioden og akutpakken. Erfaringer i jobcentre og A-kasser*. 80 sider. e-ISBN: 978-87-7119-162-2. Netpublikation.

- 13:13 Nielsen, A.A. & V.L. Nielsen: *Evaluering af projekt SAMSPIL. En udvidet modregruppe til unge udsatte mødre*. 66 sider. e-ISBN: 978-87-7119-163-9. Netpublikation.
- 13:14 Graversen, B.K., M. Larsen & J.N. Arendt: *Kommunernes rammevilkår for beskæftigelsesindsatsen*. 146 sider. e-ISBN: 978-87-7119-168-4. Netpublikation
- 13:15 Bengtsson, S. & S. Ø. Gregersen: *Integrerede indsatser over for mennesker med psykiske lidelser. En forskningsoversigt*. 106 sider. ISBN: 978-87-7119-169-1. e-ISBN: 978-87-7119-170-7. Vejledende pris: 100,00 kr.
- 13:16 Christensen, E.: *Ung i det grønlandske samfund. Unges holdning til og viden om sociale problemer og muligheder*. 58 sider. e-ISBN: 978-87-7119-171-4. Netpublikation.
- 13:17 Christensen, E.: *Kalaallit inniaqatigiivini inuusuttuaqqat. Inuusuttuaqqat inoqatigiinnermi ajornartorsiutit periarfissallu pillugit ilisimasaat isummertariaasaallu*. 66 sider. e-ISBN: 978-87-7117-172-1. Netpublikation.
- 13:18 Vammen, K.S. & M.N. Christoffersen: *Unge selvskaede og spiseforstyrrelser. Kan social støtte gøre en forskel?* 156 sider. ISBN: 978-87-7119-173-8. e-ISBN: 978-87-7119-174-5. Vejledende pris: 150,00 kr.
- 13:21 Benjaminsen, L. & H.H. Lauritzen: *Hjemløshed i Danmark 2013. National kortlægning*. 182 sider. ISBN: 978-87-7119-179-0. e-ISBN: 978-87-7119-180-6. Vejledende pris: 180,00 kr.
- 13:22 Jacobsen, S. J., A. H. Klynge & H. Holt: *Øremærkning af barsel til fædre. Et litteraturstudie*. 82 sider. ISBN: 978-87-7119-181-3. e-ISBN: 978-87-7119-182-0. Vejledende pris: 80,00 kr.
- 13:23 Thuesen, F., H. B. Bach, K. Albæk, S. Jensen, N. L. Hansen & K. Weibel: *Socialøkonomiske virksomheder i Danmark. Når udsatte bliver ansatte*. 216 sider. ISBN: 978-87-7119-183-7. e-ISBN: 978-87-7119-184-4. Vejledende pris: 210,00 kr.
- 13:24 Larsen, Mona & H. S. B. Houlberg: *Lønforskelle mellem mænd og kvinder 2007-2011*. 176 sider. ISBN: 978-87-7119-185-1. e-ISBN: 978-87-7119-186-8. Vejledende pris: 170,00 kr.
- 13:25 Larsen, M. & H.S.B. Houlberg: *Mere uddannelse, mere i løn?* 50 sider. e-ISBN: 978-87-7117-188-2. Netpublikation.
- 13:26 Damgaard, M., Steffensen, T. & S. Bengtson: *Hverdagsliv og levevilkår for mennesker med funktionsnedsættelse. En analyse af sammenhænge mellem hverdagsliv, samliv, udsathed og type og grad af funktionsnedsæt-*

- telse*. 193 sider. ISBN: 978-87-7119-189-9. e-ISBN: 978-87-7119-190-5. Vejledende pris: 190,00 kr.
- 13:27 Holt, H. & K. Nilsson: *Arbejdsfastholdelse af skadelidte medarbejdere. Virksomhedernes rolle og erfaringer*. 100 sider. ISBN: 978-87-7119-191-2. e-ISBN: 978-87-7119-192-9. Vejledende pris: 100,00 kr.

# HVERDAGSLIV OG LEVEVILKÅR FOR MENNESKER MED FUNKTIONSNEDSÆTTELSE

EN ANALYSE AF SAMMENHÆNG MELLEM HVERDAGSLIV, SAMLIV, UDSATHED OG TYPE OG GRAD AF FUNKTIONSNEDSÆTTELSE

Knap hver tredje dansker har en fysisk eller psykisk funktionsnedsættelse i større eller mindre grad. Denne rapport viser, hvordan funktionsnedsættelse har betydning for dagligdag og levevilkår i form af bl.a. barrierer for deltagelse og forskelsbehandling.

Rapportens resultater bygger på analyser af et omfattende datamateriale fra en spørgeskemaundersøgelse og registerdata på knap 19.000 personer i Danmark mellem 16 og 64 år

Resultaterne viser, at personer med funktionsnedsættelse generelt møder hindringer for at deltage på lige fod med andre i samfundslivet og specielt hvad angår fællesskaber, hvor rammer og normer for handlinger og gøremål ikke nødvendigvis er klare. Barriererne opleves fx i forhold til at gå på café, i biografen, mødes med venner, danne parforhold og i sexlivet.

Rapporten påviser også, hvordan faste og mere institutionaliserede strukturer som arbejds- og familieliv, frivilligt arbejde og foreningsliv har betydning for samfundsdeltagelse i øvrigt.

Undersøgelsen er bestilt af Social-, Børne- og Integrationsministeriet og finansieret af satspuljemidler

