

Funksjonshemmede i Europa

Andelen som rapporterer at de har en funksjonshemming er i Norge om lag på samme nivå som gjennomsnittet i EU-landene. I vårt naboland Danmark sier 5 prosentpoeng flere at de har en funksjonshemming, mens en del færre oppgir det samme i Irland og Spania. Helseproblemene som nevnes av flest, uavhengig av landbakgrunn, er relatert til hender og armer, ben og føtter, og rygg og nakke. Samtidig er det lite variasjon i de helseproblemene eller funksjonshemningene som rapporteres, og det er også begrensede forskjeller i arbeidsmarkedstilknytning for gruppen.

Jørgen Svalund

Vekt på integrering

Enkelte grupper har en begrenset tilgang til arbeidslivet både i Norge og i andre europeiske land. Det har i mange år vært fokus på å unngå at funksjonshemmede skal diskrimineres i arbeidslivet, og å sikre at denne gruppen har de samme mulighetene for å få arbeid som andre arbeidstakergrupper. The International Labour Organisation (ILO) la allerede i 1944 vekt på at funksjonshemmede "*whatever the origin of their disability, should be provided with full opportunities for rehabilitation, specialized vocational guidance, training and retraining, and employment on useful work*" (ILO 1944). I Norge har arbeidslinjen, som ble introdusert med *Attføringsmeldingen* (St.meld. nr. 39 1991-92), vært en viktig politisk strategi. Hovedmålsettingen med denne politiske linjen har vært å integrere personer med funksjonshemninger i arbeidslivet, og hindre utstøting. De som er i stand til å arbeide skal kunne gjøre det, eventuelt i kombinasjon med trygd. I andre europeiske land har ulike tilnærminger vært forsøkt de senere år (Thornton og Lunt 1997).

Undersøkelsen om funksjonshemninger var et tillegg til Arbeidskraftundersøkelsen (AKU) i 2002¹, og ble gjennomført på initiativ fra EUROSTAT (EUs statistiske "sentralbyrå"). Initiativet var obligatorisk for medlemslandene,

Data om funksjonshemmede

I 2002 ble det gjennomført undersøkelser om funksjonshemming og funksjonshemmedes forhold til arbeidsmarkedet i EU-landene og enkelte andre europeiske land, deriblant Norge. Det er kun offentliggjort enkelte resultater fra alle EU-landene (Dupré og Karjalainen 2003). I denne artikkelen har jeg valgt å ta for meg følgende europeiske land: Norge (Bø 2003), Danmark (Skov og Smed Christensen 2003), Storbritannia (Smith og Twomey 2002), Irland (CSO 2002) og Spania (INE 2003).

Valg av land

Det er ulike grunner til at disse landene ble tatt med. Norge var selvskreven. Danmark er med fordi det ligger i skillelinjen mellom Skandinavia og resten av det europeiske området. Arbeidsmarkedspolitikken i Danmark er ulik den norske når det gjelder for eksempel ansettelsestrygghet. Ifølge OECD har kun 7 land blant 27 OECD-land svakere ansettelsesvern enn Danmark, mens Norge har det sterkeste i Norden og det åttende sterkeste totalt (OECD 1999:66). Generelt er ansettelsesvernet svakest i engelskspråklige land (OECD 1999). Dette bidro til at jeg trakk inn Storbritannia og Irland. Disse landene representerer samtidig sentrale land i EU med en litt annen velferdsstatsmodell enn Norge. Videre var det ønskelig å se nærmere på et søreuropeisk land, hvor både kultur, næringsstruktur og oppbygningen av velferdsstaten er ulik den vi kjenner i Norden. Av denne grunn ble Spania valgt.

Jørgen Svalund er førstekonsulent i Statistisk sentralbyrå, Seksjon for helsestatistikk (jorgen.svalund@ssb.no).

men frivillig for EØS-landene (Norge). EU ga en mal for hvilke data som skulle samles inn, men enkeltland var fri til å fortolke og utforme et eget opplegg. Undersøkelsene i enkeltland er således "sydd over samme lest", men det er likevel lokale variasjoner i hvordan undersøkelsen er utformet og gjennomført. Blant annet er det forskjeller mellom landene i utformingen av selve spørsmålsteksten som skal fange inn personer med funksjonshemninger. EUROSTATs utkast til AKU-tillegget om funksjonshemming hadde formuleringen: "*Do you have any longstanding health problem or disability? By longstanding I mean anything that has troubled you over the past 6 months, or that is likely to affect you for at least 6 months.*"(EUROSTAT 2001).

Spesielle formuleringer i den norske undersøkelsen

I den norske undersøkelsen ble deltakere i arbeidskraftundersøkelsen stilt spørsmålet: *Har du etter din mening en funksjonshemming? Før spørsmålet var det en fyldig innledningstekst: "med funksjonshemming menes fysiske eller psykiske helseproblemer av mer varig karakter som kan medføre begrensninger i det daglige liv. Det kan for eksempel være sterkt nedsatt syn eller hørsel, lese- og skrivevansker, bevegelsehemninger, hjerte- eller lungeproblemer, psykisk utviklingshemning, psykiske lidelser eller annet".* Denne teksten ble ikke benyttet i de øvrige land som inngår i sammenligningen her (originalteksten i de øvrige lands undersøkelser er referert i note 2). I fortolkningen av resultatene og i sammenligninger mellom Norge og de øvrige europeiske landene er det viktig å være oppmerksom på variasjonen i spørsmålsformuleringen. Mens det i EUROSTATs anbefaling ligger et tydelig kriterium om at et eventuelt helseproblem eller funksjonshemming (disability) skal ha vart eller forventes å vare i 6 måneder eller mer, spørres det i den norske undersøkelsen kun etter funksjonshemming. I undersøkelsen presiseres det imidlertid at det er snakk om helseproblemer av mer *varig karakter* (som kan medføre begrensninger i dagliglivet), og det gis eksempler på hva slags helseproblemer det kan være. Intervjuerne i Norge hadde videre fått instruks om at begrepet *varig* helseproblem betyr en varighet på minst 6 måneder. Det er vanskelig å vite hva slags effekt dette gir på rapporteringen av funksjonshemninger og hvilke helseproblemer som angis. Det er imidlertid viktig å være oppmerksom på disse forskjellene når norske tall sammenlignes med tall fra de øvrige europeiske landene.

Sammenfatningsvis kan det konkluderes med at en bør være varsom med å tillegge små forskjeller avgjørende vekt, spesielt når gruppene som sammenlignes er relativt små.

Funksjonshemmende samfunn

Enkelte personer har ytre, klare begrensninger i funksjonsevne, og er av den grunn "hemmet" i hverdagen. Historisk har diskusjoner rundt "funksjonshemmede" dreid seg om individuelle trekk, og enkeltmenneskers fysiske eller psykiske funksjonsbegrensninger. I de senere årene har det utviklet seg en generell enighet om at det er for snevert å utelukkende studere enkeltmenneskers evner når funksjonshemninger og grader av dette skal diskuteres (Grue 1995; ICF 2001). Hvilke fysiske eller psykiske helseproblemer som medfører reelle begrensninger eller problemer i forhold tilfor eksempel deltakelse i arbeidslivet, vil variere for eksempel i forhold til om et samfunn er dominert av arbeidsintensive næringer, kontra et senmoderne industri-samfunn som Norge. Utformingen av utdanningsinstitusjoner, arbeidsoppgaver og arbeidsplasser, transport og så videre påvirker hvilket

Hvem er med – målgruppen for undersøkelsen

Tilleggskjemaet om funksjonshemmede ble heftet på arbeidskraftundersøkelsene. Arbeidskraftundersøkelsene er godt etablerte undersøkelser i de fleste europeiske land og er til dels ulikt organisert. I Norge er deltakelse i den tradisjonelle AKU pliktig og andelen som svarte på denne i 2. kvartal 2002 var svært høy, hvor 87,2 prosent i den aktuelle aldersgruppen³ svarte (Bø 2003:18). Det er også pliktig deltakelse i Spania, og svarprosenten er høy (92). I Danmark, Irland og Storbritannia er det frivillig å delta i AKU, og svarprosenten i disse landene er henholdsvis 70, 94 og 78 prosent. I øvrige EU-land varierer svarprosenten fra 55-66 (Nederland) og opp til hele 98 (Tyskland). Et flertall av landene i EU ligger rundt 90 (+/- 3-4 prosent) (EUROSTAT 2003).

Ulike land opererer med ulik aldersavgrensning for undersøkelsen. I Norge, Spania og Danmark ble alle mellom 16 (15) og 66 år spurt. I Irland ble den øvre aldersgrensen for deltakelse satt ved 64 år, og Storbritannia hadde differensierte aldersgrenser for henholdsvis kvinner (59 år) og menn (64 år). At noen undersøkelser omfatter en større andel eldre personer får betydning for resultatene, siden andelen personer med funksjonshemninger øker med alder.

funksjonsnivå som kreves av den enkelte i samfunnet. Kravene til funksjons-evne er også avhengig av egne og andres *forventninger*. Kvinner og menn, voksne og barn har ulike forutsetninger både når det gjelder styrke og koordinasjon. Vår forståelse av egne og andres funksjonshemninger er ikke bare avhengig av den enkeltes evne til å fungere, men like mye av våre egne forventninger om hva som er "normale" evner for ulike personer i ulike aldre i ulike situasjoner (Fløtten 1992). Forståelsen av hva som er "normale" evner, og behovet i samfunnet for ulike former for fysisk eller psykisk kompetanse, påvirker antallet personer som selv opplever at de har en funksjonshemming.

Norge i mellomsjiktet

Utformingen av spørsmålene i undersøkelsene, hvor den enkelte blir spurt om han eller hun *selv* opplever at de har en funksjonshemming, betyr at det er den enkeltes *subjektive* oppfattelse av egen situasjon som settes i fokus. Selvrapportering gir oss mulighet til å se nærmere på de som selv opplever at de har funksjonshemninger. Samtidig er det ikke mulig å vurdere svarene kritisk gjennom å innhente andres meninger om den enkeltes funksjonshemninger, og sammenhenger og konsekvenser av disse (Elstad 1998:9-10). Et problem ved egenrapportering av funksjonshemninger i en sammenlignende studie oppstår dersom forståelsen av hva det vil si å ha en funksjonshemming varierer veldig mellom ulike land. Er dette tilfellet, fanger undersøkelsene opp ulike grupper med ulike muligheter og problemer under fellesbetegnelsen "personer med funksjonshemninger". I tillegg til dette kan den enkeltes evne og vilje til å besvare spørsmålene spille inn. Funksjonshemninger kan i seg selv begrense disse mulighetene.

Andelen som rapporterer at de har en funksjonshemming (tabell 1) som er langvarig og som begrenser dem, varierer relativt mye mellom ulike europeiske land. Gjennomsnittet for de 15 EU-landene ligger på om lag 16 prosent.

I Danmark og Storbritannia er det relativt høye andeler funksjonshemmede, henholdsvis 20 og 19 prosent. At andelen i Storbritannia er så vidt høy er interessant sett på bakgrunn av at det opereres med en strengere aldersavgrænsing her enn i de øvrige landene. For kvinner er aldersgrensen satt til 59 år, sammenlignet med henholdsvis 64 og 66 år for de øvrige landene. Norge plasserer seg i mellomsjiktet og har en litt lavere andel funksjonshemmede sammenlignet med gjennomsnittet for EU. Spania (9 prosent) og Irland (10 prosent) har en relativt lav andel funksjonshemmede.

Tabell 1 viser at det generelt er små forskjeller mellom menn og kvinner. Det kommer frem at noen flere norske og danske kvinner rapporterer at de har en funksjonshemming, sammenlignet med menn i disse landene.

Tabell 1. Andel som rapporterer at de har en funksjonshemming totalt, og etter kjønn og alder i ulike land. Prosent

	Andel funksjonshemmede	Kjønn		Aldersgrupper			Aldersinndeling
		Menn	Kvinner	1	2	3	
EU-landene ¹	16	17	16				
Norge	15	14	16	6	12	30	1: 16-24 2: 25-49 3: 50-66
Danmark	20	19	22	12	20	32	1: 15-29 2: 30-54 3: 55-66
Storbritannia	19	19	19	10	15	34	1: 16-24 2: 25-49 3: 50-64
Irland	10	11	10	5	10	24	(menn) og 50-59 (kvinner) 1: 15-24 2: 25-54 3: 55-64
Spania	9	9	8	3	6	16	1: 16-24 2: 25-44 3: 45-64

¹ Dessverre er det ikke tilgjengelig aldersfordelte tall for EU-landene.
Kilde: Dupré og Karjalainen (2003), Bø (2003), Skov og Smed Christensen (2003), Smith og Twomey (2002), CSO (2002) og INE (2003).

En tilsvarende forskjell eksisterer ikke i de andre landene. Yrkesdeltakelsen blant kvinner er svært høy i Norge og Danmark. Det er mulig at forventningene til egen funksjonsevne er høyere enn i de andre landene ut fra likestillingsforhold, der kvinners ambisjoner knyttet til jobb og utdanning trolig er høyere. Dersom utdanning og yrkeskarriere samtidig betyr økte krav til enkelte former for funksjonsevne, betyr det at flere vil oppleve at deres funksjonelle kapasitet ikke strekker til.

Forekomsten av en rekke varige helseproblemer eller funksjonshemninger som mennesker pådrar seg, øker med alder.⁴ Tabell 1 viser at en høyere andel oppgir at de har en funksjonshemming i Danmark og Storbritannia enn i Norge, uansett alderskategori. Men denne forskjellen i rapportering mellom Norge og disse landene reduseres kraftig i eldre alderskategorier. Samtidig er det svært liten andel i Spania, og relativt begrenset andel i Irland som oppgir det samme, uansett alderskategori. Det er derfor lite som tyder på at forskjeller i alderssammensetningen i ulike land virker inn på andelen som oppgir at de har en funksjonshemming totalt sett.

Kulturelle fortolkningsrammer

Som nevnt, er funksjonshemming i denne sammenheng basert på en subjektiv opplevelse av egne evner. Krav og forventninger som stilles fra den enkelte selv og av omgivelsene, blir en viktig fortolkningsramme. Ulike forventninger gir ulik rapportering. Danmark og Storbritannia har en høy andel funksjonshemmede, mens Norge ligger i mellomstadiet. Dette er velstående land som har mulighet til å påvirke funksjonskravene i samfunnet gjennom lovverk og ressursfordeling, blant annet ved økt tilrettelegging av arbeid, gode transportmuligheter med mer. Samtidig er dette land hvor en stor andel av befolkningen er i arbeid og arbeider mye. Sysselsettingen i tjenesteytende næringer og andre mindre arbeidsintensive næringer er høy. Det er grunn til å anta at dette er en hovedgrunn til rapporteringen som kommer frem her.

Irland og Spania har lave andeler som opplever at de har en funksjonshemming i forhold til andre EU-land. Disse landene preges i større grad av industri, landbruk og andre arbeidsintensive næringer. Ut fra en argumentasjon om at det kreves større fysisk styrke og ferdigheter i disse næringene, vil kravene til funksjonsevne i arbeidslivet være høyere. På den andre siden kan det tenkes at yrkesstrukturen er mer differensiert, og at det finnes behov for arbeidskraft på flere ferdighets- eller kompetansenivåer, sammenlignet med for eksempel Skandinavia. Ut fra en slik tankegang kan det tenkes at terskelen for å oppleve at man selv har en funksjonshemming er høyere i disse landene. Trolig er forskjellene et utslag av en serie forhold der dette kan være en av flere medvirkende forklaringer.

Hva slags helseproblemer er funksjonshemmende i ulike europeiske land?

Tidligere i artikkelen er det argumentert for at rapporteringen av funksjonshemninger i ulike land ikke bare er avhengig av den enkeltes ytelsesnivå, men også av krav og forventninger fra den enkelte selv, andre mennesker og samfunnsorganiseringen i stort. Personer som svarte at de hadde en funksjonshemming, fikk videre et oppfølgingsspørsmål, som lød: "*What type of health problem or disability do you have?*" (EUROSTAT 2001), hvorpå en liste med helseproblemer eller funksjonshemninger ble lest opp. Formålet med spørsmålet var å få et bilde av på hvilke områder de som selv opplever

at de har funksjonshemninger, møter problemer eller begrensninger. Er det variasjoner i forhold til hvilke varige helseproblemer som folk i ulike europeiske land opplever som problematiske eller begrensende, eller fanger undersøkelsene stort sett opp den samme gruppen i ulike land?

Dersom det er variasjoner, kan det være et utslag av to forhold. Andelen med ulike former for helseproblemer i landene det fokuseres på her, er ulik. Eller det kan være at forståelsen av hva det vil si å ha en funksjonshemming, kravene den enkelte møter, og forventningene til eget ytelsesnivå, er forskjellig. Endelig kan det være en kombinasjon av disse to forholdene.

De ulike problemene som er listet opp, er referert i tabell 2. Det er her *ikke* spørsmål om helseproblemer i seg selv, men en angivelse av hvilke helseproblemer som den enkelte oppfatter som en funksjonshemming. Det fokuseres kun på negative aspekter i denne sammenhengen. En svakhet ved en slik tilnærming er at den ikke tar inn over seg at en person som har svekkelser på enkelte områder, kan ha andre fysiske eller psykiske egenskaper som er tilsvarende styrker på andre områder (ICF 2001).

Tabell 2 viser at mange har problemer knyttet til hender eller armer, ben og føtter, og rygg eller nakke. I gjennomsnittet oppgir 37 prosent av de som har svart i EU-landene at de har en funksjonshemming, at funksjonshemmingen er relatert til dette. Andelen som har slike problemer er høyere i Norge (50 prosent) enn i de andre europeiske landene. Det er imidlertid store forskjeller også mellom de øvrige landene. Om lag 44 prosent av dansker sa de møtte problemer som var knyttet til armer, ben, rygg eller nakke. Dette er verdier over gjennomsnittet for EU. I den andre enden av skalaen ligger Irland, hvor rundt 27 prosent sier det samme.

Om lag 11 prosent i EU svarte at de hadde funksjonshemninger som er relatert til lunge- og pusteproblemer. Briter og irer ligger her over EU-gjennomsnittet, mens en del færre (6-7 prosent) svarer dette i Danmark og Spania.

Tabell 2. Type helseproblem blant personer som har varige helseproblemer/funksjonshemming i utvalgte europeiske land. Prosent

	Norge	Danmark	Storbritannia	Irland	Spania	EU-landene
I alt	100	98	100	99	100	100,1
Problemer med hender eller armer (inkl. revmatisme)	11	6	6	5	6	7
Problemer med ben eller føtter (inkl. revmatisme)	11	10	11	8	13	11
Rygg- eller nakkeproblemer (inkl. revmatisme)	28	28	18	14	20	19
Synsproblemer/blindhet	4	2	2	2	4	3
Hørselsproblemer/døvhed	4	2	2	2	2	2
Talevansker	0	0	1	0
Hudproblemer (inkl. allergier)	2	2	2	2	1	3
Lunge- og pusteproblemer, (inkl. astma og bronkitt)	6	7	13	15	6	11
Hjerte- og karsykdommer	6	10	11	14	11	13
Mage-, tarm-, nyre-/leversykdommer	2	3	5	4	5	5
Diabetes	2	4	5	5	4	4
Epilepsi	1	1	2	2	1	1
Psykiske problemer (angst, depresjon, fobier, nerveproblemer og lignende)	10	9	9	10	15	10
Lese- og skrivevansker (dysleksi), tallblindhet/regnevansker (dyskalkuli) ¹	4	..	2
Andre alvorlige sykdommer (kreft, MS, hiv, Parkinsons)	3	7	4	6	8	3
Andre varige helseproblemer (inkl. rusmiddelmissbruk)	8	7	8	10	5	9

¹ Lese og skrivevansker inngikk i kategorien "psykiske problemer" for alle land unntatt Norge og Storbritannia.

Kilde: Dupré og Karjalainen (2003), Bø (2003), Skov og Smed Christensen (2003), Smith og Twomey (2002), CSO (2002) og INE (2003).

Tabell 3. Politiske tiltak som kan påvirke funksjonshemmedes situasjon i arbeidslivet

1: Etterspørsel	Incentivordninger Reguleringer	For eksempel lønnsubsidier og skattelette For eksempel kvoteordninger og lovgivning
2: Tilbud	Kvalifisering	For eksempel attføring og jobbtrening
3: Stønadstilbud	Disincentiv	Stønadstilbudet kan være så godt at det virker som disincentiv for yrkesaktivitet
Kilde: Fløtten (1992: 34, figur 3.1).		

Noen flere (13 prosent) i EU oppgir at de har funksjonshemninger som er relatert til problemer med hjerte- og karsystemet. I Norge sier 6 prosent at dette er en type helseproblem eller funksjonshemming de møter, noe som er et stykke under EU-gjennomsnittet.

Et viktig helseproblem i EU-landene er psykiske problemer. 10 prosent av de som har funksjonshemninger i EU oppgir at disse begrensningene henger sammen med psykiske problemer. De samme tallene kommer frem for de andre landene som trekkes frem her, med ett unntak: I Spania rapporterer noen flere, rundt 15 prosent, at dette er et helseproblem eller en funksjonshemming de har.

Det kan konkluderes med at det er noen mindre variasjoner mellom landene når det gjelder hvilke helseproblemer som oppleves som begrensende. Samtidig er det nokså små forskjeller etter utbredelse av helseproblemer mellom landene. Problemer knyttet til hender eller armer, ben og føtter, og rygg eller nakke er viktige helseproblemer for en stor andel som opplever at de har funksjonshemninger i alle landene. Videre er lunge- og pusteproblemer, problemer med hjerte- og karsystemet, samt psykiske problemer viktige helseproblemer for mange som sier de har funksjonshemninger i disse landene.

Arbeid og funksjonshemninger i ulike velferdsland²

Enhver velferdsstat setter rammer for den enkeltes utfoldelsesmuligheter i samfunnsliv og arbeidsliv. I studien *Funksjonshemmede i Europa* (Fløtten 1992) ble det laget en inndeling som viser ulike politiske tiltak som regulerer funksjonshemmedes forhold til arbeidsmarkedet. I hovedsak kan tiltakene deles inn i tre hovedtyper, *etterspørselsrettede* tiltak, *tilbudsrettede* tiltak, samt tiltak som er knyttet til ulike former for *stønadstilbud*.

Med *etterspørselsrettede* tiltak tenkes det her på tiltak som griper inn i utforming av arbeidsmarkedet, ved at for eksempel arbeidsgivere som ansetter individer med funksjonshemninger får gunstige skattemessige betingelser. I tillegg kan arbeidslivet reguleres, blant annet ved at det innføres tiltak som i større grad sanksjonerer arbeidsgivere som ikke ansetter funksjonshemmede. Det kan gis bøter ved diskriminering i henhold til lovverk eller det kan innføres kvoteordninger som arbeidsgiverne må følge opp. Med tilbudsside-tiltak menes det at myndighetene legger vekt på tiltak overfor den enkelte som har funksjonshemninger. Dette kan for eksempel skje ved at det arrangeres kurs og opplæring i regi av arbeidsmarkedsetaten. Den tredje typen av tiltak dreier seg i hovedsak om økonomisk kompensasjon for tapt arbeidsinntekt gjennom stønader og trygder. Spesielt i Storbritannia har det vært antatt at dersom trygdene er for gode, vil disse bidra til at funksjonshemmede ikke ønsker å komme seg ut i arbeidslivet, eller i det minste at motivasjonen for dette reduseres (Fløtten 1992, Smith og Twomey 2002).

Tabell 4. Andel med funksjonshemninger og befolkningen totalt (16-66 år) som er sysselsatt og arbeidsledig i ulike land. Prosent

	Andel sysselsatte funksjons- hemmede	Andel arbeidsledige funksjons- hemmede	Andel sysselsatte i befolkningen totalt	Andel arbeidsledige i befolkningen totalt
Norge	47	3	80	3
Danmark	50	3	81	4
Storbritannia ¹	48	8	75	5
Irland	40	3	65	3

¹ Menn 16-66 år, kvinner 16-59 år.
Kilde: Bø (2003), Skov og Smed Christensen (2003), Smith og Twomey (2002) og CSO (2002).

I Storbritannia og Irland har det vært lagt vekt på en kombinasjon av etterspørselsrettede tiltak på den ene siden, og stønadstilbud på den andre siden. Det har vært viktig å unngå at stønadene samlet sett skal bli så høye at de virker passiviserende (Thornton og Lunt 1997). I de skandinaviske landene har vekten vært lagt på integrering av funksjonshemmede i arbeidslivet gjennom bruk av tilbudsrettede tiltak. Blant annet tilbys funksjonshemmede opplæring av ulike slag. I tillegg har det vært lagt vekt på å øke arbeidsgivernes etterspørsel etter arbeidstakere med funksjonshemninger, gjennom offentlige støtteordninger og tilbud om tilrettelegging av arbeidsplassene.

Funksjonshemmede i arbeid?

Tabell 4 viser at det er små forskjeller mellom landene når det gjelder andelen personer med funksjonshemninger som er sysselsatt, til tross for at den politiske utformingen av tiltak for å integrere denne gruppen i arbeidslivet er forskjellig. Det viser seg at andelen funksjonshemmede som er sysselsatt er omtrent like høy i Storbritannia som i Norge, på tross av at arbeidsmarkedspolitikken i de to landene er ulik på en rekke områder.

OECD rapporterte i 1999 at ansettelsesvernet i Danmark og de engelskspråklige landene er klart dårligere enn i Norge (OECD 1999). Samtidig antydte de at ungdom og kvinner hadde noe mindre sjanse for sysselsetting når ansettelsesvernet er sterkt (OECD 1999:47). Dette er grupper som på linje med funksjonshemmede ofte trekkes inn i diskusjoner knyttet til diskriminering og marginalisering i arbeidslivet. Også på den bakgrunn er det interessant å konstatere at andelen med funksjonshemninger som er i arbeid, varierer så vidt lite mellom landene.

Imidlertid varierer andelen som er sysselsatt i befolkningen som helhet. Irland har en lav sysselsettingsprosent. I land hvor sysselsettingsprosenten generelt er lav, kan det også forventes at noen færre med funksjonshemninger kommer i arbeid. Når vi ser nærmere på forholdet mellom andelen med funksjonshemninger som er i arbeid og andelen i befolkningen som er i arbeid, er prosentdifferansen i Norge høyere enn i de andre landene. Det er altså større forskjell mellom andelen personer med funksjonshemninger i arbeid og andelen sysselsatt i befolkningen totalt i Norge, sammenlignet med de andre landene vi ser på.

¹ For Storbritannia er tallene fra 2001. Designet og spørsmålene er imidlertid det samme.

² Spørsmålsformuleringen i de ulike landene var som følger: Danmark: "Har de et længerevarende helbredsproblem eller et handicap?" Irland: "A longstanding health problem or disability refers to anything that has affected respondents over the past 6 months, or that is likely to affect respondents for at least 6 months." Spania: "¿Sufre usted algún problema de salud o algún tipo de discapacidad cuya duración sea o vaya a ser igual o superior a 6 meses?"

³ Bruttoutvalget i den ordinære AKU i Norge er på 24 000 personer. I tilleggsundersøkelsen ble aldersgruppen 67-74 år utelukket, samt at spørsmålene kun ble stilt ved direkte intervju, det vil si når intervjuobjektet selv ble intervjuet. Bruttoutvalget ble dermed på 16 698 personer.

⁴ Ulik praksis med hensyn til aldersinndeling gjør fortolkning av resultatene vanskelig, men jeg velger likevel å presentere resultatene.

⁵ Ikke tilgjengelige tall for Spania.

Videre viser tabell 4 at det er klart flere funksjonshemmede som er arbeidsledig i Storbritannia. I Storbritannia er 8 prosent av funksjonshemmede arbeidsledige, mot 3 prosent i de andre landene. Samtidig er det viktig å legge merke til at arbeidsledigheten i Storbritannia i befolkningen totalt også er høyere enn i de andre landene.

Dersom vi slår sammen sysselsatte funksjonshemmede og arbeidsledige funksjonshemmede får vi et bilde av andelen funksjonshemmede som er i arbeidsstyrken. Disse har et aktivt forhold til arbeidsmarkedet i den forstand at de har arbeid eller aktivt søker arbeid. Da kommer det frem at noen flere funksjonshemmede inngår i arbeidsstyrken i Danmark (53 prosent) og Storbritannia (56 prosent), sammenlignet med Norge (50 prosent) og spesielt sammenlignet med Irland (43 prosent).

Avsluttende kommentarer

"Funksjonshemninger" skapes i møtet mellom enkeltindividets funksjonskapasitet og krav han eller hun stilles overfor fra omgivelsene. Hvilke krav den enkelte stilles overfor, vil variere innen land, og mellom land. Dette gjør sammenligning og fortolkning av tall om egenrapporterte funksjonshemninger i ulike land relativt vanskelig.

Tallene i denne artikkelen viser at andelen som rapporterer at de har en funksjonshemming i Norge, er om lag på samme nivå som gjennomsnittet i EU-landene. I vårt naboland Danmark sier 5 prosentpoeng flere at de har en funksjonshemming, mens en del færre oppgir det samme i Irland og Spania. Helseproblemene som nevnes av flest uavhengig av landbakgrunn, er relatert til hender og armer, ben og føtter, og rygg og nakke. Samtidig er det lite variasjon i helseproblemer eller funksjonshemninger som rapporteres. Ett trekk er derfor tydelig. Enhet. På tross av enkelte mindre forskjeller i type helseproblemer som dominerer, er bildet som tegner seg likevel at forskjellene er relativt små.

Det er samtidig små forskjeller mellom landene når det gjelder andelen personer med funksjonshemninger som er i arbeid. Det er klare ulikheter mellom landene med hensyn til fordeling av velferd, utforming av arbeidsmarkedene generelt, og hvordan virkemidler rettet mot integrasjon av funksjonshemmede på arbeidsmarkedet er og har vært utformet. På den bakgrunn kunne en kanskje ventet at forskjellene i arbeidsmarkedstilknytning innenfor EU-området hadde vært større for denne gruppen.

Referanser

- Bø, Tor Petter (2003): *Funksjonshemmede på arbeidsmarkedet: rapport fra tilleggsundersøkelse til Arbeidskraftundersøkelsen (AKU) 2. kvartal 2003*, Rapporter 2003/25, Statistisk sentralbyrå.
- CSO (2002): *Quarterly National Household Survey. Disability in the Labour Force Second Quarter 2002*. Dublin: Central Statistics Office.
- Dupré, Didier og Antti Karjalainen (2003): "Employment of disabled people in Europe in 2002" i *Statistics in focus: Population and social conditions*. Theme 3-26/2003. Population and living conditions. EUROSTAT.
- Elstad, Jon Ivar (1998): *Funksjonshemmede og psykisk helse: en analyse av Statistisk sentralbyrås Helseundersøkelser*. NOVA-rapport; 3/1998. Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.
- EUROSTAT (2001): *Labour Force Survey: Document for item 2.2 of the agenda. Ad hoc module - 2002: last examination of the draft regulation*. Working group: Employment statistics.
- EUROSTAT (2003): *European social statistics. Labour force survey results 2002*.
- Fløtten, Tone (1992): *Funksjonshemmede i Europa: en rapport utarbeidet på oppdrag fra Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon*, FAFO-rapport:139, Oslo: FAFO.
- Grue, Lars (1995): *Funksjonshemmet: klassifisering og definisjoner*. INAS-notat, 1995:1, Oslo: Institutt for sosialforskning.
- ICF (2001): *International classification of functioning, disability and health*, Geneva: World Health Organization.
- Ine (2003): *Module year 2002: Disabled people and their relationship with employment*. <http://www.ine.es/inebase/cgi/>, Madrid: Instituto Nacional de Estadística.
- ILO (1944): *Employment (Transition from War to Peace) Recommendation No. 71, 1944*.
- OECD (1999): "Employment Protection and labour market performance". 3*Employment Outlook*, juni 1999. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Developments.
- Thornton, Patricia og Neil Lunt (1997): *Employment policies for disabled people in eighteen countries: a review*. York: University of York, Social Policy Research Unit
- St.meld. nr. 39 (1991-92): *Attføring og arbeid for yrkeshemmede. Sykepenger og uførepensjon (Attføringsmeldingen)*. Arbeids- og administrasjonsdepartementet.
- Skov, Vesla og Lars P. Smed Christensen, (2003): *Helbredsproblemer og arbeidsliv. 15-66 årige 2. kvartal 2002*. Danmarks Statistik.
- Smith, Allan og Breda Twomey (2002): *Labour market experiences of people with disabilities*. National statistics feature: Labour Market Trends. Storbritannia: Office for national statistics.