


Levekår blant personer med nedsatt funksjonsevne

**Analyse av levekårsundersøkelsen blant
personer med nedsatt funksjonsevne 2007
(LKF)**

Thomas Hugaas Molden
Christian Wendelborg
Jan Tøssebro

 NTNU Samfunnsforskning AS

Postadresse: NTNU Dragvoll, 7491 Trondheim
Besøksadresse: Loholt Allé 85, Paviljong B

Telefon: 73 59 63 00
Telefaks: 73 59 62 24

E-post: kontakt@samfunn.ntnu.no
Web.: www.ntnusamfunnsforskning.no

Foretaksnr. NO 986 243 836

NTNU Samfunnsforskning AS
Avdeling for mangfold og inkludering
April 2009

ISBN 978-82-7570-196-9

FORORD

NTNU Samfunnsforskning har på oppdrag fra Nasjonalt dokumentasjonssenter for personer med nedsatt funksjonsevne (nå innlemmet i Likestillings- og diskrimineringsombudet) gjennomført en analyse av levekårsdata for personer med nedsatt funksjonsevne. Grunnlaget for analysen er data fra Levekårsundersøkelsen for personer med nedsatt funksjonsevne (LKF 2007), og sammenlignbare levekårsdata for den øvrige befolkningen.

Denne rapporten gir en generell oversikt over personer med nedsatt funksjonsevne og deres levekår på ulike samfunnsområder per 2007. Gruppen med "nedsatt funksjonsevne" er definert og operasjonalisert på bakgrunn av opplysninger respondenten selv har gitt i intervju om egen helse og funksjonsevne. Hovedsakelig er datagrunnlaget Levekårsundersøkelse blant personer med nedsatt funksjonsevne (LKF 2007). Sammenligningsgrunnlaget er i all hovedsak data fra Statistisk sentralbyrås generelle levekårsundersøkelser og Arbeidskraftundersøkelsen. Studiepopulasjonen i LKF 2007 omfatter både hjemmeboende personer og institusjonsbeboere i alderen 20-67 år. For levekårsundersøkelsene er populasjonen hjemmeboende personer.

Trondheim, april 2009

Thomas Hugaas Molden

Christian Wendelborg

Jan Tøssebro

INNHold

	side
FORORD	iii
INNHold	v
FIGURLISTE	vii
TABELLER	viii
1. INNLEDNING	1
1.1 Hvem er funksjonshemmet?	2
1.2 Om levekårsundersøkelsen for personer med nedsatt funksjonsevne	4
1.3 Avgrensning av målgruppen for undersøkelsen	6
1.4 Sammenligning med befolkningen for øvrig	6
1.5 Noen generelle utfordringer	7
1.6 Egenskaper ved personer i undersøkelsen	8
2. UTDANNING	13
2.1 Utdanning blant personer med og uten nedsatt funksjonsevne	13
2.1.1 Utdanning, nedsatt funksjonsevne og kjønn	14
2.1.2 Utdanning, nedsatt funksjonsevne og alder	15
2.1.3 Fagbakgrunn	17
2.2 Nærmere om funksjonsnedsettelsen og utdanningsnivå	17
2.3 Studenter høstsemesteret 2007.	19
2.4 Endret utdanning grunnet nedsatt funksjonsevne	21
2.5 Erfaringer med tilrettelegging i videregående skole	22
2.6 Oppsummering	22
3. ARBEID	25
3.1 Yrkesaktivitet	25
3.1.1 Hva påvirker yrkesaktiviteten?	28
3.2 Yrkesfordeling	31
3.3 Arbeidstid	32
3.4 Ansettelsesform	34
3.5 Tilrettelegging av arbeidssituasjonen	34
3.5.1 Generelle tilpasninger i arbeidet	35
3.5.2 Tilpasninger for de som tidligere var i jobb	36
3.6 Økonomiske støtteordninger i forbindelse med arbeidet	37
3.7 IA-avtalen	38
3.8 Arbeidsledighet og jobbsøking	38
3.9 Diskriminering	40
3.10 Oppsummering	41
4. BOLIG OG BOFORHOLD	45
4.1 Bosted	45
4.2 Hustype	46
4.3 Boligstørrelse	46
4.4 Antall rom til disposisjon	47
4.5 Leie eller eie	47
4.6 Å finne en egnet bolig	49
4.7 Atkomst til bolig	50

4.8 Tilgjengelighet inne i boligen	50
4.9 Finansiering av bolig og betalingsproblemer	51
4.10 Omsorgs- og serviceboliger	52
4.11 Oppsummering	52
5. TRANSPORT	55
5.1 Transportbruk	56
5.2 Transportvansker	57
5.3 Transportordninger	60
5.4 Bil og bilbruk	61
5.5 Oppsummering	62
6. SOSIAL DELTAKELSE OG FRITID	65
6.1 Familiekontakt	65
6.2 Venner	66
6.3 Ensomhet	67
6.4 Naboskap	68
6.5 Bruk av tjenester til allmennheten	68
6.6 Engstelse	70
6.7 Feriereiser	71
6.8 Organisasjons- og foreningsliv	71
6.9 Deltakelse i fritidsaktiviteter	72
6.10 Oppsummering	74
7. AVSLUTNING	76
LITTERATUR	81
Vedlegg 1: Rekoding av type funksjonsnedsettelse	83

FIGURLISTE

Figur		side
Figur 1.1	Gap-modellen, misforholdet mellom individuell funksjonell kapasitet og krav til funksjon	3
Figur 1.2	Andel med nedsatt funksjonsevne etter alder. Prosent (screeningundersøkelsen, N=7632)	10
Figur 2.1	Andel med høyere utdanning i ulike aldersgrupper fordelt på personer med og uten nedsatt funksjonsevne, totalt og differanse (prosent)	16
Figur 5.1	Andel som har benyttet ulike offentlige transportmidler, og andel som har opplevd vansker ved å benytte transportmidlene. Prosent.	57

TABELLER

Tabell		side
Tabell 1.1	Typer funksjonsnedsettelse i utvalget (N=1652)	8
Tabell 1.2	Hovedfunksjonsnedsettelse (antall og prosent, N=1652)	9
Tabell 1.3	Tidspunkt for når funksjonsnedsettelsen inntraff. Antall og prosent	10
Tabell 1.4	Kjønnsfordeling med og uten nedsatt funksjonsevne. Prosent (Screeningundersøkelsen)	11
Tabell 2.1	Utdanning, tre grupper etter funksjonsevne. Prosent	14
Tabell 2.2	Utdanningsnivå etter kjønn og funksjonsevne. Prosent	15
Tabell 2.3	Utdanningsnivå fordelt på når nedsatt funksjonsevne inntraff. Prosent	18
Tabell 2.4	Utdanningsnivå etter type funksjonsnedsettelse. Prosent	19
Tabell 2.5	Studenter med nedsatt funksjonsevne fordelt på type funksjonsnedsettelse.	20
Tabell 2.6	Viktigste grunn for å velge annerledes (N=90)	21
Tabell 3.1	Andel yrkesaktive med funksjonsnedsettelse etter alder. Prosent	27
Tabell 3.2	Andel yrkesaktive etter type funksjonsnedsettelse. Prosent	28
Tabell 3.3	Logistisk regresjon på Yrkesaktivitet (0=ikke yrkesaktiv; 1=Yrkesaktiv) for samtlige, personer uten nedsatt funksjonsevne og personer med nedsatt funksjonsevne. OR=Oddsrate	29
Tabell 3.4	Logistisk regresjon på yrkesaktivitet (0=ikke yrkesaktiv; 1=yrkesaktiv) for personer med nedsatt funksjonsevne. N=1622	30
Tabell 3.5	Sysselsatte med funksjonsnedsettelse etter yrke og kjønn. Prosent. (N=904)	32
Tabell 3.6	Andel sysselsatte med funksjonsnedsettelse etter arbeidstid og kjønn. Prosent. (N=903)	33
Tabell 3.7	Andel sysselsatte med funksjonsnedsettelse etter arbeidstid og alder. Prosent. (N=903)	33
Tabell 3.8	I hvilken grad personer med nedsatt funksjonsevne kan påvirke egen arbeidssituasjon. Prosent	35
Tabell 3.9	Hovedaktivitet i dag for de som var i arbeid da funksjonsnedsettelsen inntraff. Prosent (N=1059)	36
Tabell 3.10	Andel som har deltatt på arbeidsmarkedstiltak etter type tiltak. Prosent	39
Tabell 3.11	Andel som har deltatt i yrkesrettet attføring etter type tiltak. Prosent	40
Tabell 4.1	Boligforhold for personer med funksjonsnedsettelse sammenlignet med befolkningen for øvrig. Prosent	48
Tabell 4.2	Boligforhold for personer med funksjonsnedsettelse, for personer med en funksjonsnedsettelse som begrenser i stor grad, samt etter i hvilken alder funksjonsnedsettelsen inntraff. Prosent	49
Tabell 4.3	Grad av tilpasset innvendig utforming av bolig tilpasset egne behov etter type funksjonsnedsettelse. Prosent. (N=1595)	51

Tabell 5.1	Andel som har opplevd vansker med å reise med kollektive transportmidler etter type funksjonsnedsettelse. Prosent	58
Tabell 5.2	Vansker knyttet til bruk av kollektivtransport. Prosent	59
Tabell 5.3	Grad av vansker knyttet til å reise med kollektivtransport. Prosent	59
Tabell 5.4	Andel som har opplevd vansker med å reise med kollektivtransport etter type funksjonsnedsettelse. Prosent. (N=1652)	60
Tabell 5.5	Andel som eier bil og som kjører bil selv etter funksjonsnedsettelse. Prosent.	62
Tabell 6.1	Andel som ofte eller av og til føler seg ensom etter type funksjonsnedsettelse. Prosent. (N=1652)	68
Tabell 6.2	Andel som opplever vansker knyttet til å benytte ulike tjenester siste år. Prosent	69
Tabell 6.3	Andel som opplever vansker knyttet til å benytte allmennyttige tjenester siste år etter type funksjonsnedsettelse. Prosent	69
Tabell 6.4	Årsaker til engstelse for å gå ut. Prosent. (N=199)	70
Tabell 6.5	Andel av personer med nedsatt funksjonsevne etter medlemskap i ulike foreninger og organisasjoner (LKU 2007 i parentes). Prosent. (N=1652)	72
Tabell 6.6	Andel av personer med nedsatt funksjonsevne som daglig eller ukentlig har drevet ulike fritidsaktiviteter de siste 12 månedene. Andel som kunne ønske å delta oftere i aktiviteter, men der vanskelig tilgjengelighet gjør at man lar være. Prosent. (N=1652)	73
Tabell 6.7	Andel som har vansker med å delta i fritidsaktiviteter etter funksjonsnedsettelse. Prosent	74

1. INNLEDNING

Denne rapporten handler om levekårene til personer med nedsatt funksjonsevne i Norge. Det å studere levekår har en lang tradisjon. Den første norske undersøkelsen ble gjennomført i begynnelsen av 1970-årene, etter en modell av en tilsvarende undersøkelse i Sverige noen år før. Nå gjennomføres det årlige undersøkelser av levekårene for befolkningen som helhet. Hensikten med slike undersøkelser har vært og er å avdekke sosiale problemer, undersøke forskjeller mellom grupper og følge utviklingen over tid. De har vært en del av det som kalles sosial rapportering, og er som sådan en del av informasjonsgrunnlaget for politikk. Det er av politisk betydning å vite om bestemte grupper kommer dårlig ut eller blir hengende etter.

I en slik kontekst er undersøkelser av levekårene til personer med nedsatt funksjonsevne viktig, ikke minst fordi det er grunn til å frykte at det kan være en opphopning av problemer. Undersøkelser av levekår vil kunne gi et bilde av om personer med nedsatt funksjonsevne skiller seg fra resten av befolkningen, og eventuelt på hvilken måte. Manglende kunnskap kan lett gi grobunn for "synsing" og løse antakelser. Med økt kunnskap kan det skapes større forståelse for funksjonshemmende forhold, og dette kan gi et bedre beslutningsgrunnlag. De vil ikke minst kunne gi informasjon om "rikets tilstand" i forhold til gjeldende politiske målsetninger på feltet, som for eksempel likestilling og full deltakelse, og de vil kunne fortelle noe om i hvilken retning utviklingen går.

I lys av dette er det egentlig ganske underlig at ikke funksjonshemming har hatt en større plass i levekårstradisjonen. I de senere år har riktignok de vanlige levekårsundersøkelsene hatt med noen spørsmål om nedsatt funksjonsevne. Dette har gitt grunnlag for noen sammenligninger med befolkningen for øvrig, og de indikerer en opphopning av dårlige levekår (se f. eks. Hem og Eide 1998). Samtidig har de vanlige levekårsundersøkelsene klare begrensninger. Personer med nedsatt funksjonsevne er en lite ensartet gruppe, og det kan være store forskjeller innad i gruppen. For å få fram et mer nyansert bilde er det derfor viktig å ha muligheter til å fange opp slike forskjeller, noe som krever både flere spørsmål og et større materiale enn det en vanlig levekårsundersøkelse vil gi. Det er også viktig at undersøkelsen er utformet på en slik måte at den fanger opp forhold som er spesielt relevant for personer med nedsatt funksjonsevne, men som kanskje ikke er så viktig for andre.

Dette er noen av grunnene til at det i 2007 ble gjennomført en egen undersøkelse av levekårene til personer med nedsatt funksjonsevne. Noe lignende er bare gjort en gang før i Norge, i 1995, men den gangen ble undersøkelsen begrenset til personer som mottar grunnstønad. Det er en svært snever avgrensning av funksjonshemming, og dekker bare ca 3 prosent av den voksne befolkningen i Norge. Ingen andre undersøkelser tyder på at dette er i nærheten av dekkende. Slik sett kan undersøkelsen fra 2007 ses som den første i sitt slag.

I denne rapporten vil vi presentere noen hovedfunn fra denne undersøkelsen. Vi vil dekke sentrale livs- og samfunnsområder som utdanning, arbeid, bolig, transport,

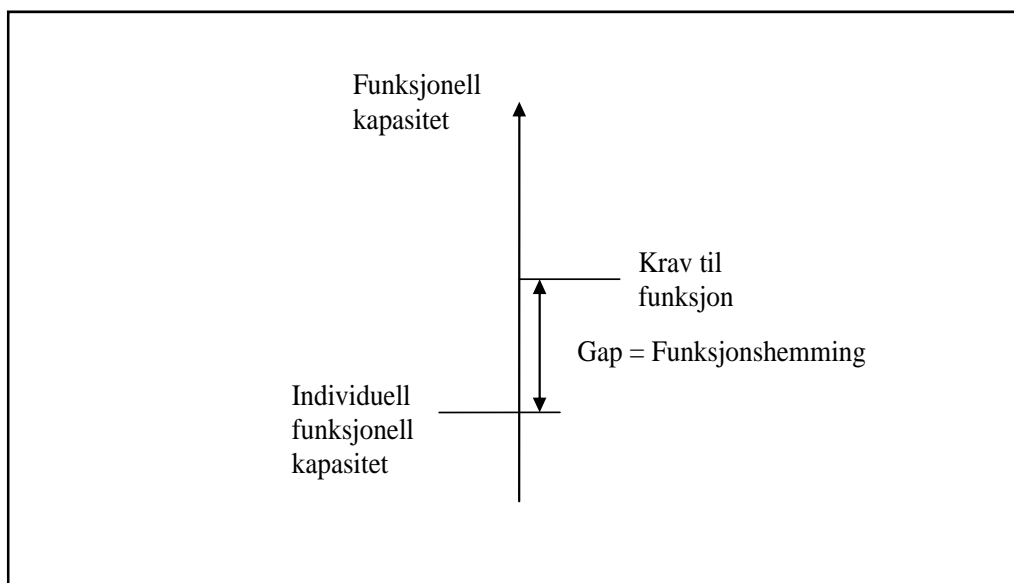
sosial deltakelse og fritid. Analysene vil være relativt enkle, med den hensikt å gi et oversiktsbilde. Så vil andre og senere publikasjoner foreta mer detaljerte analyser på enkeltområder. Resultatene fra analysene vil fremstilles i form av tekst, tabeller og figurer, og sammenlignes med befolkningen for øvrig der slike data er tilgjengelige.

1.1 Hvem er funksjonshemmet?

Avgrensningen av personer med nedsatt funksjonsevne byr på store utfordringer. Før vi går inn i diskusjonen av levekårene er det derfor nødvendig å se nærmere på hva en mener med funksjonshemming, nedsatt funksjonsevne og hvem som bør være med i en slik undersøkelse. Det har i noen år vært både en teoretisk og en mer praktisk debatt om dette. Den praktiske debatten er viktigst i vår sammenheng, men samtidig må den plasseres inn i den teoretiske. Vi bruker derfor noen ord på den teoretiske først, og den handler i stor grad om hvordan funksjonshemming skal forstås.

Tradisjonelt har funksjonshemming vært sett som en egenskap ved individet. Det har handlet om individets funksjonelle begrensninger, knyttet til for eksempel bevegelse, syn eller hørsel. I en slik forståelse har funksjonshemming blitt sett som å være forårsaket av at noe ved individet ikke fungerer helt som det skal, gjerne med henvisning til en underliggende patologi. Det kalles derfor ofte en medisinsk forståelse. Innvendingen mot en slik forståelse er at den medfører et ensidig fokus på individet, mens de menneskeskapte omgivelsene tas for gitt og går fri. Noen vil snu dette på hodet. En vil si at vi må ta den menneskelige variasjon for gitt, og at utfordringen er å skape omgivelser som er tilpasset hele den menneskelige variasjon. I et slikt lys skapes funksjonshemmingen av at menneskeskapte omgivelser ikke er tilpasset alle, bare et flertall: de som faller innenfor en forestilling om normalitet.

En slik alternativ måte å forstå funksjonshemming på, kalles på engelsk "the environmental turn", vendingen mot omgivelsene, og på det ytre plan er det relativt stor enighet om synspunktet. Det fins imidlertid flere versjoner av en slik vending. Den tydeligste er den såkalte sosiale modellen, der en gjør et skarpt skille mellom de funksjonelle begrensningene (det som angår kroppen) og det som handler om konsekvensene i hverdagen. En legger til grunn at konsekvensene i hverdagen ikke skapes av de funksjonelle begrensningene, men av dårlig tilpassete omgivelser. Slagordmessig vil en si at funksjonshemmingen skapes av samfunnet. I norsk politikk og forståelse har en lagt seg på en mellomposisjon, med vekt på at funksjonshemming er noe som oppstår i samspillet mellom individets funksjon og omgivelsenes krav. Dette er illustrert i den såkalte gap-modellen:



Figur 1.1 *Gap-modellen, misforholdet mellom individuell funksjonell kapasitet og krav til funksjon*

I norske offisielle dokument har en brukt en slik definisjon eller forståelse lenge. På den annen side har ordet funksjonshemming likevel i stor grad blitt brukt om individer uten referanse til barrierer i omgivelsene. Manneråk-utvalget (NOU 2001: 22) konkluderte derfor med at det var nødvendig å skape en mer ryddig begrepsbruk, og da trenger vi flere begrep. Funksjonshemming er et komplekst fenomen, og en trenger ord for de ulike dimensjonene. De foreslo følgende betegnelser og begrepsavgrensninger:

- Nedsatt funksjonsevne eller funksjonsnedsettelse viser til tap av, skade på, eller avvik i kroppsdel eller i en av kroppens psykologiske, fysiologiske eller biologiske funksjoner. Dette viser til individer og er i pakt med en tradisjonell medisinsk forståelse.
- Funksjonshemmende forhold viser til et gap eller misforhold mellom forutsetningene til mennesker med redusert funksjonsevne og de krav miljøet og samfunnet stiller til funksjon på områder av vesentlig betydning for å etablere og opprettholde selvstendighet og en sosial tilværelse.
- Når begrepet funksjonshemmet brukes om personer vises det til de som får sin praktiske livsførsel vesentlig begrenset på grunn av gapet eller misforholdet mellom personens nedsatte funksjonsevne og miljøets eller samfunnets krav.

Denne bruken av begreper vil også bli fulgt i denne rapporten.

La oss så gå over til det praktiske. Her er det flere utfordringer, og den første knytter an til forståelsen av funksjonshemming. For i en praktisk undersøkelse av levekår må en ha data om personer, og disse personene må identifiseres på en eller annen måte. En må kunne trekke et utvalg. Men viss funksjonshemming forstås som en relasjon

mellom individ og omgivelser, så har en problemer med å identifisere utvalget. I den praktiske avgrensningen er en avhengig av å identifisere individer og det er knapt mulig dersom egenskapen som det henvises til er en relasjon. I tillegg ligger det i funksjonshemming at en møter barrierer i omgivelsene. Dermed foregriper begrepet undersøkelsens resultater. I praksis blir det derfor både vanskelig og uheldig å undersøke levekårene til funksjonshemmete, men en kan undersøke levekårene til personer med nedsatt funksjonsevne. De er derfor målgruppen for undersøkelsen.

Det betyr imidlertid ikke at spørsmål om relasjonen til omgivelsene er ute av undersøkelsen. Det må bare komme inn på en annen måte, nemlig som et resultat. En kan undersøke om personer med nedsatt funksjonsevne funksjonshemmes. Dette fanger en opp gjennom det en spør om og hvordan en fortolker resultatene. For det første bør en sikre at en spør om funksjonshemmende barrierer i omgivelsene, slik at en kan få fram i hvilken grad personer med nedsatt funksjonsevne opplever slike. For det andre bør en bruke et objektivt tolkingsprinsipp. Dersom det viser seg at det er store forskjeller i levekårene til personer med og uten nedsatt funksjonsevne, må det tolkes som at funksjonshemmende prosesser er i spill. Om forskjellene ikke kan forklares av andre forhold, er funksjonshemming den mest nærliggende forklaringen på forskjellene. I begge tilfeller fanges altså funksjonshemming i undersøkelsens resultater, ikke i avgrensningen av utvalget. Det knyttes til nedsatt funksjonsevne.

Problemet er imidlertid ikke løst med dette. Også det å avgrense hvem som inngår i gruppen av personer med nedsatt funksjonsevne byr på utfordringer, og er i praksis gjort på mange forskjellige måter. Forskjellene handler dels om at ulike undersøkelser har ulike formål (jf Grönvik 2007), men skyldes også ganske enkelt at en har gjort ulike valg. En ideell definisjon som er hensiktsmessig for alle formål er vanskelig å finne. Det finnes per i dag heller ingen enighet om retningslinjer for valg av avgrensning og operasjonalisering av hvem som tilhører målgruppa. Samtidig er slike valg helt avgjørende. En enkel illustrasjon av utfordringene er at andelen av befolkningen som regnes som å ha nedsatt funksjonsevne varierer betydelig fra undersøkelse til undersøkelse, og det varierer til dels sterkt mellom ulike land (se Tøssebro og Kittelsaa 2004).

Vi kommer tilbake til måten personer med nedsatt funksjonsevne er avgrenset i denne rapporten og undersøkelsen som ligger under. Vi vil imidlertid understreke at slike valg ikke bare har betydning for hvem som inngår i utvalget og målgruppa, men også for resultatene. Det er ikke minst rimelig å anta at en snever avgrensning vil gi større forskjeller til den øvrige befolkningen, enn om avgrensningen gjøres på en slik måte at mange faller inn under den praktiske definisjonen. Vi kommer tilbake til det også.

1.2 Om levekårsundersøkelsen for personer med nedsatt funksjonsevne

Statistisk sentralbyrå (SSB) gjennomførte i perioden fra august 2007 til januar 2008 *Levekårsundersøkelse blant personer med nedsatt funksjonsevne 2007 (LKF 2007)*.

Undersøkelsen ble gjennomført på oppdrag fra Sosial- og helsedirektoratet, Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA), Nasjonalt dokumentasjonssenter for personer med nedsatt funksjonsevne og NTNU Samfunnsforskning. SSB har utformet en egen dokumentasjonsrapport som gir en oversikt over gjennomføringen av undersøkelsen (Bjørshol 2008).

Undersøkelsen hadde flere formål. For det første var det viktig å kartlegge levekårene, slik som helse og helseutgifter, boforhold, utdanning, arbeid, transport, fritid og sosiale nettverk blant personer med nedsatt funksjonsevne. For det andre ønsket vi å prøve ut spørsmål som kan kartlegge barrierer som personer med nedsatt funksjonsevne opplever at hindrer deltakelse i utdanning, arbeid, sosiale fellesskap, osv. Dette handler om å gjøre undersøkelsen mer relevant for å fange opp funksjonshemmende forhold enn det en vanlig levekårsundersøkelse kan gjøre. Det betyr at det ble prøvd ut en serie nye spørsmål som ikke vanligvis er med i levekårsundersøkelser. Som en del av dette arbeidet vil det også være mulig å gjøre en vurdering av levekårsundersøkelsers egnethet i kartlegging av barrierer i hverdagen. For det tredje ville vi undersøke konsekvenser av ulike avgrensninger eller definisjoner av personer med nedsatt funksjonsevne. Vi ville undersøke om ulike definisjoner gir ulike resultater. Dette innebar to ting. For det første måtte avgrensningen av de som skulle delta i undersøkelsen gjøres svært bred. Vi burde få med alle som inngikk i studier av personer med nedsatt funksjonsevne, uansett definisjon. Videre måtte vi i selve utspørringen ta med så mange som mulig av de spørsmålene som har vært brukt for å avgrense målgruppa i ulike nasjonale og internasjonale undersøkelser. Bare på den måten kan en avdekke konsekvenser av ulike avgrensninger.

Formålet for denne rapporten er i første rekke knyttet til kartleggingen av levekårene, selv om vi også tar opp spørsmål om barrierer (det andre formålet). Vi vil bare knapt berøre konsekvenser av ulike avgrensninger. Men samtidig har det formålet konsekvenser for tolkningen av resultatene i denne rapporten. I forståelse med oppdragsgiver er denne rapporten orientert mot å rapportere levekårene for alle som inngår i LKF 2007. Det betyr at uvanlig mange regnes som å ha nedsatt funksjonsevne. Med en så inkluderende avgrensning av nedsatt funksjonsevne blir forskjellene til øvrig befolkning etter alle solemerker minimalisert. Det må en ha i mente når en leser videre (se også nedenfor).

Undersøkelsen ble gjennomført ved å trekke et representativt utvalg av hele befolkningen. For disse ble det gjennomført et kort screeningintervju på telefon. Hensikten var å identifisere personer som var i målgruppen for undersøkelsen, personer med nedsatt funksjonsevne. Et tilfeldig utvalg på 11 000 personer i alderen 20-67 år ble trukket tilfeldig fra SSBs befolkningsregister (BeReg). Personer boende i institusjoner var også med i utvalget, noe som ikke er vanlig i slike undersøkelser. Utvalget ble avgrenset til yrkesaktiv alder, nærmere bestemt 20-67 år. Hensikten med å sette den øvre aldersgrensen såpass lav var å minimalisere andelen personer i utvalget med aldersrelaterte sykdommer og funksjonsnedsettelse.

Det var 25,5 prosent av screeningens nettoutvalg som tilfredsstilte kriteriene for å bli med i målgruppen, nærmere bestemt 1948 personer. Disse ble så invitert til å delta i selve levekårsundersøkelsen. Det ble oppnådd intervju med 1652 personer (84,8 prosent) av disse (nettoutvalget). At 25,5 prosent av befolkningen i alderen 20-67 år har en funksjonsnedsettelse, tilsvarer omkring 740 000 personer.

Spørreskjemaets omfang og antakelser om målgruppen gjorde at personlig intervju ble foretrukket som undersøkelsesdesign. Noen ble intervjuet per telefon og andre personlig ved besøk (se nærmere informasjon i Bjørshol (2008)).

1.3 Avgrensning av målgruppen for undersøkelsen

Avgrensningen av gruppen personer med funksjonsnedsettelser i denne rapporten følger måten man avgrenset deltakerne i hovedundersøkelsen i LKF 2007. Kriteriene er beskrevet i Bjørshol (2008) og oppsummeres nedenfor:

Innledningsvis i screeningundersøkelsen ble det stilt noen spørsmål om varige eller tilbakevendende plager (smerter, pustebesvær, hukommelsesproblemer eller konsentrasjonsvansker, følelse av angst, følelse av nedstemthet eller deprimert, eller hatt andre psykiske vansker). Det ble videre stilt spørsmål om aktivitetsbegrensninger eller vansker med å utføre enkelte gjøremål (som å gå i trapper, gå tur i raskt tempo, løfte og bære en gjenstand på 5 kg, høre samtaler/i telefonen eventuelt med høreapparat, se vanlig tekst i aviser eventuelt med briller). De som oppga at de opplevde en eller flere av disse plagene eller aktivitetsbegrensningen, ble så spurt om vanskene hadde noen innvirkning i hverdagen. De som svarte at det påvirket hverdagen i stor eller i noen grad, ble definert som kandidat for selve levekårsundersøkelsen. Dette utgjør de subjektive kriteriene for om man regnes som å ha nedsatt funksjonsevne.

I tillegg ble det brukt et objektivt kriterium, knyttet til om en mottok visse ytelser. Personer som mottok grunn- eller hjelpestønad, eller uførepensjon eller tidsbegrenset uførestønad, var også aktuelle for hovedundersøkelsen.

Gruppen personer med nedsatt funksjonsevne i denne levekårsundersøkelsen er derfor personer som opplever varige eller stadig tilbakevendende plager, eller har aktivitetsbegrensninger som i stor eller noen grad har innvirkning i hverdagen, eller som er mottakere av grunn- eller hjelpestønad, uførepensjon eller tidsbegrenset uførestønad. Vi understreker nok en gang at dette er en uvanlig bred avgrensning, og som altså medfører at rundt en av fire i den voksne befolkningen inkluderes.

1.4 Sammenligning med befolkningen for øvrig

Et viktig formål for alle levekårsstudier, denne inkludert, er å sammenligne grupper. For oss er det viktig å se hvordan levekårene blant personer med nedsatt

funksjonsevne er i forhold til befolkningen for øvrig. For å gjøre slike sammenligninger har vi benyttet data om befolkningen hentet fra Statistisk sentralbyrås generelle levekårsundersøkelser, fortrinnsvis Levekårsundersøkelsen 2007 siden den gir data fra samme periode. I tillegg har vi brukt data fra screeningsdelen av LKF 2007 på de områder der den også gir data om levekår. Dette gjelder særlig for området utdanning.

I enkelte deler av denne rapporten har kravet om samtidighet veiet noe til fordel for muligheten til å sammenligne helt like spørsmål. De generelle levekårsundersøkelsene er temaroterende, og der det har vært nødvendig å bruke eldre undersøkelser for å sammenligne, har vi gjort det. Der det har vært hensiktsmessig å bruke data fra helt andre undersøkelser, eksempelvis i forhold til arbeidsmarkedsstatistikk, har vi gjort det. Vi har brukt Arbeidskraftundersøkelsene (AKU) i kapitlet om arbeid og hatt et sideblikk til Reisevaneundersøkelsen (RVU) i beskrivelser av transportbruk.

1.5 Noen generelle utfordringer

I denne rapporten bruker vi som nevnt en svært bred definisjon av nedsatt funksjonsevne, dvs. en definisjon som inkluderer mange flere personer enn mange andre undersøkelser. Det er ikke gitt hvilke konsekvenser det får for sammensetning av utvalget, men det er ikke urimelig å anta at vi får med flere med liten grad av nedsatt funksjonsevne. Dette gir noen konsekvenser ved sammenligninger med øvrig befolkning. Jo bredere avgrenset av målgruppen er, jo mer lik vil denne gruppen være den øvrige befolkningen. En konsekvens av det er at eventuelle forskjeller blir mindre framtrepende. Det må en huske ved tolkningen av resultatene. For å bøte på dette har vi i noen tilfeller også undersøkt hva resultatene blir ved en snevrere avgrensning. Dette opplyses der vi har gjort det. Stort sett har vi foretatt innsnevringen slik at det er bare personer som oppgir at de møter stor grad av begrensninger i hverdagen som inkluderes. Disse utgjør 9 prosent av alle i screeningen.

En annen utfordring som oppstår når vi sammenligner med resultater fra andre undersøkelser, er knyttet til sammenligningsgruppen. Ideelt sett burde en sammenligne personer med og uten nedsatt funksjonsevne, men i praksis blir ofte sammenligningen med hele befolkningen i de aktuelle aldersgruppene. Det betyr at personer med nedsatt funksjonsevne også er inkludert i sammenligningsgrunnlaget. Dette får den samme konsekvensen som den brede definisjonen; nemlig at eventuelle forskjeller blir moderert eller minimalisert. Det betyr at gjennomgående er forskjellene i levekår større enn en ren sammenstilling av tallene i denne rapporten tilsier. Det er kun i de sekvensene der vi benytter screeningsdelen av LKF-studien at vi sammenligner personer med og uten nedsatt funksjonsevne. Det kan vi gjøre i deler av kapitlet om utdanning, ellers ikke. Også dette må en ta høyde for i tolkningen av resultatene.

En siste utfordring ved LKF-studien ligger i undersøkelsens intensjon om å fange opp samfunnsskapt barrierer og hindringer gjennom å stille spørsmål om tilgjengelighet. Det synes som om mange av disse spørsmålene har vært for spesifikke og har derfor hatt vansker med å fange opp mange respondenter. For en del spørsmål om

tilgjengelighet er det derfor få svar, og dette gjør at på noen områder er grunnlaget for å si noe om tilgjengelighet mindre enn ønskelig.

1.6 Egenskaper ved personer i undersøkelsen

Før vi går over til å presentere resultater hva gjelder levekår, skal vi se kort på noen trekk ved utvalget, dvs. de personene som deltar i hovedundersøkelsen. I enkelte tilfeller ser vi på alle som ble invitert til å delta i hovedundersøkelsen. Det er markert ved at tabelloverskriften viser at data er fra screeningundersøkelsen.

Vi har blant annet sett på hvilken type funksjonsnedsettelse intervjuobjektene har. Tabell 1.1 gir en oversikt. En skal notere at personene har hatt mulighet for å svare bekreftende for flere typer funksjonsnedsettelse.

Tabell 1.1 *Typer funksjonsnedsettelse i utvalget (N=1652) ¹*

Type funksjonsnedsettelse	Antall	Prosent	Hva begrenser mest
Sansevansker	299	18	3
Tale og uttrykkingsvansker	92	6	0
Kortpustet	365	22	5
Kroniske smerter	1169	71	31
Epileptiske anfall	83	5	1
Bevegelsesvansker	596	36	9
Psykiske vansker	442	27	8
Hodeskade/hjerneskode/hjerneblødning	250	15	2
Kognitive vansker	129	8	0
	Vansker med å være i fysisk arbeid:		8
		Annet/uoppgitt:	14
		Missing:	20
Totalt	3425	208	101

Tabell 1.1 viser at 71 prosent av utvalget oppgir at de har kroniske eller tilbakevendende smerter eller ubehag. Andre hyppige funksjonsnedsettelser er bevegelsesvansker og psykiske vansker. På spørsmål om hva som virker mest begrensende, svarer også flest kroniske smerter. I og med at respondentene hadde

¹ Sansevanske: Problem med synet som ikke kan korrigeres med briller/kontaktlinser eller hørselsvansker (Fu1a_2+Fu1b_1). Tale- og uttrykkingsvansker: Talevansker eller vansker med å gjøre seg forstått (Fu1c_1+Hls2j). Kortpustet: Kortpustet eller problemer med å puste (Fu1e_1). Kroniske smerter: Kroniske eller tilbakevendende smerter/ubehag (Fu1d_1). Epileptiske anfall: epileptiske anfall, blackouts eller miste bevisstheten (Fu1f_1). Bevegelsesvansker: ikke full førighet i armer/fingre og ben/føtter, vansker med å gripe ting eller kroppslige misdannelser (Fu1h_1, Fu1i_1, Fu1j_1, Fu1m_1). Psykiske vansker: Psykiske eller følelsesmessige problem (Fu1k_1). Hodeskade/hjerneskode/hjerneblødning: Noen gang hatt Hodeskade/hjerneskode/hjerneblødning (Fu1o_1). Kognitive vansker: Vansker med å lære eller forstå (Fu1g_1).

mulighet til å krysse av for flere funksjonsnedsettelse, er totalt antall svar og prosent langt høyere enn henholdsvis 1652 og 100 prosent. Dette betyr at det er mange av intervjuobjektene som har flere kombinasjoner av typer funksjonsnedsettelse. En total prosent på 208 vil si at i gjennomsnitt har intervjuobjektene oppgitt to typer nedsatt funksjonsevne. Nærmere analyse viser at det er til sammen 197 ulike kombinasjoner av funksjonsnedsettelse. For å få en bedre oversikt er dette kodet om til åtte ulike hovedfunksjonsnedsettelse. Framgangsmåten for denne kodingen er nokså kompleks, og derfor beskrevet særskilt i vedlegg 1. Tabell 1.2 viser hvordan intervjuobjektene fordeles seg i forhold til funksjonsnedsettelse etter denne omkodingen.

Tabell 1.2 Hovedfunksjonsnedsettelse (antall og prosent, N=1652)

	Antall	Prosent
Sansevansker	166	10
Kortpustet	85	5
Kroniske smerter	399	24
Bevegelsesvansker	493	30
Psykiske vansker	188	11
Hodeskade/hjerneskeade/hjerneblødning	121	7
Kognitive vansker	132	8
Annet	68	4
Total	1652	99

**Kategorien "Annet" er uoppgitt og personer som har grunn-/hjelpetønad og/eller uføretrygd (inkl. tidsbegrenset uføretrygd) men som ikke er registrert med funksjonsnedsettelse.*

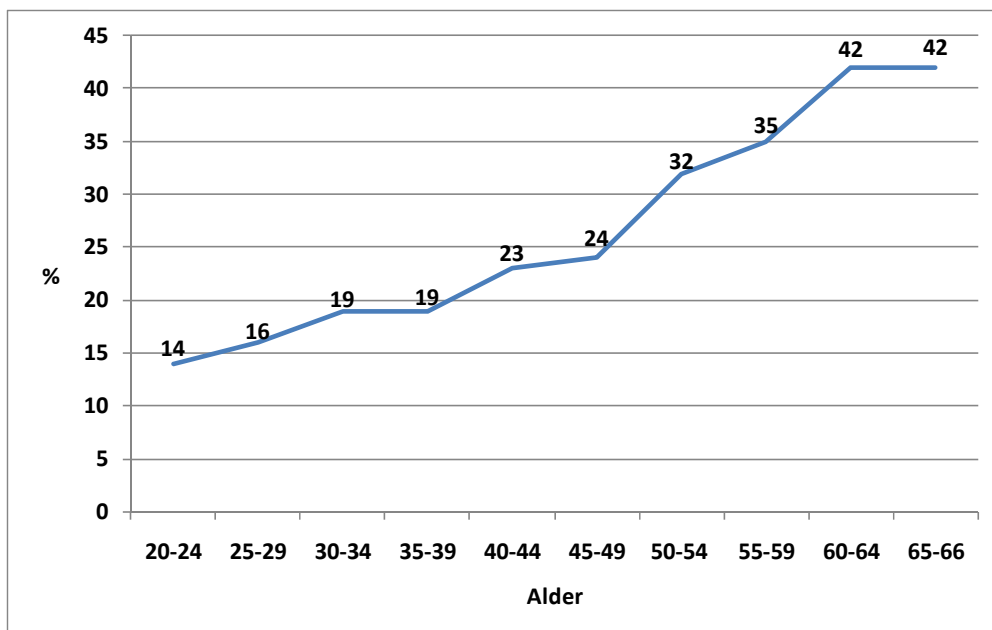
Tabell 1.2 viser at etter omkodingsprosedyren er det bevegelsesvansker som er den hyppigst forekommende funksjonsnedsettelsen – 30 prosent. Det er fremdeles en stor andel på 24 prosent som kun har kroniske smerter. 11 prosent oppgir at de har psykiske lidelser, og 10 prosent sansevansker.

En funksjonsnedsettelse kan inntre i ulike faser av livet, noe som også kan ha konsekvenser for levekårene – eksempelvis for trygdeutmålinger, utdanning, familieforhold og boforhold. Tabell 1.3 viser hvor gamle personene var da funksjonsnedsettelsen inntraff. Her må en ha i mente at for noen kan dette være ett bestemt tidspunkt, for eksempel ved en ulykke. For andre kan det være en langvarig prosess, der en etterskuddsvis tidsangivelse blir kunstig. Vi har likevel bedt folk angi en omtrentlig alder for når funksjonsnedsettelsen inntraff.

Tabell 1.3 Tidspunkt for når funksjonsnedsettelsen inntraff. Antall og prosent

	Antall	Prosent
Medfødt	110	7
0-20 år	394	24
21-30 år	299	18
31-40 år	322	20
41-50 år	268	17
51-67 år	233	14
Total	1626	100

Tabell 1.3 viser at fordelingen av når en funksjonsnedsettelse inntreffer sprer seg nokså jevnt over livsløpet. Bare sju prosent var født med nedsatt funksjonsevne, og til sammen 31 prosent av utvalget gikk inn i voksenlivet med funksjonsnedsettelse. De aller fleste erverver med andre ord funksjonsnedsettelsen i voksen alder. Den kumulative effekten av tallene i tabell 1.3 er slik at andelen med nedsatt funksjonsevne øker sterkt med økende alder. Dette er velkjent, og går fram av alle studier av nedsatt funksjonsevne. I LKF 2007 er den aldersmessige fordelingen slik det går fram av figur 1.2. Som vi ser er det tre ganger vanligere med nedsatt funksjonsevne når en har passert 60 år, sammenlignet med tidlig i 20-årene.



Figur 1.2 Andel med nedsatt funksjonsevne etter alder. Prosent (screeningundersøkelsen, N=7632)

Denne aldersfordelingen gjør at personer med nedsatt funksjonsevne er gjennomsnittlig seks år eldre enn de andre som deltok i screeningsundersøkelsen. Det er særlig etter fylte 50 år at mange har nedsatt funksjonsevne.

I utvalget av personer med nedsatt funksjonsevne er det også betydelig flere kvinner enn menn, 58 mot 42 prosent. Det går fram av tabell 1.4. Dette har ikke oppstått som resultat av utvalgsskjevhet. Andelen kvinner i screeningen totalt er 49 prosent, som er identisk med befolkningen i samme aldersgruppe (SSB 2007 Statistikkbanken). Fordelingen kommer av at kvinner har større sjanse for å få nedsatt funksjonsevne. Blant kvinner i hele screeningutvalget har 30 prosent nedsatt funksjonsevne, mens tilsvarende tall for menn er 21 prosent. Det er imidlertid nøyaktig like stor andel kvinner som menn som har medfødt funksjonsnedsettelse. Det betyr at kvinner har lettere for å få nedsatt funksjonsevne i løpet av livet.

*Tabell 1.4 Kjønnsfordeling med og uten nedsatt funksjonsevne. Prosent
(Screeningundersøkelsen)*

	Nedsatt funksjonsevne	Ikke nedsatt funksjonsevne	Totalt screening
Mann	42	54	51
Kvinne	58	46	49
Total (n)	100 (1944)	100 (5688)	100 (7632)

Til slutt kan det nevnes at 6,5 prosent av alle som inngår i utvalget har minoritetsbakgrunn, dvs. bakgrunn fra ikke-vestlig innvandring. Disse har samme sannsynlighet for å ha nedsatt funksjonsevne som andre som deltok i screeningundersøkelsen. Samtidig er det en risiko for at ikke-vestlige innvandrere er underrepresentert i utvalgsundersøkelser, også screeningen. Dette synes imidlertid å være et lite problem for LKF 2007. 1. januar 2008 hadde 7,3 prosent av befolkningen i Norge ikke-vestlig bakgrunn (SBBs befolkningsstatistikk), mens i screeningundersøkelsen totalt er tilsvarende tall 5,9 prosent.

2. UTDANNING

Befolkningens utdanningsnivå er en viktig indikator på levekår. Det er funnet gjentatte og veldokumenterte sammenhenger mellom utdanning, materielle levekår og helse, og personer med lav utdanning er i en risikogruppe for arbeidsledighet og uføretrygd (Dahl, Nilsen & Vaage 2003), samt lav inntekt, svak mestringfølelse, lite sosial støtte og psykiske lidelser (Rognerud, Myklestad & Johansen 2008).

Utdanning kan også være en kvalitet i seg selv og for mange er det en viktig del av både selvrealisering og opplevelse av livskvalitet. Utdanning kan derfor være en indikasjon på levekår alene, men utdanning er også viktig for tilknytning til arbeidslivet og inntektssikring. Dette forholdet er særlig viktig for personer med funksjonsnedsettelse, i og med at utdanningens lengde øker sjansen for å være i arbeid både for personer med og uten funksjonsnedsettelse (Olsen & Thi Van 2005; Skog Hansen & Svalund 2007). Samtidig synes effekten av utdanning større for personer med nedsatt funksjonsevne enn for øvrige personer (Skog Hansen & Svalund 2007; Borg 2008).

En av de mest grunnleggende målene i utdanningspolitikken er at alle skal ha lik rett til utdanning. En lik rett til utdanning krever også tilrettelegging for de med spesielle behov eller funksjonsnedsettelse (St.meld. nr. 27 2000-2001). Dette kapittelet beskriver ulike sider ved utdanningen og utdanningsnivået til personer med nedsatt funksjonsevne.

2.1 Utdanning blant personer med og uten nedsatt funksjonsevne

Når vi skal se på likheter og ulikheter i utdanningsnivå mellom personer med og uten funksjonsnedsettelse bruker vi her tall fra screeningsundersøkelsen som omfatter begge grupper og har data som er egnet for sammenligning.

Tabell 2.1 Utdanning, tre grupper etter funksjonsevne. Prosent

Utdanning ²	Nedsatt funksjonsevne	Ikke nedsatt funksjonsevne	Total
Grunnskole	30	17	20
Videregående skole	48	46	46
Høyere utdanning	23	37	33
Total	101	100	99
(N)	(1895)	(5508)	(7403)

Tabell 2.1 viser at personer med nedsatt funksjonsevne jevnt over har lavere utdanning enn personer uten nedsatt funksjonsevne. Det er en betydelig større andel personer med nedsatt funksjonsevne som kun har grunnskole – 30 prosent mot 18 prosent for personer uten nedsatt funksjonsevne. Av personene med nedsatt funksjonsevne er det bare 23 prosent som har høyere utdanning. Det tilsvarende tallet for personer uten nedsatt funksjonsevne er 37 prosent.

På grunn av at det er relativt flere kvinner som har oppgitt at de har nedsatt funksjonsevne, samt at personer som er registret med en nedsatt funksjonsevne er gjennomsnittlig eldre enn øvrige respondenter er det mulig at forskjellen i utdanning skyldes ulikheter i kjønn og alder og ikke den nedsatte funksjonsevnen som sådan. Derfor er det nødvendig å sammenligne utdanningsnivå for henholdsvis kvinner og menn med og uten nedsatt funksjonsevne samt for like aldersgrupper.

2.1.1 Utdanning, nedsatt funksjonsevne og kjønn

Mens det totalt i screeningsdelen av LKF 2007 er 49 prosent kvinner, er det 58 prosent kvinner som innfridde inklusjonskriteriene og deltok i hovedundersøkelsen. Kvinner og menn har tradisjonelt et ulikt utdanningsmønster og eventuelle forskjeller i LKF 2007 kan derfor skyldes at det er relativt flere kvinner som deltar enn i befolkningen som helhet. Derfor må vi undersøke utdanningsnivå fordelt på både kjønn og om personen har nedsatt funksjonsevne eller ikke.

² Uoppgitt=missing

Grunnskole =ingen utdanning/førskole utdanning til fullført ungdomskole

Videregående = Videregående grunnutdanning, videregående avsluttende utdanning og videregående påbygging

Høyere utdanning: Høyere utdanning lavere nivå (tom 4 år), høyere utdanning høyere nivå og forskerutdanning

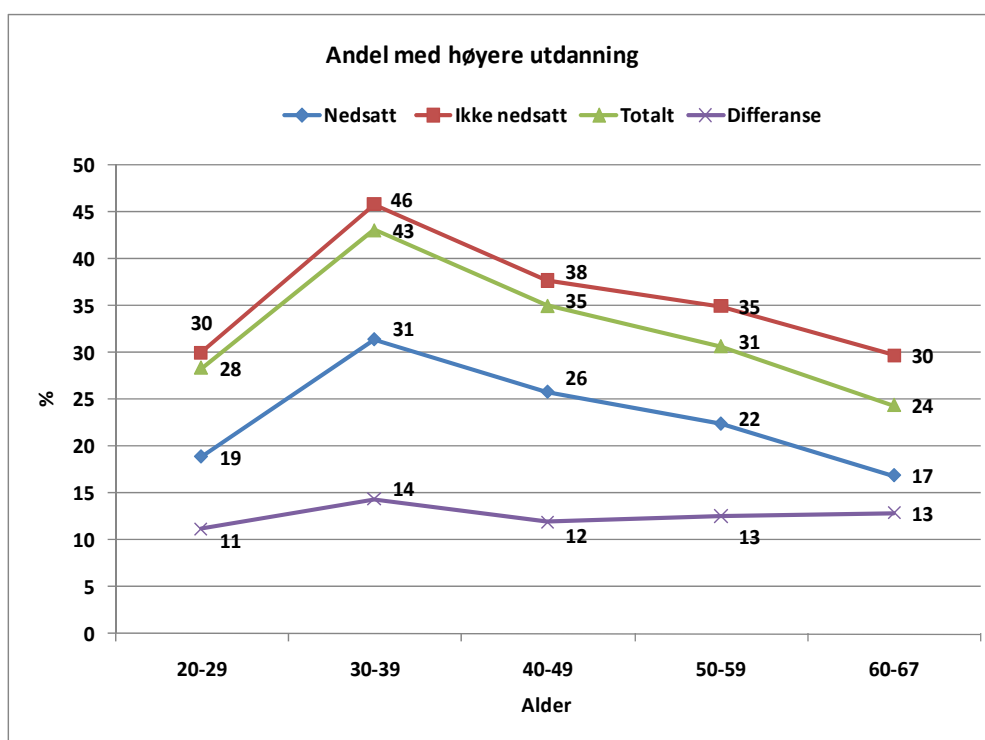
Tabell 2.2 Utdanningsnivå etter kjønn og funksjonsevne. Prosent

Utdanning	Menn			Kvinner		
	Nedsatt	Ikke nedsatt	Menn totalt	Nedsatt	Ikke nedsatt	Kvinner totalt
Grunnskole	31	18	21	28	16	20
Videregående	50	49	49	46	43	44
Høyere utdanning	18	33	30	26	41	37
Total	99	100	100	100	100	101
(N)	(786)	(2984)	(3770)	(1109)	(2524)	(3633)

Tabell 2.2 viser at flere kvinner har høyere utdanning enn menn. Dette gjelder om en har nedsatt funksjonsevne eller ikke – 37 prosent av samtlige kvinner har høyere utdanning mot 30 prosent av samtlige menn. Et tilsvarende mønster ser vi mellom kvinner og menn med nedsatt funksjonsevne – 26 prosent av kvinnene med nedsatt funksjonsevne har høyere utdanning mot 18 prosent av alle menn med nedsatt funksjonsevne. Den relative forskjellen i andel med høyere utdanning er lik mellom kvinner med og uten nedsatt funksjonsevne og menn med og uten nedsatt funksjonsevne. Det vil si at det er 15 prosent høyere andel av kvinner uten nedsatt funksjonsevne som har høyere utdanning enn kvinner med nedsatt funksjonsevne. Det tilsvarende tallet for menn er også 15 prosent. Disse tallene tyder på at kjønnsforskjellene i utvalget ikke har stor innvirkning på forskjellene i utdanningsnivå mellom gruppene av personer med og uten nedsatt funksjonsevne.

2.1.2 Utdanning, nedsatt funksjonsevne og alder

Respondenter som er definert å ha nedsatt funksjonsevne i undersøkelsen er gjennomsnittlig seks år eldre enn andre i undersøkelsen. Dette får innvirkning på analysene når vi skal se på utdanningsnivå i forhold til resten av befolkningen, fordi yngre har ofte mer utdanning enn eldre (SSB 2007). Vi sammenligner derfor utdanningsnivå mellom like aldersgrupper.



Figur 2.1 Andel med høyere utdanning i ulike aldersgrupper fordelt på personer med og uten nedsatt funksjonsevne, totalt og differanse (prosent)

Figur 2.1 viser at det er en klar og sterk sammenheng mellom om en har nedsatt funksjonsevne eller ikke og utdanningsnivå uansett aldersgruppe. Det er lavest forskjeller i den yngste aldersgruppen, og det er en jevn økning i forskjell med alder, foruten at aldersgruppen 30-39 år skiller seg litt ut. Imidlertid er økningen i forskjell i utdanningsnivå med alder marginal og forskjellene i utdanningsnivå mellom personer med og uten nedsatt funksjonsevne er nærmest konstant for alle aldersgrupper.

SSBs utdanningsstatistikk fra 2007 viser at i aldersgruppa 30-39 år er det 40 prosent som har høyere utdanning (lavere og høyere grad). I tallene fra screeningsundersøkelsen som figur 2.1 bygger på, er det 43 prosent som oppgir at de har høyere utdanning, som da er høyere enn SSBs utdanningsstatistikk. Dette kan skyldes at SSBs utdanningsstatistikk fra 2007 er registerbasert, men LKF 2007 er en utvalgsundersøkelse. Frafallet kan derfor få innvirkning på utdanningstallene. I LKF 2007 har det vært et relativt større frafall av personer med lav utdanning i screeningsundersøkelsen (Bjørshol 2008) og følgelig kan opplysningene om utdanningsnivå være litt høyere enn det reelle tallet i populasjonen.

SSBs utdanningsstatistikk rapporterer at kvinner i aldersgruppen 25-29 år har høyest andel med utdanning på universitets- og høgskolenivå. Hele 49 prosent i denne gruppa har høyere utdanning. I LKFs screeningsdel har akkurat 50 prosent av samtlige kvinner i aldersgruppa 25-29 år høyere utdanning. Men dersom vi fordeler det på om kvinnene har nedsatt funksjonsevne eller ikke, kommer det fram at kun 32 prosent (N=18) av kvinnene i aldersgruppa 25-29 år med nedsatt funksjonsevne har høyere utdanning, mens tilsvarende gjelder hele 54 prosent (N=133) av andre kvinner i

samme aldersgruppe. Det ser dermed ut til at selv om en relativ stor andel med personer med nedsatt funksjonsevne har høyere utdanning så er det en flatere kurve uten de store toppene hos visse grupper. Dette er i kontrast til hva vi finner blant grupper uten nedsatt funksjonsevne.

Enkelte finner indikasjoner på at avstanden i andel med høyere utdanning mellom personer med og uten funksjonsnedsettelse minker. Det vil si at den yngste aldersgruppen relativt sett er nærmere personer uten funksjonsnedsettelse i utdanningsnivå (Bjerkan og Veenstra 2008: Erratum). Dette støttes ikke i resultatene i denne undersøkelsen. Det kan tilsynelatende virke slik dersom en sammenligner data fra LKF 2007 med utdanningsstatistikk fra SSB for 2007. Imidlertid er LKF 2007 en utvalgsundersøkelse, med en overrepresentasjon av personer med høyere utdanning (Bjørshol 2008), mens SSBs utdanningsstatistikk er register- og populasjonsbasert. Analysene i dette kapitlet er gjennomført på bakgrunn av screeningsundersøkelsen hvor overrepresentasjonen av personer med høyere utdanning fordeler seg likt på personer som har nedsatt funksjonsevne og de uten funksjonsnedsettelse. Våre funn indikerer heller at forskjellene i utdanningsnivå er relativt stabil for alle aldersgrupper og det derfor ikke er grunnlag for å si at forskjellene minker.

2.1.3 Fagbakgrunn

Sett i forhold til personer uten nedsatt funksjonsevne er det en stor overvekt av personer med nedsatt funksjonsevne som tar allmenne fag – 40 prosent mot 27 prosent. Det er relativt færre personer med nedsatt funksjonsevne som har en utdanning innen naturvitenskapelige fag, håndverksfag og tekniske fag – 15 prosent mot 22 prosent for personer uten nedsatt funksjonsevne. For de øvrige faggruppene er det bare mindre forskjeller. De øvrige faggruppene er: humanistiske og estetiske fag, lærerutdanninger og utdanninger i pedagogikk, samfunnsfag og juridiske fag, økonomiske og administrative fag, helse-, sosial- og idrettsfag, primærnæringsfag, samferdsels- og sikkerhetsfag og andre servicefag og uoppgitt fagfelt.

2.2 Nærmere om funksjonsnedsettelsen og utdanningsnivå

Tidspunkt for når en fikk varig sykdom eller nedsatt funksjonsevne kan ha innvirkning på mulighet for å ta utdanning og utdanningsnivå. Tabell 2.3 er en krysstabell hvor vi sammenligner personer som har medfødt funksjonsnedsettelse eller som har fått nedsatt funksjonsevne til og med 30 år, og personer som har ervervet nedsatt funksjonsevne etter 30 år. Dette skillet er gjort fordi det er urimelig å anta at nedsatt funksjonsevne som er ervervet relativt sent i livet vil påvirke utdanningsnivå.

Tabell 2.3 Utdanningsnivå fordelt på når nedsatt funksjonsevne inntraff. Prosent

	Tidspunkt for funksjonsnedsettelse		
	Medfødt/ervert tom 30 år	Ervert 31 år eller eldre	Total
Grunnskole	31	26	29
Videregående grunntdanning	45	50	48
Høyere utdanning	25	23	24
Total	101	99	101
(N)	(781)	(807)	(1588)

Tabell 2.3 viser ingen store forskjeller i utdanningsnivå med hensyn til tidspunkt for nedsatt funksjonsevne. Det er litt flere personer som har medfødt eller tidlig ervert nedsatt funksjonsevne som har kun grunnskole enn de med senere ervert nedsatt funksjonsevne, mens det er nesten lik andel som har høyere utdanning. Sett i forhold til personer uten funksjonsnedsettelse - hvor det er 37 prosent som har høyere utdanning (jfr tabell 2.1) - har både de med medfødt eller tidlig ervert funksjonsnedsettelse og de med senere ervert funksjonsnedsettelse betraktelig lavere utdanningsnivå.

At det er en sammenheng mellom lav utdanning og uhelse, å bli uføretrygdet og dødelighet er vel dokumentert i tidligere norske studier (eksempelvis Krokstad, Johnsen & Westin 2002; Dahl, Nilsen & Vaage 2003; Elstad, Dahl & Hofoss 2005). Resultatene i tabell 2.3 samsvarer altså med disse nevnte studiene ved at personer som har ervert funksjonsnedsettelse relativt sent i livet (etter 31 år) har lav utdanning, men årsaken til at det er sammenheng mellom lav utdanning og funksjonsnedsettelse er komplisert. Vi har ikke grunnlag for å peke på en årsaksrelasjon, men en kan spekulere i om lavt utdannede har andre typer jobber sett i forhold til personer med høyere utdanning som gir mer fysiske og psykiske slitasjer, samt mer stressrelatert sykkelighet. Det kan også være økt hyppighet av helseskadelig atferd, som røyking, blant de med lavere utdanning.

Samtidig som lavt utdannede ser ut til lettere å få nedsatt funksjonsevne i løpet av livet, indikerer resultatene i tabell 2.3 at personer med medfødt eller tidlig ervert funksjonsnedsettelse ikke har fått tilgang til høyere utdanning på lik linje med andre personer. Ut fra tabell 2.3 kan en hevde at de som har medfødt eller tidlig ervert nedsatt funksjonsevne har vansker med å få seg utdanning, mens de som har lav utdanning lettere får en funksjonsnedsettelse senere i livet.

Tabell 2.4 Utdanningsnivå etter type funksjonsnedsettelse. Prosent

	Grunnskole	Videregående skole	Høyere utdanning	N
Sansevansker	29	45	25	163
Kortpustet	36	41	24	81
Kroniske smerter	23	50	28	395
Bevegelsesvansker	30	48	22	483
Psykiske vansker	24	45	31	182
Hodeskade/hjerneskode/hjerneblødning	32	54	14	119
Kognitive vansker	41	46	13	124
Annet	21	43	36	67
Total	29	48	24	
(N)	(460)	(767)	(387)	(1614)

Tabell 2.4 viser at det er flest personer med psykiske vansker sammen med gruppen annet som har høyere utdanning. Personer med kognitive vansker er den gruppen som har størst andel med kun grunnskole. Personer med hodeskade/hjerneskode/hjerneblødning har som gruppe en lav andel med høyere utdanning, men en høy andel med videregående utdanning.

2.3 Studenter høstsemesteret 2007.

I LKF 2007 er det 105 personer med funksjonsnedsettelse (6 prosent av utvalget) som oppgir at de går på skole eller studerer minst 10 timer i uka høstsemesteret 2007, hvor 54 prosent studerer på heltid. Av alle de 105 studentene er det 71 prosent som tar høyere utdanning (lavere eller høyere grad eller forskerutdanning). Elleve prosent tar påbygning til videregående utdanning, mens 15 prosent tar videregående utdanning. To personer tar grunnskoleutdanning.

Med hensyn til finansieringen av utdanningen oppgir 39 prosent at de mottar stipend eller lån fra Lånekassen, 41 prosent mottar midler fra attføring eller rehabilitering, mens 28 prosent finansierer studiene gjennom lønn fra inntektsgivende arbeid. I Levekårsundersøkelsen for studenter 2005 hadde 86 prosent av alle studenter mottatt ytelser fra Statens lånekasse for utdanning og ca 42 prosent arbeidet ved siden av studiene (Løwe & Sæther 2007). Finansieringsstrukturen blant studenter med nedsatt funksjonsevne og øvrige studenter er dermed ulik og det er mange studenter med funksjonsnedsettelse som får midler gjennom attføring eller rehabilitering. Mulighetene for yrkesrettet attføring i stedet for lånefinansiering av studiene ble innskrenket fra 2004 både når det gjelder nedre aldersgrense (økt fra 22 til 26 år) og lengde (maks tre år) (Wendelborg 2006). Dette kan ha ført til at flere studenter med funksjonsnedsettelse er blitt mer avhengig av lånefinansiering eller deltidsarbeid.

Nærmere 22 prosent oppgir at de på grunn av varig sykdom eller nedsatt funksjonsevne har opplevd vansker med å finansiere studiene eller skolegangen. Av de personene med nedsatt funksjonsevne som studerer eller går på skole i høstsemesteret 2007 er det 18 personer (17 prosent) som oppgir at de har behov for en eller annen form for hjelp eller tilrettelegging på studiestedet. Av disse 18 personene oppgir seks at de har opplevd vansker knyttet til å komme inn i undervisningslokalene og benytte ulike rom på skolen eller studiestedet. Fire personer har opplevd vansker knyttet til pensum og læremidler; fem knyttet til undervisningen, samt åtte har opplevd vansker i forhold til eksamen.

I forhold til utfordringer knyttet til å være student, men som ikke er direkte knyttet til studiestedet eller studiesituasjonen, oppgir ti av de 105 studerende at påstanden om at mangel på studentboliger som er tilpasset deres behov, stemmer helt (åtte personer) eller delvis (to personer). Videre oppgir 51 av studentene med nedsatt funksjonsevne (49 prosent) at de bruker mye tid på å organisere hverdagen (stemmer helt/delvis) og 11 studenter oppgir at de helt eller delvis opplever problemer med å finne en transportordning for å komme seg til og fra studiestedet/skolen. Trettiseks studenter med nedsatt funksjonsevne (34 prosent) oppgir at det kan være vanskelig å være med på studentaktiviteter. Gjennomgangen av de studerendes situasjon viser at de vanskene studenter med nedsatt funksjonsevne har, oftere er knyttet til situasjoner som ikke er direkte knyttet til studiestedet eller studiesituasjonen, men heller det å organisere hverdagen, transportordninger og deltakelse i studentaktiviteter som ikke direkte er knyttet til studiesituasjonen.

Tabell 2.5 Studenter med nedsatt funksjonsevne fordelt på type funksjonsnedsettelse.

	Prosent	N
Sansevansker	2	2
Kortpustet	6	6
Kroniske smerter	26	27
Bevegelsesvansker	26	27
Psykiske vansker	23	24
Hodeskade/hjerneskode/hjerneblødning	10	10
Kognitive vansker	6	6
Annet	3	3
Total	102	105

Tabell 2.5 viser at det er flest studenter med kroniske smerter, bevegelsesvansker eller psykiske vansker, mens det er relativt få studenter med de øvrige funksjonsnedsettelsene.

Det foreligger ikke statistikk over antall studenter med funksjonsnedsettelse i Norge. Det er imidlertid gjort beregninger ut fra antall studenter som trenger tilrettelegging internt i utdanningsinstitusjonene og samordning med eksterne aktører som

kommunale tjenester, NAV og andre. Ut fra disse beregningene kommer en fram til en andel på ca 4-5 prosent av studentpopulasjonen hadde behov for omfattende tilrettelegging og ytterligere 8 prosent av studentpopulasjonen trenger enklere tilrettelegging (Knarlag & Jacobsen 2000, her etter Magnus 2009). Det er få studenter med nedsatt funksjonsevne som er fanget opp i denne levekårsundersøkelsen. For å få et godt bilde av denne gruppen og innsikt i studenter med nedsatt funksjonsevne er neppe undersøkelser som LKF 2007 det mest hensiktsmessig, men heller spesialundersøkelser for gruppen.

2.4 Endret utdanning grunnet nedsatt funksjonsevne

Personer med medfødt eller ervervet sykdom eller nedsatt funksjonsevne før fylte 20 år, eller som var i utdanning da de fikk sykdom eller nedsatt funksjonsevne inntraff, har fått spørsmål om de på grunn av nedsatt funksjonsevne har valgt en annen utdanning enn de ellers ville ha gjort. Av de 465 personene som fikk dette spørsmålet svarte 19 prosent bekreftende på dette. Tabell 2.6 viser at 48 prosent av disse 19 prosentene oppgir at ikke tilpassede studier var den viktigste årsaken til at de valgte et annet studium.

Tabell 2.6 *Viktigste grunn for å velge annerledes (N=90)*

	Antall	Prosent
Ikke tilpassede studier	43	48
Hadde ikke ork eller overskudd	29	32
Frarådet studiet	8	9
Økonomi	7	8
Problemer med transport	3	3
Dårlig informasjon	1	1
Mangelfulle hjemmetjenester	1	1
Annet	25	28

Videre fikk de som hadde fullført utdanning før de fikk varig sykdom eller nedsatt funksjonsevne spørsmål om de siden har tatt annen utdanning fordi de fikk varig sykdom eller nedsatt funksjonsevne. Av de 923 personene som fikk dette spørsmålet oppgir 98 personer (11 prosent) at de har tatt annen utdanning på grunn av varig sykdom eller nedsatt funksjonsevne. Tjuefire personer oppgir at de har tatt videregående utdanning; 33 personer har tatt fagskole, mens 40 har tatt universitet eller høyskoleutdanning.

2.5 Erfaringer med tilrettelegging i videregående skole

Det er 253 personer som har medfødt nedsatt funksjonsevne eller ervervet nedsatt funksjonsevne før 21 år og som har videregående skole som høyeste utdanning. Av disse er det 17 prosent (42 personer) som oppgir at de hadde behov for tilrettelegging da de gikk på videregående skole. Det er særlig vansker med tilretteleggingen av undervisningen intervjuobjektene oppgir.

Åtti personer med medfødt nedsatt funksjonsevne eller ervervet nedsatt funksjonsevne før 21 år har påbegynt videregående skole, men avbrutt utdannelsen. Av disse er det 21 prosent (17 personer) som oppgir at de hadde behov for tilrettelegging på skolen. Disse personene oppgir særlig vansker med tilretteleggingen knyttet til undervisningen, pensum og læremidler. Imidlertid må en være oppmerksom på at både for de som har fullført og avbrutt videregående skole er det et lite antall personer som oppgir at de hadde behov for tilrettelegging på skolen.

2.6 Oppsummering

En av de mest grunnleggende målene i utdanningspolitikken er at alle skal ha lik rett til utdanning. Lik rett til utdanning krever også tilrettelegging for de med spesielle behov eller funksjonsnedsettelse (St.meld. nr. 27 2000-2001). Resultatene viser imidlertid at personer med nedsatt funksjonsevne systematisk har lavere utdanningsnivå enn befolkningen for øvrig. Jevnt over i alle aldersgrupper er det 11-14 prosent lavere andel med høyere utdanning blant personer med nedsatt funksjonsevne sett i forhold til befolkningen ellers.

Flere kvinner har høyere utdanning enn menn. I og med det er flere kvinner enn menn som er registrert med nedsatt funksjonsevne kan dette få innvirkning på utdanningsnivå for personer med nedsatt funksjonsevne sett i forhold til øvrige. Imidlertid viser resultatene at den relative forskjellen mellom kvinner og menns utdanningsnivå er lik for personer med og uten nedsatt funksjonsevne.

Resultatene viser også at andelen med høyere utdanning er relativ lik mellom personer som har medfødt eller tidlig ervervet funksjonsevne og de som har ervervet en funksjonsnedsettelse senere i livet. Dette tyder på at personer med medfødt eller tidlig ervervet funksjonsnedsettelse har vansker med eller opplever barrierer i forhold til å ta høyere utdanning. Samtidig indikerer dette funnet at personer som har lav utdanning lettere erverver en funksjonsnedsettelse.

Det er flere barrierer eller behov for tilrettelegging som kan gjøre det vanskelig for personer med funksjonsnedsettelse å ta høyere utdanning. Av de 105 personene som har deltatt i denne levekårsundersøkelsen og som var studenter i 2007 oppgir litt under en femtedel at de har behov for tilrettelegging på studiestedet. Vanskene studenter med nedsatt funksjonsevne opplever er oftere knyttet til situasjoner som ikke er

direkte knyttet til studiestedet eller studiesituasjonen, men heller det å organisere hverdagen, transportordninger og deltakelse i studentaktiviteter.

Gjennomgangen av studentenes situasjon viser tilstanden til de som har kommet seg inn i utdanningssystemet, men det gir ikke indikasjon på hvilke barrierer som er til stede og som kan hindre personer med nedsatt funksjonsevne i det hele tatt å komme inn i dette systemet. Imidlertid svarer en femtedel av personer med medfødt eller tidlig ervervet funksjonsnedsettelse (før 20 år) at de på grunn av funksjonsnedsettelsen har tatt ett annet studium eller utdanning enn de ellers ville ha gjort. Nær halvparten oppga at ikke tilpassede studier var årsaken til dette, mens en tredjedel mente årsaken var at de følte at de ikke hadde ork eller overskudd.

3. ARBEID

Arbeidslivet er en viktig arena for samfunnsdeltakelse, og det å være i arbeid er av sentral betydning for så vel de økonomiske som de sosiale levekårene. Lønnsarbeid er et område av vesentlig betydning for å kunne etablere og opprettholde et selvstendig liv, og det å ha en jobb gir muligheter for å treffe andre mennesker. I den yrkesaktive fasen av livet er arbeidet den viktigste inntektskilden for de fleste husholdninger, og blant annet gjennom inntektsgivende arbeid sikres framtidige pensjonsutbetalinger. Samtidig anses arbeidslivet som et av de mest sentrale områdene med betydning for menneskers selvstendighet og sosiale tilværelse. Det å arbeide og det å utføre arbeidsoppgaver har også en verdi i seg selv, og arbeidsfellesskap med kolleger er viktig for samhørighet og sosial deltakelse.

Personer med funksjonsnedsettelse er en del av mangfoldet i det norske samfunnet, noe som bør gjenspeiles i arbeidslivet. Å gjøre det mulig for alle som vil og kan delta i arbeidslivet, uavhengig av funksjonsevne, er derfor en naturlig overordnet politisk målsetting. Den såkalte arbeidslinjen har ligget til grunn og vært en overordnet strategi i det norske velferdssystemets utforming siden de tidlige etterkrigsårene. Målet har vært at flest mulig skal være i arbeid eller i aktive tiltak med sikte på arbeid, og færrest mulig skal støtes ut til passive løsninger som uførestønad. At flest mulig er i arbeid er god ressursutnyttelse, både for den enkelte og for samfunnet som helhet. Det har lenge vært fokus på de økonomiske insentivene for den enkelte arbeidssøker, at det skal lønne seg å jobbe framfor å motta trygd, og på at det offentlige hjelpeapparatet skal være arbeidsmarkedsorientert. I langt mindre grad har det vært viet oppmerksomhet mot barrierer i arbeidslivet og hvordan disse kan variere med type funksjonsnedsettelse.

I dette kapitlet vil det bli sett nærmere på trekk ved yrkesaktiviteten blant personer med nedsatt funksjonsevne. Her vil det bli gitt beskrivelser av hvilke barrierer gruppen møter i arbeidslivet, hvordan arbeidet blir tilrettelagt for de som har behov for dette, samt forholdet til arbeidsgiver og kolleger. Diskriminering er også et område som vil bli berørt.

3.1 Yrkesaktivitet

Å måle andelen yrkesaktive blant personer med funksjonsnedsettelse kan gjøres på ulike måter. I offentlig statistikk avgrenses som regel yrkesaktivitet slik det gjøres i SSBs Arbeidskraftundersøkelse (AKU). Det å være yrkesaktiv vil her si at man er eller skulle ha vært i inntektsgivende arbeid av minst en times varighet siste uke. Bruker vi denne avgrensingsmåten for å finne hvor mange som er i arbeid viser LKF-studien at litt over halvparten (55 prosent) med funksjonsnedsettelse er yrkesaktive. Tilsvarende andel i hele befolkningen totalt (16-66 år) er på 77 prosent (Olsen & Thi Van 2007).

Ved å begrense utvalget til kun å omfatte personer med betydelig funksjonsnedsettelse (dvs. en funksjonsnedsettelse som i stor grad virker inn på hverdagen), reduseres andelen yrkesaktive vesentlig. For personer med betydelige funksjonsnedsettelse er andelen yrkesaktive 40 prosent.

Sammenligner vi med Arbeidskraftundersøkelsens beregninger av andelen yrkesaktive med funksjonsnedsettelse for samme periode (2007), gir LKF-studien et estimat som er 10 prosentpoeng høyere enn tilsvarende tall fra AKU. Siden 2001 har AKUs andel yrkesaktive med funksjonsnedsettelse vært stabil på rundt 45 prosent. Denne prosentvise forskjellen i estimater kan skyldes flere forhold.

En årsak til forskjellene i yrkesandel ligger i ulike måter å avgrense målgruppen (personer med funksjonsnedsettelse) i undersøkelsene. AKU opererer med en snevrere definering av nedsatt funksjonsevne enn hva LKF-studien gjør. I AKU utgjør målgruppen for undersøkelsen de som oppgir å ha "fysiske eller psykiske helseproblemer av mer varig karakter som kan medføre begrensninger i det daglige liv". I LKF defineres målgruppen ut fra et sett subjektive og objektive kriterier (se kap. 1.3). Forskjellene i avgrensning gir utslag i omfanget av personer med funksjonsnedsettelse i befolkningen. Der AKU gir et estimat på at 15 prosent av befolkningen i alderen 16-66 år har en funksjonsnedsettelse i 2007 (Olsen & Thi Van (2007)), gir LKF-studien et tilsvarende estimat på 26 prosent med funksjonsnedsettelse i alderen 20-67 år. Ved å bruke en bredere definering av nedsatt funksjonsevne vil det i LKF-studien være flere med mildere grader av funksjonsnedsettelse, og mange av disse har mulighet for å være i jobb. Dette påvirker andelen i inntektsgivende arbeid. Ved å bruke AKUs avgrensning av personer med funksjonsnedsettelse gir LKF-studien en yrkesaktiv andel på 48 prosent. Forskjellene mellom de to undersøkelsenes estimat av yrkesaktive blant personer med funksjonsnedsettelse er derfor ikke store ved bruk av samme avgrensninger.

En annen forklaring til en noe høyere andel yrkesaktive i LKF-studien skyldes at aldersgruppen i denne undersøkelsen er noe eldre enn hva AKU opererer med. I LKF er deltakerne fra 20 til 67 år, mot 16 til 66 år i AKU. De mellom 16 og 19 år altså ikke med i LKF-utvalget. Hovedsakelig vil 16 til 19 åringer være i utdanning, og gjennom å ta med disse i utvalget vil resultatet bli en lavere yrkesandel totalt.

Yrkesaktivitet kan også måles gjennom å se på hvor mange som oppgir arbeid som sin hovedaktivitet. I LKF-studien oppgir halvparten (51 prosent) av personer med funksjonsnedsettelse å være sysselsatt. Dette innbefatter de som er ansatt på heltid eller deltid, er selvstendig næringsdrivende eller sysselsatt på et kommunalt dagsenter eller lignende. Avgrenser vi til å kun se på personer med betydelige funksjonsnedsettelse er det 36 prosent som er sysselsatt.

Ved å bruke screeningundersøkelsen kan vi sammenligne personer med og uten funksjonsnedsettelse for å se forskjeller i andel yrkesaktive mellom disse to gruppene. Av personer med funksjonsnedsettelse oppgir 50 prosent at arbeid er hovedaktiviteten, mens 87 prosent av de uten funksjonsnedsettelse er i arbeid. Bruker

vi AKUs avgrensingsmåte av gruppen personer med funksjonsnedsettelse oppgir 42 prosent av personer med funksjonsnedsettelse arbeid som sin hovedaktivitet, og 84 prosent av de uten funksjonsnedsettelse. Dette viser at om man opererer med denne definisjonen er ikke forskjellen på 30 prosent, men rundt 40 prosent. Ser vi på personer med betydelige funksjonsnedsettelse er andelen yrkesaktive på 30 prosent. Av alle som deltok i screeningundersøkelsen oppgir 78 prosent arbeid som sin hovedaktivitet.

I den videre gjennomgangen vil AKUs definisjon på yrkesaktivitet bli brukt, og LKFs avgrensning av nedsatt funksjonsevne.

Datamaterialet viser en klar kjønnsforskjell med hensyn til det å være i arbeid. Kvinner har en lavere yrkesaktivitet enn menn. Litt over halvparten (52 prosent) av kvinnene oppgir å være yrkesaktive, mot 58 prosent av mennene. Blant kvinner og menn i hele befolkningen (16-66 år) var det 2007 en sysselsetting på respektive 72 prosent blant kvinner og 78 prosent blant menn (Olsen & Thi Van 2007). For personer med betydelige funksjonsnedsettelse er andelen kvinner i inntektsgivende arbeid på 37 prosent mot 43 prosent av mennene. Kjønnsforskjellen er med andre ord den samme i alle tilfeller.

Tabell 3.1 Andel yrkesaktive med funksjonsnedsettelse etter alder. Prosent

	Alder					I alt
	20-29 år	30-39 år	40-49 år	50-59 år	60-67 år	
Yrkesaktiv	67	66	63	56	30	55
Ikke yrkesaktiv	33	34	37	44	70	45
Totalt	100	100	100	100	100	100
(N)	(171)	(271)	(364)	(474)	(368)	(1648)

For personer med funksjonsnedsettelse er det en avtagende yrkesaktivitet med alder, noe som kommer fram av tabell 3.1. I den yngste aldersgruppen (20 til 29 år) er to av tre (67 prosent) yrkesaktive, så faller andelen noe fram til de mellom 50 til 59 år, hvor litt over halvparten er i arbeid. For den eldste aldersgruppen (60 til 67 år) er nær en av tre (30 prosent) yrkesaktive.

Tabell 3.2 *Andel yrkesaktive etter type funksjonsnedsettelse. Prosent*

Funksjonsnedsettelse	Andel yrkesaktive	N
Sansevansker	54	166
Kortpustet	54	85
Kroniske smerter	66	399
Bevegelsvansker	49	493
Psykiske vansker	52	188
Hodeskade	55	121
Kognitive vansker	38	132
Totalt	55	1584

Tabell 3.2 viser hvordan andelen yrkesaktive er innenfor de ulike typene funksjonsnedsettelsene. Det er blant personer med kognitive vansker at yrkesaktiviteten er lavest. Her oppgir i overkant en av tre (38 prosent) at de er yrkesaktive. Også personer med bevegelsvansker har en relativ lav yrkesdeltakelse sammenlignet med de andre gruppene funksjonsnedsettelse (49 prosent). Andelen sysselsatte blant de som er i samlekategori med andre funksjonsnedsettelse (annet) er relativt høy sammenlignet med de andre gruppene funksjonsnedsettelse. Dette henger sammen med at det i denne gruppen inngår mange med uoppgitt funksjonsnedsettelse og som har uføretrygd eller grunn- eller hjelpestønad. For denne gruppen er det vanlig å kombinere stønadsmottak og arbeid.

3.1.1 Hva påvirker yrkesaktiviteten?

For å si noe om hvorfor sysselsettingen for personer med funksjonsnedsettelse er lavere enn den er i befolkningen totalt, må vi se nærmere på hvilke faktorer som virker inn på yrkesaktiviteten. For å undersøke dette er det gjennomført en logistisk regresjonsanalyse. Denne analysen kontrollerer yrkesaktivitet for effekter av kjønn, utdanning, alder, etnisk bakgrunn og funksjonsnedsettelse.

Tabell 3.3 viser resultatene fra den logistiske regresjonsanalysen som skal forklare yrkesaktivitet for alle deltakerne i screeningsundersøkelsen. Det vil si både personer med og uten funksjonsnedsettelse. I tabellen betyr OR oddsratio. Oddsrationen forteller oss hvor mye større eller mindre sannsynligheten er for at et gitt utfall skal inntreffe. Eksempelvis å være yrkesaktiv eller ikke. En oddsratio på over 1 betyr større sannsynlighet for at utfallet skal inntreffe, mens en oddsratio på under en betyr lavere sannsynlighet for at utfallet skal inntreffe. For eksempel betyr oddsratio på 0,71 for kjønn at det er 29 prosent mindre sannsynlig at kvinner er i jobb.

Tabell 3.3 *Logistisk regresjon på Yrkesaktivitet (0=ikke yrkesaktiv; 1=Yrkesaktiv) for samtlige, personer uten nedsatt funksjonsevne og personer med nedsatt funksjonsevne. OR=Oddsrate*

	Samtlige (N=7632)		Ikke nedsatt (N=5688)		Nedsatt (N=1944)	
	Sig.	OR	Sig.	OR	Sig.	OR
Kjønn (1=Mann; 2=Kvinne)	.000	0.71	.000	0.66	.007	0.76
Utdanning (Grunnskole referansekategori)						
Videregående utdanning	.000	1.60	.020	1.26	.000	2.22
Høyere utdanning	.000	2.91	.000	2.20	.000	4.39
Alder (5 grupper)	.000	0.79	.001	0.90	.000	0.64
Ikke-vestlig bakgrunn	.000	0.63	.002	0.63	.010	0.60
Nedsatt funksjonsevne (0=Ikke nedsatt; 1=Nedsatt)	.000	0.19	-	-	-	-

Yrkesaktivitet er i screeningsundersøkelsen målt ved å spørre om hovedaktivitet. Dersom en har svart at en enten er ansatt eller selvstendig næringsdrivende på heltid eller deltid er en kategorisert som yrkesaktiv og variabelen Yrkesaktivitet er for disse lik verdien 1. De øvrige har fått verdien 0 på denne variabelen. Av samtlige er 78 prosent yrkesaktive; 87 prosent av personer uten funksjonsnedsettelse er yrkesaktive, mens 50 prosent av personer med nedsatt funksjonsevne er yrkesaktive.

Når det gjelder hva som forklarer yrkesaktivitet for samtlige deltakere i screeningsundersøkelsen (både personer med og uten funksjonsnedsettelse), finner vi at det er om personen har funksjonsnedsettelse eller ikke som gir størst utslag på yrkesaktivitet. Dersom en har nedsatt funksjonsevne har en fem ganger mindre sjanse for å være yrkesaktiv (OR 0,19) sett i forhold til en person uten funksjonsnedsettelse. Dette er etter at det er kontrollert for effekter for alder, utdanning, etnisk bakgrunn og kjønn.

Videre viser analysene at i forhold til personer med og uten funksjonsnedsettelse slår kjønn litt forskjellig ut med hensyn til yrkesaktivitet. Kvinner uten funksjonsnedsettelse har 34 prosent lavere sannsynlighet for å være i arbeid enn menn uten funksjonsnedsettelse (OR 0,66). Kvinner med funksjonsnedsettelse har 24 prosent lavere sannsynlighet for å være yrkesaktive sett i forhold til menn med funksjonsnedsettelse (OR 0,74).

Etnisk bakgrunn slår likt ut for både personer med og uten funksjonsnedsettelse. Det vil si at personer med ikke-vestlig bakgrunn har ca. 40 prosent mindre sjanse for å være i arbeid enten de har funksjonsnedsettelse eller ikke (OR 0,60-0,63).

Utdanning og alder slår derimot betydelig sterkere ut på yrkesaktivitet hos personer med funksjonsnedsettelse enn blant befolkningen ellers. Sett i forhold til personer med funksjonsnedsettelse med grunnskoleutdanning har personer med funksjonsnedsettelse og videregående utdanning 2,3 ganger større sjanse for å være yrkesaktiv og 4,5

ganger større sjanse dersom en har høyere utdanning. Utdanning har også betydning for personer uten funksjonsnedsettelse, men en del lavere. En person uten funksjonsnedsettelse har 1,34 og 2,33 ganger større sjanse for å være yrkesaktiv dersom en henholdsvis har videregående eller høyere utdanning sammenlignet med en person uten funksjonsnedsettelse med grunnskoleutdanning.

I forhold til alder ser vi at jo eldre en er, jo lettere faller en ut av arbeidslivet dersom en har nedsatt funksjonsevne (OR 0,64), sett i forhold til øvrige personer (OR 0,90). Det indikerer at sysselsetningsraten blant personer med nedsatt funksjonsevne synker mye tidligere i livet enn hos de uten funksjonsnedsettelser.

Tabell 3.4 Logistisk regresjon på yrkesaktivitet (0=ikke yrkesaktiv; 1=yrkesaktiv) for personer med nedsatt funksjonsevne. N=1622

	Sig.	Odds rate (OR)	Endring i -2LL* (sig.)
Kjønn (mann=1;kvinne=2)	.001	0.68	4.6 (.033)
Utdanning (Grunnskole=referansekategori)			110.1 (.000)
Videregående utdanning	.000	2.07	
Høyere utdanning	.000	4.61	
Alder (5 grupper)	.000	0.62	95.7 (.000)
Alder ved ervervet funksjonsnedsettelse (medfødt, ti årskategorier)	.036	0.90	1.2 (.277)
I utdanning/arbeid ved FN-tidspunkt (Nei/medfødt/tidlig ervervet=referansekat.)			17.4 (.000)
I utdanning	.679	1.10	
I arbeid	.000	2.02	
Type funksjonsnedsettelse (bevegelsesvanske=referansekat.)			51.8 (.000)
Sansevanske	.456	1.16	
Kortpustet	.310	1.30	
Kroniske smerter	.008	1.51	
Psykiske vansker	.016	0.62	
Hodeskade	.925	0.98	
Kognitive vansker	.007	0.55	
Annet	.096	1.69	
Grad av vanske			58.6 (.000)
Store vansker	.000	.40	

*Endring i -2LL viser om variabelen/variabelgruppen gir et signifikant bidrag til å forklare utfallet i yrkesaktivitet eller ikke.

Ved å gå fra screeningsundersøkelsen til hovedundersøkelsen har vi mulighet for å gjøre analysen mer detaljert, samtidig som vi mister muligheten til å sammenligne med alle. Resultatene går fram av tabell 3.4. Tabellen viser en logistisk regresjonsmodell som forklarer yrkesaktivitet blant personer med nedsatt funksjonsevne. Yrkesaktivitet er her målt ved hjelp av to spørsmål: Om en har utført inntektsgivende arbeid av minst en times varighet forrige uke og om en har inntektsgivende arbeid som en var midlertidig borte fra eller hadde fri fra i forrige uke. De som svarte ja på ett av disse to spørsmålene er definert som yrkesaktiv. Litt over halvparten (55 prosent) av utvalget er yrkesaktiv.

Tabell 3.4 viser at det er ingen forskjell i yrkesaktivitet med hensyn til om funksjonsnedsettelsen var medfødt eller inntraff i senere alder (endring i -2LL ikke signifikant). Men de som var i arbeid ved tidspunktet de ervervet funksjonsnedsettelsen har dobbel så stor sjanse til å være yrkesaktiv sett i forhold til om en ikke var i arbeid eller i utdanning når funksjonsnedsettelsen inntraff (OR 2,02). Dette kan tyde på at personer med nedsatt funksjonsevne som var i arbeid har lettere for å bli værende i arbeid, enn det er for personer med nedsatt funksjonsevne å komme inn i arbeidslivet.

Grad av vanske har en relativ stor betydning på yrkesaktivitet. Dersom en har oppgitt at sykdommen eller funksjonsnedsettelsen påvirker hverdagen i stor grad, har en 60 prosent lavere sannsynlighet for å være yrkesaktiv, sett i forhold til de hvor funksjonsnedsettelsen ikke innvirker på hverdagen i betydelig grad (OR 0,40). I forhold til type funksjonsnedsettelse ser en at personer med psykiske vansker (OR 0,62) og kognitive vansker (OR 0,55) har lavest sjanse å være i jobb, sett i forhold til personer med bevegelsesvansker. Videre har kvinner en lavere sannsynlighet til å være i arbeid sett i forhold til menn (OR 0,68). Etnisk bakgrunn har ikke signifikant betydning i denne analysen og er derfor ikke med i tabell 3.4.

3.2 Yrkesfordeling

Yrkesfordelingen forteller oss noe om hvilke yrkesgrupper personer med nedsatt funksjonsevne jobber innenfor. Ved å bruke SSBs standard for yrkesklassifisering (NOS C521) kan vi gruppere de som er i arbeidslivet inn i ulike yrkeskategorier. Tabell 3.5 viser fordelingen av personer med funksjonsnedsettelse i arbeid etter yrkesgrupper.

Tabell 3.5 Sysselsatte med funksjonsnedsettelse etter yrke og kjønn. Prosent.
(N=904)

Yrke	LKF 07			AKU 07
	I alt	Menn	Kvinner	I alt
Lederyrker	6,7	9,9	4,2	5,8
Akademiske yrker	11,6	11,1	12,0	11,3
Høyskoleyrker	27,2	25,0	29,0	25,2
Kontoryrker	8,4	6,2	10,2	6,9
Salgs- og serviceyrker	25,3	12,1	36,0	24,2
Bønder, fiskere o.l.	1,9	3,0	1,0	2,5
Håndverkere	7,9	15,3	1,8	11,3
Operatører, sjåførere o.l.	7,7	14,4	2,4	7,3
Andre yrker	3,1	2,7	3,4	5,6

Det er innenfor yrker med kortere høyskole- og universitetsutdanning at vi finner at flest med funksjonsnedsettelse arbeider, og innenfor disse yrkene er det litt over en fjerdedel (27 prosent) av de yrkesaktive som arbeider. Tilsvarende jobber også en fjerdedel (25 prosent) innenfor salgs- og serviceyrker. Rundt hver tiende med funksjonsnedsettelse har et akademisk yrke (12 prosent), eller et kontoryrke (8 prosent).

Sammenligner vi med tall fra AKU 2007 (16-66 år) viser yrkesfordelingen til personer med funksjonsnedsettelse å være relativt sammenfallende med fordelingen blant sysselsatte totalt. Men noen avvik finner vi ved at en litt større andel av personer med funksjonsnedsettelse jobber innenfor lederyrker, høyskoleyrker, kontoryrker og salgs- og serviceyrker. En noe mindre andel med funksjonsnedsettelse arbeider innenfor primærnæringene (bønder, fiskere o.l.), som håndverkere eller innenfor kategorien andre yrker.

Det relativt like mønsteret krever en kommentar. Tabellen skal ikke leses slik at personer med nedsatt funksjonsevne har omtrent samme yrkesfordeling som andre. I tabellen er bare de som er i jobb med. Dersom vi også hadde tatt med folk utenfor arbeidslivet, ville alle andeler for personer med nedsatt funksjonsevne blitt mer nedskalert enn for befolkningen for øvrig. Det tabellen viser er en relativ lik yrkesfordeling, gitt at en er i jobb. Tar en med alle vil personer med nedsatt funksjonsevne være underrepresentert i de fleste yrker.

3.3 Arbeidstid

Av de som er i arbeid, er det en betydelig høyere andel på deltid blant personer med nedsatt funksjonsevne enn blant sysselsatte totalt. Tabell 3.6 gir en oversikt over deltidsarbeid blant personer med nedsatt funksjonsevne.

Tabell 3.6 *Andel sysselsatte med funksjonsnedsettelse etter arbeidstid og kjønn. Prosent. (N=903)*

Arbeidstid	I alt	Menn	Kvinner
Kort deltid (1-19 t. pr. uke)	25	18	31
Lang deltid (20-37 t. pr. uke)	28	20	34
Heltid (38 t. eller mer pr. uke)	47	62	35

Nær halvparten (53 prosent) av de sysselsatte med nedsatt funksjonsevne jobber mindre enn 38 timer i uka, sammenlignet med en fjerdedel av sysselsatte totalt. Deltid er desidert mest utbredt blant kvinner, både blant kvinner med funksjonsnedsettelse og sysselsatte kvinner totalt. I førstnevnte gruppe har 65 prosent deltidsarbeid, mot 43 prosent blant sysselsatte kvinner i alt. For menn med funksjonsnedsettelse er deltidsandelen henholdsvis 38 prosent, mot 12 prosent for sysselsatte menn i alt.

Tabell 3.7 *Andel sysselsatte med funksjonsnedsettelse etter arbeidstid og alder. Prosent. (N=903)*

Arbeidstid	Alder				
	20-29 år	30-39 år	40-49 år	50-59 år	60-67 år
Menn					
Kort deltid (1-19 t. pr. uke)	5,7	9,1	15,4	24,1	33,9
Lang deltid (20-37 t. pr. uke)	18,9	13,0	16,3	25,9	23,2
Heltid (38 t. eller mer pr. uke)	75,5	77,9	68,3	50,0	42,9
Kvinner					
Kort deltid (1-19 t. pr. uke)	25,8	22,5	28,2	35,3	42,9
Lang deltid (20-37 t. pr. uke)	41,9	22,5	37,1	34,6	32,1
Heltid (38 t. eller mer pr. uke)	32,3	50,0	34,7	30,1	25,0

I tabell 3.7 ser vi at å jobbe deltid er mer vanlig med økende alder. Andelen deltidsarbeidende kvinner med funksjonsnedsettelse er høyest i den eldste aldersgruppen (60 til 67 år) hvor tre av fire kvinner (75 prosent) oppgir å ha deltidsarbeid. Lavest andel deltidsarbeid finner vi blant de mellom 30 og 39 år, her arbeider halvparten (50 prosent) av kvinnene deltid. For menn med funksjonsnedsettelse er det også høyest andel deltidsarbeidende blant de eldste (60-67 år), hvor litt over halvparten (57 prosent) ikke har heltidsarbeid. Lavest andel deltidsarbeidende menn er blant de mellom 30 og 39 år, her er andelen på 22 prosent.

For å se nærmere på hva som påvirker arbeidstiden til personer med funksjonsnedsettelse er det kjørt en logistisk regresjon. Resultatene fra denne

analysen viser at kjønn, høyere utdanning og alder har innvirkning på om man jobber deltid eller ikke. Kvinner jobber mer deltid enn menn, de med høyere utdanning jobber mer heltid enn de med lavere utdanninger og eldre arbeidstakere jobber mer deltid enn yngre arbeidstakere.

At mange med funksjonsnedsettelse har kortere arbeidstid er for mange knyttet til opplevelsen av egen funksjonsevne. Av de som jobber kort deltid, dvs. under 20 timer i uka, er det for flertallet (76 prosent) egen sykdom, helse eller nedsatt funksjonsevne som oppgis som hovedgrunn for redusert arbeidstid. Dette er et uttrykk for at mange relaterer vansker med å delta i arbeidslivet til egen helse eller funksjonsevne snarere enn til vansker eller manglende tilpasninger i arbeidet. Utstrakt bruk av deltid blant personer med funksjonsnedsettelse er for mange ønsket, rett og slett for å få hverdagen til å gå opp i forhold til praktiske vansker, tid og egen energi. Redusert arbeidstid blir en strategi for å tilpasse arbeidet til egne behov.

Vi vil imidlertid advare mot å overfortolke dette, dvs. tolke det i retning av at dette kun handler om sykdom og helse. Det ønsket i reduksjon av arbeidstid må ses i forhold til praktiske vansker, og det kan ikke ses uavhengig av andre elementer i situasjonen og omgivelsene. Antagelig indikerer det også at mange tar arbeidslivets krav som en selvfølge, og at når kravene blir vanskelige å fylle knytter en det til seg selv. Selv om personene selv knytter redusert arbeidstid til helse, må fortolkningen likevel være relasjonell (jf. kapittel 1.1 og diskusjonen om objektive indikatorer på funksjonshemmende prosesser).

3.4 Ansettelsesform

De fleste ansatte har en fast, ikke tidsbegrenset ansettelse, noe som gjelder for ni av ti (88 prosent) med nedsatt funksjonsevne. Andelen midlertidige ansatte er på 11 prosent. Sett i forhold til hele den yrkesaktive befolkningen (16-66 år) er ikke forskjellene store. Blant alle ansatte oppgir en andel på 8 prosent å ha en tidsbegrenset ansettelse.

3.5 Tilrettelegging av arbeidssituasjonen

Tilpasninger av arbeidet og god arbeidsplassorganisering kan gi muligheter for inkludering av arbeidstakere med funksjonsnedsettelse. Gjennom å ta høyde for at mennesker har ulike forutsetninger, kan man gjennom tilpasninger av produkter, tjenester, bygninger og omgivelser planlegge slik at arbeidsplassen er tilrettelagt og kan brukes på like vilkår av så mange som mulig. Slike tilpasninger kan både være i form av å være universelt utformet med tanke på alle, men også være tilpasninger rettet mot den enkelte arbeidstakers spesielle behov.

3.5.1 Generelle tilpasninger i arbeidet

For mange med funksjonsnedsettelse er det en viktig forutsetning for å være i jobb at det er gjort tilpasninger på arbeidsplassen. En av tre (33 prosent) av de som i dag er yrkesaktive sier de har en arbeidssituasjon som er tilpasset funksjonsnedsettelsen i form av endringer i arbeidsoppgavene. Blant de resterende to tredjedelene som ikke har en slik tilpasning, er det hver femte (20 prosent) som mener de har behov for en tilrettelegging i form av endring i arbeidsoppgavene.

Sett i forhold til arbeidstiden er bildet nokså likt. Nær en tredjedel (31 prosent) har fått arbeidssituasjonen tilpasset i form av endringer i arbeidstiden. Av de som ikke har fått tilrettelagt arbeidstiden, mener 14 prosent at de har behov for en slik tilrettelegging.

Når det gjelder tilpasninger i form av fysiske hjelpemidler har en av fem (20 prosent) fått slik tilrettelegging. Blant de som ikke har fått tilpasninger i form av fysiske hjelpemidler på arbeidsplassen mener 12 prosent at de har behov for en slik tilrettelegging.

Av de i arbeid har en liten gruppe en støtteperson eller funksjonsassistent på arbeidsplassen (3 prosent). Av de som ikke har det er det 2 prosent som har behov for slik bistand i arbeidet.

Til sammen er det 29 prosent som har fått tilrettelagt arbeidet i form av endring i arbeidsoppgaver, arbeidstiden, fysiske hjelpemidler eller støtteperson eller funksjonsassistent på arbeidsplassen. Rundt en av fem (21 prosent) av de som har arbeid opplever behov for en av de nevnte typene tilrettelegging, uten at det har skjedd.

Blant ansatte med funksjonsnedsettelse er det 17 prosent som mener at arbeidsgiver i liten grad tar hensyn til at man har varig sykdom eller nedsatt funksjonsevne. En av fire (25 prosent) mener arbeidsgiver i noen grad viser hensyn, og to tredjedeler (34 prosent) mener arbeidsgiver i høy grad tar hensyn til de behovene man har.

Bildet er nokså likt i forhold til kolleger og i hvor stor grad de viser hensyn. Omtrent en av ti (12 prosent) mener arbeidskolleger i liten grad tar hensyn til at noen har nedsatt funksjonsevne på arbeidsplassen, en av fire (25 prosent) mener de i noen grad viser slikt hensyn, mens en av tre (35 prosent) mener kolleger i høy grad tar hensyn til andre kolleger med nedsatt funksjonsevne.

Tabell 3.8 I hvilken grad personer med nedsatt funksjonsevne kan påvirke egen arbeidssituasjon. Prosent

Bestemmer selv...	I liten grad	I noen grad	I høy grad	N
Hvilke oppgaver man skal gjøre	28	35	36	825
Hvordan utføre arbeidet	17	32	50	825
Eget arbeidstempo	23	36	41	825

Dersom vi ser nærmere på i hvor stor grad man kan påvirke egen arbeidssituasjon, viser undersøkelsen at mange med funksjonsnedsettelse ikke har vesentlig påvirkning på egen arbeidssituasjon. Som tabell 3.8 viser, er det omtrent en fjerdedel (28 prosent) av de i arbeid som oppgir at de i liten grad kan bestemme hvilke oppgaver de skal gjøre på jobben. Nær en av fem (17 prosent) oppgir å i liten grad kunne bestemme hvordan arbeidet skal utføres. Nesten hver fjerde ansatt (23 prosent) med funksjonsnedsettelse bestemmer i liten grad hvilket tempo de skal utføre arbeidsoppgavene de har.

Sammenlignet med levekårsdata fra 2006 ser vi at selvbestemmelse i arbeidet for personer med nedsatt funksjonsevne er nokså likt som hos ansatte for øvrig. Her oppgir rundt en tredjedel (32 prosent) å i høy grad kunne bestemme hvilke arbeidsoppgaver man skal gjøre, litt færre enn for personer med funksjonsnedsettelse (36 prosent). Ser vi på om man kan påvirke hvordan arbeidstempoet skal være, kommer også personer med funksjonsnedsettelse noe bedre ut enn øvrige ansatte. Her svarer 41 prosent av personer med funksjonsnedsettelse at de i høy grad kan bestemme arbeidstempoet selv, tilsvarende tall for øvrige ansatte er 37 prosent. Forskjellene er imidlertid størst i forhold til selvbestemmelse over hvordan arbeidet skal utføres. Mens to av tre (64 prosent) av de ansatte i øvrige befolkning i høy grad kan bestemme selv over arbeidsutførelsen, gjelder dette for halvparten (50 prosent) av personer med funksjonsnedsettelse.

3.5.2 Tilpasninger for de som tidligere var i jobb

Det å erverve en funksjonsnedsettelse som yrkesaktiv kan innebære behov for endringer og tilrettelegging i arbeidssituasjonen for fortsatt å kunne arbeide. De som var i jobb da funksjonsnedsettelsen inntraff ble spurt om hvilke tilpasninger som var gjort. Nær to tredjedeler av de som var i yrkesaktiv alder (16 år eller eldre) da funksjonsnedsettelsen inntraff, var da enten i arbeid (62 prosent) eller både i arbeid og utdanning (3 prosent).

Tabell 3.9 Hovedaktivitet i dag for de som var i arbeid da funksjonsnedsettelsen inntraff. Prosent (N=1059)

Hovedaktivitet i dag:	Andel	N
I arbeid	53	553
Student/skoleelev	2	19
Arbeidsledig	2	26
Trygdet/pensjonist	41	436
Hjemmearbeidende	2	24

Tabell 3.9 viser at av de som var i arbeid da funksjonsnedsettelsen inntraff, er litt over halvparten (53 prosent) fortsatt yrkesaktive. Mange faller med andre ord ut av arbeidslivet ved at de erverver en funksjonsnedsettelse. Vi ser at en stor andel av de som var i arbeid da de ervervet en funksjonsnedsettelse i dag er trygdet (41 prosent).

Av de som fortsatt er i arbeid er det litt over halvparten (57 prosent) som fortsatt utfører de samme arbeidsoppgavene som tidligere. Ser vi på arbeidsmengden oppgir omtrent halvparten (54 prosent) at de arbeider mindre enn før de fikk en nedsatt funksjonsevne, nær en tredjedel (38 prosent) jobber like mye, mens nær en av ti (8 prosent) jobber mer enn tidligere.

To tredjedeler (64 prosent) av de som fortsatt er i arbeid har i dag samme arbeidsgiver som da funksjonsnedsettelsen inntraff. Av de som har byttet arbeidsgiver, oppgir nesten halvparten (45 prosent) at de sluttet i forrige jobb på grunn av "egne helseproblemer eller nedsatt funksjonsevne". En fjerdedel (25 prosent) har ny arbeidsgiver fordi de har søkt og fått ny jobb.

Av de som byttet arbeidsgiver fordi de enten fikk en funksjonsnedsettelse, manglet tilrettelegging på arbeidsplassen eller ufrivillig måtte førtidspensjonere seg, mener en fjerdedel (23 prosent) at de kunne fortsatt i jobben dersom den i større grad var blitt tilpasset funksjonsevnen. De fleste mener endring i arbeidsoppgavene ville vært en god måte å tilpasse arbeidet på.

3.6 Økonomiske støtteordninger i forbindelse med arbeidet

Buken av økonomiske støtteordninger i forbindelse med arbeidet er lite utbredt. Kun et fåtall av de i arbeid oppgir å motta økonomisk støtte enten som arbeidstaker eller støtte til arbeidsgiver fordi de har nedsatt funksjonsevne.

Blant ansatte med funksjonsnedsettelse er det kun 6 prosent (49 personer) som oppgir å ha en eller annen individuell økonomisk støtteordning i forbindelse med arbeidet. Som arbeidstaker kan man være mottaker av flere ulike støtteordninger. Uførestønad med eller uten lønn i tillegg er den ordningen flest mottar, og en tredjedel (33 prosent) av de som har individuelle støtteordninger i arbeidet er mottakere i en slik ordning. Fordelingen på de andre støtteordningene er som følger: Attføringspenger (yrkesrettet attføring) (27 prosent), annen stønad (27 prosent), rehabiliteringspenger (10 prosent), tidsbegrenset uførestønad (10 prosent). Det er ingen av de i arbeid som oppgir å være mottaker av "hvilende pensjonsrett".

Det er noen flere som har en økonomisk støtteordning hvor arbeidsgiver mottar økonomiske ytelser. Syv prosent (61 personer) av de ansatte oppgir å ha en ordning hvor arbeidsgiver mottar støtte. Her er graderte sykepenger den ordningen som oppgis av flest, en tredjedel (33 prosent) har en slik ordning. Andelen mottakere av de andre støtteordningene fordeler seg slik: Lønnstilskudd (25 prosent), driftstilskudd til arbeidsgiver (13 prosent) og tilretteleggingstilskudd (3 prosent) og annen støtteordning (23 prosent).

Sett i lys av at økonomiske støtteordninger i forbindelse med arbeidet er så lite utbredt, kan man stille spørsmål om dette er et virkemiddel som fungerer etter intensjonene. Tatt i betraktning den lave yrkesandelen blant personer med

funksjonsnedsettelse kan det se ut som det er mer å hente på å stimulere arbeidsgivere til ansettelse gjennom mer utstrakt bruk av ulike tilskudsordninger.

3.7 IA-avtalen

Regjeringen og partene i arbeidslivet skrev i 2001 under på "Intensjonsavtalen om et mer inkluderende arbeidsliv", den såkalte IA-avtalen. Gjennom denne avtalen er intensjonene å fjerne barrierer og utstøtende mekanismer i arbeidslivet, og avtalen hadde tre delmål: (1) Redusere sykefraværet, (2) få tilsatt flere arbeidstakere med redusert funksjonsevne og (3) øke den reelle pensjoneringsalderen. Avtalen blir ansett som å være et virkemiddel for å motvirke diskriminering i arbeidslivet generelt.

Blant personer med nedsatt funksjonsevne oppgir litt over halvparten (54 prosent) av de som er i jobb at de kjenner til at virksomheten de jobber i har skrevet under på en slik avtale. En tredjedel (34 prosent) vet ikke om arbeidsgiver har inngått en avtale, mens nær en av ti (14 prosent) vet at en slik avtale ikke er inngått på arbeidsplassen. Kvinner (57 prosent) oppgir i større grad å jobbe i en IA-bedrift enn menn (48 prosent).

På spørsmål om inngåelse av en slik avtale har hatt noen innvirkning på arbeidsmiljøet, mener fire av ti (40 prosent) av de som jobber i en IA-bedrift at en slik avtale ikke har hatt noen innvirkning på arbeidsplassen. En av ti (12 prosent) mente avtalen hadde stor innvirkning på arbeidsmiljøet, en av fem (22 prosent) mener det har middels innvirkning, tilsvarende en femtedel (22 prosent) mener det har liten innvirkning.

Mange mener innvirkningen har en positiv betydning, over halvparten (53 prosent) i IA-bedrifter hevder IA-avtalen enten har bidratt positivt eller svært positivt på arbeidsmiljøet. To av fem (40 prosent) mener avtalen er av varierende innvirkning på miljøet, mens to prosent mener innvirkningen er negativ.

3.8 Arbeidsledighet og jobbsøking

Totalt for LKF-studien oppgir nær fire prosent å være arbeidsledig (arbeidsledighet oppgitt som hovedaktivitet). Arbeidsledighetstallene for befolkningen totalt var 2 prosent i 2007 (Olsen & Thi Van 2007). Utover de som på undersøkelsestidspunktet oppga å være arbeidsledig, hadde en av ti (10 prosent) vært arbeidsledig eller permittert i løpet av de siste fem årene. Dette kan være en indikasjon på at det i denne gruppen forekommer skjult arbeidsledighet. Fra andre undersøkelser er det hevdet at ledighetstallene for personer med funksjonsnedsettelse kan være noe høyere dersom man registrerer ledigheten over en periode (Skog Hansen & Svalund 2007). Ledigheten blant personer med nedsatt funksjonsevne er likevel relativt lav sett i forhold til yrkesdeltakelsen. Ledighetstall fra AKU for personer med funksjonsnedsettelse bekrefter lav andel arbeidsledige, i 2007 var 2,4 prosent av alle med funksjonsnedsettelse klassifisert som arbeidsledige (Olsen & Thi Van 2007).

Det er få av de som ikke er i jobb som har søkt etter arbeid. Av de som er trygdet er det fem prosent som de siste to årene har søkt på en jobb. Samtidig svarer en av fire (23 prosent) av de som ikke er i jobb at de mener det ville vært mulig ha en jobb i stedet for eller i tillegg til å motta trygd eller pensjon. To av tre (64 prosent) av disse ønsker seg jobb. Likevel er det få som tror de vil søke seg jobb. Hvorfor de eventuelt ikke vil søke jobber kommer ikke godt fram av undersøkelsen da få har svart på disse spørsmålene, men det handler om redsel for å miste trygdeytelser, transportvansker, negative erfaringer med arbeidslivet osv.

En liten andel (2 prosent) av de som var i arbeid da funksjonsnedsettelsen inntraff er i dag arbeidsledige. Av disse har en av fire (24 prosent) vært aktive jobbsøkere siste måned. For de som ikke aktivt har søkt jobb er vanligste årsak for ikke å søke jobb at de mener det ikke er mulig for dem å være i arbeid.

Arbeidsmarkedstiltak er et av flere virkemidler for å få de som står utenfor arbeidslivet over i arbeid. Av de som deltok i undersøkelsen har en av fem (22 prosent) deltatt i et arbeidsmarkedstiltak.

Tabell 3.10 Andel som har deltatt på arbeidsmarkedstiltak etter type tiltak. Prosent

Arbeidsmarkedstiltak	Andel som har deltatt på tiltak
AMO-kurs	53
Arbeidspraksis	30
Lønnstilskudd	6
Jobbklubb	6
Midlertidig sysselsettingstiltak	11
Annet	13
N	(355)

Tabell 3.10 viser hvordan deltakerne i arbeidsmarkedstiltak fordeler seg på ulike tiltak. Over halvparten (53 prosent) oppgir å ha deltatt på AMO-kurs, en tredjedel (30 prosent) har hatt arbeidspraksis.

Attføringstiltak er et annet virkemiddel brukt for å få flere over i arbeid. Tabell 3.11 viser i hvilken utstrekning dette tilbudet er benyttet.

Tabell 3.11 Andel som har deltatt i yrkesrettet attføring etter type tiltak. Prosent

Attføringstiltak	Andel som har deltatt på tiltak
Skolegang, herunder AMO-kurs	44
Arbeidspraksis i ordinært arbeidsliv	39
Bedriftsintern attføring	6
Deltaker i arbeidsmarkedsbedrift el.l.	3
Arbeidssamvirke	1
Sysselsettingstiltak i offentlig virksomhet	6
Arbeid med bistand	1
Lønnstilskudd til arbeidsgiver	4
Annet	12
N	(391)

Nær hver fjerde (24 prosent) person med funksjonsnedsettelse har en eller annen gang vært på yrkesrettet attføring. Her nevnes skolegang, herunder AMO-kurs som det attføringstiltaket flest har benyttet seg av, foran attføringstiltaket arbeidspraksis i ordinært arbeidsliv. For de andre attføringstiltakene er det relativt få som har vært deltakere.

Nesten halvparten (44 prosent) har tatt et AMO-kurs som del av skolegang. Disse fordeler seg slik på utdanningsnivåene; grunnskole (8 prosent), videregående (45 prosent) og universitets- eller høyskolenivå (47 prosent).

Litt over en av fem (22 prosent) av de som har vært på yrkesrettet attføring har avbrutt eller ikke fullført attføringstiltaket. De fleste (fire av fem) oppgir det var av helsemessige grunner de ikke fullførte attføringstiltaket.

3.9 Diskriminering

I undersøkelsen ble det stilt noen spørsmål om man har blitt forskjellsbehandlet som følge av nedsatt funksjonsevne de siste fem årene. De som var arbeidsledig, trygdet eller jobbet i kommunalt dagsenter ble spurt om de hadde opplevd å ikke få arbeid de hadde søkt på og som de var kvalifisert for. Av de som var jobbsøkere (99 personer) og som fikk dette spørsmålet hadde en av fire (23 prosent) opplevd å ikke få en jobb de var kvalifisert til på grunn av en varig sykdom eller funksjonsnedsettelse. Dette utgjør få av alle i LKF-undersøkelsen (1,4 prosent), men mange av de som har søkt jobb.

Totalt var det nær 4 prosent som i løpet av de siste fem årene hadde opplevd å ikke få delta på kurs gjennom jobben på grunn av funksjonsnedsettelsen. Tilsvarende var det 5 prosent som svarte at de følte at de hadde blitt presset til å avslutte arbeidsforholdet som følge av varig sykdom eller nedsatt funksjonsevne.

Samlet er det en av ti (9 prosent) som oppgir at de har blitt diskriminert på grunn av varig sykdom eller funksjonsnedsettelse gjennom søknadsavslag på jobb de var kvalifisert for, ikke fått deltatt på kurs gjennom jobb eller blitt presset til å slutte i jobben. At en av ti med funksjonsnedsettelse opplever å bli forskjellsbehandlet på en eller annen måte i arbeidslivet fordi de har en funksjonsnedsettelse er mye, og spesielt bekymringsverdig er det at en av fire jobbsøkere opplever at funksjonsnedsettelsen har negativ betydning i vurdering ved ansettelser.

3.10 Oppsummering

Denne gjennomgangen viser at yrkesdeltakelsen blant personer med funksjonsnedsettelse er lav sammenlignet med andelen yrkesaktive i hele befolkningen. Mens rundt halvparten av alle med funksjonsnedsettelse er i arbeid, er litt over tre av fire i befolkningen i jobb. Kvinner med funksjonsnedsettelse har lavere yrkesaktivitet enn menn med nedsatt funksjonsevne. Midlertidige ansettelser er ikke mer utbredt blant personer med funksjonsnedsettelse, rundt en av ti er i en tidsbegrenset jobb.

Når det gjelder hva som forklarer yrkesaktivitet, viser resultatene for det første at det er om personen har funksjonsnedsettelse eller ikke som gir størst utslag på yrkesaktivitet. Dersom en har nedsatt funksjonsevne har en fem ganger mindre sjanse for å være yrkesaktiv sett i forhold til en person uten funksjonsnedsettelse. Dette er etter at det er kontrollert for effekter for alder, utdanning, etnisk bakgrunn og kjønn.

Utdanning og alder slår betydelig sterkere ut på yrkesaktivitet hos personer med funksjonsnedsettelse enn blant befolkningen ellers. Sett i forhold til personer med funksjonsnedsettelse med grunnskoleutdanning har personer med funksjonsnedsettelse og videregående utdanning over dobbelt så stor sjanse for å være yrkesaktiv og nesten fem ganger større sjanse dersom personen har høyere utdanning. Utdanning har også betydning for personer uten funksjonsnedsettelse, men en god del mindre. En person uten funksjonsnedsettelse og som har høyere utdanning har litt over dobbel så stor sjanse for å være yrkesaktiv sammenlignet med en person uten funksjonsnedsettelse med grunnskoleutdanning.

Personer med nedsatt funksjonsevne som var i arbeid da de fikk en funksjonsnedsettelse har lettere for å bli værende i arbeid, enn det er for personer med nedsatt funksjonsevne å komme inn i arbeidslivet. Samtidig har grad av funksjonsnedsettelse relativ stor betydning på yrkesaktivitet. Dersom en har oppgitt at sykdommen eller funksjonsnedsettelsen påvirker hverdagen i stor grad, har en 60 prosent lavere sannsynlighet for å være yrkesaktiv, sett i forhold til de som ikke har betydelige funksjonsnedsettelse. I forhold til type funksjonsnedsettelse ser en at personer med psykiske vansker og kognitive vansker har lavest sjanse for å være i jobb.

Det er en stor andel deltidsarbeidende blant personer med funksjonsnedsettelse og omtrent halvparten jobber deltid, mot en fjerdedel blant sysselsatte totalt. Kvinner

jobber i større grad deltid enn menn, og kjønnsdelingen i deltidsarbeid er høyere blant personer med funksjonsnedsettelse enn for sysselsatte totalt. For personer med funksjonsnedsettelse avtar yrkesdeltakelsen med alder, og for eldre arbeidstakere med nedsatt funksjonsevne er deltidsarbeid mer utbredt.

Yrkesfordelingen er relativt lik mellom personer med og uten funksjonsnedsettelse, men noen små avvik finnes. Omtrent halvparten jobber innenfor høyskoleyrker eller salgs- og serviceyrker.

Omtrent halvparten av de som var i arbeid da funksjonsnedsettelsen inntraff kommer ikke tilbake i arbeid. To av fem som tidligere var i arbeid er i dag uføretrygdet eller pensjonert. Av de som står utenfor arbeidslivet er det få som har søkt arbeid siste året (kun fem prosent). En av fire mener likevel det er mulig å jobbe, og av disse er det to av tre som ønsker seg jobb. Likevel er det få som tror de vil komme til å søke jobb.

Det er et behov for mer tilpasninger og tilrettelegging i arbeidslivet. Av de i arbeid som ikke har fått tilpasninger på arbeidsplassen, mener følgende andel de trenger tilrettelegging i arbeidet: 20 prosent trenger endring i arbeidsoppgavene, 14 prosent trenger endring i arbeidstiden og 12 prosent trenger tilpasninger i form av fysiske hjelpemidler.

Nær en av fem (17 prosent) mener arbeidsgiver i liten grad tar hensyn til at man har en funksjonsnedsettelse, mens en av ti (12 prosent) mener arbeidskolleger i liten grad tar hensyn til noen har funksjonsnedsettelse på arbeidsplassen.

Det er få som har tilskuddsordninger knyttet til det å være i arbeidet. Kun seks prosent har en eller annen form for individuell støtteordning i forbindelse med arbeidet, syv prosent har en støtteordning for arbeidsgiver.

Hver fjerde (24 prosent) med funksjonsnedsettelse har vært på yrkesmessig atferd.

Personer med funksjonsnedsettelse opplever også forskjellsbehandling i arbeidslivet. En av ti (ni prosent) mener de har blitt diskriminert pga varig sykdom eller funksjonsnedsettelse gjennom enten søknadsavslag på jobb de var kvalifisert for, ikke fått deltatt på kurs gjennom jobb eller blitt presset til å slutte i jobben. En av fire jobbsøkere opplevde å ha blitt forskjellsbehandlet i søknadsprosessen fordi de hadde en funksjonsnedsettelse.

Oppsummert er helhetsinntrykket at for mange blir det å få en funksjonsnedsettelse veien ut av arbeidslivet, og for en stor andel er trygd viktigste inntektskilde når de står uten jobb. Personer med funksjonsnedsettelse blir marginalisert på arbeidsmarkedet, både gjennom utestegning og utstøting. Utestegning handler om vansker med å komme inn i en jobb, mens utstøting er veien ut av arbeidslivet. Marginaliseringen i arbeidsmarkedet skjer fordi personer med funksjonsnedsettelse lett faller ut av arbeidslivet, og fordi veien inn igjen blir ekstra vanskelig. Den alternative løsningen blir lett resignasjon gjennom å motta trygd og pensjon. Selv om mange ønsker og har mulighet til å jobbe, er det få som aktivt søker seg jobb. Det er da også relativt få

innenfor gruppen som er registrert arbeidsledige. Gjennom aktiv bruk av arbeidsmarkedstiltak kan marginaliserte grupper hjelpes inn i arbeidsmarkedet. Selv om bruken av slike virkemidler for personer med funksjonsnedsettelse er utbredt, er det rom for at flere bistås inn i arbeid gjennom økt virkemiddelbruk.

4. BOLIG OG BOFORHOLD

Det at alle skal kunne bo trygt og godt er den overordnede målsettingen for boligpolitikken i Norge. For å oppnå dette arbeides det med å tilrettelegge for et velfungerende boligmarked, å skaffe boliger til vanskeligstilte på boligmarkedet og å øke antallet miljøvennlige og universelt utformede boliger og boområder (Nasjonalt dokumentasjonssenter 2007).

I de senere åra har det vært et fokus på tilgjengeligheten i boligmassen, og universell utforming er et begrep som legges til grunn i sentrale boligpolitiske meldinger og utredninger. Utforming av boliger med livsløpsstandard er tilpasninger i tråd med tanken om å gjøre boliger tilgjengelig for alle. I følge SSBs Folke- og bolig telling i 2001 var sytten prosent av det totale antallet boliger i landet atkomstmessig tilgjengelig for rullestolbrukere, mens kun syv prosent var tilgjengelige både for atkomst og innvendig bruk. Dette indikerer at et stort antall boliger er vanskelig tilgjengelig for personer med nedsatt funksjonsevne, og da spesielt for de med bevegelsesvansker. Selv om det har vært en økning i andelen boliger med livsløpsstandard de siste årene er det en realitet at det å endre boligmassen er tidkrevende. Til tross for at det bygges mange nye boliger hvert år utgjør nybygde boliger årlig kun 1-2 prosent av den samlede boligmassen (ibid).

For personer med funksjonsnedsettelse vil behovene til hvordan boligen bør utformes variere ut i fra den enkeltes behov. Det vil også være ulike behov ut i fra hvilke type funksjonsnedsettelse man har. Noen vil kunne bo i nær sagt enhver bolig, mens andre vil ha behov for store tilpasninger, assistanse og hjelpemidler for å kunne leve et selvstendig liv.

Dette kapitlet beskriver hvordan boligsituasjonen for personer med funksjonsnedsettelse er i forhold til den øvrige befolkningen. Det blir sett på noen sentrale indikatorer for boligstandard og boligforhold, samt at vi går nærmere inn på tilpasninger av og tilgjengeligheten i boligen.

4.1 Bosted

Personer med funksjonsnedsettelse bor i større grad i rurale strøk enn den øvrige befolkningen. To av tre med nedsatt funksjonsevne (65 prosent) bor i tettbygde strøk (dvs. på steder med mer enn 2000 bosatte). For den øvrige befolkningen er det 91 prosent, eller ni av ti som bor i tettbygde strøk. Vi har ikke gått nærmere inn på hva som kan forklare disse bostedsforskjellene, men det er kjent i fra studier av trygd og trygdeordninger at andelen som bor ruralt er høyere.

En liten andel (4 prosent) av de som deltok i undersøkelsen bor på en institusjon.

4.2 Hustype

Personer med nedsatt funksjonsevne skiller seg ikke vesentlig fra den øvrige befolkningen i hvilken hustype de bor i. Flesteparten bor i frittliggende hus, det vil si 62 prosent oppgir å bo en slik bolig. Dette er omtrent det samme som den øvrige befolkningen oppgir, hvor nær 61 prosent bor i frittliggende hus. Tilsvarende er det 10 prosent, eller en av ti som bor i rekke- eller kjedehus, noe som er likt for både personer med nedsatt funksjonsevne og andre. Noen flere bor i store hus med mange boliger (bygård, blokk e.l.), 18 prosent eller nær hver femte bor i en slik bolig noe som er likt for begge grupper. Å bo i kombinert bolig- og næringsbygg er ikke særlig utbredt, dette gjelder kun 1 prosent for både personer med nedsatt funksjonsevne og befolkningen forøvrig. Fordelingen etter hustype er vist i tabell 4.1.

I og med at en tredjedel av de som deltok i undersøkelsen bor på steder med mindre enn 2000 innbyggere er det interessant å se hvilken betydning dette har for hvilke type bolig man bor i. For de som bor ruralt (på et sted med færre enn 2000 innbyggere), er frittliggende hus eller enebolig den boligtypen nesten alle bor i (87 prosent). Fem prosent bor i flermannsbolig og tre prosent bor i rekke- eller kjedehus. For de som bor i tettsteder eller byer (med flere enn 2000 innbyggere) er fordelingen på boligtype noe annerledes. Her bor halvparten (49 prosent) i enebolig eller frittliggende hus, 14 prosent bor i rekke- eller kjedehus, 11 prosent bor i flermannsboliger, og 26 prosent bor i hus med mange boliger (bygård, blokk eller lignende). Om man bor ruralt eller urbant er derfor en faktor som betyr mye for hvilke hustype man bor i. En tilsvarende sammenligning for befolkningen viser et relativt likt bilde av type bolig fordelt på bostedsstrøk.

4.3 Boligstørrelse

Romslighet og trangboddhet er viktige kjennetegn ved personers og husholdningers boligstandard, og forholdet mellom boligens og husholdningens størrelse kan si oss noe om dette. Ser vi nærmere på boligstørrelsen generelt er forskjellene mellom personer med funksjonsnedsettelse og andre relativt små. Rundt 5 prosent av befolkningen bor i en bolig som er mindre enn 50 kvadratmeter, det samme gjelder for personer med nedsatt funksjonsevne. Tilsvarende bor nær hver tredje person med funksjonsnedsettelse (31 prosent) i en bolig som er mellom 50 og 100 kvadratmeter, det samme gjelder for øvrige befolkning (28 prosent). Omtrent en tredjedel (31 prosent) av gruppen med funksjonsnedsettelse bor på mellom 100 og 150 kvadratmeter, også dette gjelder også for befolkningen for øvrig (29 prosent).

Totalt sett er gjennomsnittsstørrelsen på boligen for personer med nedsatt funksjonsevne på 128,7 kvadratmeter, tilsvarende tall for befolkningen er 137,2 kvadratmeter (jfr. tabell 4.1) I snitt bor derfor personer med funksjonsnedsettelse i boliger som er litt mindre enn hva andre gjør.

Boligstørrelse henger sammen med antall medlemmer i husholdningen. For personer med funksjonsnedsettelse er det noe mer utbredt med enpersonhushold enn i

befolkningen totalt, 23 prosent mot 19 prosent. Topersonshusholdninger er også mer utbredt blant personer med nedsatt funksjonsevne. Nesten 41 prosent bor sammen med en annen, mens dette forekommer i 34 prosent av husholdningene i øvrig befolkningen. For personer med nedsatt funksjonsevne har en av fem husholdninger (20 prosent) fire eller flere medlemmer i husholdningen, tilsvarende tall for øvrige befolkning er en av tre husholdninger (32 prosent).

Sett i forhold til boligstørrelse øker kvadratmeter med antallet medlemmer i husholdningen. Mens tre av fire (73 prosent) av de som bor alene bor i en bolig på under 100 kvadratmeter, gjelder dette for en av tre (32 prosent) i topersonshusholdninger, og en av fire (24 prosent) trepersonshusholdninger. Tilsvarende er det en av ti (11 prosent) husholdninger med fire personer eller flere som bor i en bolig på under 100 kvadratmeter. Undersøkelsen viser med andre ord at jo flere medlemmer det er i husholdningen jo større er boligens størrelse. For alle husholdninger gjelder det samme mønsteret, to av tre (67 prosent) aleneboende bor på under 100 kvadratmeter, en av tre (37 prosent) topersonhusholdninger, en av fem (20 prosent) trepersonhusholdninger og en av ti (10 prosent) husholdninger med fire eller flere medlemmer bor på under 100 kvadratmeter. Selv om forskjellene er små, ser det ut til at aleneboende med funksjonsnedsettelse oftere bor i mindre boliger enn andre aleneboende.

4.4 Antall rom til disposisjon

Rundt 12 prosent av personer med nedsatt funksjonsevne disponerer ett eller to rom til eget bruk, det samme gjelder befolkningen forøvrig. Litt under halvparten (43 prosent) har 3-4 rom til eget bruk, noe som gjelder 37 prosent av de øvrige. En av tre (33 prosent) med nedsatt funksjonsevne har 5-6 rom til egen disposisjon, for befolkningen forøvrig gjelder dette 36 prosent. Gjennomsnittlig antall rom til disposisjon er tilnærmet likt for personer med nedsatt funksjonsevne og befolkningen for øvrig, i snitt disponeres 4,4 rom til eget bruk for de førstnevnte og 4,6 rom for sistnevnte. Dette er vist i tabell 4.1.

Omtrent tre av fire mener at boligen de bor i er passe stor, for personer med nedsatt funksjonsevne gjelder dette for 73 prosent, mens for befolkningen forøvrig gjelder dette for 76 prosent. Av de som mener boligen ikke har riktig størrelse mener 13 prosent at den er for liten, mens 14 prosent mener den er for stor. Tilsvarende tall for den øvrige befolkningen er 15 prosent og 9 prosent.

4.5 Leie eller eie

At personer med funksjonsnedsettelse eier boligen i samme grad som andre er viktig sett i et likebehandlingsperspektiv, og investering i bolig er også ansett som en viktig form for sparing. Eierlinjen har blitt vektlagt i boligpolitikken mot vanskeligstilte i boligmarkedet. Gitt at nesten all indirekte subsidiering gjennom skattesystemet

tilfaller eiere av boliger, er det viktig at så mange som mulig eier boligen framfor å leie. Å eie egen bolig er også den viktigste formen for sparing for folk flest.

Som vist i tabell 4.1. bor de aller fleste med nedsatt funksjonsevne i en eid bolig (83 prosent). Dette er omtrent det samme som for befolkningen forøvrig (82 prosent). Med eid bolig inngår selveiere, å bo i borettslag eller i boligaksjeselskap. Fordelingen på disse eierformene er nokså lik når personer med funksjonsnedsettelse sammenlignes med andre (69 prosent er selveier, 14 prosent bor i borettslag eller boligaksjeselskap). Det er 17 prosent som leier bolig eller disponerer en bolig på annen måte, og dette er likt for begge gruppene.

Tabellen under oppsummerer boligforholdene til personer med nedsatt funksjonsevne sammenlignet med tilsvarende tall fra Levekårsundersøkelsen 2007 (LKU 07) for den øvrige befolkningen.

Tabell 4.1 Boligforhold for personer med funksjonsnedsettelse sammenlignet med befolkningen for øvrig. Prosent

	LKF 07	LKU 07
Hustype:		
Enebolig	62	61
Flermannsbolig	10	9
Bygård, blokk e.l.	18	18
Størrelse bolig, snitt	128,7	137,2
Antall rom til disposisjon, snitt	4,4	4,6
Eierforhold:		
Eier	83	82
Leier	17	17
Boligen er:		
Passe stor	73	76
For liten	13	15
For stor	14	9

Ved å kontrollere for personer som har en betydelig grad av funksjonsnedsettelse, det vil si at de oppgir at funksjonsnedsettelsen i stor grad påvirker hverdagen, ser vi av tabell 4.2 at forskjellene sammenlignet med hele gruppen i undersøkelsen er marginal. Det ser derfor ikke ut til at personer som opplever betydelige funksjonsnedsettelse har dårligere bolig eller boligforhold enn andre med funksjonsnedsettelse.

Ser vi videre på når funksjonsnedsettelsen inntraff kommer imidlertid noen forskjeller mellom gruppene tilsyne med hensyn til boligforhold. For de hvor en funksjonsnedsettelse inntraff et stykke ut i livet, har mange allerede rukket å etablere seg i boligmarkedet uavhengig av funksjonsnedsettelsen.

Tabell 4.2 Boligforhold for personer med funksjonsnedsettelse, for personer med en funksjonsnedsettelse som begrenser i stor grad, samt etter i hvilken alder funksjonsnedsettelsen inntraff. Prosent

	I alt	Betydelig funksjonsnedsettelse	Funksjonsnedsettelsen inntraff		
			Medfødt	Under 31 år	31 år eller eldre
Hustype:					
Enebolig	62	64	58	63	64
Flermannsbolig	10	8	9	9	8
Bygård, blokk e.l.	18	18	24	18	16
Størrelse bolig, snitt	128,7	130,7	118,8	119,9	137,7
Antall rom til disposisjon, snitt	4,4	4,5	4	4,2	4,7
Eierforhold:					
Eier	83	84	82	76	90
Leier	17	16	18	24	10
Boligen er:					
Passe stor	73	71	76	67	73
For liten	13	14	15	20	9
For stor	14	15	9	12	18
N	(1595)	(535)	(104)	(671)	(795)

Tabell 4.2 viser at personer som har en medfødt funksjonsnedsettelse i mindre grad oppgir å bo i et frittliggende hus eller enebolig, og i høyere grad å bo i en bygård eller blokk, enn de som har ervervet funksjonsnedsettelsen senere. Personer som har en medfødt funksjonsnedsettelse bor også i snitt i mindre boliger enn andre, selv om forskjellene her ikke er store. Vi ser også en tendens til at de som har ervervet funksjonsnedsettelsen i voksen alder (31 år eller eldre) kommer bedre ut i forhold til bolig enn for de hvor en funksjonsnedsettelse har oppstått tidligere. Denne gruppen skiller seg ikke fra andre i befolkningen bortsett fra at flere eier boligen (jfr. tabell 4.1, LKU 07).

4.6 Å finne en egnet bolig

Litt under halvparten (41 prosent) bodde i sin nåværende bolig da de fikk en varig sykdom eller nedsatt funksjonsevne. Av de som har flyttet til ny bolig var det en fjerdedel (25 prosent) som gjorde dette fordi den nye boligen var bedre tilpasset deres behov. Av disse var det for nesten alle (95 prosent) svært viktig eller nokså viktig at boligen var tilpasset egne behov.

For de som flyttet for å få en bedre tilpasset bolig var det en fjerdedel som syntes det var vanskelig å finne den rette boligen, 15 prosent mente dette var nokså vanskelig og 9 prosent som mente dette var svært vanskelig. Nesten hver fjerde (22 prosent) oppga å ha fått hjelp til å finne en bolig som var tilpasset de behovene man hadde. Oftest er det familie og venner som bidrar med hjelp til å finne en best mulig tilpasset bolig.

4.7 Atkomst til bolig

Det er få som oppgir at de bor i en bolig det er vanskelig å komme seg inn eller ut av. Nær 4 prosent av alle med nedsatt funksjonsevne har vansker med å komme seg inn eller ut av bygningen de bor i. Hovedsakelig skyldes dette dørterskler, trapper eller trinn. Bratte partier, grus eller kantstein oppgis også som grunn til vanskelig atkomst til boligen.

For fire av fem (79 prosent) var ikke atkomsten til huset tilrettelagt de behovene man hadde da man flyttet til boligen, og hele 93 prosent sier at det ikke er gjort noen tilpasninger i utearealene eller inngangspartiet til boligen så lenge de har bodd der. Sett i forhold til at så få oppgir vansker med å komme seg inn og ut av boligen kan dette tyde på at man i undersøkelsen har en underrapportering på disse vanskene. Spørsmålene har med andre ord ikke godt nok klart å fange opp hvor mange som opplever vansker med atkomsten til boligen de bor i.

4.8 Tilgjengelighet inne i boligen

Ikke bare er atkomsten til boligen viktig for personer med funksjonsnedsettelse. At det er lett å komme seg omkring inne i boligen er også av stor betydning. Nær syv prosent oppgir at de har vansker med å bevege seg mellom alle rommene i boligen de bor i. Seks prosent har etter at de flyttet til nåværende bolig, fått utført tilpasninger inne i boligen. Av de som har fått utført tilpasninger har nær halvparten (47 prosent) fått bedret mulighetene for å bevege seg mellom rom eller etasjer, to tredjedeler (65 prosent) har fått tilpasninger som gjør det lettere å bruke toalett, bad eller kjøkken, en av ti (10 prosent) har fått tilpasninger for å lettere orientere seg i boligen, og 15 prosent har fått tilpasninger for å lettere bli varslet av telefon eller dørklokke.

Det er også spurt om i hvilken grad man opplever at den innvendige utformingen av boligen er tilpasset behovene. Tabell 4.3 viser at hver femte (20 prosent) med nedsatt funksjonsevne mener boligen i liten grad er tilpasset behovene. Tilsvarende er det nær hver fjerde (22 prosent) som mener boligen i noen grad er tilpasset behovene, mens litt over halvparten (56 prosent) mener boligen i stor grad er tilpasset de behovene man har.

Dersom vi ser nærmere på hvordan man innenfor de ulike gruppene funksjonsnedsettelse opplever at boligen er tilpasset egne behov, er det personer i gruppen med bevegelsesvansker som kommer dårligst ut. Her svarer hver fjerde (26 prosent) at boligen i liten grad er tilpasset de behovene man har til boligens utforming

innendørs. Også for personer med nedsatt pusteevne eller kognitive vansker er det en noe høyere andel som i liten grad opplever at innvendig utforming av boligen er tilpasset de behovene man har.

Tabell 4.3 Grad av tilpasset innvendig utforming av bolig tilpasset egne behov etter type funksjonsnedsettelse. Prosent. (N=1595)

	I stor/noen grad tilpasset	I liten grad tilpasset
Sansevansker	79	20
Kortpustet	73	24
Kroniske smerter	82	16
Bevegelsesvansker	73	26
Psykiske vansker	82	17
Hodeskade/hjerneskode/hjerneblødning	83	17
Kognitive vansker	77	22
Annet	76	20
Totalt	78	20

Litt over hver fjerde (28 prosent) person med funksjonsnedsettelse har vurdert å skifte bolig, mens nær tre av fire (72 prosent) ikke har vurdert flytting. Av de som har vurdert å bytte bolig har litt under halvparten (41 prosent) gjort et aktivt forsøk på å finne en ny bolig. Disse vurderte ulike påstander om hvilke vansker som er knyttet til å skifte bolig. Følgende oppga at påstandene stemte helt eller delvis: fire av ti (41 prosent) mente de ikke hadde råd til å bytte bolig, en av fire (23 prosent) mente det er få boliger som er utformet slik at de er brukbare i forhold til behovene, en av ti (12 prosent) var usikker på om de ville få de tjenestene de har behov for i ny bolig, og en av ti (13 prosent) mente de ville få dårligere kontakt med familie og venner dersom de skiftet bolig.

4.9 Finansiering av bolig og betalingsproblemer

Det å eie en bolig er kostbart, og de fleste finansierer et boligkjøp gjennom å ta opp lån. Av personer med funksjonsnedsettelse har to av tre et boliglån (68 prosent), mens resterende 32 prosent har det ikke. For befolkningen forøvrig er det noen flere som har boliglån (76 prosent), mens 23 prosent har det ikke. Av de som leier betaler 95 prosent husleie, nesten tilsvarende gjelder for befolkningen forøvrig hvor 94 prosent av leietakerne betaler husleie.

For de som har vansker med å betale utgifter til bolig finnes det økonomiske støtteordninger. Av personer med nedsatt funksjonsevne er det 6 prosent som sier de har mottatt økonomisk støtte fra det offentlige til f.eks å dekke løpende boutgifter gjennom de siste 12 månedene. Av disse var det rundt halvparten (54 prosent) som fikk statlig eller kommunal bostøtte og 41 prosent fikk sosialhjelp. For den øvrige befolkningen er det 5 prosent som mottar støtte til blant annet å betale boutgifter.

LKF-studien viser at mange med nedsatt funksjonsevne har stram økonomi. Analyser fra SSB viser at lav husholdningsinntekt (dvs. under 200 000 kroner) er litt mer vanlig blant personer med funksjonsnedsettelse enn i befolkningen som helhet. At økonomien er stram er en følge av blant annet lavere inntekt og høyere helseutgifter for personer med funksjonsnedsettelse (SSB 2009).

I denne analysen har vi ikke sett nærmere på inntekt og inntektsforholdene til personer med funksjonsnedsettelse på grunn av at inntektsdata foreløpig mangler, og vil kobles til LKF-dataene på et senere tidspunkt. Vi kan likevel si noe generelt om den økonomiske situasjonen til husholdningene gjennom noen spørsmål om betalingsvansker. Når det gjelder den økonomiske situasjonen, så stilles det i levekårsundersøkelsene spørsmål om man har hatt vansker med å klare løpende utgifter de siste 12 månedene. For personer med funksjonsnedsettelse svarer 14 prosent at de ofte eller av og til har hatt slike betalingsvansker, mot 7 prosent i befolkningen forøvrig. Dette betyr at personer med funksjonsnedsettelse i større grad enn den øvrige befolkningen opplever at privatøkonomien er presset. Tre av fire med funksjonsnedsettelse, eller 74 prosent oppgir at de aldri har hatt slike økonomiske vansker siste år, mot 85 prosent av den øvrige befolkningen.

En kontroll av personer som er mottakere av stønad i undersøkelsen (grunn- eller hjelpestønad, uførepensjon eller tidsbegrenset uførestønad) viser at denne gruppen ikke har dårligere betalingsevne enn andre med funksjonsnedsettelse.

På spørsmål om man har mulighet til å klare en uforutsett regning på 10 000 kroner svarer to av tre med funksjonsnedsettelse (67 prosent) at de klarer dette. For befolkningen forøvrig gjelder dette for fire av fem (81 prosent). Også dette indikerer at den økonomiske situasjonen for personer med funksjonsnedsettelse er noe mer sårbar sammenlignet med andre.

4.10 Omsorgs- og serviceboliger

En liten gruppe av de som har deltatt i undersøkelsen bor i en bolig som er spesielt tilrettelagt for personer med nedsatt funksjonsevne eller for eldre. Til sammen oppga 23 personer (tilsvarende 1,4 prosent) at de bor i et bofellesskap eller bokollektiv med bemanning, en omsorgs-, service- eller trygdebolig.

To tredjedeler av de som bor i en omsorgs- eller servicebolig bor i en bolig uten bemanning. Omtrent hver femte (22 prosent) bor i en bolig som er bemannet på dagtid.

4.11 Oppsummering

Bolig er kanskje det materielle gode som er høyest prioritert i Norge, og en stor andel av vårt forbruk går til bolig og boligformål. Det at alle skal kunne bo trygt og godt er den overordnede visjonen i boligpolitikken. For personer med funksjonsnedsettelse er

det sentralt om boligen er tilpasset de behovene man har for tilgjengelighet. At boligen er universelt utformet vil si at den er tilgjengelig for alle. I Norge antas at det kun er en liten andel av boligene som innfrir kravene til å være universelt utformet, og tall fra SSB viser at kun syv prosent av boligene i 2001 var bygget med livsløpsstandard.

Til tross for dette viser resultatene fra LKF-studien at boligene og boligforholdene generelt sett er nokså like for personer med funksjonsnedsettelse som for befolkningen som helhet. Indikatorer som hustype, boligstørrelse, antall rom til disposisjon eller om man eier eller leier boligen viser at forskjellene er relativt små. Dette kan skyldes at personer med funksjonsnedsettelse i større grad bor i spredtbygde strøk enn befolkningen totalt. Personer med funksjonsnedsettelse bor også i mindre husholdninger, og det er mer vanlig med en- og topersonhusholdninger for personer med nedsatt funksjonsevne enn for andre. Dette kan være en årsak til at boligstørrelsen for denne gruppa er gjennomsnittlig noe lavere enn for øvrig befolkning. Boligstørrelsen er også økende med antall medlemmer i husholdningen. Samtidig ser vi at forskjellene er større for personer som har en medfødt funksjonsnedsettelse eller fikk nedsatt funksjonsevne før fylte 30 år.

Undersøkelsen viser også at en stor gruppe mener boligen har innvendige mangler i form av tilpasninger til egne behov. Litt under halvparten mener boligens innvendige utforming i liten eller noen grad er tilpasset de behovene man har. Samtidig er det få som oppgir ha vansker med tilgangen og atkomsten til boligen.

Det er noe mindre vanlig å finansiere boligen med boliglån blant personer med funksjonsnedsettelse enn i øvrig befolkning. Samtidig viser undersøkelsen at de med funksjonsnedsettelse og deres husholdning har en noe mer presset og sårbar privatøkonomi enn hva som er vanlig i øvrig befolkning.

5. TRANSPORT

Et delmål for transportpolitikken er å utvikle et transportsystem som er tilgjengelige for mennesker i alle aldre og med ulike ferdigheter, og et transporttilbud som gjør det mulig for alle å leve et aktivt liv. Vedtatte politiske mål og føringer er at alle skal ha like muligheter til å bruke ulike transporttilbud, og like muligheter til å få dekket sine mobilitetsbehov.

Også innenfor transportløsninger er universell utforming sentralt for at infrastruktur og transportmidler skal utformes på en slik måte at kollektive transportløsninger i størst mulig grad kan benyttes av alle.

Norges topografi og bosettingsmønster stiller store krav til infrastruktur, materiell og vedlikehold innen transportområdet. Et velfungerende transporttilbud er en viktig forutsetning for at man skal kunne utføre daglige gjøremål. En reise består gjerne av flere etapper med bruk av ulike transportmidler fra man starter reisen til man er fremme ved målet. At tilgjengeligheten er god gjennom hele reisen er derfor en viktig forutsetning for en problemfri gjennomføring. For personer med funksjonsnedsettelse kan det være mange hindringer som skaper vansker som reisende, alt etter type og grad av nedsatt funksjonsevne. Vanskene kan være knyttet til alt fra manglende informasjon, automatisering av billettering, atkomsten til transportmiddelet eller til forholdene inne i selve transportmiddelet.

Det har innenfor transportsektoren vært en utvikling i retning av deregulering og økt konkurranse i takt med et generelt krav om økt effektivisering av tjenestene (Nasjonalt dokumentasjonssenter 2007). Denne utviklingen kan ha hatt uheldige sider for de som har vansker med å benytte offentlig transport. For selv om denne utviklingen har bidratt til billigere og mer effektive løsninger for store kundegrupper, har den samtidig gitt et dårligere og ofte dyrere tilbud til de som ikke kan benytte seg av de ordinære løsningene. For de som opplever transportvansker blir ofte løsningen å finne andre alternative reisemåter, noe som ikke alltid er like lett dersom transporttilbudet er begrenset. Et alternativ for de som ikke kan nyttiggjøre seg ordinær kollektivtransport er å benytte TT-tjenester.

Erfaringer med transportvansker gjør at mange med funksjonsnedsettelse lager egne alternative løsninger for å kunne komme seg fram. Vanskelige steder, trøblete reiseruter eller transportmidler som innebærer problemer, unngås. Man tilpasser seg i stedet måter å reise på, ut i fra kjennskap til hva som fungerer som gode eller mindre gode reiseløsninger. I forhold til å reise er det naturlig at mange styrer unna det som gjør at det å reise blir vanskelig, og tilpasser seg de løsningene som gjør reisen minst mulig problematisk. Barrierene gjør at man styrer unna, og da møter en heller ikke barrierene. Dette må en ha med seg i tolkningen av data som presenteres i dette kapitlet.

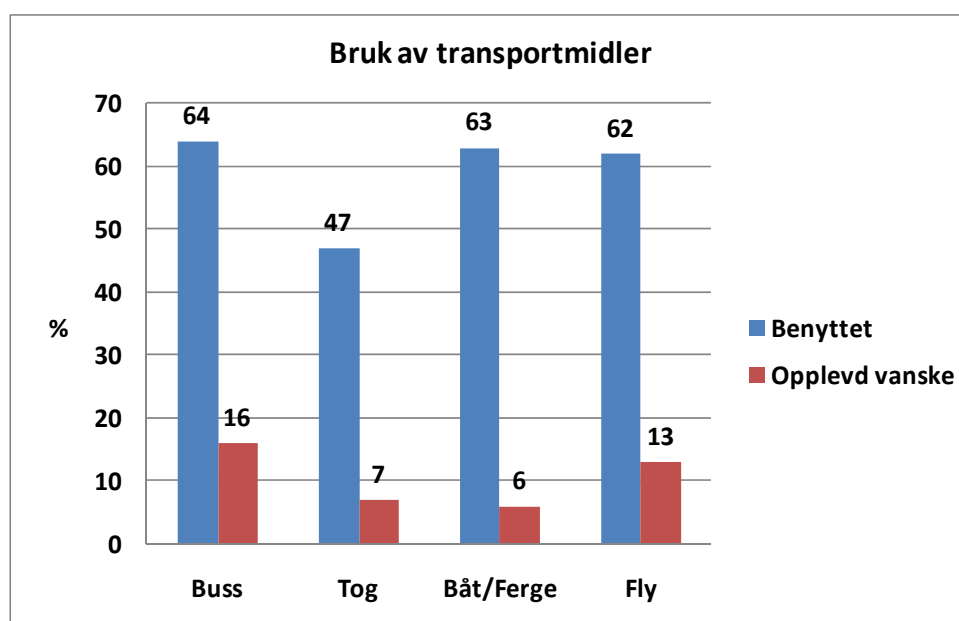
Transportsituasjonen til personer med funksjonsnedsettelse er i liten grad kartlagt utover enkelte kartlegginger utført av interesseorganisasjoner for personer med nedsatt funksjonsevne. LKF-studien blir dermed en av de første kartleggingene som kan gi en mer systematisk oversikt over tilgjengelighet og vansker med å benytte offentlig transport for personer med nedsatt funksjonsevne i Norge.

I dette kapitlet gis et bilde av transportbruk blant personer med nedsatt funksjonsevne. Det vil bli sett nærmere på hvilke transportmidler som benyttes, og eventuelle vansker som oppleves knyttet til det å reise med bil, buss, tog, båt, fly og annen kollektivtrafikk. Der hvor det er hensiktsmessig vil sammenligningstall fra Transportøkonomisk Institutt (TØI) Reisevaneundersøkelse (RVU) bli brukt.

5.1 Transportbruk

LKF-studien viser at de aller fleste med nedsatt funksjonsevne i løpet av et år benytter kollektive transportmidler av en eller annen art. Av de som deltok i undersøkelsen var det litt over ni av ti (93 prosent) som svarte at de i løpet av de siste 12 månedene hadde reist med buss, tog, båt eller ferge, fly, trikk eller T-bane. Dette er et ganske grovt mål på bruk av kollektivtransport. De aller fleste benytter offentlig transportmidler i større eller mindre omfang gjennom et helt år, og i dette målet er alt fra en enkelt reise til daglig bruk av kollektivtransport inkludert.

Begrenser vi omfanget og ser på de som ofte reiser kollektivt ser vi at omfanget av daglig kollektivtransportbruk blant personer med funksjonsnedsettelse ikke skiller seg fra den øvrige befolkningens daglige bruk av kollektivtransport. I Reisevaneundersøkelsen fra 2005 oppga nær en av ti (8 prosent) av befolkningen å ha kollektivtransport som sitt daglige hovedtransportmiddel (Denstadli m.fl. 2006). For personer med nedsatt funksjonsevne er det også nær en av ti (8 prosent) som oppgir å ha reist kollektivt daglig i løpet av det siste året.



Figur 5.1 *Andel som har benyttet ulike offentlige transportmidler, og andel som har opplevd vansker ved å benytte transportmidlene. Prosent.*

Av figur 5.1 ser vi at buss, båt/ferge og fly er de kollektivtilbudene som benyttes mest, i omtrentlig samme omfang. To tredjedeler av de med funksjonsnedsettelse oppgir å ha reist med buss i løpet av det siste året, tilsvarende mange har reist med båt eller ferge, det samme gjelder for fly. Tog benyttes i litt mindre grad, litt under halvparten av de i undersøkelsen har benyttet tog som transportmiddel siste år.

Spørsmål om bruk av trikk eller T-bane ble i undersøkelsen kun stilt til de som var bosatt i Oslo eller Akershus. Her svarte to av tre (67 prosent) at de hadde benyttet dette kollektivtilbudet i løpet av det siste året.

Selv om forskjellene er små benytter personer bosatt i tettsted eller i by i noe større grad kollektivtransport enn personer bosatt på mindre steder. Mens 94 prosent av personer bosatt på tettsted eller i by benyttet kollektivtransport siste år, var tilsvarende tall for de som ikke bor i tettsted 89 prosent. Dette er i tråd med tilsvarende mønster for hele befolkningen (RVU). Man kunne anta at forskjellene i bruk av kollektivtransport mellom by og bygd ville være større i og med at kollektivtilbudet er større i byer og tettsteder. Målene for bruk av transportmidler er i denne undersøkelsen grove. Det spørres om man har benyttet kollektivtransport siste året, noe de fleste vil ha gjort i større eller mindre grad.

5.2 Transportvansker

Av alle som deltok i undersøkelsen oppgir litt over hver fjerde (27 prosent) å ha opplevd vansker med å benytte offentlige transportmidler. Blant de som har opplevd

transportvansker var det 15 prosent som har tatt drosje for egen regning de siste fire ukene på grunn av vansker med å benytte offentlige transportmidler.

Anslaget om at omtrent en av fire har vansker med å reise kollektivt er trolig for lavt. I undersøkelsen er spørsmål om transportvansker stilt gjennom å spørre om man har opplevd vansker med å benytte de ulike offentlige transportmidlene. De som ikke har reist kollektivt, for eksempel fordi de ikke kan benytte det, eller fordi de unngår det, vil ikke ha opplevd vansker med å reise med disse transportmidlene. Det er derfor grunn til å tro at det er flere med funksjonsnedsettelse som opplever transportvansker enn det som kommer fram av undersøkelsen.

Tabell 5.1 viser at sett i forhold til type funksjonsnedsettelse er det personer med kognitive vansker som har størst vansker med å reise kollektivt. Innenfor denne gruppen opplever nesten halvparten vansker med å benytte et kollektivt transportmiddel. For personer med bevegelsesvansker eller psykiske vansker har hver tredje person opplevd vanskeligheter med å benytte offentlige transportmidler. Hver fjerde med sansevansker mener det er vanskelig å reise med buss, tog, båt/ferge eller fly.

Tabell 5.1 Andel som har opplevd vansker med å reise med kollektive transportmidler etter type funksjonsnedsettelse. Prosent

	Opplevd vansker	N
Sansevansker	25	166
Kortpustet	14	85
Kroniske smerter	17	399
Bevegelsesvansker	34	493
Psykiske vansker	34	188
Hodeskade/hjerneskode/hjerneblødning	17	121
Kognitive vansker	46	132
Annet	7	68
Totalt	27	1652

Det er de mest benyttede transportmidlene som medfører mest vansker. Bussreiser byr på flest problemer, og som vist i figur 5.1 er det 16 prosent av alle med nedsatt funksjonsevne som oppgir å ha vansker med å reise med buss. Litt færre, 13 prosent, opplever vansker med å reise med fly. Færrest opplever vansker med å reise med tog og båt eller ferge, henholdsvis 7 og 6 prosent.

Tabell 5.2 *Vansker knyttet til bruk av kollektivtransport. Prosent*

Vansker knyttet til...	Buss	Tog	Båt/ferge	Fly
Informasjon om avganger og stoppesteder	15	10	6	11
Å komme til eller inntil transportmiddelet	26	22	9	15
Å komme av og på transportmiddelet	42	47	15	26
Forholdene inne på transportmiddelet	50	56	32	68
Mangelfullt eller manglende rutetilbud	19	11	69	-
N	(260)	(120)	(92)	(222)

Ser vi nærmere på hva som forårsaker vanskene med å benytte de ulike transportmidlene viser tabell 5.2 tydelig at det er forholdene inne i selve transportmiddelet som gjennomgående gjør det vanskelig å reise for personer med funksjonsnedsettelse. Forholdene inne i transportmiddelet, som plass, luft, toalett og lignende, er den hyppigst nevnte årsaken til vansker med å reise kollektivt for alle de nevnte transportmidlene. Nest etter dette er det å komme seg på og av enten buss, tog, båt/ferge eller fly en grunn til at mange får vansker. Tilsvarende er det også mange som har vansker med å komme til eller inntil transportmiddelet.

Sammenligner vi kollektivtransportmidlene er mønsteret nokså likt for buss, tog, båt/ferge og fly. Relativt sett er det mange som oppgir å ha vansker med forholdene inne i flyene, hele ni prosent av de som har reist med fly siste året har opplevd vansker med forholdene om bord på flyene (luft, plass, toalett og lignende). På samme måte er det forholdene om bord på bussen som mange bussreisende med funksjonsnedsettelse opplever som vanskelig.

Det er gruppen med sansevansker, hodeskader og kognitive vansker som i størst grad har vansker knyttet til informasjon om avganger, stoppesteder og opplysninger om endringer. Personer med bevegelsesvansker eller kognitive vansker har størst problemer med fysisk tilgjengelighet ved transportmiddelet, enten det gjelder å komme til eller inntil transportmiddelet, eller det å komme seg av og på transportmiddelet. Forholdene inne på transportmiddelet er også vanskeligst for personer med bevegelsesvansker og kognitive vansker, og til en viss grad for de med psykiske vansker. Mangelfullt eller manglende rutetilbud ser ikke overraskende ut til å ramme mer vilkårlig, uavhengig av hvilke type funksjonsnedsettelse passasjerene har.

Tabell 5.3 *Grad av vansker knyttet til å reise med kollektivtransport. Prosent*

Grad av vansker med å reise	Buss	Tog	Båt/ferge	Fly
Noe vansker	47	47	55	63
Store vansker	38	39	36	30
Klarer ikke	15	14	9	7
N	(260)	(120)	(92)	(222)

Hvor vanskelig det er å reise kollektivt vil variere med type og grad av funksjonsnedsettelse. Tabell 5.3 viser opplevelsen av hvor stor grad vanskene med å reise med de ulike kollektive transportmidlene er. Det er naturlig nok flere som opplever noen vansker enn store vansker. Et trekk er imidlertid at innenfor de ulike transportmidlene har omtrentlig halvparten noen vansker, mens resterende halvpart har store vansker eller vansker som gjør at de ikke klarer å reise kollektivt. Av de som har vansker med å reise kollektivt er det en liten andel som oppgir at de ikke klarer å benytte de ulike transportmidlene. Det er 15 prosent av alle med bussvansker som ikke klarer å reise med buss. Av de med togvansker er det 14 prosent som ikke klarer å ta toget. Av de med båtvansker er det 9 prosent som ikke klarer å reise med båt eller ferge, tilsvarende 7 prosent klarer ikke reise med fly.

Tabell 5.4 viser at det er buss og fly som oppleves som det vanskeligste transportmiddelet å benytte, uavhengig av type funksjonsnedsettelse (jfr. figur 5.1).

Tabell 5.4 Andel som har opplevd vansker med å reise med kollektivtransport etter type funksjonsnedsettelse. Prosent. (N=1652)

	Buss	Tog	Båt/ferge	Fly
Sansevansker	12	5	5	16
Kortpustet	11	4	2	7
Kroniske smerter	8	4	2	9
Bevegelsesvansker	21	11	7	17
Psykiske vansker	20	5	7	14
Hodeskade/hjerneskeade/hjerneblødning	12	5	6	6
Kognitive vansker	31	17	14	27
Annet	4	0	0	3

Å reise med buss gir flest problemer for personer med kognitive vansker, bevegelsesvansker og psykiske vansker. Tog er vanskeligst for de med kognitive vansker og bevegelsesvansker. Vansker med å reise med båt eller ferge er mer jevnt fordelt uavhengig av type funksjonsnedsettelse, men spesielt er det personer med kognitive vansker som utmerker seg med vansker knyttet til det å reise med båt eller ferge. Også å reise med fly er vanskelig for de med kognitive vansker, men her er det også mange med bevegelsesvansker, sansevansker og psykiske vansker som opplever transportvansker.

5.3 Transportordninger

Ordningen med transporttjeneste (TT) er ment som en kompensasjon til personer som ikke kan benytte offentlig kommunikasjon. Transportordninger er ikke særlig utbredt blant personer med funksjonsnedsettelser. Fem prosent av de som deltok i undersøkelsen har TT-kort eller mottar en annen form for støtte til transport. For brukerne av en slik ordning er det vanligere å motta støtten i form av fast beløp enn i form av støtte i antall reiser. Mens to tredjedeler (68 prosent) fikk et fast beløp i støtte,

fikk rundt hver fjerde (25 prosent) støtten i antall reiser. I gjennomsnitt har mottakerne av fastbeløp fått 5609 kroner pr. år.

I undersøkelsen ble det til de som hadde inntektsgivende arbeid stilt spørsmål om de hadde opplevd vansker med transport til og fra arbeidet. Litt over halvparten i utvalget svarte på dette spørsmålet, og fem prosent var bekreftende på at de hadde transportvansker til og fra arbeidsstedet. Av disse fem prosentene var det nesten halvparten (47 prosent) som nevnte uforutsigbarhet og uregelmessigheter knyttet til transporten som årsak til vanskene. Rundt en fjerdedel (27 prosent) mente tilretteleggingen av transporten var årsak til vanskene, mens en liten andel på 7 prosent knyttet vanskene til økonomi. En andel på 42 prosent oppga at det også var andre årsaker til at det oppstår vansker i forbindelse med arbeidsreisen.

Det var kun seks personer som oppga å ha en transportordning til og fra arbeidsstedet. Dette utgjør 0,2 prosent av utvalget. Tilsvarende var det 4 personer som hadde en transportordning til og fra studiestedet (tilsvarende også 0,2 prosent av utvalget).

5.4 Bil og bilbruk

I følge Reisevaneundersøkelsen (RVU) i 2005 tilhørte 87 prosent av befolkningen en husholdning med minst en bil (Denstadli m.fl. 2006). Det er 85 prosent av alle med nedsatt funksjonsevne som eier en bil selv, eller er i en husholdning som eier en bil. Av de som ikke eier egen bil, har omtrent hver tredje (36 prosent) mulighet til å disponere bil dersom de skulle trenge det. Totalt er det 80 prosent, eller fire av fem med nedsatt funksjonsevne som kjører bil selv. Andelen personer i befolkningen over 18 år med førerkort var i følge RVU på 87 prosent i 2005 (Denstadli m.fl. 2006).

Det er flere menn med funksjonsnedsettelse som kjører bil selv enn kvinner, henholdsvis 86 prosent av mennene mot 76 prosent av kvinnene. Men der er ingen klar kjønnsforskjell i det å eie en bil, 85 prosent av kvinnene er eier av en bil mot 84 prosent av mennene.

Tabell 5.5 *Andel som eier bil og som kjører bil selv etter funksjonsnedsettelse. Prosent.*

	Eier bil	Kjører bil selv	N
Sansevansker	89	81	166
Kortpustet	85	79	85
Kroniske smerter	91	89	399
Bevegelsesvansker	86	79	493
Psykiske vansker	73	75	188
Hodeskade/hjerneskode/hjerneblødning	82	77	121
Kognitive vansker	75	66	132
Annet	84	87	68
Totalt	85	80	1652

Tabell 5.5 viser at det er lavest andel bileiere blant personer med psykiske vansker og kognitive vansker hvor tre av fire med disse typene funksjonsnedsettelse er eiere av en bil. Innen de samme gruppene er det også færrest som kjører bil selv.

Det er i denne undersøkelsen en stor andel bilførere blant personer med funksjonsnedsettelse. Dette henger sammen med undersøkelsens brede avgrensning av funksjonsnedsettelse. Ser vi kun på de som har betydelige funksjonsnedsettelse som har stor innvirkning på hverdagen synker andelen som selv kjører bil noe, 75 prosent av alle med betydelige funksjonsnedsettelse er bilførere.

Det er få som har fått økonomisk støtte til å anskaffe seg bil. Blant de som er bileiere oppgir tre prosent å ha fått stønad fra folketrygden til kjøp av nåværende bil. I gjennomsnitt har disse betalt en andel på 73 prosent selv av den totale kjøpesummen på bilen. Av de som ikke eier egen bil er det to prosent som har søkt om stønad til kjøp av bil, hvorav nesten alle av disse har fått avslag på søknaden.

Nær syv prosent av bileierne har behov for tilpasninger av bilen eller ekstrautstyr i forhold til de funksjonsnedsettelsene man har. Av disse har to av fem (40 prosent) fått støtte til å utføre slike tilpasninger av bilen. Blant de som ikke har fått støtte til tilpasninger av bilen (60 prosent), har nær en av ti (9 prosent) søkt om slik støtte, men fått avslag.

5.5 Oppsummering

Det er fortsatt utfordringer i å gjøre offentlige transportmidler tilgjengelige for alle. Til tross for at de aller fleste med funksjonsnedsettelse har benyttet et offentlig kollektivtransportmiddel siste året, opplever rundt en av fire vansker med å reise kollektivt. Nær to av tre har en eller flere ganger det siste året reist med buss, båt og ferge, eller med fly. Rundt halvparten har tatt toget. Det er buss som er det transportmiddelet flest opplever vansker å reise med, og en av seks bussreisende

mener de har vansker med å reise med buss. For flyreiser er omfanget omtrent på samme nivå. De som har vansker med å reise kollektivt har oftere kognitive vansker, psykiske vansker eller bevegelsesvansker.

En utfordring for transportsektoren er å gjøre transportløsningene så gode og tilgjengelige at alle kan benytte seg av de. Når hver fjerde reisende med funksjonsnedsettelse opplever vansker med å reise kollektivt tyder dette på at dagens kollektivtransporttilbud langt i fra er universelt utformet. LKF-studien viser at for de som har vansker med å reise kollektivt er det forholdene inne i selve transportmiddelet som forårsaker størst vansker. Dette kan handle om at det er trangt om plassen, dårlig luft, mangler ved toalettforholdene o.l., og dette gjelder uavhengig av kollektivtransportmiddel. Nest etter forholdene inne i transportmiddelet er det mulighetene til å komme seg på og av transportmiddelet som gjør reisen vanskelig for mange. Det er med andre ord den fysiske utformingen av transportmiddelet som er årsak til at mange opplever problemer med å reise. En annen utfordring for mange reisende med funksjonsnedsettelse ligger i en mer automatisert og effektivisert transportsektor. Reiseinformasjon og billettbestilling på internett, selvbetjening under reisen og mindre rom for skreddersydde reiseløsninger, er med på å gjøre reising vanskeligere for de med behov for assistanse, bistand og spesialtilpasninger.

Et alternativ til å reise kollektivt er å bruke bil. De fleste med funksjonsnedsettelse er eier av en bil, og fire av fem oppgir å kunne kjøre bil selv. Dette er på nivå med hva som gjelder for befolkningen som helhet, og gir økt mobilitet til de med funksjonsnedsettelse som har vansker med å reise på andre måter.

6. SOSIAL DELTAKELSE OG FRITID

En vesentlig side av å være medlem av samfunnet er å kunne ha et sosialt liv og delta aktivt i et levende og mangfoldig fritids- og kulturliv. Et mål er derfor å skape vilkår for at alle på lik linje kan være deltagere på ulike kulturelle og sosiale arenaer. Kontakt med familie og venner er viktig for alle, og det å ha et sosialt nettverk er betydningsfullt uavhengig av om man har en funksjonsnedsettelse eller ikke. Selv om den teknologiske utviklingen gjør det mulig å kommunisere på mange ulike måter, er det å fysisk treffe andre mennesker en sentral del av det å ha et sosialt hverdagsliv. På samme måte er deltakelse i organisasjons- og foreningsliv viktig i et demokratisk samfunn, og en indikator på engasjement blant samfunnsmedlemmene. Å ta del i ulike fritidstilbud og å delta ved kulturelle arrangementer gir mennesker opplevelser og inntrykk, og kan ha en positiv effekt på helse og velvære.

Fra politisk hold har intensjonene vært at personer med funksjonsnedsettelser skal ha samme muligheter til delta i sosiale aktiviteter, kulturelle arrangementer og ulike fritidstilbud. Samtidig synes det å ha vært manglende politisk oppmerksomhet rundt kultur- og fritidsdeltakelsen til personer med nedsatt funksjonsevne (Nasjonalt dokumentasjonssenter 2007). Bildet som tegnes er at mangelfull tilgjengelighet til bygg og uteområder knyttet til kultur- og fritidsaktiviteter fortsatt skaper barrierer for deltakelse, og er et hinder for at personer med funksjonsnedsettelser kan delta på lik linje med andre.

I dette kapittelet vil vi se nærmere på sosial deltakelse og fritidsaktiviteter blant personer med funksjonsnedsettelser. Vi vil innledningsvis se hvordan den sosiale kontakten med familie, venner og nærmeste omgivelser er. Videre ser vi hvordan personer med nedsatt funksjonsevne opplever tilgjengeligheten til allmenntjenester. Avslutningsvis blir det gitt et bilde av deltakelse i organisasjons- og foreningsliv, før det blir sett nærmere på fritidsbruk og fritidsaktiviteter.

6.1 Familiekontakt

Familie regnes her som foreldre, søsken og egne barn over 16 år. Nesten to av tre (63 prosent) av deltakerne i undersøkelsen har en eller begge foreldrene sine i live. Når det gjelder kontakten til foreldrene så viser data fra undersøkelsen at av de som har foreldre som lever, har over halvparten (51 prosent) daglig eller ukentlig kontakt gjennom å treffes. Litt over en av fire (28 prosent) har lite kontakt med foreldrene, det vil si de treffes noen ganger i året (21 prosent) eller sjeldnere enn hvert år (8 prosent). I befolkningen er det omtrent en av fire (23 prosent) som ser foreldrene sine sjeldnere enn hver måned (Sandnes 2007). Det er altså liten forskjell i kontakten med foreldrene.

De fleste har søsken, og ni av ti (92 prosent) har en eller flere søstre eller brødre. Sammenlignet med foreldrene treffer man søsknene sjeldnere, og nær en tredjedel (29

prosent) treffes daglig eller ukentlig. Tilsvarende oppgir litt under halvparten av de med søsken (44 prosent) at de treffer disse noen ganger i året, eller sjeldnere enn hvert år. Dette er litt flere enn tall fra Levekårsundersøkelsen 2002 gir for befolkningen totalt, her oppgir 38 prosent at de har tilsvarende liten søskenkontakt.

Halvparten av de i undersøkelsen (50 prosent) har barn som er over 16 år og som har flyttet hjemmefra. To av tre foreldre (65 prosent) treffer daglig eller ukentlig barna sine. Fjorten prosent oppgir å treffe barna noen ganger i året eller sjeldnere enn hvert år. Tilsvarende tall for befolkningen totalt er at 16 prosent oppgir å treffe barna sine sjeldent. For befolkningen oppgir 39 prosent å ha barn (også voksne barn) som ikke tilhører husholdningen.

Ut fra dette ser det ut til at kontaktmønsteret personer med funksjonsnedsettelse har til sin familie gjennom å treffes er nokså likt det som gjelder for andre i befolkningen.

6.2 Venner

I tillegg til å ha god kontakt med nær familie er det å ha gode venner og vennskapskontakt også viktig. Nesten ni av ti (87 prosent) i undersøkelsen svarer at de har gode venner på stedet der man bor. Dette betyr at 12 prosent, eller omtrent en av ti ikke oppgir å ha venner utover familien på stedet man bor. Av disse har imidlertid mange venner som bor andre steder, nær åtte av ti (78 prosent) har venner som bor et annet sted. Dette innebærer at i underkant av 3 prosent av de i undersøkelsen ikke oppgir å ha en god venn. Tilsvarende studier fra Levekårsundersøkelsen 2005 viser et tilsvarende bilde, 2 prosent av den voksne befolkningen i Norge mangler en god venn (Normann 2008).

Det er varierende i hvor stor grad man treffer vennene. Rundt en av tre (31 prosent) oppgir å være sammen med venner, enten daglig eller ukentlig. Tilsvarende oppgir en av tre (32 prosent) å treffe venner månedlig. Også litt over en tredjedel (37 prosent) treffer sjeldent venner, enten noen ganger i året eller sjeldnere enn hvert år. Sammenligner vi med hele befolkningen ser det ut til at personer med funksjonsnedsettelse treffer venner sjeldnere enn andre. I Levekårsundersøkelsen 2002 oppgir en av fem (20 prosent) å være sammen med gode venner omtrent daglig, litt over halvparten (54 prosent) ukentlig. En av fem (21 prosent) er sammen med gode venner hver måned, mens 5 prosent er sammen med gode venner noen ganger i året eller sjeldnere. Selv om spørsmålene som her sammenlignes er noe forskjellige, er det tydelig at for personer med funksjonsnedsettelse er samvær med venner sjeldnere enn for hele befolkningen.

De fleste har noen man kan snakke fortrolig med. Nesten ni av ti (85 prosent) har en fortrolig venn utover medlemmer av familien. Kvinner har i større grad fortrolige venner enn menn, her har ni av ti kvinner (89 prosent) fortrolige venner, mens åtte av ti menn (81 prosent) har dette. Av de som ikke har venner de kan betro seg til (14 prosent), oppgir nesten alle (81 prosent) å ha noen i familien de kan snakke fortrolig med. Å ha fortrolige familiemedlemmer fordeler seg relativt likt på kvinner og menn.

Totalt sett viser det seg at nær 3 prosent av alle med funksjonsnedsettelse oppgir å ikke ha noen å snakke fortrolig med. Data fra Levekårsundersøkelsen 2005 viser omtrent det samme bilde for befolkningen for øvrig, her er det også 3 prosent som mangler noen å snakke med (ibid.).

Vennskap og kontakt med familie og venner kan være av ulik art, både i forhold til nærhet, tillit og fortrolighet. En viktig side ved det å ha familie og venner er om man har et forhold til andre som er av en slik karakter at en stiller opp for hverandre om det skulle være behov for det. Det at noen bryr seg, er hjelpende og at en kan regne med støtte dersom man virkelig skulle trenge det, er viktig for de fleste av oss. Data fra undersøkelsen viser at de aller fleste (98 prosent) har en eller flere man kan regne med å få hjelp av dersom man skulle få store personlige problemer (både av familie og venner). Men samtidig viser det seg at knappe 2 prosent av alle med nedsatt funksjonsevne mangler noen de kan regne med dersom det skulle knipe. Dette er i tråd med tall for befolkningen som helhet.

Det er en liten gruppe, nær 6 prosent, som opplever praktiske vansker knyttet til det å besøke slekt og venner på stedet man bor. For de fleste av disse er transport til og fra besøksstedet hyppigste årsak til vansken (69 prosent), foran vansker med å komme inn i boligen (35 prosent), og vansker med å komme seg rundt i boligen (20 prosent).

6.3 Ensomhet

Familieforhold og manglende vennskap kan bety mye for om man opplever ensomhet og det å være alene. Blant personer med nedsatt funksjonsevne er det nær en av ti (9 prosent) som oppgir at de ofte opplever å føle seg ensom. Hver femte (20 prosent) sier de av og til føler ensomhet. Kvinner opplever ensomhet i større grad enn menn. Mens hver fjerde mann (25 prosent) ofte eller av og til føler seg ensom, gjelder det tilsvarende for hver tredje kvinne (31 prosent). Levekårsundersøkelsen 2005 bekrefter at kvinner er mer plaget av ensomhet enn menn. Men ensomhet forekommer noe mindre i befolkningen, en av fire kvinner rapporterer at de har vært plaget av en følelse av ensomhet de siste 14 dagene, mens det samme gjelder for en av fem menn (Normann 2008).

For personer som har en betydelig grad av funksjonsnedsettelse og som i stor grad påvirker de i hverdagen er ensomhet noe mer utbredt. Her opplever hver tredje (34 prosent) å ofte eller av og til ha en følelse av ensomhet.

Aleneboende er mer utsatt for ensomhet enn de som bor sammen med andre. Drøyt fire av ti (44 prosent) av de som bor alene opplever ensomhet ofte eller av og til, det samme gjelder for en av fem (20 prosent) av de som bor sammen med noen. Dette bilde stemmer overens med befolkningen for øvrig, fire av ti (41 prosent) av aleneboende er plaget av ensomhet, mot en av fire (22 prosent) som bor sammen med andre (ibid.).

Tabell 6.1 *Andel som ofte eller av og til føler seg ensom etter type funksjonsnedsettelse. Prosent. (N=1652)*

	Ensom ofte eller av og til
Sansevansker	25
Kortpustet	19
Kroniske smerter	16
Bevegelsesvansker	30
Psykiske vansker	51
Hodeskade/hjerneskode/hjerneblødning	26
Kognitive vansker	51
Annet	9

Dersom vi ser på de ulike typene funksjonsnedsettelse viser tabell 6.1 at det er spesielt to grupper som er plaget av ensomhet. Opplevelse av ensomhet er størst blant personer med psykiske vansker og kognitive vansker. Her oppgir halvparten at de ofte eller av og til har en ensomhetsfølelse. For de med psykiske vansker kan dette henge sammen med at de i større grad bor alene, mens det ikke forklarer mer ensomhet blant personer med kognitive vansker.

6.4 Naboskap

Godt naboskap er viktig for å skape et godt bomiljø. Det er likevel ikke gitt at man kjenner naboene sine så godt at man deler tid sammen eller har god kontakt. På spørsmål om hvor mange familier eller husstander i nabolaget man kjenner så godt at man besøker hverandre av og til, svarte litt over hver fjerde person med funksjonsnedsettelse (28 prosent) at de ikke har noen de besøker i nabolaget. En tredjedel (31 prosent) har en eller to familier eller husstander i nabolaget de besøker av og til, de resterende (40 prosent) har tre eller flere de besøker noen ganger. Naboer kan også være til hjelp dersom man skulle trenge det. For personer med funksjonsnedsettelse sier to av tre (66 prosent) at det er lett eller svært lett å få praktisk hjelp fra naboer. Dette er noe lavere enn i øvrige befolkning, hvor tre av fire hevder det er lett eller svært lett å få hjelp av naboen til praktiske ting (Normann 2007).

6.5 Bruk av tjenester til allmennheten

Sosial deltakelse handler ikke bare om å kunne være med i sosiale nettverk og delta i aktiviteter, organisasjoner og i ulike arrangementer. I hverdagslivet er vi avhengige av å kunne benytte tjenester og ytelser som gis til samfunnsmedlemmene for at vi skal kunne være velfungerende og selvstendige mennesker. I det offentlige rom er det en rekke tjenester vi benytter til daglig gjøremål, og som oppleves som livsviktige og nødvendige. Allmenntjenester som bank- og posttjenester, minibank, offentlige

kontorer, legekantor, apotek, dagligvarebutikker eller kjøpesenter er noe vi alle i mer eller mindre grad er avhengige av å benytte.

Undersøkelsen viser at omtrent en av ti (13 prosent) med funksjonsnedsettelse oppgir å ha opplevd vansker siste året med å benytte allmenntilgjenge tjenester.

Tabell 6.2 Andel som opplever vansker knyttet til å benytte ulike tjenester siste år. Prosent

Vansker knyttet til å benytte...	Andel opplevd vansker	
	Alle	Betydelig funksjonsnedsettelse
Bank- og posttjenester	5	10
Minibank	5	8
Offentlige kontorer	7	13
Legekantor	5	10
Apotek	5	9
Dagligvarebutikker	8	16
Kjøpesenter	8	16
N	(1652)	(561)

Som tabell 6.2 viser, er det flest som oppgir å ha vansker med å benytte kjøpesenter, dagligvarebutikker eller offentlige kontorer. Mellom 7 og 8 prosent har hatt vansker med å bruke disse tjenestetilbudene det siste året.

Blant personer med betydeligere funksjonsnedsettelse (som i stor grad innvirker i hverdagen) er andelen som opplever vansker med å benytte slike tjenester høyere. En av fire (23 prosent) oppgir å ha vansker med å benytte en eller flere allmenntilgjenge tjenester. Også for denne gruppen er det kjøpesenter, dagligvarebutikker og offentlige kontorer flest opplever vansker med å benytte.

Tabell 6.3 Andel som opplever vansker knyttet til å benytte allmenntilgjenge tjenester siste år etter type funksjonsnedsettelse. Prosent

	Andel opplevd vansker	
	Alle	Betydelig funksjonsnedsettelse
Sansevansker	15	28
Kortpustet	5	14
Kroniske smerter	3	8
Bevegelsesvansker	17	28
Psykiske vansker	16	18
Hodeskade/hjerneskeade/hjerneblødning	7	9
Kognitive vansker	30	42
Annet	0	0
N	(1652)	(561)

Tabell 6.3 viser at det er personer med kognitive vansker som har størst vansker med å benytte ulike tjenester, og for de med denne funksjonsnedsettelsen har nesten en av tre (30 prosent) hatt vansker det siste året. Også blant personer med bevegelsesvansker, sansevansker og psykiske vansker har en betydelig andel vanskeligheter knyttet til det å bruke viktige allmenntjenlige tjenester. Avgrenser vi til å se på personer som har betydelige funksjonsnedsettelser forsterkes dette bildet noe, med unntak for de med psykiske vansker. Det er spesielt for personer med betydelige kognitive vansker, sansevansker og bevegelsesvansker at mange opplever problemer med bruk av viktige tjenester.

Stadig mer informasjon gjøres tilgjengelig via internett, og internettet har også gitt mange muligheter for alternative måter å kommunisere på. Bruk av internett har ikke vært et tema i LKF-studien, men det er spurt om man har tilgang til internett. Fire av fem (81 prosent) med nedsatt funksjonsevne har tilgang til internett, og dette er på nivå med den øvrige befolkningen.

6.6 Engstelse

Det å være redd for å bevege seg utendørs blant folk fører lett til sosial isolasjon. En ikke ubetydelig andel av de i undersøkelsen velger å ikke gå utendørs fordi de er engstelige for hva som kan skje om de beveger seg utenfor hjemmet. Hele 16 prosent av alle med funksjonsnedsettelse er redde for å gå ut, for 12 prosent gjelder dette ofte eller av og til. Vi mangler sammenlignbare data for befolkningen som helhet, og kan derfor ikke si noe om i hvor stor grad dette gjelder spesielt gruppen personer med funksjonsnedsettelse (leveårsundersøkelsene måler frykt for vold og trusler om vold).

Det er blant personer med psykiske vansker eller kognitive vansker at engstelse opptrer hyppigst. Litt under halvparten (42 prosent) av de med psykiske vansker og hver tredje (36 prosent) av de med kognitive vansker vegrer seg for å gå ut på grunn av angst for hva som kan skje.

Engstelse for å gå ut skyldes for personer med funksjonsnedsettelse ulike forhold, og tabell 6.4 viser noen av de vanligste årsakene til engstelse for å bevege seg utendørs.

Tabell 6.4 Årsaker til engstelse for å gå ut. Prosent. (N=199)

Engstelig for...	Andel
Uhell eller at hjelpemiddel svikter	27
For å gå seg bort/ikke vite hvor man er	6
At de skal forverre helsetilstanden	35
Å oppleve ubehagelige situasjoner eller trakassering	51

Frykten for å oppleve ubehagelige situasjoner eller trakassering nevnes hyppigst som grunn til at man ikke går ut. Sett i sammenheng med negative erfaringer knyttet til

situasjoner som har vært ubehagelige kan dette forstås. Hele 16 prosent av personer med nedsatt funksjonsevne har opplevd ubehagelige situasjoner eller trakassering i løpet av de siste 12 månedene. Nær en av tre med psykiske vansker eller kognitive vansker har opplevd ubehageligheter utendørs i løpet av det siste året.

6.7 Feriereiser

En ferietur defineres som regel som en tur hvor man reiser bort og overnatter i minst fire netter. Ferieundersøkelsen 2007 viste at litt over tre av fire (79 prosent) av den voksne befolkningen har vært på en eller flere ferieturer i løpet av det siste året. LKF-studien viser at det samme gjelder for personer med nedsatt funksjonsevne. Her oppga tre av fire (75 prosent) å ha vært på en eller flere ferieturer i løpet av de siste 12 månedene. Av disse har i overkant en av tre (37 prosent) vært på en ferietur, nesten en tredjedel (30 prosent) har vært på to ferieturer, resterende en tredjedel (33 prosent) har tre eller flere slike ferieturer siste året. Få har reist med betalt ledsager, i underkant av 1 prosent oppgir dette. Av disse har kun en av fire fått ledsageren betalt av kommunen.

6.8 Organisasjons- og foreningsliv

Andelen medlemskap i frivillige organisasjoner og foreninger i Norge er høy. Levekårsundersøkelsen 2007 viser at om lag 80 prosent av den voksne befolkningen var medlem i en eller flere organisasjoner eller foreninger. En viktig grunn til det høye tallet, er at mange er medlem av en fagforening.

Også for personer med funksjonsnedsettelse er andelen medlemskap i organisasjoner og foreninger høy, omtrentlig på samme nivå som i befolkningen som helhet. Tre av fire (74 prosent) av de i undersøkelsen har et medlemskap i en organisasjon eller forening. Men selv om mange er medlem av en organisasjon er andelen personer som er aktive medlemmer noe lavere. I 2007 var drøyt halvparten (47 prosent) av den voksne befolkningen aktive i en eller flere organisasjoner eller foreninger. Knappt en av tre er aktive i en organisasjon, mens knapt en av fire er aktive i to eller flere organisasjoner.

For personer med nedsatt funksjonsevne er andelen aktive medlemskap i organisasjoner på 44 prosent. Litt over hver fjerde (27 prosent) er aktive medlemmer i en organisasjon, 16 prosent er aktive i to eller flere organisasjoner. I så måte er andelen organisasjonsmedlemskap blant personer med funksjonsnedsettelse nesten på samme nivå som for befolkningen som helhet, både for passive og aktive medlemskap.

Medlemskapet i ulike foreninger og organisasjoner fordeler seg slik tabell 6.5 viser. Her er tall for hele befolkningen lagt inn i parentes, og disse tallene er fra Levekårsundersøkelsen 2007.

Tabell 6.5 *Andel av personer med nedsatt funksjonsevne etter medlemskap i ulike foreninger og organisasjoner (LKU 2007 i parentes). Prosent. (N=1652)*

Medlemskap	Andel medlem	Andel aktive
Fagforening eller arbeidstakerorganisasjon	45 (53)	9 (13)
Politisk parti	9 (8)	3 (3)
Kristelig eller religiøs forening	6 (7)	5 (5)
Idrettslag eller idrettsforening	18 (26)	11 (18)
Kvinneorganisasjon, husmorlag etc. (kun kvinner)	6 (4)	3 (3)
Helselag, sanitetsforening, Røde Kors e.l.	12 (16)	4 (5)
Interesseorganisasjon for funksjonshemmede o.l.	14 (5)	6 (2)
Musikkforening, korps, kor, teatergruppe o.l.	8 (8)	7 (7)
Lokal interessegruppe/aksjonsgruppe	6 (0)	5 (0)
Solidaritets- eller menneskerettighetsorganisasjon	5 (6)	2 (2)
Andre foreninger eller organisasjoner	22 (20)	13 (-)

Ser vi bort fra fagforeningene, er det idrettslag som trekker flest medlemmer. I 2007 var i overkant av hver fjerde nordmann medlem av ett eller flere idrettslag. I den grad det finnes forskjeller i organisasjonsmedlemskap mellom de med og uten funksjonsnedsettelse gjelder dette at for personer med funksjonsnedsettelse er det en noe lavere andel medlemmer i fagforeninger, idrettslag, helselag/sanitetsforeninger, og noe høyere andel medlemmer i interesseorganisasjoner for funksjonshemmede og lokale interessegrupper/aksjonsgrupper. At andelen medlemmer i fagforeninger eller arbeidstakerorganisasjoner er relativt sett lavere enn i befolkningen er en naturlig følge av at yrkesdeltakelsen for personer med funksjonsnedsettelse er lav. Tilsvarende er medlemskap i idrettslag eller idrettsforeninger lavere som en følge av at mange idrettsaktiviteter ikke er tilgjengelige eller tilpasset personer med funksjonsnedsettelse, og derfor forhindrer deltakelse.

6.9 Deltakelse i fritidsaktiviteter

I vanlig språkbruk er fritid den tiden som er igjen når man ikke er i arbeid eller utdanning (eller sover). Likevel er mange av de aktivitetene man bedriver i denne tiden ikke nødvendigvis tid man har til fri disposisjon. Mye av det som må gjøres av hverdagslige gjøremål, som husarbeid, innkjøp, barnepass osv. må vi gjøre innenfor den tiden vi ikke er bundet opp av arbeid eller utdanning. Derfor er betegnelsen fritid som regel brukt om aktiviteter man ikke er forpliktet til å gjøre og som har et preg av lyst ved seg, som for eksempel det å lese bøker, mosjonere eller gå på kino.

Fritid verdsettes høyt av nordmenn, og er en viktig kilde til rekreasjon og avkobling. Gjennom fritiden har man mulighet til å dyrke spesielle interesser eller delta i aktiviteter man setter ekstra stor pris på å kunne gjøre. For mange med funksjonsnedsettelse er muligheten til deltakelse i fritidsaktiviteter begrenset i form av manglende tilgjengelighet eller tilrettelegging.

Tabell 6.6 viser i hvilken grad personer med funksjonsnedsettelse deltar i ulike fritidsaktiviteter.

Tabell 6.6 Andel av personer med nedsatt funksjonsevne som daglig eller ukentlig har drevet ulike fritidsaktiviteter de siste 12 månedene. Andel som kunne ønske å delta oftere i aktiviteter, men der vanskelig tilgjengelighet gjør at man lar være. Prosent. (N=1652)

Aktivitet	Daglig/ukentlig	Ønsker å delta oftere
Gått tur i skog og mark	47	19
Drevet med mosjon, trening, sport	55	14
Vært tilskuer til idrettsarrangement	8	4
Gått på kino	1	10
Gått på dans, diskotek	2	7
Gått på restaurant eller kafé	17	8
Gått på musikkarrangement eller konsert	1	10
Vært deltaker i kor/orkester/spelemannslag	4	2
Lånt bok på biblioteket	4	4
Vært på politisk møte	1	4
Vært i kirken, menighet eller religiøst møte	4	2

Tabellen viser andelen som daglig eller ukentlig har deltatt i ulike aktiviteter og andelen som ønsker å delta oftere men opplever tilgjengeligheten så vanskelig at man lar være å delta. Fysisk aktivitet gjennom utendørs turer og mosjon/trening drives av over halvparten i undersøkelsen på daglig eller ukentlig basis. Samtidig er det innenfor disse aktivitetene den største andelen opplever vansker med å delta. Et trekk er også at hele 10 prosent har vansker med å delta i kulturelle aktiviteter eller være med på arrangement som kino eller konserter.

Det finnes ingen direkte sammenlignbare tall for befolkningen som helhet i forhold til deltakelse i kultur- og fritidsaktiviteter. Den sentrale publikasjonen på dette feltet, SSBs kulturstatistikk, gir detaljerte opplysninger om den generelle befolkningens bruk av ulike kulturtilbud. Dessverre gir ikke disse dataene mulighet til å sammenligne direkte mot spørsmålene stilt i LKF-studien. Vi har likevel noen tall for hele befolkningen som kan brukes for å sammenligne fritidsbruken. Ser vi på andelen som har benyttet kultur- eller fritidstilbud siste 12 måneder, kan vi sammenligne med befolkningen som helhet. Hele ni av ti (90 prosent) har i løpet av siste 12 måneder gått tur i skog og mark, og i følge tall fra Levekårsundersøkelsen 1997 er dette på samme nivå som hele befolkningen. Rundt halvparten (55 prosent) av alle med funksjonsnedsettelse har vært tilskuer på idrettsarrangement. Tilsvarende mange (56 prosent) har vært på kino. Litt under halvparten (43 prosent) har vært på bibliotek, og omtrent annenhver har deltatt på tros- eller livssynsmøte. Tall fra Levekårsundersøkelsen 2004 viser at det ikke er store forskjeller fra øvrige befolkning. Her oppgir litt over halvparten (55 prosent) å ha vært tilskuer på

idrettsarrangement, to tredjedeler (68 prosent) har gått på kino, litt over halvparten (54 prosent) har vært på bibliotek, og 40 prosent har deltatt på tros- eller livssynsmøte.

Ser vi samlet på deltakelsesvansker på fritiden finner vi at 41 prosent av alle som har funksjonsnedsettelse har vansker med å delta i en eller flere av de nevnte kultur- og fritidsaktivitetene. Tall fra Levekårsundersøkelsen 2007 viser at for alle er det nær 18 prosent som har deltakelsesvansker på fritiden, men i dette tallet inngår også personer med funksjonsnedsettelse. Forskjellene er derfor større. Ved å se nærmere på de ulike gruppene av funksjonsnedsettelse viser det seg at det er en stor andel av personer med kognitive vansker og bevegelsesvansker som opplever hindringer med å delta i kultur- og fritidsaktiviteter (se tabell 6.7). Godt over halvparten av de med slike funksjonsnedsettelse har vansker med å ta del i ulike fritidsaktiviteter. De som er i samlekategorien annet (andre funksjonsnedsettelse) opplever i minst grad problemer med å delta i aktiviteter på fritiden. For de andre typene funksjonsnedsettelse er det omkring en tredjedel innenfor hver gruppe som har vansker med delta i ulike fritidsaktiviteter.

Tabell 6.7 Andel som har vansker med å delta i fritidsaktiviteter etter funksjonsnedsettelse. Prosent

	Har vansker	(N)
Sansevansker	36	166
Kortpustet	38	85
Kroniske smerter	29	399
Bevegelsesvansker	56	493
Psykiske vansker	34	188
Hodeskade/hjerneskode/hjerneblødning	30	121
Kognitive vansker	63	132
Annet	7	68
Totalt	41	1652

En økning av den allmenne tilgjengeligheten på fritids- og kulturområdet er den grunnleggende forutsetning for å bedre tilbudet til mennesker med ulike funksjonsnedsettelse. Mange virkemidler for å øke deltakelse og tilgjengeligheten til kulturaktiviteter finnes allerede. Et godt eksempel på dette er den markante økningen i produksjon av lydbøker, et tilbud som flere enn synshemmede kan ha nytte av. Både tekniske løsninger som lydspor for kinopublikum og bedring av fysisk tilgjengelighet til landets mange kulturinstitusjoner og offentlige bygg er andre eksempler på tiltak som vil kunne fremme kulturell deltakelse.

6.10 Oppsummering

Deltaking i sosiale og organiserte sammenhenger gir tilgang til viktige ressurser, slik som informasjon og muligheten for hjelp og støtte fra andre. Videre bidrar deltakelse

til å skape mening og identitet til den som deltar. Men deltakelse kan også ha positive ringvirkninger utover hva det gir til den enkelte. Også for andre mennesker er sosial deltaking en god ting, samt for lokalmiljøet og det øvrige samfunnet.

Familiekontakten for personer med funksjonsnedsettelse er som for hele befolkningen varierende. Sett under ett er det variasjon i hvor ofte man treffer foreldre, søsken og barn, men personer med funksjonsnedsettelse har ikke et kontaktmønster som avviker fra det som er vanlig for befolkningen som helhet. Det samme gjelder ikke for kontakt med venner. Personer med nedsatt funksjonsevne treffer i mindre grad venner enn andre. En andel på tre prosent oppgir å ikke ha en god venn, tilsvarende mange mangler en fortrolig venn. Dette er på et nivå som også gjelder for hele befolkningen. Et trekk ved den sosiale kontakten til mennesker med funksjonsnedsettelse er at de ikke i samme grad som andre opplever at det er lett å få praktisk hjelp av naboer.

Det subjektive savnet av sosial kontakt gir seg uttrykk gjennom å føle ensomhet. Nær en tredjedel av alle med funksjonsnedsettelse oppgir ofte eller av og til å ha en ensomhetsfølelse, og dette er noe høyere enn blant alle voksne i Norge. Spesielt rammer dette personer med kognitive vansker og psykiske vansker, og blant disse gruppene oppgir over halvparten å ha en følelse av ensomhet ofte eller av og til.

Nær en av seks opplever vansker med å benytte allmennyttige tjenester som bank, post, butikk, offentlige kontorer etc. Det er å benytte kjøpesenter, dagligvarebutikk og offentlige kontorer flest opplever som vanskelig, og nær en av ti har vansker med å bruke slike tjenestetilbud. For gruppen med kognitive vansker er det nesten hver tredje som opplever vansker knyttet til å bruke allmennyttige tjenester.

Engstelse er utbredt blant personer med funksjonsnedsettelse og hele 16 prosent opplever å være redde for å gå ut. Dette er mest utbredt når en har psykiske eller kognitive vansker, og frykt for å oppleve ubehagelige situasjoner og trakassering er oftest nevnte grunn til engstelsen. Blant alle med funksjonsnedsettelse oppgir hele en av seks å ha opplevd ubehagelige situasjoner eller trakassering i løpet av det siste året.

Tre av fire med funksjonsnedsettelse er medlem i en organisasjon eller forening, litt under halvparten er aktive medlemmer. Sammenlignet med befolkningen er andelen medlemskap omtrentlig på samme nivå som for andre, for aktive medlemskap er andelen noe færre. Undersøkelsen viser også at personer med funksjonsnedsettelse reiser på ferie i samme grad som andre. Hva gjelder deltakelse i kultur- og fritidsaktiviteter viser undersøkelsen at mange deltar i ulike aktiviteter, men også at det er en stor andel som har vansker med å delta i ulike fritidsaktiviteter. To av fem med funksjonsnedsettelse oppgir å ha vansker med deltakelse i aktiviteter på fritiden, tilsvarende er det en av fem i befolkningen som har slike vansker.

7. AVSLUTNING

I denne rapporten har vi sett nærmere på noen sentrale trekk ved levekårene til personer med funksjonsnedsettelse. Gjennom analyser av data fra *Levekårsundersøkelse blant personer med nedsatt funksjonsevne 2007* (LKU 07) er det gitt et bilde av hva som kjennetegner levekårene, med sammenligninger til befolkningen som helhet. Rapporten har tematisk handlet om fem viktige levekårsområder:

- Utdanning
- Arbeid
- Bolig
- Transport
- Sosial deltakelse og fritid

Av andre sentrale levekårsområder er ikke økonomiske levekår for personer med nedsatt funksjonsevne behandlet mer en overfladisk, fordi slike data ennå ikke er koblet til LKF.

I rapporten avgrenses personer med nedsatt funksjonsevne på samme måte som i LKF-undersøkelsen. Dette er en bred definisjon av nedsatt funksjonsevne, og en slik tilnærming inkluderer flere personer med funksjonsnedsettelse enn hva andre undersøkelser gjør. En følge av dette er at mange personer med mildere grad av nedsatt funksjonsevne er med i datagrunnlaget. Et resultat av undersøkelsens vide avgrensning er et høyt estimat av andelen personer med funksjonsnedsettelse i befolkningen, hver fjerde nordmann (25,5 prosent) har med denne avgrensingen en funksjonsnedsettelse. Dette kan virke som et høyt estimat, og for å bøte på dette er det der hvor det har vært hensiktsmessig i analysen brukt en snevrere avgrensning. I den strengere avgrensingen av funksjonsnedsettelse har vi kun sett på personer som møter stor grad av begrensninger i hverdagen (dvs. har betydelige funksjonsnedsettelse).

En utfordring ved samlebetegnelsen "personer med nedsatt funksjonsevne" er at dette er en heterogen gruppe bestående av mange ulike typer funksjonsnedsettelse og ulike grader av funksjonsnedsettelse. Det å snakke om personer med funksjonsnedsettelse som en gruppe gir derfor et grovt bilde, og mange med funksjonsnedsettelse vil kanskje ikke kjenne seg igjen i det bilde som gis. Det er i analysen gruppert etter ulike typer funksjonsnedsettelse, hovedsakelig etter den funksjonsnedsettelsen som er oppgitt å begrense mest.

For å si noe om en gruppes levekår er det interessant å sammenligne med andre. I denne rapporten er sammenligningsgrunnlaget befolkningen som helhet. Dette betyr at vi ikke sammenligner de med og uten nedsatt funksjonsevne. I data om befolkningen vil også personer med funksjonsnedsettelse inngå. Ved å sammenligne de med og uten funksjonsnedsettelse vil eventuelle forskjeller i levekår være større enn om man sammenligner med hele befolkningen. Der screeningundersøkelsen har gitt mulighet

til å sammenligne personer med og uten funksjonsnedsettelse er dette gjort. Dette gjelder for utdanningsdelen.

Vi vil helt avslutningsvis trekke opp noen hovedtrekk fra resultatene i denne rapporten, og peke på de mest sentrale funnene rundt levekårene til personer med nedsatt funksjonsevne. I det store og hele ser vi av denne analysen at personer med nedsatt funksjonsevne kommer dårligere ut enn den øvrige befolkningen på en rekke sentrale levekårsområder. Kanskje tydeligst er levekårsforskjellene innenfor områdene utdanning og arbeid, men også i forhold til bruk og vansker med kollektivtransport kommer personer med funksjonsnedsettelse dårligere ut enn andre.

Personer med nedsatt funksjonsevne har systematisk et lavere utdanningsnivå enn befolkningen for øvrig. Utdanningsforskjellene virker å være relativt stabile sett i forhold til aldersfordelingen, og undersøkelsen gir ingen tegn til at forskjeller i utdanningsnivå reduseres for de yngste aldersgruppene. Analysen finner med andre ord ikke hold i antakelsen om at avstanden i andel med høyere utdanning mellom personer med og uten nedsatt funksjonsevne er i ferd med å minke. Kjønnforskjellene i utdanningsnivå er som i befolkningen for øvrig, det er flere kvinner med nedsatt funksjonsevne som har høyere utdanning enn menn. Personer med medfødt eller tidlig ervervet funksjonsnedsettelse har vansker med eller opplever barrierer i forhold til å ta høyere utdanning. Det er også slik at personer som har lav utdanning lettere erverver en funksjonsnedsettelse. Av de som studerer opplever en av fem studenter med nedsatt funksjonsevne barrierer eller hindringer i forhold til å ta høyere utdanning. Vanskene er oftere knyttet til organisering av hverdagen, transport eller deltakelse i studentaktiviteter, enn til selve studiesituasjonen eller studiestedet.

Effekten av utdanning er sterkere for yrkesdeltakelsen til personer med funksjonsnedsettelse enn den er for de uten funksjonsnedsettelse. Utdanning er derfor en viktig innsatsfaktor for å få flere med nedsatt funksjonsevne i arbeid. Sett i et levekårsperspektiv er både utdanning og arbeid viktige indikatorer på levekår. I forhold til de sentrale målene om likestilling, like vilkår og full deltakelse i samfunnslivet er derfor utdanning og arbeid viktige arenaer for utjevning av levekårsforskjeller.

Undersøkelsen viser at yrkesdeltakelsen blant personer med funksjonsnedsettelse er lav sammenlignet med sysselsettingen i befolkningen som helhet. Mens rundt annenhver med nedsatt funksjonsevne er i arbeid, er litt over tre av fire i befolkningen yrkesaktive. Mens man tradisjonelt snakker om en differanse på 30 prosentpoeng i yrkesandelen til personer med funksjonsnedsettelse sammenlignet med sysselsettingsandelen i hele befolkningen, viser denne undersøkelsen at differansen øker til omtrent 40 prosentpoeng dersom man sammenligner yrkesdeltakelsen til personer med og uten funksjonsnedsettelse. Ved bruk av AKUs definisjon av funksjonsnedsettelse gir undersøkelsen en yrkesandel blant personer med nedsatt funksjonsevne på 42 prosent, mot 84 prosent for personer uten funksjonsnedsettelse.

Personer med nedsatt funksjonsevne som var i arbeid da de ervervet funksjonsnedsettelsen har lettere for å bli værende i arbeid, enn det er for personer med nedsatt funksjonsevne å komme inn i arbeidslivet. Som en marginalisert gruppe i arbeidsmarkedet ser vi trekk av både utstøting og utestegning fra arbeidslivet. Rundt halvparten av de som var i arbeid da funksjonsnedsettelsen inntraff kommer ikke tilbake i arbeid. Mange av disse forblir uføretrygdet eller pensjonert. Av de utenfor arbeidslivet er det få som har søkt seg jobb. Likevel mener mange de kunne ha jobbet, og mange ønsker seg en jobb.

For de som er i jobb er redusert arbeidstid en tilpasning mange benytter for å kunne arbeide. Det er en stor andel deltidsarbeidende blant personer med funksjonsnedsettelse, og omtrent halvparten jobber deltid mot en fjerdedel av alle sysselsatte. Kvinner jobber mer deltid enn menn, og kjønnsforskjellene i deltidarbeid er høyere for personer med nedsatt funksjonsevne enn for befolkningen som helhet. Yrkesaktiviteten avtar med alder, og for eldre arbeidstakere med funksjonsnedsettelse er deltidarbeid mye utbredt.

Det er behov for mer tilpasninger og tilrettelegging i arbeidslivet. For at flere skal kunne være i arbeid må flere få tilrettelagt arbeidssituasjonen til de behovene man har. Selv om en del arbeidstakere med funksjonsnedsettelse oppgir å ha tilpasninger på arbeidsplassen, er det en betydelig andel som trenger tilrettelegging av arbeidet i form av endring i arbeidsoppgaver, tilpasset arbeidstid eller hjelpemidler som gjør arbeidsdagen lettere. Noe overraskende er det hvor lite utbredt bruken av økonomiske tilskuddsordninger i forbindelse med arbeidet er for personer med nedsatt funksjonsevne. Kun seks prosent har en eller annen form for individuell støtteordning i forbindelse med arbeidet, kun syv prosent har en støtteordning for arbeidsgiver. Med utgangspunkt i utfordringene med å få flere med funksjonsnedsettelse over i arbeidslivet gjennom aktiv virkemiddelbruk av slike støtteordninger er, kan man stille spørsmål om et slikt virkemiddel treffer godt nok. Potensialet i økt bruk av økonomiske støtteordninger i forbindelse med arbeidet er tydelig til stede.

At nær en av fem med oppgir at arbeidsgiver i liten grad tar hensyn til at arbeidstakere har funksjonsnedsettelse viser også at det ligger noen utfordringer i forhold til negative holdninger om funksjonsnedsettelse i og arbeid. Dette understrekes av at en av ti med funksjonsnedsettelse har opplevd forskjellsbehandling i arbeidslivet gjennom enten søknadsavslag på en jobb de var kvalifisert for, ikke fått deltatt på kurs på jobben eller blitt presset til å slutte i en jobb. Dette er forskjellsbehandling som faller inn under det man kan kalle diskriminering.

Helhetsinntrykket er at for mange blir det å få en funksjonsnedsettelse veien ut av arbeidslivet, og for en stor andel er trygd viktigste inntektskilde når de står uten jobb. Personer med funksjonsnedsettelse blir marginalisert på arbeidsmarkedet, både gjennom utestegning og utstøting. Utestegning handler om vansker med å komme inn i en jobb, mens utstøting er veien ut av arbeidslivet. Marginaliseringen i arbeidsmarkedet skjer fordi personer med funksjonsnedsettelse lett faller ut av arbeidslivet, og fordi veien inn igjen blir ekstra vanskelig. Den alternative løsningen

blir lett resignasjon gjennom å motta trygd og pensjon. Selv om mange ønsker og har mulighet til å jobbe, er det få som aktivt søker seg jobb. Det er da også relativt få innenfor gruppen som er registrert arbeidsledige. Gjennom aktiv bruk av arbeidsmarkedstiltak kan marginaliserte grupper hjelpes inn i arbeidsmarkedet. Selv om bruken av slike virkemidler for personer med funksjonsnedsettelse er utbredt, er det rom for at flere bistås inn i arbeid gjennom økt virkemiddelbruk.

Boligforholdene er generelt sett nokså like for personer med funksjonsnedsettelse som for befolkningen som helhet. Personer med nedsatt funksjonsevne bor oftere i spredtbygde strøk og det er mer vanlig med en- og topersonshusholdninger blant personer med nedsatt funksjonsevne

Undersøkelsen viser også at det er behov for mer innvendige tilpasninger av boligene til personer med funksjonsnedsettelse. I Norge er kun et fåtall av dagens boliger universelt utformet eller bygget med livsløpsstandard, og dette gjenspeiles i et behov for tilpasninger for beboere med spesielle krav til boligen. Mange mener boligens innvendige utforming ikke tilfredsstillende de behovene man har. Få oppgir å ha vansker med atkomsten til egen bolig, men samtidig er det mange som oppgir at det ikke er utført tilpasninger av uteareal eller inngangsparti til boligen.

Boligfinansiering gjennom boliglån er noe mindre utbredt blant personer med funksjonsnedsettelse enn blant andre. Samtidig viser undersøkelsen at personer med nedsatt funksjonsevne og deres husholdning har en noe mer presset og sårbar privatøkonomi enn øvrige befolkning. En indikator på dette er at flere innenfor denne gruppen oppgir å ha vansker med å klare uforutsette utgifter.

På transportområdet viser undersøkelsen at de aller fleste med funksjonsnedsettelse i løpet av et år i ulikt omfang benytter kollektive transportmidler av en eller annen art. Likevel er ikke offentlige transportmidler fullt tilgjengelige for alle, og en av fire med nedsatt funksjonsevne har vansker med å reise kollektivt. Det antas at dette gjelder for flere. Nær to av tre har benyttet buss, båt og ferge eller fly siste året, nær halvparten har tatt toget. Rundt en av seks opplever vansker med å ta buss eller fly, seks til syv prosent har vansker med tog eller båt og ferge. Det er forholdene inne i transportmiddelet som forårsaker mest vansker ved at det er trangt, dårlig luft, manglende toalettforhold og lignende. Det å komme seg av og på transportmiddelet er også problematisk for mange. Det er med andre ord forhold ved selve transportmiddelet og dets utforming som gjør at mange har vansker med å reise kollektivt. Bilbruk er mye utbredt blant personer med funksjonsnedsettelse, både det å eie bil og det å kjøre bil selv er på nivå med hva som gjelder for hele befolkningen.

Personer med funksjonsnedsettelse treffer nærmeste familie på lik linje som andre. Men undersøkelsen finner at de sjeldnere treffer venner, og ikke like lett som andre opplever å kunne få praktisk hjelp fra naboer. Følelse av ensomhet er mer utbredt blant personer med nedsatt funksjonsevne, og forekommer oftere blant kvinner enn blant menn. Engstelse er også utbredt, og en av seks opplever å være redde for å gå

utendørs. Frykt for ubehagelige situasjoner og trakassering er hovedgrunnen til denne engstelsen, og en av seks har opplevd slike ubehageligheter siste året.

Mange tjenester som er viktige i dagliglivet er vanskelig tilgjengelige for personer med nedsatt funksjonsevne. Nær en av seks opplever vansker med å benytte bank, post, butikk, offentlige kontorer etc., hver fjerde med betydelige funksjonsnedsettelse. Det er flest som opplever vansker med å benytte kjøpesenter, dagligvarebutikker og offentlige kontorer. Dersom en ser spesielt på personer med en betydelig nedsatt funksjonsevne knyttet til bevegelse, sanser eller kognisjon, er andelen som har problemer med å benytte slike tjenester betydelig større.

Som andre er personer med funksjonsnedsettelse aktive på fritiden. Tre av fire har medlemskap i en eller flere organisasjoner eller foreninger, litt under halvparten er aktive medlemmer. Dette er på nivå med hele befolkningen. Hva gjelder deltakelse i kultur- og fritidsaktiviteter viser undersøkelsen at mange deltar i ulike aktiviteter, men også at det er en stor andel som har vansker med deltakelse i aktiviteter og ønsker å kunne delta mer.

Gjennomgående for analysen har vi sett på gruppen med funksjonsnedsettelse som helhet. Samtidig har vi belyst levekårene ved å se på ulike typer funksjonsnedsettelse og forskjellig grad av nedsatt funksjonsevne. Dette har vist at personer med nedsatt funksjonsevne ikke er en homogen gruppe, og at man finner variasjoner i levekårene mellom grupper med ulike funksjonsnedsettelse. Et gjennomgående trekk ved denne levekårsanalysen er at noen typer funksjonsnedsettelse kommer dårligere ut enn andre. Dette gjelder spesielt for personer med psykiske vansker og kognitive vansker.

At det er personer med psykiske vansker og kognitive vansker som har dårligst levekår blant personer med funksjonsnedsettelse viser noe av kompleksiteten rundt funksjonsnedsettelse og funksjonshemming i samfunnet. Tilgjengelighet for alle på alle samfunnsområder er en overordnet politisk målsetting. Men blant personer med nedsatt funksjonsevne er behovene for tilgjengelighet og tilpasninger variert. Hindringene man møter varierer avhengig av type funksjonsnedsettelse, og tiltak for å fjerne samfunnskapte barrierer gir utfordringer når behovene er vidt forskjellige. Universell utforming handler i stor grad om å gjøre produkter, tjenester, bygg og uteområder fysisk tilgjengelig for alle. Men for grupper med psykiske eller kognitive vansker kan barrierene vel så mye handle om andre ting. Dette viser at en heterogen gruppe må ha ulike tiltak for å få mulighet til å bedre sine levekår. Utdanning blir ofte sett som et universelt tiltak for å heve en gruppes levekår, men denne undersøkelsen viser at gruppen med høyst utdanning – personer med psykiske vansker – ofte kommer dårlig ut på andre levekårsparametre.

LITTERATUR

- Bjerkan, K. Y. og Veenstra M. (2008 Erratum). Utdanning, arbeid, bolig og transport for unge voksne 20 til 35 år. I Dokumentasjonssenteret (red.) *Statusrapport 2008*. Oslo: Dokumentasjonssenteret
- Bjørshol, E. (2008). Levekårsundersøking blant personar med nedsett funksjonsevne 2007. *Dokumentasjonsrapport 2008/65*. Oslo: Statistisk sentralbyrå.
- Borg, E., (2008). Funksjonshemming og arbeidsmarkedet. Om betydningen av utdanning for yrkesaktivitet. *Tidsskrift for Velferdsforskning*, 2, 83-95.
- Dahl, S. A.; Nilsen, Ø. A. & Vaage, K. (2003). Gender differences in early retirement behaviour. *European sociological review*, 2, 179-198
- Denstadli, J.M., Engebretsen, Ø., Hjørhol R. og Vågane L. (2006). RVU 2005. Den nasjonale reisevaneundersøkelsen 2005. Nøkkelfrapport. *TØI rapport 844/2006*. Oslo: Transportøkonomisk Institutt.
- Elstad, J., Dahl, E. og Hofoss, D. (2005). Skjev inntektsfordeling og geografiske forskjeller i dødelighet. *Tidsskrift for den norske legeforening*. 125, 3082-3084.
- Grönvik, L. (2007). Definitions of Disability in Social Science. Methodological Perspectives. Acta Universitatis Upsaliensis. *Digital Comprehensive Summaries of Uppsala Dissertations from the Faculty of Social Sciences 29*, Uppsala.
- Hem, K-G. og Eide A. H. (1998). Funksjonshemmedes levekår 1987-1995: Sakker akterut, tross forbedringer, i *Samfunnsspeilet nr. 2, 1998*. Oslo: Statistisk sentralbyrå.
- Knarlag, K. og Jacobsen, J. (2000). *LINK Senter for tilgjengelighet. Prosjektrapport*. Trondheim: NTNU.
- Krokstad, S., Johnsen, R. & Westin, S. (2002). Social determinants of disability pension: a 10-year follow-up of 62 000 people in a Norwegian county population. *International journal of epidemiology*, 31, 1183-1191
- Kunnskapsdepartementet (2006). *Forskrift om tildeling av utdanningsstøtte for undervisningsåret 2006-2007*. Oslo: Kunnskapsdepartementet
- Løwe, T. og Sæther, J. P. (2007). *Studenters inntekt, økonomi og boforhold. Studenters levekår 2005*. Rapporter 2007/2. Oslo: Statistisk sentralbyrå 2007
- Magnus, E. (2009). *Student, som alle andre. En studie av hverdagslivet til studenter med nedsatt funksjonsevne*. Innlevert PhD-avhandling. Trondheim: NTNU
- Nasjonalt dokumentasjonssenter (2007). *Full deltakelse for alle? Utviklingstrekk 2001-2006*. Oslo: Nasjonalt dokumentasjonssenter for personer med nedsatt funksjonsevne/Sosial- og helsedirektoratet.
- Normann, T. M. (2008). En som kommer når det virkelig trengs. *Samfunnsspeilet 5-6/2008*. Oslo: Statistisk sentralbyrå.

- NOU (2001:22): Fra bruker til borger. En strategi for nedbygging av funksjonshemmende barrierer. (Manneråkutvalget).
- Olsen, B & Thi Van, M. (2005). Funksjonshemmede på arbeidsmarkedet: Rapport fra tilleggsundersøkelsen til Arbeidskraftundersøkelsen (AKU) 2. kvartal 2005. *Rapporter 2005/30*. Oslo: Statistisk sentralbyrå.
- Olsen, B & Thi Van, M. (2007). Funksjonshemmede på arbeidsmarkedet. Rapport fra tilleggsundersøkelsen til Arbeidskraftundersøkelsen (AKU) 2. kvartal 2007. *Rapporter 2007/40*. Oslo: Statistisk sentralbyrå.
- Ramm, J. (2006). Inntektsforholdene til grupper med nedsatt funksjonsevne – inntektsregnskap for personer. *Rapporter 2006/18*. Oslo: Statistisk sentralbyrå.
- Rognerud, M., Myklestad, I. og Johansen, R. (2008). *Utsatte grupper og psykisk helse*. Folkehelseinstituttet Rapport 2008:8. Oslo: Folkehelseinstituttet.
- Sandnes, T. (2007). De fleste har en fortrolig venn. *Samfunnsspeilet* 5-6/2007, Oslo: Statistisk sentralbyrå.
- Skog Hansen, I. L. og Svalund, J. (2007). *Funksjonshemmede på arbeidsmarkedet. Et oversiktsbilde*. Oslo: Fafo/AFI.
- SSB (2007a). *Statistikkbanken. Tabell:03026: Folkemengde, etter kjønn og ettårig alder. 1. januar (K)*.
http://statbank.ssb.no/statistikkbanken/Default_FR.asp?PXSid=0&nvl=true&PLanguage=0&tilside=selecttable/MenuSelS.asp&SubjectCode=02, Hentet 28.01.09
- SSB (2007b). *Høyest utdanningsnivå i universitetsfylkene. Utdanningsstatistikk. Befolkningens utdanningsnivå. 1. oktober 2007*. <http://www.ssb.no/utniv/>, Hentet 28.01.09
- SSB (2007c). *Utdanningsnivå i befolkningen. Personer 16 år og over, etter utdanningsnivå, kjønn og bostedsfylke. 2007*. <http://www.ssb.no/utniv/tab-2008-08-21-01.html>, Hentet 28.01.09
- SSB (2009). *Mange har store helseutgifter*. <http://www.ssb.no/vis/magasinet/analyse/art-2009-02-26-01.html>, Hentet 03.03.09
- St.meld. nr. 27 (2000-2001). Gjør din plikt – Krev din rett. Kvalitetsreform av høyere utdanning. Oslo: Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet.
- Wendelborg, C. (2006). Full deltakelse for alle? Delrapport opplæring og utdanning. I *Full deltakelse for alle? Utviklingstrekk 2001-2006. Del 2* (s. 178-242). Oslo: Nasjonalt dokumentasjonssenter for personer med nedsatt funksjonsevne.
- Tøssebro, J. og Kittelsaa, A. (2004). *Exploring the living conditions of disabled people*. Lund: Studentlitteratur.

Vedlegg 1: Rekoding av type funksjonsnedsettelse

I rekodingen er det benyttet følgende system: De som oppgir at de har kognitive vansker i kombinasjon med annet er kodet til kognitive vansker. De som har kombinasjoner som inneholder bevegelsesvansker er kodet til å ha bevegelsesvansker (foruten de som også har kognitive vansker). De som har kombinasjoner med kroniske smerter er ikke kodet til å ha kroniske smerter. Dette er gjort på grunn av at denne undersøkelsen vil gjennomføre analyser hvor vi ofte er mer interessert eventuelle vansker på grunn av omgivelsenes manglende tilrettelegging. Dersom en person eksempelvis har bevegelsesvansker og kroniske smerter så er det som oftest på grunn av bevegelsesvansker personen trenger eksempelvis ekstra tilrettelegging i bolig og ikke på grunn av smertene. For de øvrige kombinasjonene er det sett litt på hva som hemmer intervjuobjektene mest samt en viss grad av skjønn. Blant annet har sansevansker alltid fått "fortrinnsrett". Etter rekodingen var det kun 15 personer i gruppen "Tale og Uttrykkelsesvansker" og 12 personer i "Epileptiske anfall". Etter en vurdering har vi valgt å inkludere disse personene i Kategorien "Hodeskade/hjerneskode/hjerneblødning".

Etter denne rekodingen er det 140 personer som er registrert uten funksjonsnedsettelser. For å inkludere dem i videre analyser er det undersøkt hva som er kriteriene for at de ble inkludert i undersøkelsen. Det vil si på hvilket grunnlag de kom gjennom screeningen. Det ble deretter kjørt kontroll på om intervjuobjektene i de ulike kategoriene har oppgitt om den vanskegruppen de er kategorisert i, begrenser dem i hverdagen. Når det gjelder "Kognitive vansker", "Bevegelsesvansker" og "Sansevansker" er det ikke spurt om disse vanskene begrenser dem i hva de kan gjøre. Derfor er det ikke gjort endringer i forhold til intervjuobjekter i den gruppa. I gruppen "Kortpustet" var det 26 intervjuobjekter som oppgav at det ikke begrenset dem i hverdagen. Av disse var det 15 som derimot oppgav at "Kroniske smerter" begrenset dem (men ingen andre vansker). Disse 15 intervjuobjekter er flyttet til kategorien "kroniske smerter". De øvrige 11 intervjuobjekter i kategorien "Kortpustet" har ikke oppgitt noen andre plager eller vansker som begrenser dem, så de er beholdt i den opprinnelige kategorien "Kortpustet". I kategorien "Kroniske smerter" er det 46 personer som oppgir at dette ikke begrenser dem i hva de kan gjøre og disse har heller ingen andre vansker. Derfor er de beholdt i kategorien "Kroniske smerter".

Det var 60 intervjuobjekter som oppgav at de har psykiske vansker, men at dette ikke begrenser dem i hva de kan gjøre. Det ble kontrollert hvilke vansker de hadde som begrenset dem, og de ble fordelt til sine respektive kategorier. Etter denne fordelingen er det fremdeles 20 intervjuobjekter som oppgir at de har psykiske vansker uten at det begrenser dem, men de har heller ingen andre funksjonsnedsettelser som begrenser dem og er da fremdeles innlemmet i kategorien "Psykiske vansker". Det var to personer som var registrert i kategorien "Hodeskade/hjerneskode/hjerneblødning" som ikke opplevde begrensninger. Disse to ble plassert i kategorier hvor de oppgav at de hadde funksjonsnedsettelser som begrenset dem.