Mennesker med handicap

Hverdagsliv og levevilkår 2020

Anna Amilon, Stine Vernstrøm Østergaard og Rikke Fuglsang Olsen

VIVE

Mennesker med handicap – Hverdagsliv og levevilkår 2020

© VIVE og forfatterne, 2021

e-ISBN: 978-87-7119-977-2
Arkivfoto: Lars Degnbol/VIVE
Projekt: 301592
Finansiering: Satspuljemidler

VIVE – Viden til Velfærd
Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd
Herluf Trolles Gade 11, 1052 København K
www.vive.dk

VIVEs publikationer kan frit citeres med tydelig kildeangivelse.

DET NATIONALE FORSKNINGS-
OG ANALYSECENTER FOR VELFÆRD

Forord

Denne rapport har til formål at belyse levevilkårene blandt mennesker med handicap samt udviklingen fra 2012 til 2020. I analyserne bliver levevilkårene blandt mennesker med og uden handicap sammenlignet. Derigennem kan rapporten give svar på, hvorvidt, og i så fald, hvordan og i hvilken grad et handicap udgør en barriere for de berørte mennesker.

Rapporten baserer sig på de første tre bølger af spørgeskemaundersøgelsen "SHILD – Survey of Health, Impairment and Living conditions in Denmark", gennemført i 2012, 2016 og 2020 og koblet med registerdata. Undersøgelsen er udarbejdet af analytiker Stine Vernstrøm Østergaard, seniorforsker Rikke Fuglsang Olsen og seniorforsker Anna Amilon, der har været projektleder for undersøgelsen.

En følgegruppe bestående af videnspersoner og forskere på handicapområdet har bidraget til udarbejdelse af spørgeskema samt kommenteret på rapportudkast. Vi takker følgegruppen for konstruktive input og kommentarer. Rapporten har desuden været læst i udkast af to eksterne reviewere, som vi ligeledes takkes for værdifulde kommentarer og idéer.

Undersøgelsen er rekvireret af det daværende Social- og Indenrigsministerium og er finansieret af satspuljemidler.

Kræn Blume Jensen
Forsknings- og analysechef for VIVE Social
2021

Indhold

Sammenfatning 6

1 Indledning 12
1.1 Baggrund 13
1.2 Begrebet handicap 13
1.3 Rapportens formål 14

2 Data og metode 16
2.1 SHILD 2020 – svarprocent, bortfald og vægtning 16
2.2 Metode 17

3 Omfang og udvikling af selvrapporteret handicap 19
3.1 Omfang og udvikling 20
3.2 Handicap og demografiske forhold 21
3.3 Handicaptyper 26
3.4 Alder, da handicappet opstod 30
3.5 Prognose 32
3.6 Dynamik 33

4 Familie, intimitet og børn 35
4.1 Parforhold 37
4.2 Sexliv 40
4.3 Børn 43
4.4 Søskende og forældre med et handicap 46
4.5 Anbringelse uden for hjemmet under opvæksten 48

5 Uddannelse 50
5.1 Uddannelsesfrekvens og niveau 51
5.2 Udvikling i uddannelse 53
5.3 Frafald fra uddannelse 56
5.4 Specialundervisning 57

6 Beskæftigelse og indkomst 59
6.1 Beskæftigelsesfrekvens og beskæftigelsesforhold 61
6.2 Udvikling i beskæftigelse, fleksjob og førtidspension 62
6.3 Arbejdstid, arbejdsevne og sygefravær 66
6.4 Tilpasninger og hjælpemidler 70
6.5 Fyring og frivillig jobskifte 72
6.6 Kontakt til jobcentret 74
6.7 Indkomst 76

7 Sagsbehandling og boligsituation 81
7.1 Kontakt med kommunen 82
7.2 Den "gode" sagsbehandling 85
7.3 Tillid til kommunen 91
7.4 Viden om handicapråd 92
7.5 Boligsituation 92
8 Livskvalitet og sundhed 98
8.1 Livskvalitet og ensomhed 99
8.2 Vægt og motion 107
8.3 Søvn og smerter 111
8.4 Alkoholforbrug og rygning 113
9 Samfundsdeltagelse 117
9.1 Transport 118
9.2 Adgang til information 120
9.3 Kulturelle og sociale aktiviteter 127
9.4 Demokratisk deltagelse 140
10 Diskrimination og vold 143
10.1 Diskrimination på grund af handicap 144
10.2 Diskrimination pga. andre årsager 147
10.3 Kendskab og holdning til mennesker med handicap 148
10.4 Diskrimination i forbindelse med at tegne forsikringer 151
10.5 Vold 154
11 Konklusion 159
Litteratur 160

Sammenfatning

Dansk handicappolitik har til hensigt at fremme levevilkår for mennesker med handicap samt deres muligheder for inklusion og samfundsdeltagelse, så de opnår de samme muligheder som mennesker uden handicap. Denne rapport giver et bredt billede af levevilkårene blandt mennesker med handicap. Vi ser bl.a. på familiemæssig baggrund, nuværende familiesituation, uddannelse, beskæftigelse, indkomst, livskvalitet, sundhed, samfundsdeltagelse, diskrimination og vold. Vi sammenligner gennemgående levevilkårene blandt mennesker med handicap med de tilsvarende levevilkår blandt mennesker uden handicap. Rapporten kan dermed give svar på, hvorvidt, og i givet fald inden for hvilke områder, mennesker med handicap møder barrierer sammenholdt med mennesker uden handicap.

Rapporten baserer sig på de første tre bølger af spørgeskemaundersøgelsen "SHILD – Survey of Health, Impairment and Living conditions in Denmark", som hver omfatter ca. 18.000 16-64-årige respondenter i hhv. 2012, 2016 og 2020. Respondenterne er i hver bølge af SHILD blevet spurgt: "Har du et længerevarende fysisk helbredsproblem eller handicap?" samt, givet at svaret var ja, om det alvorligste fysiske helbredsproblem eller handicap er mindre eller større. Derudover er respondenterne blevet spurgt: "Har du en psykisk lidelse?" samt, givet at svaret var ja, om den alvorligste psykiske lidelse er mindre eller større. På baggrund af besvarelserne til disse fire spørgsmål identificerer vi, om respondenten har et større eller mindre henholdsvis fysisk og/eller psykisk handicap eller intet handicap.

Mennesker med handicap

Andelen af mennesker, der angiver at have et større eller mindre fysisk handicap eller helbredsproblem ("fysisk handicap") eller en større eller mindre psykisk lidelse ("psykisk handicap"), har ligget konstant på 31 % i perioden 2012-2020. Vi ser imidlertid en ændring i handicapgruppens sammensætning i retning mod en større andel med psykiske handicap. Især andelene, der selv angiver at have "ADHD, ADD" og "Autisme, Aspergers Syndrom" er steget markant fra 2016 til 2020. Resultaterne viser også en tendens til, at handicappet opstår ved en tidligere alder, især for de psykiske handicap. For eksempel er andelene blandt mennesker med større psykisk handicap, der angiver, at handicappet opstod inden 27-årsalderen, steget fra godt hver anden (53 %) i 2012 til godt to tredjedele (67 %) i 2020. Vi ser imidlertid også en tendens til, at flere med psykiske handicap forventer, at de vil få det bedre. Parallelt er tendensen det omvendte for mennesker med større fysiske handicap. Resultaterne viser dermed, at samtidigt med at andelen, der har et større fysisk handicap, er faldet siden 2016, er den selvevaluerede prognose for disse mennesker blevet dårligere.

Familie, intimitet og børn

Samlet set har mennesker med handicap sjældnere en partner end mennesker uden handicap. De mennesker med handicap, der *har* en partner, har oftere end andre en partner,

der også har et handicap. For andelen, der har børn, ses et delvist anderledes mønster. Andelen, der har børn, er størst blandt mennesker med fysiske handicap, hvor omtrent to tredjedele har børn. Blandt mennesker uden handicap har 58 % børn, imens andelen er 42 % og 45 % blandt mennesker med hhv. større og mindre psykisk handicap. At større andele blandt mennesker med fysiske handicap har børn, kan skyldes, at denne gruppe er ældre end grupperne hhv. uden eller med psykisk handicap. Mennesker med handicap, der har børn, har relativt set oftere børn med et handicap, og flere af respondenterne med handicap har desuden søskende og/eller forældre med et handicap.

Flere fra alle handicapgrupper har været anbragt uden for hjemmet på et eller andet tidspunkt i løbet af deres barndom. Det gælder især respondenter med større psykiske handicap.

Uddannelse

Mennesker med handicap har i gennemsnit et lavere uddannelsesniveau end mennesker uden handicap. Færre blandt mennesker med handicap (i alderen 30-64 år) har færdiggjort en lang videregående uddannelse, mens der er markant flere med et handicap, der har grundskole/realeksamen som deres højeste fuldførte uddannelse, sammenlignet med respondenter uden et handicap.

Fra 2012 til 2020 er der et fald i andelen af 30-40-årige med et større psykisk handicap, der har en kompetencegivende uddannelse. For de helt unge i alderen 18-25 år ser vi derimod en stigende tendens over tid i forhold til gennemførelse af en gymnasial uddannelse, hvor især langt flere i gruppen med et mindre psykisk handicap opnår en gymnasial uddannelse i 2020 end i 2016 og 2012. I 2020 ser vi dog, at respondenter med større fysisk og større psykisk handicap fortsat i markant lavere grad får en gymnasial uddannelse sammenlignet med respondenter uden et handicap.

Mennesker med et handicap er generelt oftere droppet ud af en uddannelse end mennesker uden et handicap. I særdeleshed mennesker med psykiske handicap er oftere droppet ud ikke kun én gang, men to eller flere gange. Langt flere blandt respondenterne med et handicap svarer, at deres sygdom eller handicap var årsagen til, at de droppede ud, eller at stress, depression eller lignende gjorde udslaget. For mennesker med et større fysisk eller psykisk handicap ser vi også væsentligt flere, der svarer, at de ikke havde de nødvendige hjælpemidler eller materialer/uddannelsen tog for lidt hensyn til sygdom og handicap.

Beskæftigelse og indkomst

Analyserne viser, at andelen af beskæftigede blandt mennesker med større hhv. fysisk og psykisk handicap er vokset markant i perioden 2012-2020. Stigningen skyldes primært, at relativt set flere borgere med handicap er kommet i fleksjob. Andelene i beskæftigelse eller under uddannelse var dog stadigvæk signifikant mindre blandt mennesker med handicap end blandt mennesker uden. Selv om flere borgere med handicap er kommet i beskæftigelse i 2020 sammenholdt med 2012, er sygefraværet i gennemsnit faldet i gruppen. Dette resultat skyldes sandsynligvis, at større andele blandt mennesker

med handicap var i fleksjob med større muligheder for fleksibel tilrettelæggelse af arbejdet i 2020 end i 2012.

Parallelt med, at stigende andele af borgere med handicap er kommet i beskæftigelse, er den gennemsnitlige arbejdstid faldet. Blandt mennesker med større fysisk handicap er timetallet faldet fra 32 timer i 2012 til 27 timer i 2020, og blandt mennesker med større psykisk handicap er det faldet fra 33 timer til 25 timer. Blandt mennesker uden handicap har timetallet været konstant på omtrent 38 timer pr. uge i hele perioden. Forskellen mellem mennesker med og uden handicap er dermed vokset fra ca. 6 timer i 2012 til ca. 11-13 timer i 2020. Faldet i arbejdstid blandt borgere med handicap skyldes sandsynligvis, at borgere med handicap i stigende grad er kommet i fleksjob, hvor arbejdstiden ofte er reduceret.

Mennesker med større psykisk handicap (26 %) har i højere grad end mennesker med større fysisk handicap (16 %) og mennesker uden handicap (10 %) modtaget støtte fra jobcentret til at finde et arbejde inden for de sidste 3 år. Blandt mennesker med større fysisk handicap mener 52 %, at jobcentrets støtte i høj eller nogen grad var til hjælp. Blandt mennesker med hhv. større psykisk handicap og uden handicap var de tilsvarende andele omtrent 45 %. Forskellen mellem mennesker med større fysisk handicap og de øvrige to grupper kan skyldes, at sagsbehandlere kan opleve borgere med fysiske handicaps behov for støtte som mere konkret og veldefineret, end hvis handicappet er mindre synligt (som for de psykiske handicap).

Den i mange tilfælde svagere tilknytning til arbejdsmarkedet blandt mennesker med handicap kan have negative konsekvenser for indkomsten og den oplevede økonomiske situation. Resultaterne viser også, at større andele blandt mennesker med handicap synes, at økonomien er meget dårlig eller dårlig end blandt mennesker uden handicap. Blandt mennesker med større fysisk og større psykisk handicap vurderer hhv. 26 % og 40 %, at økonomien er dårlig eller meget dårlig. Den tilsvarende andel blandt mennesker uden handicap er 5 %. Disse andele har ikke ændret sig siden 2012. Dermed har den positive udvikling i beskæftigelsen blandt mennesker med handicap ikke haft betydning for gruppens tilfredshed med den økonomiske situation.

Resultaterne viser endvidere, at andelene, der af økonomiske årsager har været forhindrede i at leve et almindligt liv, er signifikant højere blandt mennesker med større fysisk (36 %) og større psykisk (46 %) handicap end blandt mennesker uden handicap (10 %). Mennesker med større fysisk og psykisk handicap har derudover i markant højere grad end mennesker uden handicap undladt at købe lægeordineret medicin samt undladt nødvendig tandlæge- eller psykologbehandling af økonomiske årsager. Den ringere økonomiske situation blandt mennesker med handicap har dermed konsekvenser både for det hverdags- og det sundhedsrelaterede forbrug.

Sagsbehandling

Analyserne vedrørende den kommunale sagsbehandling viser, ikke overraskende, at større andele blandt borgere med større fysisk (46 %) og større psykisk (35 %) handicap end blandt borgere uden handicap (10 %) har været i kontakt med kommunen inden for det seneste år. Blandt dem, der har været i kontakt med kommunen inden for det seneste

år, er ”eget handicap” den hyppigst angivne årsag blandt mennesker med handicap. Blandt mennesker uden handicap er ”barns handicap” den hyppigst angivne årsag.

Idet forholdsvis mange borgere har svaret, at de ikke har et længerevarende helbredsproblem eller handicap men har været i kontakt med kommunen pga. barns, partners eller eget handicap, har vi opdelt analyserne efter kontaktårsag til kommunen. Det vil sige, at vi skelner mellem borgere med kontakt med kommunen pga. (eget, en partner eller barns) handicap og borgere med kontakt med kommunen af andre årsager.

Mennesker med handicaprelateret kontakt med kommunen oplever i *højere* grad at have indflydelse på de tiltag, som kommunen iværksætter, end borgere, der har kontakt med kommunen af andre årsager. For begge grupper er der sket en bevægelse i retning mod en oplevelse af i højere grad at have indflydelse siden 2012.

Signifikant større andele blandt personer, der har været i kontakt med kommunen pga. handicap, oplever at have mange skiftende sagsbehandlere. I alt 43 % i grupper med kontakt pga. handicap angiver, at dette ”i høj grad” eller ”i nogen grad” er tilfældet. Den tilsvarende andel blandt personer, der er i kontakt til kommunen af andre årsager, er 34 %. Mennesker, der har kontakt med kommunen pga. handicap, oplever dog i højere grad end mennesker, der har kontakt til kommunen af andre årsager, at sagsbehandlerne er forberedte.

Livskvalitet og sundhed

Mennesker med handicap er i højere grad ensomme end mennesker uden handicap, og det er især mennesker med (større) psykisk handicap, der er ensomme. Mennesker med handicap er desuden i højere grad utilfreds eller meget utilfreds med deres liv end mennesker uden handicap. Andele, der er utilfreds eller meget utilfreds med deres liv, er 33 % blandt mennesker med større psykisk handicap, 20 % blandt mennesker med større fysisk handicap og 4 % blandt mennesker uden handicap. For mennesker med større psykiske handicap er andelen, der er utilfreds eller meget utilfreds med deres liv, faldet fra 2016 (40 %) til 2020 (33 %), imens vi ikke finder en signifikant udvikling for mennesker med større fysiske handicap.

Blandt mennesker uden handicap oplever 5 %, at de ”helt afgjort” har fortjent en bedre tilværelse, end den de har fået. Andelen er omtrent syv gange højere i de to handicapgrupper med 35 % og 38 % blandt mennesker med større hhv. fysisk og psykisk handicap.

Mennesker med handicap har højere BMI og er fysisk aktive færre dage om ugen end mennesker uden handicap. Gennemsnitligt BMI er steget i perioden 2012-2020 og ligger i 2020 over grænsen til overvægt i alle tre grupper (uden handicap, større fysisk handicap og større psykisk handicap). Andelen, der sover dårligt eller meget dårligt, er derudover markant højere blandt mennesker med psykisk (45 %) og fysisk (40 %) handicap end blandt mennesker uden handicap (9 %). 74 % blandt mennesker med større fysiske handicap har ofte eller altid smerter. Det er også denne gruppe, som især oplever ”voldsomme” smerter (43 % blandt mennesker med større fysisk handicap, der oplever smerter).

Samfundsdeltagelse

Med samfundsdeltagelse menes i denne rapport brug af offentlig transport, deltagelse i kulturelle og sociale aktiviteter, demokratisk deltagelse samt digital deltagelse, herunder muligheder for at tilgå information på offentlige hjemmesider.

Mennesker med handicap oplever problemer med at benytte offentlig transport i væsentligt højere grad end mennesker uden handicap. Ikke overraskende oplever mennesker med større fysiske handicap de største problemer. I denne gruppe svarer omtrent en tredjedel af respondenterne, at de enten ikke benytter bus eller tog (22 %), eller at de slet ikke kan benytte bus eller tog (12 %). Yderligere 9 % af gruppen oplever, at de kun kan benytte bus og tog med meget besvær. Blandt mennesker uden handicap svarer 9 %, at de ikke benytter bus eller tog, 0,5 % at de ikke kan benytte bus eller tog, og 0,3 % at de kun kan benytte bus eller tog med meget besvær.

Vi finder en markant lavere digital deltagelse blandt mennesker med handicap end blandt mennesker uden handicap. Omtrent 7 % i grupperne med større fysisk eller psykisk handicap benytter ikke offentlige hjemmesider, og yderligere omtrent 8 % kan slet ikke finde de informationer, de søger. Blandt mennesker uden handicap er de tilsvarende andele hhv. 3 % og 1 %.

Der er signifikant færre blandt mennesker med handicap end blandt mennesker uden, der oplever, at det er muligt at kommunikere digitalt med det offentlige ved brug af digital post og selvbetjeningsløsninger. Blandt mennesker med større fysisk eller psykisk handicap synes omtrent 65 %, at det går meget eller nogenlunde nemt at kommunikere digitalt med det offentlige. Blandt mennesker uden handicap er andelen 89 %. Der er ikke sket en signifikant udvikling i disse andele siden 2016.

Det fremgår, ikke overraskende, at god fysisk adgang især har betydning for mennesker med større fysisk handicap. I denne gruppe svarer i alt ca. hver fjerde (26 %), at god fysisk adgang har meget stor eller nogen betydning for, hvilke kulturudbud man vælger, eller hvor man går ud i lokalområdet. Blandt mennesker uden handicap er andelen 13 %. Andelene, der synes, at god fysisk adgang har betydning for valg af kulturudbud, eller hvor man går ud i lokalområdet, er steget signifikant siden 2016 for mennesker med større fysiske handicap.

Stemmedeltagelsen ved det seneste folketingsvalg varierer ikke på tværs af grupperne med og uden handicap. Derudover er andelene, der er medlemmer af et politisk parti, samt der har stillet op for et politisk parti til enten kommunalvalg, regionsvalg eller folketingsvalg, højere blandt mennesker med handicap end blandt mennesker uden handicap. Vi finder dermed ingen tegn på en lavere demokratisk deltagelse blandt mennesker med handicap.

Diskrimination og vold

Blandt mennesker med større psykisk handicap oplever hver tredje (33 %), at de er blevet forskelsbehandlet pga. handicap. Blandt mennesker med større fysisk handicap dre-

jer det sig om hver femte (21 %). Mennesker med handicap oplever desuden mere forskelsbehandling pga. andre årsager end mennesker uden handicap. Især mennesker med større psykisk handicap oplever i høj grad, at de bliver forskelsbehandlet. For eksempel oplever 20 % af mennesker med større psykisk handicap, at de bliver forskelsbehandlet pga. udseende, højde eller vægt. Blandt mennesker med større fysisk handicap er andelen 12 %, og blandt mennesker uden handicap har 8 % oplevet det samme. Disse andele har ikke ændret sig i perioden 2012-2020.

31 % blandt respondenter med større fysisk handicap og 23 % blandt respondenter med større psykisk handicap har oplevet at få afslag på at tegne en forsikring med begrundelse i vedkommendes helbred eller handicap. Derudover har respondenter med større hhv. fysisk og psykisk handicap oplevet at få begrænset dækning (hhv. 17 % og 10 %), forhøjet præmie (7 % og 6 %) eller andre vilkår (hhv. 6 % og 5 %) med begrundelse i vedkommendes helbredsproblem eller handicap. Det er dermed især mennesker med fysisk handicap, der oplever handicaprelateret forskelsbehandling i forbindelse med at tegne forsikringer.

I lighed med tidligere forskning finder vi, at mennesker med handicap løber en markant højere risiko for at blive udsat for vold end mennesker uden handicap, uanset om det er tale om fysisk, psykisk, økonomisk eller seksuel vold. Groft sagt er sandsynligheden for at blive udsat for vold næsten dobbelt så stor for mennesker med større fysisk handicap og knap tre gange så stor for mennesker med større psykisk handicap end for mennesker uden handicap.

1 Indledning

FN's handicapkonvention har til formål at fremme, beskytte og sikre mennesker med handicap fuld berettigelse til alle menneskerettigheder og grundlæggende frihedsrettigheder (Det Centrale Handicapråd, 2017). Inklusion af mennesker med handicap bliver derudover eksplicit nævnt i syv af FN's verdensmål, der sætter dagsordenen for, hvilke forandringer verdens lande i særlig grad skal fokusere på, og hvilke resultater der skal opnås frem mod 2030. Blandt andet nævnes mennesker med handicap i sammenhæng med kvalitetsuddannelse til alle (mål 4), anstændige jobs (mål 8) og mindre ulighed (mål 10) (Danske handicaporganisationer, 2021).

Danmark har været omfattet af FN's handicapkonvention siden 2009, og i tråd med denne har dansk handicappolitik til hensigt at fremme levevilkår for mennesker med handicap samt deres muligheder for inklusion og samfundsdeltagelse, så de opnår de samme muligheder som mennesker uden handicap. Undersøgelser viser imidlertid, at mennesker med handicap på flere måder er en udsat gruppe i samfundet, der fx i lavere grad er i beskæftigelse og har lavere uddannelsesniveau og ringere sundhed end mennesker uden handicap, i Danmark så vel som i mange andre vestlige lande (Amilon et al., 2021; Krahn et al., 2015; Rubio-Valverde et al., 2019).

For at opnå målene i handicapkonventionen, samt de handicaprelaterede verdensmål, er det afgørende vedvarende at monitorere de muligheder og barrierer, som mennesker med handicap møder. For at fremme samfundsdeltagelse for mennesker med handicap er det derfor centralt at undersøge deres levevilkår løbende. Problemet er, at handicap ikke er et objektivt målt fænomen, og at det derfor er svært med udgangspunkt i registerdata at definere, hvem der har et handicap (Amilon et al., 2021).

SHILD – Survey of Health, Impairment and Living conditions in Denmark er en spørgeskemaundersøgelse med fokus på levevilkår og handicap blandt mennesker mellem 16 og 64 år. Undersøgelsen er blevet gennemført hvert fjerde år siden 2012, og intentionen er, at SHILD skal gentages hvert fjerde år, således at udviklingen i levevilkår blandt mennesker med handicap kan følges over tid. SHILD belyser samfundsdeltagelse, sociale relationer, holdninger til indsatser samt forskellige barrierer for at være aktivt deltagende i samfundslivet for mennesker med og uden handicap.

Denne rapport afrapporterer resultaterne af den tredje (og seneste bølge) af SHILD, indsamlet i 2020, og undersøger de ændringer, der er sket, siden de første to bølger blev samlet ind i 2012 og 2016. Rapporten sammenligner levevilkårene blandt mennesker med fysiske og psykiske handicap med levevilkårene blandt mennesker uden handicap med fokus på uddannelse, beskæftigelse, forsørgelse, familiesituation, livskvalitet, sundhed, deltagelse, tilgængelighed, sagsbehandling, diskrimination og vold. Rapporten giver på den måde et bredt billede af, dels hvordan forholdene er for mennesker med og uden handicap i 2020, og dels hvordan forholdene har udviklet sig, siden den første undersøgelsesrunde i 2012.

1.1 Baggrund

VIVE (og det tidligere SFI) har en lang tradition for at gennemføre levevilkårsundersøgelser for mennesker med handicap. Den første undersøgelse af denne type blev gennemført i 1961, og lignende undersøgelser blev gentaget i 1995 og 2006 (Bengtsson, 2008). Baggrunden for SHILD var et ønske om mere systematisk at følge udviklingen for mennesker med handicap (Amilon et al., 2017). Med SHILD 2012 blev undersøgelsen af levevilkår blandt mennesker med handicap styrket væsentligt. Ud over at undersøgelsen blev systematiseret, var stikprøven og antallet af besvarelser også langt større. Hvor de første handicapundersøgelser havde omkring 8.000 besvarelser, har SHILD 2012 omkring 19.000 besvarelser (Damgaard et al., 2013), SHILD 2016 omkring 20.000 besvarelser (Amilon et al., 2017) og SHILD 2020 omkring 18.000 besvarelser. Den første SHILD-bølge tog udgangspunkt i et tilfældigt udvalg af den voksne danske befolkning mellem 16 og 64 år. I de efterfølgende bølger er respondenter fra de foregående bølger forsøgt geninterviewet (dvs. at undersøgelsen har en panelstruktur). Derudover har man, for at korrigere for bortfald, suppleret stikprøven med nye respondenter, således at den samlet set i hver bølge er repræsentativ for befolkningen i aldersgruppen 16-64 år. SHILD giver dermed mulighed for, at vi fastholder et overblik over de muligheder og barrierer, som mennesker med handicap møder i deres hverdag.

1.2 Begrebet handicap

Indeværende rapport tager udgangspunkt i WHO's International Classification of Disability (ICF), der aktuelt udgør den mest betydningsfulde konceptuelle forståelse af handicap (Brandt et al., 2014). Ifølge ICF opstår et handicap i krydsfeltet mellem et individ med en (fysisk eller psykisk) funktionsnedsættelse og et samfund, der ikke er indrettet til at modsvare den enkeltes behov (WHO, 2013). Et handicap afhænger således ikke kun af den enkeltes medicinske eller biologiske funktionsnedsættelse, men også af kontekstuelle faktorer som fx adgang til forskellige typer af velfærdsteknologier, graden af tilgængelighed i det byggede miljø, samfundsmæssige holdninger til mennesker med handicap og den enkeltes ønsker og behov (Amilon et al., 2021; WHO, 2011). Et handicap opstår således, når en person med en fysisk eller psykisk funktionsnedsættelse oplever barrierer i forbindelse med deltagelse i det omgivende samfund.

Selv om rapportens overordnede konceptuelle forståelse af handicapbegrebet tager udgangspunkt i ICF, er dens operationelle handicapbegreb lidt mere snævert, idet vi definerer *mennesker med handicap* på baggrund af respondenternes egen vurdering af, hvorvidt de har et længerevarende fysisk helbredsproblem eller handicap eller en længerevarende psykisk lidelse. Konkret definerer vi handicap med udgangspunkt i fire spørgsmål i SHILD. Respondenterne er blevet spurgt: "Har du et længerevarende fysisk helbredsproblem eller handicap?" samt, givet at svaret var ja, om det alvorligste fysiske helbredsproblem er et mindre helbredsproblem eller et større helbredsproblem. Derudover er respondenterne blevet spurgt: "Har du en psykisk lidelse?" samt, givet at svaret var ja, om den alvorligste psykiske lidelse er en mindre psykisk lidelse eller en større psykisk lidelse. På baggrund af respondenternes svar identificerer vi, for hver respondent, om vedkommende har et større eller mindre hhv. fysisk eller psykisk handicap. Det

er således muligt at have både et psykisk og et fysisk handicap, men ikke både et mindre og et større handicap af samme art (fysisk/psykisk).

Det operationelle handicapbegreb, samt betegnelserne "større fysisk handicap", "mindre fysisk handicap", "større psykisk handicap" og "mindre psykisk handicap" i denne rapport er de samme som i afrapporteringerne af de tidligere SHILD-bølger (Amilon et al., 2017; Damgaard et al., 2013).[1] Det konsistente brug af handicapdefinitioner og betegnelser muliggør sammenligning af forekomst af handicap, samt af levevilkår blandt mennesker med handicap, på tværs af undersøgelsesbølger.

Idet rapportens operationaliserede handicapbegreb tager udgangspunkt i personens egen oplevelse af handicap, længerevarende helbredsproblem eller psykisk lidelse, kan det potentielt omfatte personer, der har en funktionsnedsættelse, men ikke oplever begrænsninger ift. samfundsdeltagelse. For eksempel kan en person med en effektivt behandlet kronisk sygdom indgå i gruppen af mennesker med handicap, selv om vedkommende ikke oplever barrierer for deltagelse. Dette kan betyde, at antallet af mennesker med handicap overvurderes i forhold til den relationelle forståelse af handicap i ICF.

Modsat kan der også være mennesker med et længerevarende helbredsproblem eller handicap, eller en psykisk lidelse, som ikke selv oplever, at de har et handicap, eller ikke ønsker at oplyse om det. Eksempelvis har undersøgelser vist, at unge med handicap oplever et større stigma, idet et handicap i højere grad overtræder kulturelle normer og forventninger til, hvad en ung person "skal kunne" (Namkung & Carr, 2019). Det er derfor muligt, at unge med handicap i lavere grad end ældre identificerer sig som et menneske med handicap, hvilket kan medføre, at vi undervurderer antallet af unge med handicap.

Derudover vil personer, med et handicap af en art eller grad, der umuliggør deltagelse i spørgeskemaundersøgelsen, fx. pga. svære kognitive vanskeligheder eller svær udviklingshæmning, ikke indgå i datagrundlaget.

1.3 Rapportens formål

Rapporten har til formål at belyse levevilkår for mennesker med handicap sammenholdt med mennesker uden handicap og at følge udviklingen over tid. Vi fokuserer primært på tre grupper: mennesker med større fysisk handicap, mennesker med større psykisk handicap og mennesker uden handicap. For disse grupper undersøger vi for de konkrete spørgsmål og tematikker, hvor det er muligt, udviklingen over tid – dvs. vi undersøger, om der er sket en udvikling på tværs af de tre bølger af SHILD, gennemført i hhv. 2012, 2016, 2020. For udvalgte hovedspørgsmål ser vi desuden på status i 2020 særskilt for fem grupper: mennesker med større fysisk handicap, mennesker med større psykisk handicap, mennesker med mindre fysisk handicap, mennesker med mindre psykisk handicap og mennesker uden handicap.

[1] SHILD 2016 og SHILD 2020 indeholder begge to alternative handicapdefinitioner: Global Activity Limitation Indicator (GALI) og Washington Group Short Set (WGSS). Amilon et al.,(2021) undersøger konsekvenserne af at bruge disse mål for prævalens af handicap, socioøkonomiske og sundhedsmæssige karakteristika blandt mennesker med handicap og ulighed i beskæftigelse og valgdeltagelse mellem mennesker med og uden handicap. Artiklen viser, at valget af handicapdefinition har konsekvenser for resultaterne.

Undersøgelsen bidrager dermed med viden om omfanget af muligheder og barrierer for mennesker med handicap sammenholdt med mennesker uden handicap og udviklingen heri. Ved at undersøge levevilkår inden for flere forskellige domæner, herunder familieliv, uddannelse, beskæftigelse, samfundsdeltagelse og sundhed kan vi give svar på, inden for hvilke felter mennesker med handicap oplever de største barrierer. Rapporten giver dermed svar på, inden for hvilke områder der kan være behov for at sætte ind med henblik på at reducere barrierer og fremme muligheder for aktiv deltagelse blandt mennesker med handicap.

2 Data og metode

Denne rapport baserer sig primært på de første tre bølger af SHILD, gennemført i hhv. 2012, 2016 og 2020. Vi beskriver i dette kapitel SHILD 2020 i detaljer og henviser til Amilon et al., (2017) samt Damgaard et al., (2013) for en detaljeret beskrivelse af 2016- og 2012-bølgen af SHILD. Ud over surveydata fra SHILD inddrager vi data fra Danmarks Statistiks registre i enkelte analyser.

2.1 SHILD 2020 – svarprocent, bortfald og vægtning

SHILD 2020 blev gennemført af Danmarks Statistik, der både har trukket stikprøven samt gennemført dataindsamlingen. Populationen består af befolkningen pr. 30. juni 2020 og er afgrænset til personer i alderen 16-64 år pr. 1. september 2020.[2] I dannelsen af stikprøven indgår de personer, der deltog i undersøgelsen i 2016, og som stadig fandtes i populationen i 2020 (17.714 personer). Danmarks Statistik har derudover foretaget et supplerende datatræk på i alt 18.257 personer således, at den samlede stikprøve på 38.000 personer er repræsentativ for befolkningen i aldersgruppen 16-64 år i 2020. Dataindsamlingen blev gennemført i perioden den 9. september 2020 til den 22. november 2020. Invitation til deltagelse blev sendt via e-boks samt pr. brev til respondenter fritaget fra digital kommunikation. Invitationen indeholdt information om undersøgelsens baggrund og formål, information om databrug og datasikkerhed, et link til det webbaserede spørgeskema samt en adgangskode. Efter hhv. én og to uger blev der udsendt rykkerbreve til personer, der ikke havde besvaret skemaet samt til mennesker med delvise besvarelser. Personer, der ikke havde besvaret spørgeskemaet efter tre uger blev kontaktet og (forsøgt) interviewet pr. telefon.

I alt 17.935 personer besvarede det webbaserede spørgeskema eller deltog i et telefoninterview ud af 38.000 udtrukne personer.[3] Svarprocenten er dermed 47,2 %, hvilket er lidt lavere end svarprocenten i 2016 (53,8%) og 2012 (57,8%).[4] En analyse af bortfaldet viser, at kvinder, ældre personer, mennesker med dansk oprindelse, mennesker med et højt uddannelsesniveau samt personer, med høj indkomst i større omfang har valgt at deltage i undersøgelsen end hhv. mænd, yngre personer, mennesker med ikke-dansk oprindelse, mennesker med et lavt uddannelsesniveau samt mennesker med lav indkomst.

For at korrigere for disse skævheder i bortfaldet har Danmarks Statistik konstrueret vægte, som knytter sig til hver besvarelse i data og sørger for, at svardata igen bliver repræsentativt for den samlede population. Oplysninger om køn, alder, religion, højest gennemførte uddannelse, indkomstgruppe, socioøkonomisk gruppe og herkomst er ble-

[2] Alder pr. 1. september er udvalgt, dels fordi det er samme afgrænsning, som blev anvendt i 2012 og 2016, dels fordi undersøgelsen gik i luften omkring det tidspunkt i 2016.

[3] De hyppigste grunde til ikke at besvare undersøgelsen er: ingen telefonnumre (6.358 personer), nægter (6.126 personer), ikke truffet (4.769 personer), og telefonnummer virker ikke (1.149 personer).

[4] Denne tendens til faldende svarprocenter over tid ses i mange danske panelundersøgelser (se fx. Kjær, Siren, et al., 2019).

vet anvendt i konstruktionen af vægtene. Data fra de tidligere bølger af SHILD er vægtede på tilsvarende måde. De vægtede data er repræsentative for den danske befolkning.

I dataindsamlingsperioden i efteråret 2020 var Danmark *ikke* nedlukket pga. corona. Det er imidlertid stadigvæk muligt, at pandemien påvirkede fx. beskæftigelse, samfundsdeltagelse og livskvalitet blandt mennesker med og uden handicap. Dette kan have påvirket resultaterne i denne rapport, selv om det er svært at udtales sig om hvordan, idet coronasituationen kan have haft både positiv (fx. reduceret stress) og negativ (fx. mere social isolation) indflydelse på levevilkårene, både blandt mennesker med og uden handicap.

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

2.2 Metode

Rapporten baserer sig primært på en række deskriptive analyser af forhold, der kan belyse barrierer og levevilkår blandt mennesker med handicap. Vi har fokus på, om der er forskelle i de undersøgte forhold, når vi sammenligner mennesker med handicap og mennesker uden handicap. Vi afrapporter derfor svarene fra SHILD i tabeller og figurer og tester hver handicapgruppe op mod gruppen, der intet handicap har.

Vi tester handicapgruppernes svarfordelinger mod svarfordelingen blandt mennesker uden handicap med enten en Chi2-test, der tester hele procentfordelingen på en gang, eller en z-test, der tester en kategori ad gangen. Vi bruger testene for at se, om de forskelle, der eventuelt er mellem mennesker med og uden handicap, skyldes statistisk usikkerhed, der er forbundet med, at vi arbejder med en stikprøve (og ikke med alle personer i aldersgruppen 16-64 år i Danmark), eller om vi kan konkludere, at forskellene er statistisk signifikante (hvilket i denne rapport betyder, at de med mindst 95 % sandsynlighed ikke skyldes tilfældigheder). Ligeledes bruger vi Chi2- og z-test til at teste, om forskellene mellem bølger (2012, 2016 og 2020) er statistisk signifikante.[5]

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

5. SHILD er en panelundersøgelse, hvilket indebærer, at de samme mennesker så langt som muligt er forsøgt geninterviewet i alle tre bølger. Dette medfører, at stikprøverne i de tre bølger ikke er uafhængige. Chi2-testen er baseret på antagelsen, at der er uafhængighed mellem de testede stikprøver. Konsekvensen er, at vi risikerer at undervurdere sandsynligheden for, at der er en forskel på tværs af årene. Der findes dog, så vidt vi har kunnet finde, ikke en alternativ test, som kan tage højde for, at der er delvist overlap mellem stikprøver.

karakteristika. Regressionsmodellen kan dermed give svar på, hvorvidt en gruppe af mennesker med en bestemt type af handicap har en højere eller lavere sandsynlighed for at være i beskæftigelse end mennesker uden handicap, når vi har taget højde for eventuelle forskelle i køn, alder og uddannelsesniveau mv. på tværs af de to grupper.

I regressionsmodellerne analyserer vi desuden udviklingen over tid, hvor der er muligt. Variable på formen "Handicapgruppe*2016" eller "Handicapgruppe*2012" er interaktionsvariable mellem handicapgruppe og år og måler situationen for den berørte handicapgruppe i henholdsvis 2016 og 2012 relativt til situationen i 2020. Hvis variablene for 2016 og 2012 er insignifikante (ikke markeret med stjerner i tabellen), skal det tolkes som, at den pågældende handicapgruppe har den samme sandsynlighed for det undersøgte forhold (fx. beskæftigelse) uagtet år.

Samtlige af de forhold, som vi undersøger i regressionsmodeller i denne rapport, er binære, dvs. har to mulige udfald (fx i beskæftigelse eller ej). Vi foretager derfor binære regressionsanalyser, hvor vi undersøger sandsynligheden for, at den binære variabel er 1 (fx sandsynligheden for at være i beskæftigelse (kodet 1) fremfor *ikke* at være i beskæftigelse (kodet 0)) ved hjælp af en såkaldt binomial logistisk regression. Vi afrapporterer resultaterne af regressionsanalyserne ved hjælp af såkaldte marginaleffekter. Marginaleffekten viser, hvordan sandsynligheden for, at den binære variabel er 1 (fx at respondenten er i beskæftigelse) ændrer sig, for en ændring fra 0 til 1 i den forklarende variabel.[6]

Hvis vi fx vil undersøge, hvordan beskæftigelse hænger sammen med handicap, angiver marginaleffekten for variablen "større psykisk handicap" således, hvordan sandsynligheden for at være i beskæftigelse ændrer sig som følge af, at personen (hypotetisk) "ændrer" handicapstatus fra intet handicap (referencekategorien) til større psykisk handicap, mens værdierne for de øvrige karakteristika holdes konstante. Hvis marginaleffekten fx er -0,046, er sandsynligheden for at være i beskæftigelse *isoleret set* (dvs. når vi tager højde for øvrige observerbare forskelle mellem mennesker med og uden handicap) 4,46 procentpoint mindre for en person, der har et større psykisk handicap, sammenholdt med en person, der ikke har et handicap.

[6] De forklarende variable af primær interesse i analyserne i denne rapport er såkaldte dummy-variabler, dvs. variable, som er kodet som enten 0 eller 1, hvor 1 indebærer tilstedeværelse af det forhold, som man ønsker at undersøge, og 0 udgør referencekategorien. Der indgår også kontinuerlige variable i analysen (fx. alder), men dem afrapporterer vi ikke på (dvs. de udgør kontrolvariable i analysen).

3 Omfang og udvikling af selvrapporteret handicap

Dette kapitel undersøger omfang, udvikling og karakteristika blandt mennesker med handicap – dvs. blandt mennesker, der har angivet, at de har et (større eller mindre) fysisk helbredsproblem eller handicap og/eller en (større eller mindre) psykisk lidelse. Vi ser på gruppens størrelse og demografiske sammensætning samt udviklingen deri. Vi ser også på, hvilke typer af handicap og lidelser mennesker med handicap hyppigst angiver at have samt alder, da handicappet opstod, og prognosen for, hvordan handicappet vil udvikle sig i fremtiden. Afslutningsvis ser vi på dynamikken i handicap, dvs. hvordan den enkeltes (oplevelse af) fysisk helbredsproblem eller handicap eller psykisk lidelse ændrer sig over tid.

Hovedresultaterne er:

- Andelen af mennesker i aldersgruppen 16-64 år, der har et (større eller mindre) længerevarende helbredsproblem eller handicap (”fysisk handicap”) eller en psykisk lidelse (”psykisk handicap”), har været konstant på omtrent 31 % i alle 3 undersøgelsesår (2012, 2016 og 2020).
- Tilsvarende har andelen af mennesker, der *ikke* har et handicap, været konstant på omtrent 69 % siden 2012.
- Andelen af personer, der har et mindre fysisk handicap, er faldet lidt i undersøgelsesperioden fra 17 % i 2016 til 16 % i 2020. For de større fysiske handicap finder vi ligeledes et signifikant fald fra 10 % i 2016 til 9 % i 2020.
- Andelen af personer, der har mindre psykiske handicap, er steget i undersøgelsesperioden fra 6 % i 2016 til 7 % i 2020.
- Andelen med større psykiske handicap har ikke ændret sig signifikant og var godt 3 % i 2020.
- Andelen personer, der har både et fysisk og et psykisk handicap, hvoraf mindst et er et større handicap, er faldet fra knap 4 % i 2016 til 3 % i 2020.
- Forekomsten af handicap er gennemgående højere blandt kvinder end blandt mænd. Kvinder er især overrepræsenteret blandt mennesker med større psykiske handicap.
- Mennesker med indvandrer- og efterkommerbaggrund er underrepræsenteret blandt mennesker med handicap.
- Forekomsten af større fysiske handicap stiger med alderen og forekommer derfor primært i de ældste aldersgrupper.
- Blandt mennesker med hhv. større og mindre psykisk handicap er andelene, der nævner ”Stress, fobier, forskellige former for angst, OCD og posttraumatisk stresssyndrom (PTSD)” og ”Depression, mani og bipolar lidelse (maniodepressiv)” faldet siden 2016. Disse to lidelser er dog stadigvæk de to hyppigste blandt mennesker med hhv. mindre og større psykisk handicap.
- Parallelt er andelen, der angiver ”ADHD, ADD” som den alvorligste psykiske lidelse mere end dobbelt så stor i 2020 (11 %) som i 2016 (5 %). Blandt mennesker med større psykiske handicap er andelen, der angiver ”Autisme, Aspergers Syndrom”

som den alvorligste psykiske lidelse, ligeledes vokset markant fra 4 % i 2016 til 9 % i 2020.

- Vi finder en forskydning hen imod, at handicappet opstår tidligere i 2020 end i 2012 for de psykiske handicap. Omtrent to tredjedele af respondenter med større psykiske handicap i 2020 – 67 % – angiver, at handicappet opstod ved 27-årsalderen eller tidligere. I 2012 var andelen 54 %. En mulig forklaring kan være øget tidlig diagnosticering af lidelser som fx. ADHD.
- Respondenter med psykiske handicap angiver i højere grad en forventning om, at de vil få det bedre, sammenlignet med respondenter med fysiske handicap. Særligt respondenter med mindre psykiske handicap vurderer, at de vil få det bedre. Blandt mennesker med større fysiske handicap er andelen, der forventer, at de få det dårligere steget fra 2016 til 2020.
- 22 % af respondenterne, der deltog i både SHILD 2016 og SHILD 2020, skiftede fysisk handicapstatus på tværs af de to bølger. Omtrent lige så mange (11 %) skiftede status i positiv som i negativ retning. I alt knap 7 % skiftede psykisk handicapstatus på tværs af de to bølger. Knap 3 % skiftede status i positiv retning og knap 4 % i negativ retning.

3.1 Omfang og udvikling

Dette afsnit undersøger andel og antal af mennesker med handicap samt udviklingen deri. Tabel 3.1 viser andelen af mennesker med og uden handicap i hhv. 2012, 2016 og 2020. Det fremgår, at andelen, der ikke har et handicap, har været konstant på omtrent 69 % i alle 3 år. Det indebærer, at andelen, der har et (større eller mindre, fysisk eller psykisk) handicap, også har været konstant på omtrent 31 %. Den hyppigste handicaptype i alle 3 år er mindre fysisk handicap. Knap 16 % af respondenterne angav at have denne type af handicap i 2020. Afrapporteringen af SHILD 2016 viste, at denne gruppe i høj grad ligner mennesker uden handicap på mange af de undersøgte fokusområder (Amilon et al., 2017). Denne rapport viste også, at det især var gruppen med større psykisk handicap, fulgt af gruppen med større fysisk handicap, der oplevede de største barrierer (ibid.). Andelen med større psykisk handicap har ikke ændret sig signifikant siden 2016 og var godt 3 % i 2020. Antallet af respondenter med større psykisk handicap er dermed relativt begrænset, hvilket kan have betydning for, hvor sikre vi kan være på, at de forskelle mellem grupperne, eller de ændringer over tid, som vi finder i denne rapport, ikke skyldes tilfældigheder (dvs. om forskelle mellem grupperne, eller ændringer over tid, er statistisk signifikante). Parallelt er andelene, der har større og mindre fysisk handicap, faldet siden 2016 til hhv. 9 % og 16 % i 2020. Kun andelene med mindre psykisk handicap er vokset signifikant siden 2016 og var godt 7 % i 2020.

Tabel 3.1 Respondenter fordelt på handicap. Særskilt for år: 2012, 2016 og 2020. Procent.

	2012	2016	2020		Respondenter 2020 (16-64-årige)[1]	Population 2020 (16-64-årige)
Intet handicap	69,6	69,2	69,4		12.378	2.527.090
Mindre fysisk handicap	16,4	17,2	15,8	***	3.184	575.332
Større fysisk handicap	8,9	9,9	8,6	***	1.440	313.155
Mindre psykisk handicap	6,2	6,1	7,4	***	1.104	269.459
Større psykisk handicap	2,9	3,4	3,3		447	120.164
Antal personer i alt	18.927	20.386	17.864		18.553	3.641.340

Anm.: Forskellen mellem år 2016 og 2020 er testet med z-test. *** p<0,001, ** p<0,01, * p<0,05.
Note: [1] Antal respondenter, uvægtede tal.
Kilde: SHILD 2012, 2016 og 2020.

Forskning viser, at psykiske lidelser øger risikoen for kroniske fysiske sygdomme – og omvendt – også når der bliver taget højde for livsstilsfaktorer som fx rygning og overvægt (Scott et al., 2016). Det er derfor vigtigt vedvarende at monitorere andelen af mennesker, der har *både* fysiske og psykiske handicap. I SHILD spørger vi separat om fysisk og psykisk handicap, hvilket gør det muligt for respondenterne at angive, at de har begge dele. Tabel 3.2 viser sammenhængen mellem fysisk og psykisk handicap i 2020. Det fremgår af tabellen, at i alt 4,7 % af respondenterne har både psykiske og fysiske handicap, hvor den hyppigste kombination er at have et mindre fysisk og et mindre psykisk handicap (1,8 %). I alt 2,9 % af respondenterne har både fysiske og psykiske handicap, hvor mindst et af dem er defineret som et større handicap (1,2 + 1,1 + 0,6). Denne andel er faldet signifikant siden 2016, hvor den var 3,7 % (fremgår ikke af tabellen).

Tabel 3.2 Sammenhængen mellem fysisk og psykisk handicap. 2020. Procent.

	Uden psykisk lidelse	Mindre psykisk lidelse	Større psykisk lidelse
Uden fysisk handicap	69,6	4,3	1,6
Mindre fysisk handicap	13,4	1,8	0,6
Større fysisk handicap	6,3	1,2	1,1

Anm.: N = 17,828.
Note: Sammenhængen mellem fysisk handicap og psykisk lidelse er testet med chi2-test, og er signifikant (*** p<0,001).
Kilde: SHILD 2020.

3.2 Handicap og demografiske forhold

I dette afsnit undersøger vi sammenhængen mellem handicap og køn, alder og etnicitet. Vi undersøger dels fordelingen af handicap inden for hver demografisk gruppe, dels fordelingen af demografiske forhold inden for hver handicapgruppe. Den førstnævnte analyse giver svar på, hvor stor en andel af mennesker med et bestemt demografisk karakteristika, der har et handicap (fx hvor stor en andel af kvinder, der har et større fysisk handicap). Den sidstnævnte analyse giver svar på, om mennesker med et bestemt demografisk karakteristika er overrepræsenteret blandt mennesker med handicap (fx om kvinder er overrepræsenteret blandt mennesker med større fysiske handicap).

3.2.1 Handicap og køn

I Tabel 3.3 ser vi på fordelingen af handicap særskilt for mænd og kvinder. Resultaterne viser, at andelene, der har et handicap, er højere blandt kvinder end blandt mænd, uanset type af handicap. Forskellen i andelene mellem kvinder og mænd, der har et mindre fysisk handicap, er dog ikke statistisk signifikant. Forskellen på tværs af køn er størst for de mindre psykiske handicap: Knap 9 % blandt kvinder og godt 6 % blandt mænd har et mindre psykisk handicap. En analyse af udviklingen over tid viser, at andelene med større fysiske handicap er faldet signifikant siden 2016, for både kvinder og mænd, fra 11 % i 2016 til 10 % i 2020 for kvinder og fra 9 % i 2016 til 8 % i 2020 for mænd (andelene for 2016 fremgår ej af tabellen).

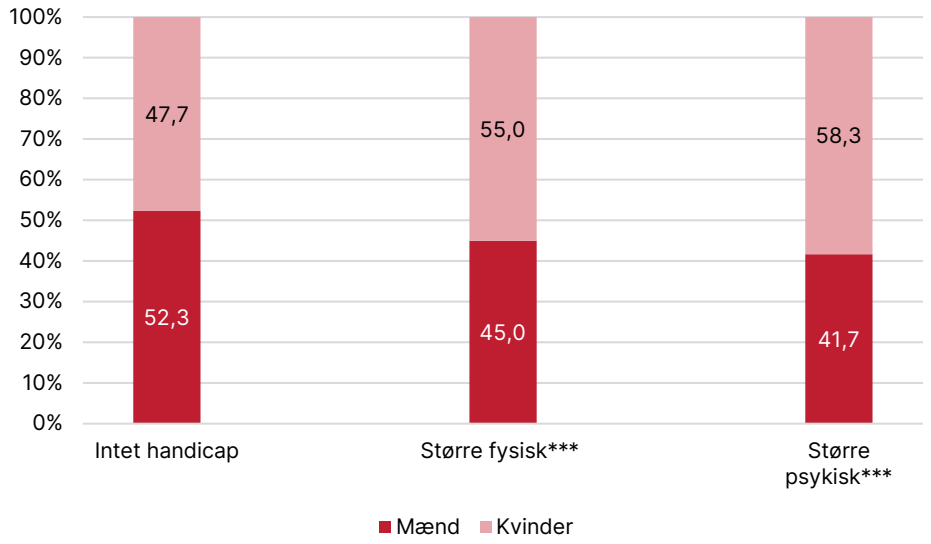
Tabel 3.3 Respondenter fordelt på handicap. Særskilt for køn. 2020. Procent.

	Mænd	Kvinder	
Intet handicap	71,9	66,8	***
Mindre fysisk	15,3	16,3	-
Større fysisk	7,7	9,6	***
Mindre psykisk	6,3	8,5	***
Større psykisk	3,0	3,7	**
Antal personer	7.927	9.969	

Anm.: Da personerne kan indgå i flere handicapkategorier, summer tallene ikke til 100 i tabellen.
Note: Forskellen mellem køn er testet med z-test. *** p<0,001, ** p<0,01, * p<0,05.
Kilde: SHILD 2020.

Figur 3.1 viser andelene af hhv. kvinder og mænd inden for tre grupper: mennesker uden handicap, mennesker med større fysisk handicap og mennesker med større psykisk handicap. Det fremgår, at kvinder er overrepræsenterede i begge grupper, og at overvægten af kvinder især er stor blandt mennesker med større psykisk handicap, hvor den er 58 %, men der er også en overvægt af kvinder blandt mennesker med større fysisk handicap (55 %). Blandt mennesker uden handicap er 47 % kvinder.

Figur 3.1 Respondenter fordelt på køn. Særskilt for handicaptype samt for mennesker uden handicap. 2020. Procent.



Anm.: N = 12.378 (intet handicap), 1.440 (større fysisk handicap) og 447 (større psykisk handicap).
Note: Forskellen mellem gruppen af mennesker uden handicap og handicapgrupperne er testet med z-test. *** p<0,001, ** p<0,01, * p<0,05.
Kilde: SHILD 2020.

Vi kan dermed konstatere, at forekomsten af handicap gennemgående er højere blandt kvinder end blandt mænd. Kvinder er især overrepræsenteret blandt mennesker med større psykiske handicap.

3.2.2 Handicap og alder

For at undersøge sammenhængen mellem handicap og alder har vi delt respondenterne i fire aldersgrupper: 16-27 år, 28-39 år, 40-52 år og 53-64 år. Tabel 3.4 viser, at andelene, der ikke har et handicap, er højest blandt de yngste og lavest blandt de ældste respondenter. Det vil sige, at andelene med en eller anden form for handicap stiger med alderen. Denne sammenhæng mellem handicap og alder foreligger imidlertid kun for de fysiske handicap, og især for de større fysiske handicap, hvor andelen stiger markant med alderen, fra 3 % blandt de 16-27-årige til 15 % blandt de 53-64-årige. For de psykiske handicap finder vi det omvendte mønster: her er andelene højest blandt de 16-27-årige (hvor 9 % og 4 % har et hhv. mindre og større psykisk handicap) og lavest blandt de 53-64-årige (hvor de tilsvarende andele er hhv. 6 % og 3 %).

Selv om vi finder markante sammenhænge mellem alder og handicap, finder vi ingen signifikant udvikling fra 2012 til 2020 i gennemsnitsalder blandt mennesker med større hhv. fysisk og psykisk handicap. Gennemsnitsalderen blandt mennesker med større fysisk handicap har været omtrent 48 år i alle tre bølger af SHILD (2012, 2016 og 2020). For mennesker med større psykisk handicap har gennemsnitsalderen været omtrent 40 år i alle tre bølger. Mennesker uden handicap har været omtrent 39 år i alle tre bølger. (Gennemsnitsaldrene er ej vist i hverken tabel eller figur).

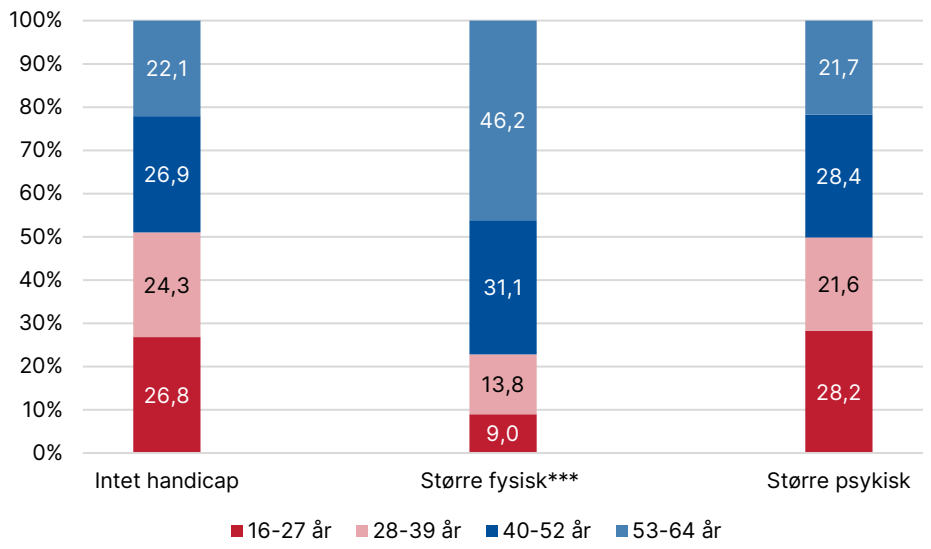
Tabel 3.4 Respondenter fordelt på handicaptype og -grad, særskilt for alder. 2020. Procent.

	16-27 år	28-39 år	40-52 år	53-64 år	
Intet handicap	76,0	75,0	68,6	59,2	***
Mindre fysisk	10,9	11,8	17,3	22,5	***
Større fysisk	3,2	5,3	9,8	15,4	***
Mindre psykisk	9,4	8,4	6,1	6,0	***
Større psykisk	3,9	3,2	3,5	2,8	**
Antal personer	2.748	2.811	5.365	6.969	

Anm.: Da personerne kan indgå i flere handicapkategorier, summer tallene ikke til 100 i tabellen.
Note: Hver handikapgruppes andel/gennemsnit er F-testet mod hinanden på tværs af alder. *** p<0,001, ** p<0,01, * p<0,05.
Kilde: SHILD 2020.

I Figur 3.2 ser vi på fordelingen af aldersgrupper inden for grupperne af mennesker uden handicap og med større hhv. fysisk og psykisk handicap. Figuren viser, at mennesker i 53-64-årsalderen er overrepræsenteret blandt mennesker med større fysisk handicap, samtidigt med at mennesker i 16-39-årsalderen er underrepræsenteret i denne gruppe. Vi finder imidlertid ingen statistisk signifikante forskelle i aldersfordelingerne, når vi sammenligner mennesker uden handicap og mennesker med større psykisk handicap.

Figur 3.2 Respondenter fordelt på alder, særskilt for handicapgruppe og for mennesker uden handicap. 2020. Procent.



Anm.: N = 12.378 (intet handicap), 1.440 (større fysisk handicap) og 447 (større psykisk handicap).
Note: Forskellen mellem gruppen af mennesker uden handicap og handicapgrupperne er testet med Chi2-test. *** p<0,001, ** p<0,01, * p<0,05.
Kilde: SHILD 2020.

Vi konkluderer dermed, at fysiske handicap primært forekommer i de ældste aldersgrupper. Selv om andelen med (større og mindre) psykiske handicap relativt set er større blandt de 16-27-årige end blandt de 53-64-årige viser resultaterne, at aldersfordelingen blandt mennesker med større psykiske handicap ikke er signifikant forskellig fra aldersfordelingen blandt mennesker uden handicap.

3.2.3 Handicap og etnisk baggrund

Vi undersøger i dette afsnit, om der er en sammenhæng mellem baggrund (dvs. om man er dansk eller indvandrer eller efterkommer) og handicap. Tabel 3.5 viser andelen af mennesker med handicap for mennesker med dansk hhv. indvandrer- eller efterkommerbaggrund (vi har slået indvandrere og efterkommere sammen, idet der var meget få efterkommere i datagrundlaget). Det fremgår af tabellen, at andelen uden handicap er signifikant højere blandt mennesker med indvandrer- eller efterkommerbaggrund end blandt danskere. Dette skyldes primært, at andelen, der angiver at have et mindre fysisk handicap, er markant større blandt mennesker af dansk oprindelse sammenholdt med andelene blandt mennesker med indvandrer- eller efterkommerbaggrund.

Tabel 3.5 Respondenter fordelt på handicaptype og -grad, særskilt for baggrund. 2020. Procent.

	Dansk	Indvandrer eller efter-kommere	
Intet handicap	67,6	78,4	***
Mindre fysisk	17,2	8,9	***
Større fysisk	8,8	7,6	-
Mindre psykisk	7,7	5,8	*
Større psykisk	3,5	2,5	-
Antal personer	16.686	1.047	

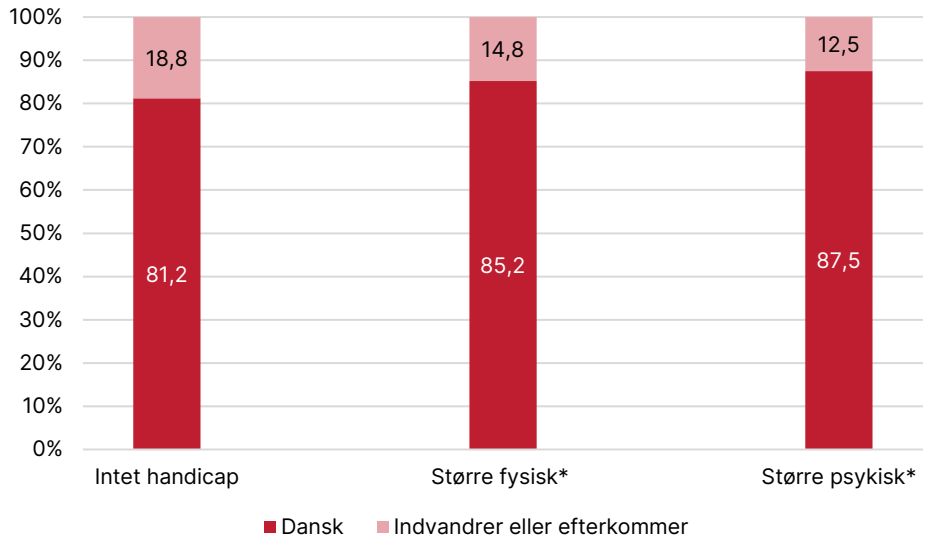
Anm.: Da personerne kan indgå i flere handicapkategorier, summer tallene ikke til 100 i tabellen.

Note: Hver handikapgruppes andel er F-testet mod hinanden på tværs af baggrund. *** p<0,001, ** p<0,01, * p<0,05.

Kilde: SHILD 2020.

Vi viser i Figur 3.3 fordelingen af baggrund blandt mennesker uden handicap samt blandt mennesker med større hhv. fysisk og psykisk handicap. Figuren viser, at andelen af mennesker med indvandrer- eller efterkommerbaggrund er signifikant lavere i grupperne med større fysisk og større psykisk handicap end i gruppen uden handicap.

Figur 3.3 Respondenter fordelt på etnisk baggrund, særskilt for handicaptype og mennesker uden handicap. 2020. Procent.



Note: Forskellen mellem gruppen af mennesker uden handicap og handicapgrupperne er testet med Chi2-test. *** p<0,001, ** p<0,01, * p<0,05.
Kilde: SHILD 2020.

Vi konkluderer derfor, at mennesker med indvandrer- og efterkommerbaggrund er underrepræsenteret blandt mennesker med handicap.

3.3 Handicaptyper

Alle respondenter, der har et handicap, er blevet spurgt, hvad det alvorligste helbredsproblem eller handicap er, for hhv. fysiske og psykiske handicap og med hhv. 19 og 8 præ-kategoriserede valgmuligheder. Resultaterne fremgår af Tabel 3.6 og Tabel 3.7.

Som tidligere vist i Tabel 3.1, har 16 % af respondenterne et mindre, og 9 % et større, fysisk handicap. Det fremgår af Tabel 3.6, at det er samme mønster for, hvilken type af handicap der er det alvorligste, der gør sig gældende, uanset om der er tale om et større eller mindre fysisk handicap. De tre kategorier, der hyppigst er angivet som de alvorligste, er "Problemer med ryg eller nakke, fx gigt", "Andet helbredsproblem eller handicap", "Problemer med ben eller fødder, fx gigt". Disse tre kategorier var også de hyppigst nævnte i 2016-bølgen af SHILD (Amilon et al., 2017). Dermed er resultaterne for mennesker med fysiske handicap i høj grad drevet af mennesker med bevægelseshandicap.

Tabel 3.6 Respondenter med fysisk handicap fordelt efter egen vurdering af "alvorligste helbredsproblem eller handicap". Særskilt for handicappets størrelse. 2020. Procent.

	Mindre fysisk	Større fysisk
Problemer med arme eller hænder, fx gigt	9,0	7,6
Problemer med ben eller fødder, fx gigt	16,3	10,9
Problemer med ryg eller nakke, fx gigt	22,8	22,7
Blindhed eller synsnedsættelse trods briller eller kontaktlinser	2,4	1,8
Døvhed	0,4	-
Nedsat hørelse trods høreapparat eller Cochlear Implant	1,4	1,1
Talebesvær	0,1	-
Hudlidelse	2,6	0,7
Allergi	2,7	0,8
Åndedrætsproblemer, fx astma og bronkitis	8,1	5,0
Problemer med hjerte, blodtryk eller kredsløb	6,5	6,1
Problemer med mave, lever, nyrer eller fordøjelse	6,6	5,9
Følger af sukkersyge/diabetes	2,6	3,4
Epilepsi	0,6	1,2
Indlæringsvanskelighed, udviklingshæmmet	0,3	1,8
CP, spasticitet, hjerneskade	0,8	1,9
Ordblindhed	1,4	0,5
Andre fremadskridende sygdomme, fx kræft, sklerose, HIV og Parkinsons syge	1,1	8,6
Andet helbredsproblem eller handicap	14,4	19,6
Total	100	100
Antal personer	3.174	1.438

Anm.: Betinget på, at man har et fysisk handicap.
Kilde: SHILD 2020.

Tabel 3.1 viste derudover, at 7 % og 3 % af respondenterne har hhv. mindre og større psykiske handicap. Tabel 3.7 viser, hvilken psykisk lidelse disse respondenter vurderer er deres alvorligste. I begge grupper er den hyppigst nævnte psykiske lidelse "Stress, fobier, forskellige former for angst, OCD og posttraumatisk stresssyndrom (PTSD)" fulgt af "Depression, mani og bipolar lidelse (maniodepressiv)". Derefter afviger mønstret på tværs af de to grupper. For mennesker med større psykisk lidelse er hhv. "ADHD, ADD" og "Stemmehøring, skizofreni og psykose" de tredje og fjerde hyppigst nævnte lidelser, mens det for mennesker med mindre psykisk lidelse er "Anden psykisk lidelse" og "Autisme, Aspergers Syndrom".

Modsat mønstret for de fysiske handicap, er der sket markante ændringer i, hvilke lidelser der bliver nævnt som de alvorligste blandt mennesker større psykiske handicap siden 2016-bølgen af SHILD. Fx er andelen, der angiver "ADHD, ADD" som det alvorligste større psykiske handicap mere end dobbelt så stor i 2020 (11 %) som i 2016 (5 %) (Amilon et al., 2017). Andelen, der angiver "Autisme, Aspergers Syndrom" som den alvorligste større psykiske lidelse er også vokset markant fra 4 % i 2016 til 9 % i 2020. Parallelt er andelene, der nævner de to hyppigste lidelser ("Stress, fobier, forskellige former for angst, OCD og

posttraumatisk stresssyndrom (PTSD)" og "Depression, mani og bipolar lidelse (manio-depressiv)") faldet siden 2016 (ibid.).

Tabel 3.7 Respondenter med psykisk handicap fordelt efter egen vurdering af "alvorligste psykiske lidelse". Særskilt for handicappets størrelse. 2020. Procent.

	Mindre psykisk	Større psykisk
Stemmehøring, skizofreni og psykose	2,7	8,9
Depression, mani, og bipolar lidelse (manio-depressiv)	25,1	24,2
Stress, fobier, forskellige former for angst, OCD og posttraumatisk stresssyndrom (PTSD)	45,2	29,4
Personlighedsforstyrrelse, herunder borderline	2,5	6,8
Autisme, Aspergers Syndrom	7,9	9,0
ADHD, ADD	6,6	11,2
Spiseforstyrrelse	1,5	1,3
Anden psykisk lidelse	7,9	8,6
Total	100	100
Antal personer	1.100	447

Anm.: Betinget på, at man har et psykisk handicap.
Kilde: SHILD 2020.

3.3.1 Hjælpemidler

De barrierer, som kan opstå for mennesker med handicap, fx i forbindelse med transport, kommunikation med andre eller deltagelse i hverdagsaktiviteter, kan, i nogen tilfælde og i forskellig grad, overkommes eller reduceres ved brug af forskellige hjælpemidler. Dette afsnit fokuserer på brugen af forskellige hjælpemidler blandt mennesker med og uden forskellige typer af handicap.

I Tabel 3.8 viser vi andele af respondenter, der bruger hjælpemidler til syn, hørelse og kommunikation på baggrund af spørgsmålet: "Benytter du hjælpemidler til syn, hørelse eller kommunikation (fx skrivning)?" Alle respondenter modtog spørgsmålet, og det var muligt at angive flere svar. Det hyppigst anvendte hjælpemiddel er briller eller kontaktlinser, som flertallet af respondenter bruger, uanset om de har et handicap eller ej, og uanset type af handicap. Andelen er dog højest blandt mennesker med større fysiske handicap (74 %). Blandt respondenter med større fysiske handicap bruger 6 % høreapparat eller Cochlear Implantat. Knap 24 % blandt mennesker med større fysiske handicap bruger ingen af de listede hjælpemidler. De tilsvarende andele er 46 % og 34 % blandt mennesker hhv. uden handicap og med større psykisk handicap.

Tabel 3.8 Respondenter fordelt efter brug af hjælpemidler til syn, hørelse eller kommunikation (fx skrivning). Særskilt for handicapgrupper og mennesker uden handicap. 2020. Procent.

	Intet handicap	Større fysisk		Større psykisk	
Briller eller kontaktlinser	53,8	74,1	***	64,4	***
Andre synshjælpemidler, fx oplæsningsprogram	0,4	3,2	***	2,4	***
Høreapparat eller Cochlear Implantat (CI)	1,3	6,3	***	2,1	
Talegenkendelse eller lignende kommunikations-hjælpemiddel	0,2	0,6	*	-	
Ingen af ovenstående	45,5	23,5	***	34,0	***
Antal personer	12.373	1.438		447	

Anm.: Det er muligt at vælge flere forskellige hjælpemidler, derfor stemmer tallene ikke til 100.
Note: Forskellen mellem gruppen af mennesker uden handicap og handicapgrupperne er testet med Chi2-test for hvert hjælpemiddel. *** p<0,001, ** p<0,01, * p<0,05.
Kilde: SHILD 2020.

Tabel 3.9 viser respondenternes anvendelse af øvrige hjælpemidler.[7] Af diskretionshensyn var det ikke muligt at vise resultaterne særskilt for handicapgruppe. Flertallet af respondenter bruger ikke de nævnte hjælpemidler. De hjælpemidler, som bruges af flest (ud over "Andre hjælpemidler", som bruges af knap 2,5 % af respondenterne) er "Stok eller krykker" (0,9 %), "Sansestimulerende dyner, tæpper" (0,6 %), samt "Rollator" og "Særlige redskaber" (begge 0,5 %).

Tabel 3.9 Respondenter fordelt efter brug af hjælpemidler. 2020. Procent.

	Procent
Blindestok	0,1
Førerhund / servicehund	0,0
Stok eller krykker	0,9
Rollator	0,5
Mekanisk kørestol	0,3
Elektrisk kørestol	0,2
Handicapscooter	0,3
Særlige redskaber	0,5
Stomiposer	0,2
Sansestimulerende dyner, tæpper	0,6
Luftrensere	0,3
Andre hjælpemidler	2,5
Ingen af ovenstående	95,5
Antal personer	17.885

Anm.: Det er muligt at vælge flere forskellige hjælpemidler, derfor stemmer tallene ikke til 100.
Kilde: SHILD 2020.

[7] Kun respondenter, der i tidligere spørgsmål har angivet at have problemer med sit syn, med at gå eller komme op og ned ad trapper, problemer med at huske eller ved at koncentrere sig, samt problemer med at vaske sig eller tage tøj af og på har besvaret spørgsmålet. I opgørelsen i Tabel 3.9 har vi antaget, at øvrige respondenter (der ikke har problemer med at se, gå etc.) ikke bruger de pågældende hjælpemidler.

Afslutningsvis viser Tabel 3.10 andelen af respondenter, der oplever at have de hjælpemidler, som de har brug for.[8] Omtrent halvdelen af respondenter med større fysiske handicap (49 %) og større psykiske handicap (53 %) angiver, at de i høj grad har de hjælpemidler, som de har brug for. Yderligere hhv. 28 % og 24 % har de fornødne hjælpemidler i nogen grad. Blandt mennesker med større fysiske handicap angiver knap 14 %, at de ikke har de hjælpemidler, som de har brug for. Den tilsvarende andel blandt mennesker med større psykiske handicap er 12 %.

Tabel 3.10 Respondenter fordelt efter oplevelse af at have de hjælpemidler, som man har brug for, særskilt for handicapgrupper og mennesker uden handicap. 2020 Procent.

	Intet handicap	Større fysisk ***	Større psykisk ***
I høj grad	77,5	49,1	53,1
I nogen grad	8,5	28,0	23,9
I mindre grad	2,2	9,3	10,7
Slet ikke	11,8	13,5	12,3
Total	100	100	100
Antal personer	9.138	1.363	420

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

Kilde: SHILD 2020.

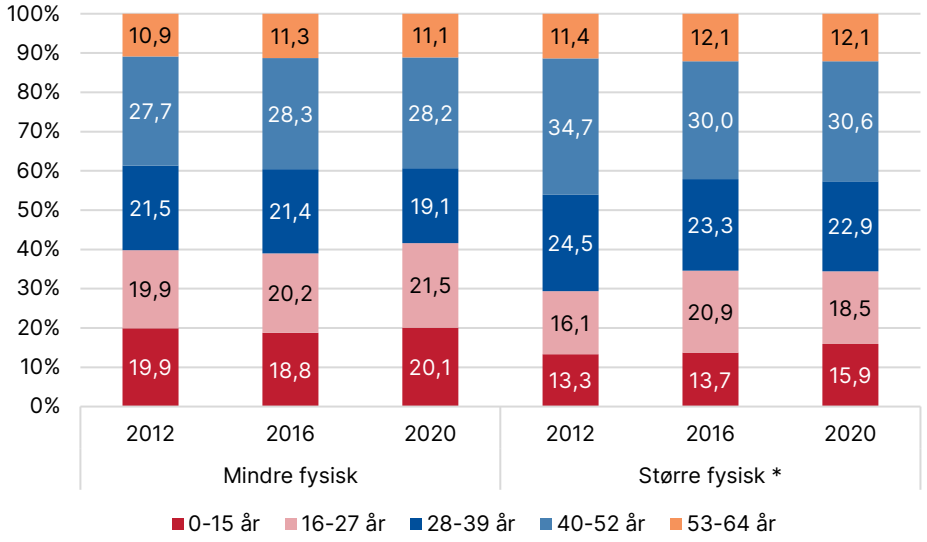
3.4 Alder, da handicappet opstod

Samtlige respondenter, der angiver at have et handicap er blevet spurgt, hvor gamle de var, da handicappet opstod. Figur 3.4 og Figur 3.5 viser fordelingerne for hhv. mindre og større fysiske handicap og mindre og større psykiske handicap.

Det fremgår af Figur 3.4, at der er stor spredning i alderen for handicappets opståen. Forholdsvis få respondenter oplyser, at handicappet opstod i en sen alder (53-64 år). Den lave andel i den ældste gruppe hænger formentlig sammen med, at kun personer, der var mindst 53 år gamle, da dataindsamlingen gennemførtes, kan angive dette alternativ. For mennesker med mindre fysiske handicap er der ikke sket en signifikant ændring i aldersfordelingen over tid. For mennesker med større fysiske handicap er andelene, der angiver, at handicappet opstod i hhv. 0-15- og 16-27-årsalderen vokset henover perioden, samtidigt som andelene, der angiver, at handicappet opstod i 28-39-årsalderen og 40-52-årsalderen, er faldet hen over perioden.

[8] Kun respondenter, der i tidligere spørgsmål har angivet at have problemer med sit syn, med at gå eller komme op og ned ad trapper, problemer med at huske eller ved at koncentrere sig, samt problemer med at vaske sig eller tage tøj af, samt der har angivet, at de benytter sig af hjælpemidler til syn, hørelse eller kommunikation (jf. Tabel 3.8) har besvaret spørgsmålet.

Figur 3.4 Respondenter fordelt efter alder, da det alvorligste fysiske handicap opstod. Særskilt for type af handicap og undersøgelsesår. 2012, 2016 og 2020. Procent.

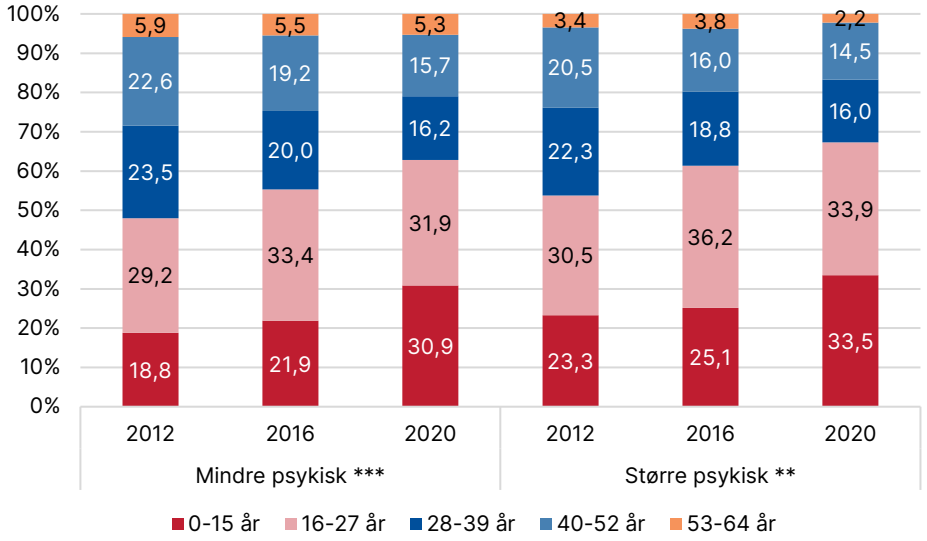


Anm.: Betinget på, at man har et fysisk handicap. N = 3.214; 3.685; 3.134 (mindre fysisk handicap). N = 1.481; 1.774; 1.426 (større fysisk handicap).

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

Kilde: SHILD 2012, 2016, 2020.

Figur 3.5 Respondenter fordelt efter alder, da det alvorligste psykiske handicap opstod. Særskilt for type af handicap og undersøgelsesår 2012, 2016 og 2020. Procent.



Anm.: Betinget på, at man har et psykisk handicap. N = 1.031; 1.051; 1.076 (mindre psykisk handicap). N = 408; 490; 442 (større psykisk handicap).

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

Kilde: SHILD 2012, 2016 og 2020.

I Figur 3.5 viser vi de tilsvarende resultater for mennesker med hhv. større og mindre psykisk handicap. Vi finder det samme mønster som for større fysisk handicap, om end meget mere udtalt: andelene, der angiver, at handicappet opstod i 0-15- og 16-27-årsalderen er vokset hen over perioden, imens andelene, der angiver, at handicappet opstod senere, er faldet. Mønstret er det samme for både mindre og større psykisk handicap. I alt angiver over to tredjedele (67 %) af respondenterne med større psykisk handicap i 2020, at handicappet opstod ved 27-årsalderen eller tidligere. I 2012 var andelen 54 %. Vi finder altså en forskydning hen imod, at handicappet opstår tidligere i 2020 end i 2012. Vi finder også, at andelen, der angav "ADHD, ADD" som det alvorligste større psykiske handicap er steget markant siden 2016 (se afsnit 3.3). Selv om antallet af unge med større psykisk handicap i denne undersøgelse er forholdsvis lavt, indikerer resultaterne samlet set, at der er sket en forskydning hen imod en øget forekomst af unge med ADHD-diagnoser blandt mennesker med større psykisk handicap. Resultatet i denne rapport understøttes af forskning, der viser, at forekomsten af børn og unge med en ADHD-diagnose er tredoblet i perioden 2006 til 2016 (Sundhedsstyrelsen & Sundhedsdatastyrelsen, 2017).

3.5 Prognose

Alle respondenter, der angiver, at de har et handicap, er blevet bedt om at vurdere, hvordan de forventer, at handicappet vil udvikle sig, for det handicap, som de har angivet som det alvorligste. Tabel 3.11 viser, hvordan respondenter med hhv. mindre og større, hhv. fysiske og psykiske handicap vurderer prognosen for deres alvorligste handicap i 2020.

Tabel 3.11 Respondenter med handicap fordelt efter selvvurderet prognose for alvorligste helbredsproblem, handicap eller psykiske lidelse. Særskilt for handicaptyper og -grader. 2020. Procent.

	Mindre fysisk	Større fysisk	Mindre psykisk	Større psykisk
Jeg får det formentlig bedre	18,6	7,0	46,0	23,3
Situationen vil formentlig være uændret	47,8	29,2	37,4	47,5
Jeg får det formentlig dårligere	19,7	42,3	1,3	8,1
Jeg ved slet ikke, hvordan det vil gå	13,9	21,5	15,3	21,1
Total	100	100	100	100
Antal personer	3.165	1.436	1.097	446

Anm.: Betinget på, at man har et fysisk eller psykisk handicap.
Kilde: SHILD 2020.

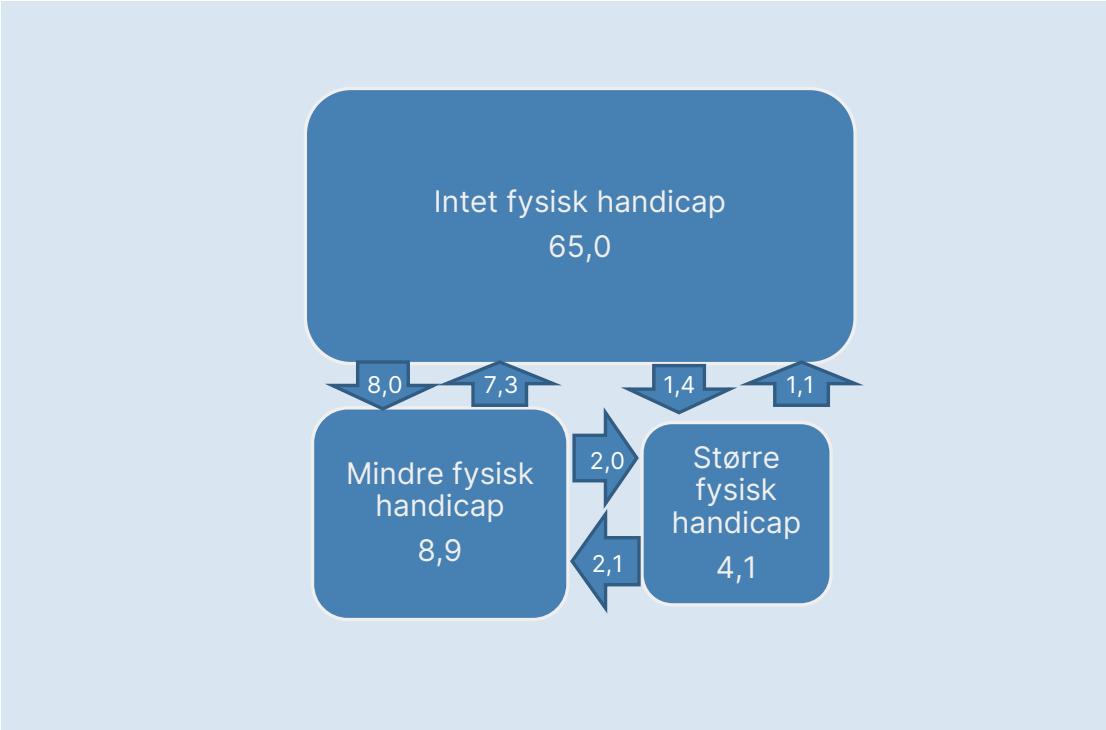
Som det fremgår af Tabel 3.11, angiver respondenter med psykisk handicap i højere grad en forventning om, at de vil få det bedre, sammenlignet med respondenter med fysisk handicap. Særligt respondenter med mindre psykisk handicap vurderer, at de vil få det bedre (andelen er 46 %). Respondenter med fysisk handicap har i højere grad en forventning om, at de vil få det dårligere, sammenlignet med mennesker med psykisk handicap – dette gælder særligt respondenter med større fysisk handicap, hvor 42 % forventer, at de vil få det dårligere. Denne andel er vokset siden 2016, hvor den var 37 %. Parallelt er andelene af mennesker med større fysisk handicap, der forventer at få det bedre (9, % i 2016 og 7 % i 2020), eller at situationen vil være uændret (33 % i 2016 og 29 % i 2020), faldet over tid (Amilon et al., 2017). Samlet set viser resultaterne dermed,

at samtidigt som andelen, der har et større fysisk handicap, er faldet siden 2016, er den selvevaluerede prognose for dem, der har et større fysisk handicap, blevet dårligere.

3.6 Dynamik

Både danske og internationale undersøgelser viser, at handicap ikke er statisk, men ændrer sig over tid (Kjær, Bengtsson, et al., 2019; Myers et al., 2020). Det vil sige, at ud over at det delvist er forskellige mennesker, der indgår i datagrundlaget i de tre bølger af SHILD, vil en del af respondenterne skifte handicapstatus på tværs af bølgerne. Vi ved fra tidligere forskning, at disse statusskift kan gå i "begge retninger", dvs. at handicap enten kan opstå eller forværres, eller forsvinde eller reduceres (ibid.). At mennesker skifter handicapstatus kan fx. skyldes en forværring, eller forbedring, af helbredstilstanden, eller at personen i større, eller mindre, grad oplever barrierer, fx. pga. at tolerance og tilpasning fra samfundets side er øget, eller mindsket. I dette afsnit illustrerer vi dynamikken i handicapstatus med udgangspunkt i de respondenter, der indgik i både SHILD 2016 og SHILD 2020.[9] Figur 3.6 viser, at 65 % af respondenterne ikke havde et fysisk handicap i hverken 2016 eller 2020, 9 % havde et mindre fysisk handicap i begge år, og 4 % et større fysisk handicap i begge år. Dermed skiftede 22 % af respondenterne (fysisk) handicapstatus. Omtrent lige så mange respondenter skiftede handicapstatus i positiv (10,5 %) som i negativ (11,4 %) retning.

Figur 3.6 Respondenter fordelt efter fysisk handicapstatus. 2016 og 2020. Procent.

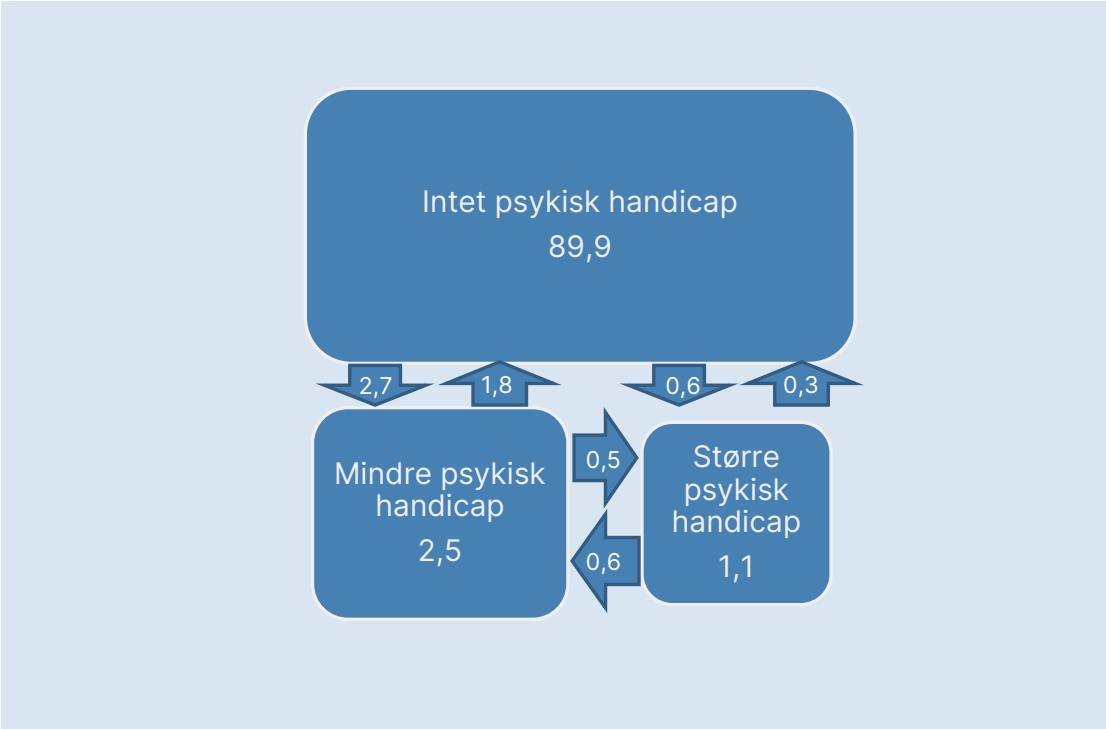


Anm.: N = 10.629
Kilde: SHILD 2016, 2020.

[9] De inkluderede respondenter var 16-60 år i 2016 og 20-64 år i 2020.

Figur 3.7 illustrerer den tilsvarende dynamik for andelen af respondenter med psykisk handicap. Andelen af respondenter med psykisk handicap er overordnet set mindre end andelen med fysiske handicap, hvilket forklarer, at lavere andele skifter status. I alt 7 % af respondenterne skiftede status ift. psykisk handicap fra 2016 til 2020. 4 % skiftede status i negativ retning, og knap 3 % skiftede status i positiv retning. Relativt set er det dermed flere, der skifter status i negativ end i positiv retning for de psykiske end for de fysiske handicap.

Figur 3.7 Respondenter fordelt efter psykisk handicapstatus. 2016 og 2020. Procent.



Anm.: N = 10.629
Kilde: SHILD 2016, 2020.

Samlet set viser analysen, at mere end hver femte respondent skiftede handicapstatus fra 2016- til 2020-bølgen af SHILD. Det betyder, at eventuelle ændringer over tid i levevilkårene for mennesker med handicap, som vi finder i denne rapport, dels kan skyldes ændringer i handicapgruppernes sammensætning, dels at situationen for mennesker med handicap har ændret sig.

4 Familie, intimitet og børn

Familie er en central enhed i de fleste samfund, og derfor er det *at have* eller *ikke have* sin egen familie med enten en partner og/eller børn også af betydning for den enkeltes identitet og livstilfredshed (Vanassche et al., 2012). Før velfærdsstatens sociale sikkerhedsnet var familien af helt afgørende betydning for den enkeltes muligheder og sågar overlevelse i form af forsørgelse. Familien havde en praktisk og essentiel funktion for det enkelte individ. I takt med opbyggelsen af velfærdsstaten og forandringerne på arbejdsmarkedet, som bl.a. medførte, at kvinder blev selvforsørgende, har der også været et centralt skift i forhold til familiens funktionalitet. Familien som enhed har ikke længere samme funktion i forhold til forsørgelse og social sikkerhedsnet, men er derimod i høj grad mere et udtryk for den rene relation, hvor man anerkendes følelsesmæssigt både gennem emotionel og fysisk intimitet (Giddens, 1994)[10]

For mennesker med handicap eller funktionsnedsættelser er familien således i mindre grad afgørende i forhold til fx praktisk hjælp, pleje og forsørgelse end i det traditionelle samfund uden velfærdsstaten. Velfærdsstaten har erstattet den funktionelle rolle og i en vis udstrækning dermed også den moralske forpligtigelse, som tidligere var inden for familiens ramme. Derimod kan velfærdsstaten ikke erstatte den følelsesmæssige del, og her kan der således være nogle aspekter, hvor funktionsnedsættelser for nogle sætter barrierer i forhold til at opnå følelsesmæssig og fysisk intimitet. Den højere oplevede grad af ensomhed, som vi belyser i kapitel 8.1, kan givetvis hænge sammen med, at mennesker med handicap ser ud til i mindre grad at have en partner og børn end mennesker uden handicap.

I analyserne i dette kapitel vil vi undersøge, i hvilken udtrækning mennesker med forskellige handicaptyper og -grader adskiller sig fra mennesker uden handicap i forhold til at have et familieliv, opleve fysisk intimitet og at få børn. Dette indbefatter analyser af, om man er i et parforhold, parforholdets varighed og kvalitet. Derudover belyser vi også graden af fysisk intimitet, og hvorvidt mennesker med handicap er tilfredse med deres sexliv og har erfaringer med købesex i samme grad som mennesker uden handicap. Vi belyser også, hvorvidt respondenterne har børn, og om børnene har handicap, men også om respondenternes søskende og forældre har handicap. Slutteligt belyser vi, om respondenterne har været anbragt uden for hjemmet i løbet af deres barndom, og dermed om de i en periode eller måske i hele deres barndom har boet et andet sted end hos deres biologiske forældre, fx hos en plejefamilie.

Hovedresultaterne er:

- Samlet set har respondenter fra handicapgrupperne sjældnere en partner end respondenter uden handicap. De mennesker med et handicap, der *har* en partner, har oftere en partner, der også har et handicap.
- Sandsynligheden for at have en partner er generelt faldende over tid uanset type af handicap, men når vi kontrollerer for andre forhold, er det kun mennesker med

[10] Der er mange familiedefinitioner og i indeværende sammenhæng indbefatter vores brug af familiebegrebet som udgangspunkt alle typer af sociale enheder, der selv opfatter sig som en familie.

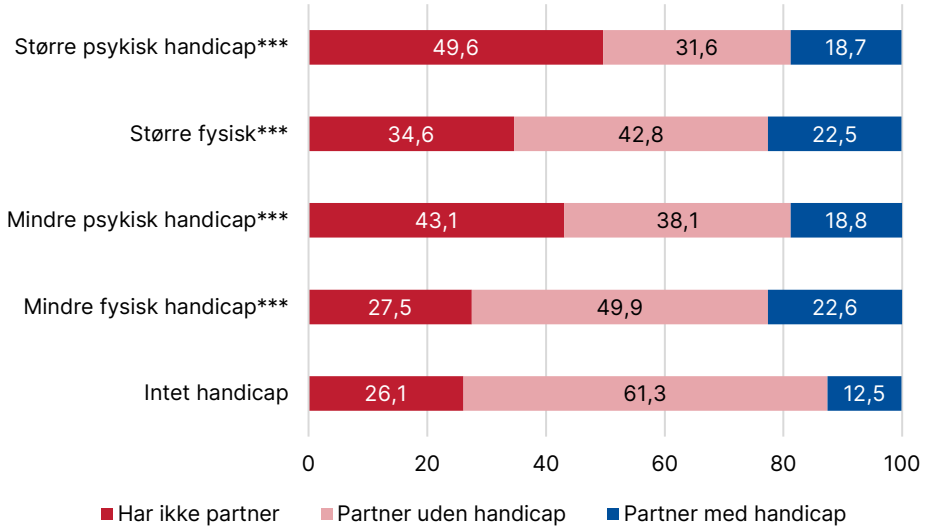
et fysisk handicap (både større og mindre), der har en lavere sandsynlighed for at have en partner i 2020 sammenlignet med 2012.

- Blandt mennesker med et større eller mindre psykisk handicap, der *har* en partner, er der færre, der bor sammen med partneren end blandt mennesker uden et handicap. Ser vi på, hvor længe respondenterne har været sammen med deres partner, ser det ud til, at jo længere tid, man har været sammen med sin partner jo oftere bor man også sammen. Det vil sige, at mennesker med et fysisk handicap gennemsnitligt har været længere tid sammen med deres partner end de andre grupper af respondenter.
- Respondenterne med et handicap – uanset type og grad – er relativt oftere mindre tilfredse med deres sexliv eller har slet ikke noget sexliv i øjeblikket end for respondenter uden handicap. Dette gælder både mennesker i et parforhold og uden for et parforhold.
- Uanset om man har et handicap eller ej, er sandsynligheden for at svare, at man har et sexliv for tiden mindre for yngre respondenter.
- Kun gruppen af respondenter med et større fysisk handicap, har signifikant oftere prøvet at købe sex (godt 7 %) end respondenter uden et handicap (knap 6 %), men når ser vi på antallet af gange, man har købt sex inden for gruppen af sexkøbere, er der dog både væsentligt flere med et større psykisk (73 %) eller et større fysisk handicap (69 %), der har købt sex mere end to gange end respondenter uden handicap (50 %).
- Mennesker med (større og mindre) fysiske handicap har relativt oftere børn (69 % og 65 %) end mennesker med (større og mindre) psykiske handicap (42 % og 45 %) og mennesker uden handicap (58 %). Dette skyldes til dels en alderseffekt, idet mennesker med større fysiske handicap er ældre end mennesker hhv. uden handicap og med større psykiske handicap (jf. Figur 3.2). Mennesker med handicap, der har børn, har også oftere børn med et handicap. Andelen, der har børn med handicap er 18 % og 14 % blandt mennesker med større hhv. fysisk og psykisk handicap. Blandt mennesker uden handicap er andelen 6,4 %.
- Flere af respondenterne med et fysisk eller psykisk handicap svarer, at det har påvirket deres liv i en negativ retning at få et barn, der også har et handicap – især respondenter med større (59 %) eller mindre psykisk handicap (52 %) oplever, at blive påvirket negativt.
- Flere af respondenterne med et handicap har søskende og/eller forældre med et handicap end respondenter uden et handicap.
- Flere fra alle handicapgrupper har været anbragt uden for hjemmet på et eller andet tidspunkt i løbet af deres barndom. Den største andel finder vi blandt respondenter med et større psykisk handicap (12 %), men også en relativ stor andel (9 %) af respondenterne med et større fysisk handicap har været anbragt uden for hjemmet. 2 % af respondenterne uden et handicap i vores stikprøve svarer, at de har været anbragt uden for hjemmet i løbet af deres barndom.

4.1 Parforhold

Figur 4.1 viser andelen af respondenter uden en partner, respondenter med en partner uden handicap og respondenter med en partner med et handicap. Blandt mennesker med hhv. et større og mindre psykisk handicap har hhv. 50 % og 43 % ikke en partner, hvilket er markant større end andelen blandt mennesker uden et handicap (26 %). En større del af respondenter med et større fysisk handicap (35 %) har heller ikke en partner. Forskellen mellem respondenter med et mindre fysisk handicap og respondenter uden handicap er dog lille (hhv. 28 % og 26 % har ikke en partner). Blandt alle respondenterne med et handicap – uanset type og grad – er der relativt langt flere, der har en partner med et handicap (19-23 %) sammenlignet med respondenter uden et handicap (13 %).

Figur 4.1 Respondenter fordelt efter partnertype. Særskilt for handicaptyper og -grader samt for mennesker uden handicap. 2020. Procent.

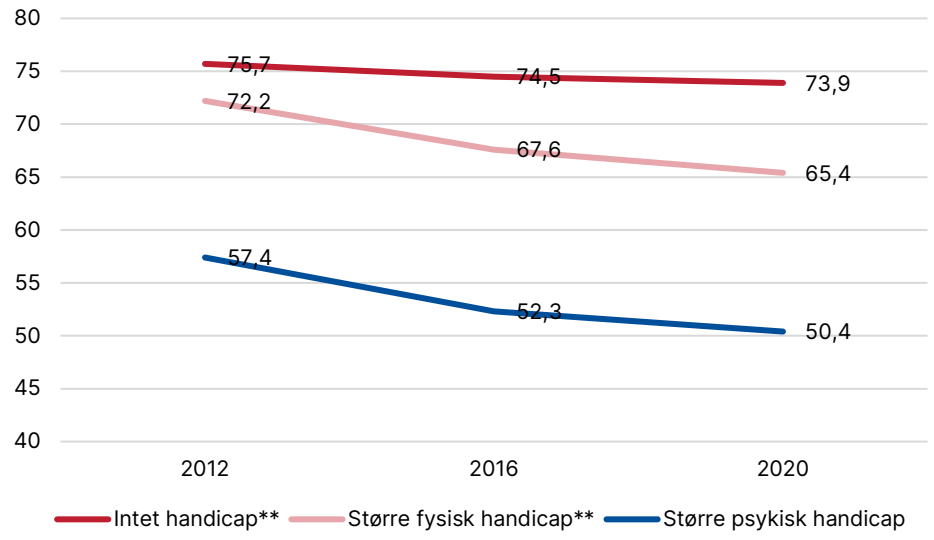


Anm.: N = Intet handicap: 12.374; mindre fysisk handicap: 3.184; mindre psykisk handicap: 1.104; større fysisk handicap: 1.440; større psykisk handicap: 447. Fordelingerne af handicapkategorierne er testet enkeltvist i forhold til fordelingen af respondenter uden handicap med Chi2-test. *** p<0,001, ** p<0,01, * p<0,05.

Kilde: SHILD 2020.

Ser vi udelukkende på, om man har en partner eller ej blandt respondenter med et større fysisk eller psykisk handicap sammenlignet med respondenter uden et handicap i årene 2012, 2016 og 2020 (Figur 4.2), kan vi se, at der er et fald over tid inden for alle grupper, hvor færre har en partner i 2020 end i 2012 og 2016. Denne samfundstendens, at flere lever alene og uden en partner, er også dokumenteret i andre undersøgelser (Danmarks Statistik, 2015).

Figur 4.2 Andel af respondenter med partner i årene 2012, 2016 og 2020



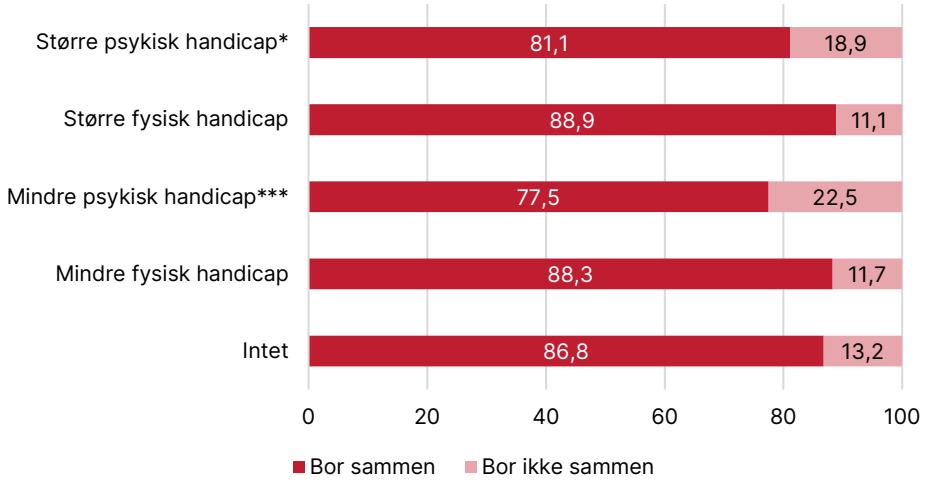
Anm.: N = Intet handicap 2012: 13.392; intet handicap 2016: 14.259; intet handicap 2020: 12.374; større fysisk handicap 2012: 1.483; større fysisk handicap 2016: 1.774; større fysisk handicap 2020: 1.440; større psykisk handicap 2012: 411; større psykisk handicap 2016: 491 større psykisk handicap: 447. Fordelingerne er testet over tid inden for egen kategori med Chi2-test. *** p<0,001, ** p<0,01, * p<0,05.

Kilde: SHILD, 2012, 2016, 2020.

Den faldende tendens er dog størst blandt respondenter med handicap med et fald på omkring 7 procentpoint for både respondenter med et større fysisk og et større psykisk handicap fra 2012-2020. Det er påfaldende, at langt færre respondenter med et større psykisk handicap ikke har en partner, sammenlignet med de to andre grupper uanset tidspunktet. Når vi kontrollerer for andre forhold i en logistisk regressionsmodel (resultater er ikke vist i tabel), finder vi, at alle handicapgrupper har en signifikant lavere sandsynlighed for at have en partner end mennesker uden handicap, og at det er gruppen med større psykisk handicap, hvor sandsynligheden er lavest. Sandsynligheden for at have en partner er generelt faldende over tid, uanset type af handicap, men når vi kontrollerer for andre forhold i regressionsanalysen, er det kun mennesker med et fysisk handicap (både større og mindre), der har en lavere sandsynlighed for at have en partner i 2020 sammenlignet med 2012.

Figur 4.3 viser endvidere, at for de respondenter, der har en partner, er det kun dem med et større psykisk (81 %) eller et mindre psykisk handicap (78 %), hvor der er signifikant færre, som bor med deres partner sammenlignet med respondenter uden handicap (87 %). De to andre handicapgrupper adskiller sig ikke signifikant fra respondenterne uden handicap.

Figur 4.3 Respondenter fordelt efter, om de bor med en partner. Særskilt for handicaptyper og -grader samt for mennesker uden handicap. 2020. Procent.



Anm.: N = Intet handicap: 9.762; mindre fysisk handicap: 2.430; mindre psykisk handicap: 689; større fysisk handicap: 995; større psykisk handicap: 246. Fordelingerne af handicapkategorierne er testet enkeltvist i forhold til fordelingen af respondenter uden handicap med Chi2-test. *** p<0,001, ** p<0,01, * p<0,05.

Kilde: SHILD 2020.

Ser vi på, hvor længe respondenterne har været sammen med deres partner i Tabel 4.1, tegner der sig et lignende mønster som i Figur 4.3, som indikerer, at jo længere tid, man har været sammen, jo oftere bor man også sammen.

Tabel 4.1 Parforholdsvarighed. Særskilt for handicaptyper og -grader samt for mennesker uden handicap. 2020. År.

	Intet handicap	Mindre fysisk handicap	Mindre psykisk handicap	Større fysisk handicap	Større psykisk handicap
Relationens gennemsnitlige længde I år	17,13	20,57***	16,55	22,26***	14,93*
N	12.311	10.986	9.347	9.684	8.989

Anm.: Gennemsnittene for hver handicapkategori er sammenlignet enkeltvis med gennemsnittet for respondenter uden handicap med en t-test *** p<0,001, ** p<0,01, * p<0,05.

Kilde: SHILD 2020.

Respondenter med et fysisk handicap har været sammen med deres partner signifikant længere (hhv. 21 og 22 år) end respondenter uden et handicap (17 år). Respondenter med et mindre psykisk handicap har ikke været signifikant kortere eller længere tid sammen med deres partner (også knap 17 år) end respondenterne uden handicap, mens at respondenter med et større psykisk handicap har været signifikant kortere tid sammen med deres partner (15 år). Da gennemsnitsalderen for respondenter med de fysiske handicap er markant højere end for de andre grupper, kan resultaterne i Tabel 4.1 netop være udtryk denne aldersforskel – dvs. at ældre respondenter har været sammen med deres partner i længere tid. Denne tolkning underbygges af en regressionsanalyse, hvor vi bl.a. kontrollerer for alder. Her forsvinder de signifikante forskelle mellem mennesker med fysiske handicap og gruppen af respondenter uden handicap. Kun gruppen med et større psykisk handicap har i gennemsnit en signifikant kortere parforholdsvarighed (-

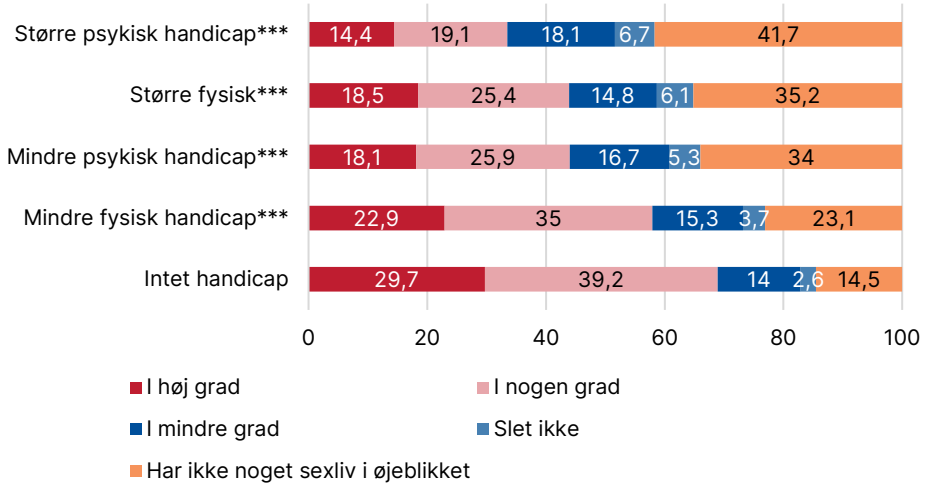
1,3 år) sammenlignet med respondenterne uden handicap, når vi kontrollerer for andre relevante faktorer (regressionen vises ikke i tabel).

4.2 Sexliv

Seksualitet er et ofte overset aspekt af menneskers sundhed og trivsel, selv om det er forskningsmæssigt veldokumenteret, at belastninger knyttet til sexlivet kan manifestere sig som både fysisk, psykisk og social mistrivsel, mens almene sundhedsbelastninger (fx uhensigtsmæssig livsstil og sygdom) omvendt kan resultere i problemer af seksuel og relationel art (Frisch et al., 2019a). Der er også indikationer på, at en god sundhedstilstand er befordrende for seksuel trivsel, ligesom et velfungerende sexliv kan øge den samlede livskvalitet og bidrage til mestring af modgang og kriser, fx i form af kronisk sygdom (Frisch et al., 2019b; Christian Graugaard & Giraldi, 2019).

For respondenterne i vores stikprøve viser Figur 4.4, at uanset type og grad af handicap er der relativt flere respondenter, der er mindre tilfredse eller ikke har noget sexliv i øjeblikket blandt handicapgrupperne end for respondenter uden handicap. Respondenter med et større psykisk handicap er den gruppe, der adskiller sig mest markant fra respondenterne uden handicap, da 42 % af dem svarer, at de ikke har noget sexliv for tiden, hvilket 15 % af respondenterne uden handicap svarer. Samtidig svarer kun 14 % af respondenterne med et større psykisk handicap, at de i høj grad er tilfredse med deres sexliv, hvilket 30 % af respondenterne uden handicap svarer.

Figur 4.4 Respondenter fordelt efter tilfredshed med sit sexliv. Særskilt for handicaptyper og -grader samt for mennesker uden handicap. 2020. Procent.



Anm.: N = Intet handicap: 11.089; mindre fysisk handicap: 2.971; mindre psykisk handicap: 971; større fysisk handicap: 1.282; større psykisk handicap: 388. Fordelingerne af handicapkategorierne er testet enkeltvist i forhold til fordelingen af respondenter uden handicap med Chi2-test. *** p<0,001, ** p<0,01, * p<0,05.

Kilde: SHILD 2020.

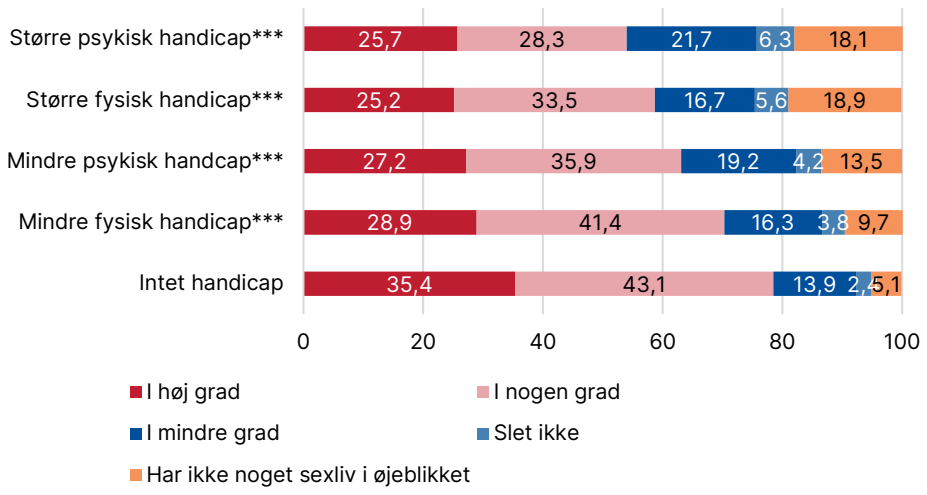
Når vi i en regressionsanalyse (ikke vist i tabel) ser på, om der er forskel i sandsynligheden for at svare, at man har et sexliv i øjeblikket (uanset tilfredshed), sammenlignet med ikke at have et sexliv, så har alle handicapgrupper en lavere sandsynlighed for at have et sexliv for tiden sammenlignet med respondenterne uden handicap. Samtidig ser vi

også, at sandsynligheden for at have et sexliv også øges med alderen, så yngre respondenter således har en lavere sandsynlighed.

Sammenligner vi svarfordelingerne for 2016 med 2020 (der blev ikke spurgt til sexliv i 2012), er der ikke nogen signifikant forskel i besvarelserne inden for nogen af handicapgrupperne over tid. Tilfredshed med sexlivet er således den samme i 2020 som i 2016.

De store forskelle i fordelingerne, vi ser i Figur 4.4 kan imidlertid også afspejle det faktum, at færre respondenter med handicap er i et parforhold, som vi viste i Figur 4.1. Når vi udelukkende ser på respondenter, som er i parforhold i Figur 4.5, bliver forskellene i svarfordelingerne mellem handicapgrupperne og respondenterne uden handicap også reduceret noget. Imidlertid er der dog alligevel fortsat forskel, hvor respondenter uden handicap er mere tilfredse end respondenterne med handicap.

Figur 4.5 Respondenter, der er i et parforhold, fordelt efter tilfredshed med sexliv. Særskilt for handicaptyper og -grader samt for mennesker uden handicap. 2020. Procent.



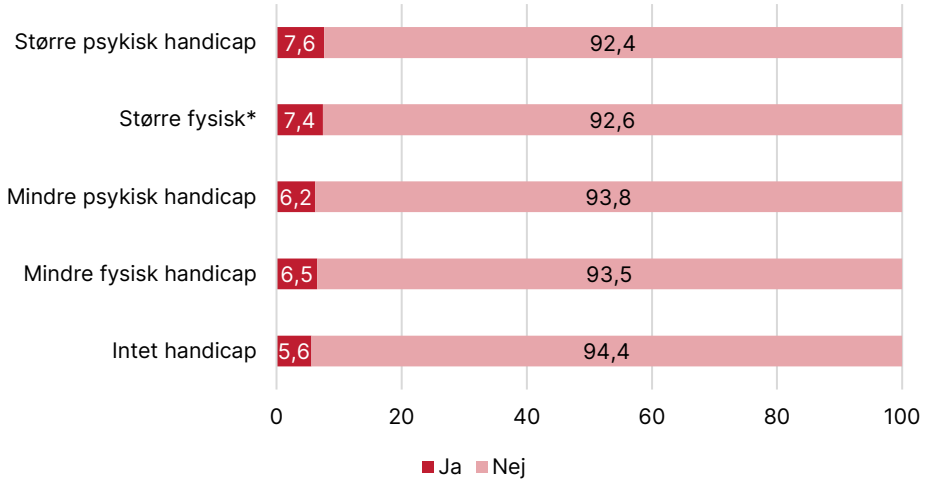
Anm.: N = Intet handicap: 11.089; mindre fysisk handicap: 2.218; mindre psykisk handicap: 621; større fysisk handicap: 889; større psykisk handicap: 218. Fordelingerne af handicapkategorierne er testet enkeltvist i forhold til fordelingen af respondenter uden handicap med Chi2-test. *** p<0,001, ** p<0,01, * p<0,05.

Kilde: SHILD 2020.

4.2.1 Købesex

Når man i mindre grad har en partner og/eller relativt flere respondenter med et handicap ikke har et sexliv på interviewtidspunktet, kunne man forestille sig, at de i højere grad har erfaringer med købesex. Men selv om en lidt større andel af respondenterne med et handicap svarer ja, til om de nogensinde har købt sex (Figur 4.6), er det kun gruppen af respondenter med et større fysisk handicap, hvor signifikant flere svarer ja (godt 7 %) end respondenter uden et handicap (knap 6 %).

Figur 4.6 Respondenter, der har købt sex. Særskilt for handicaptyper og -grader samt for mennesker uden handicap. 2020. Procent.



Anm.: N = Intet handicap: 11.769; mindre fysisk handicap: 3.088; mindre psykisk handicap: 1.040; større fysisk handicap: 1.371; større psykisk handicap: 418. Fordelingerne af handicapkategorierne er testet enkeltvist i forhold til fordelingen af respondenter uden handicap med Chi2-test. *** p<0,001, ** p<0,01, * p<0,05.

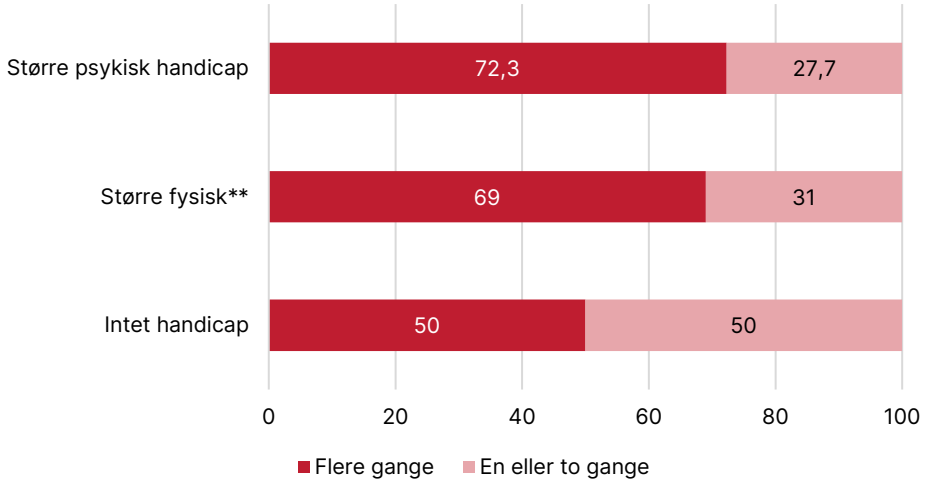
Kilde: SHILD 2020.

Når vi ser på udviklingen i andelen, der har købt sex fra 2016 til 2020, er der heller ingen signifikant udvikling for nogen af grupperne.

Ser vi på, hvor mange gange man har købt sex, forudsat at man har svaret ja til nogensinde at have købt sex (Figur 4.7), er der dog væsentligt flere med et større psykisk[11] (72 %) eller et større fysisk handicap (69 %), der har købt sex mere end to gange end respondenter uden handicap (50 %).

[11] P=0,054, men den manglede signifikans skal ses i sammenhæng med, at der er relativt få med et større psykisk handicap, der har købt sex.

Figur 4.7 Respondenter, der har købt sex, fordelt efter antal gange, de har købt sex. 2020. Procent.



Anm.: N = Intet handicap: 563; større fysisk handicap: 84; større psykisk handicap: 25. Fordelingerne af handicapkategorierne er testet enkeltvist i forhold til fordelingen af respondenter uden handicap med Chi2-test. *** p<0,001, ** p<0,01, * p<0,05. Kun respondenter, der har købt sex, har besvaret spørgsmålet.

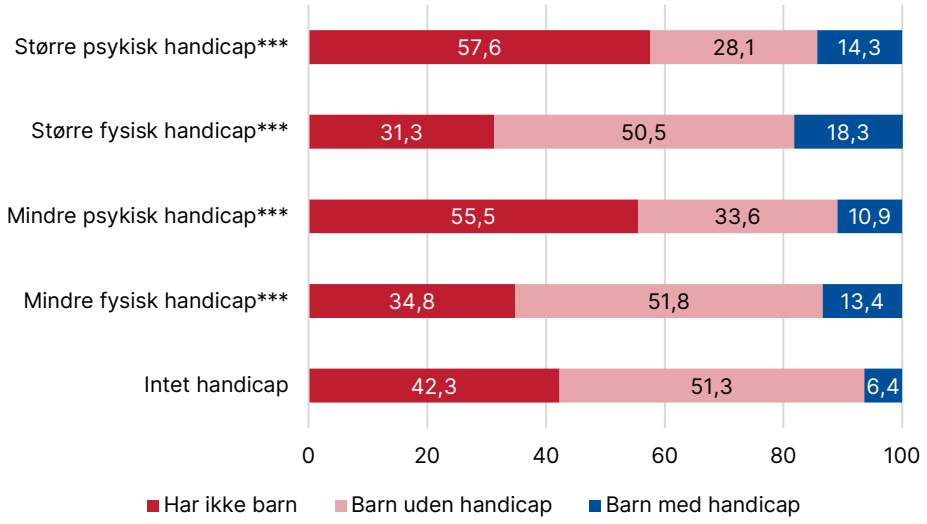
Kilde: SHILD 2020.

4.3 Børn

For en stor del af den voksne befolkning indbefatter et familieliv ikke kun en partner, men også at man har børn sammen. I SHILD bliver respondenterne stillet spørgsmålet: "Har du børn, adoptivbørn eller sammenbragte børn?" Spørgsmålet omfatter også ikke-hjemmeboende børn. Vi anvender således en bred definition af "det at have børn". Svarkategorierne til spørgsmålet var: "har ikke børn", "har barn uden handicap" eller "har barn med handicap".

Vi har allerede vist, at færre respondenter med et handicap er i et parforhold, men når vi samlet ser på handicapgrupperne, er der faktisk 60 %, der har børn, adoptivbørn eller sammenbragte børn, mens det er 58 % af dem uden et handicap, der har børn, adoptivbørn eller sammenbragte børn. Figur 4.8 viser imidlertid, at der er stor forskel inden for handicapgrupperne på, om man har børn, og i så fald, om ens barn også har et handicap. En langt større andel af respondenterne med et større (58 %) eller et mindre psykisk handicap (56 %) har ikke børn sammenlignet med gruppen af respondenter uden handicap (42,3 %). Til gengæld har en større andel af både gruppen med et større (69 %) og et mindre fysisk handicap (65 %) børn, sammenlignet med gruppen af respondenter uden et handicap (58 %). At relativt set flere med fysiske handicap har børn, kan skyldes, at mennesker med fysiske handicap i gennemsnit er ældre end mennesker uden handicap. Blandt alle grupper med et handicap er der relativt set flere, der har børn, der også har et handicap (11-18 %) end blandt gruppen af respondenter uden et handicap (6 %).

Figur 4.8 Respondenter fordelt efter, om de har børn med eller uden handicap. Særskilt for handicaptyper og -grader samt for mennesker uden handicap. 2020. Procent.

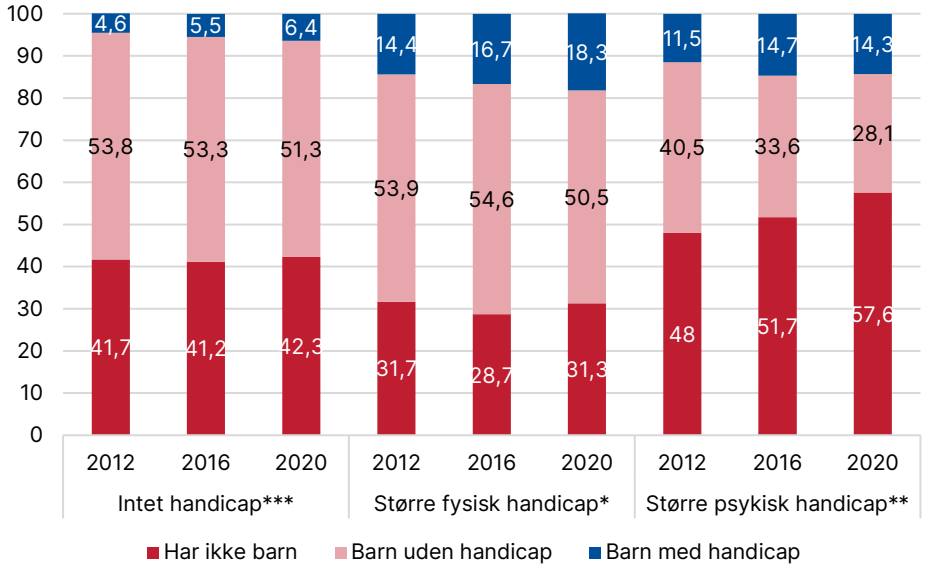


Anm.: N = Intet handicap: 12.374; mindre fysisk handicap: 3.183; mindre psykisk handicap: 1.102; større fysisk handicap: 889; større psykisk handicap: 446. Fordelingerne af handicapkategorierne er testet enkeltvist i forhold til fordelingen af respondenter uden handicap med Chi2-test. *** p<0,001, ** p<0,01, * p<0,05.

Kilde: SHILD 2020.

Relativt set er der flest blandt respondenterne med et større fysisk handicap, som har et barn, der også har et handicap (18 %). Dette kan delvist skyldes, at nogle kroniske sygdomme og handicap er arvelige. Ser vi på udviklingen i andelene af respondenter med intet, eller et større fysisk eller psykisk handicap, der enten ikke har et barn, har et barn uden handicap eller et barn med handicap, peger analyserne i Figur 4.9 på, at der over tid ser ud til at være lidt flere respondenter uden et handicap eller med et større fysisk handicap, der har et barn med et handicap i 2016 og 2020 sammenlignet med 2012 frem for et barn uden et handicap. For disse to grupper ser andelene af respondenter uden børn ud til at være nogenlunde stabile over årene. Stigningen i andelene med børn med handicap over tid for disse to grupper, kan måske delvist forklares med en generel større opmærksomhed og erkendelse af, at børns handicap har stor betydning for deres trivsel og udvikling, hvilket også kan være en del af forklaringen på den stigning, der også ses i den psykiatriske diagnosticering (Jakobsen, 2018).

Figur 4.9 Respondenter fordelt efter, om de har børn med eller uden handicap. Særskilt for handicaptype samt for mennesker uden handicap samt år. 2012, 2016 og 2020. Procent.



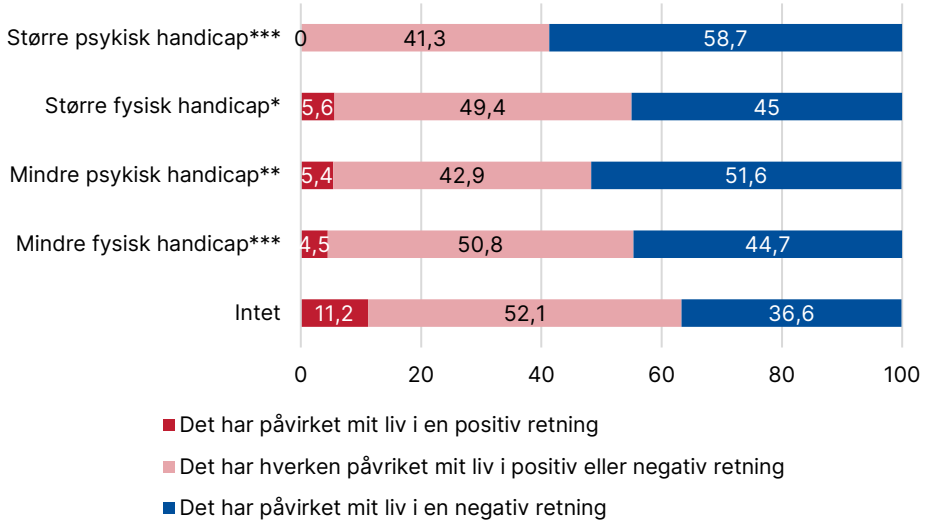
Anm.: N = Intet handicap 2012: 13.393; intet handicap 2016: 14.261; intet handicap 2020: 12.374; større fysisk handicap 2012: 1.482; større fysisk handicap 2016: 1.774; større fysisk handicap 2020: 1.438; større psykisk handicap 2012: 411; større psykisk handicap 2016: 490; større psykisk handicap 2020: 446. Der er testet for forskelle i børnefordelingerne over årene inden for hver handicapkategori. Chi2-test. *** p<0,001, ** p<0,01, * p<0,05.

Kilde: SHILD 2020.

For respondenter med et større psykisk handicap, ser fordelingerne over tid lidt anderledes ud. For denne gruppe ser vi en markant stigning i andelen uden børn fra 2012 (48 %) til 2020 (57,6 %) og et parallelt fald i andelen med børn uden handicap (41 % til 28 %), mens at der alene er en stigning i andelen med børn med handicap fra 2012 (12 %) til 2016 (15%) og derefter en stagnation med 14 % i 2020. Der mest bemærkelsesværdige her er dermed, at færre med et større psykisk handicap over tid overhovedet får børn. Det kan dog delvist forklares med den forskydning, vi ser (i Figur 3.5) henimod at handicappet opstår tidligere, som således betyder, at flere i 2020 end i 2012 har et psykisk handicap, når de er unge.

Vi har endvidere spurgt respondenterne, hvordan det har påvirket deres liv at få et barn med et handicap (Figur 4.10). Her ser vi en klar tendens til, at relativt flere af respondenterne med et fysisk eller psykisk handicap svarer, at det har påvirket deres liv i en negativ retning – især respondenter med større (59 %) eller mindre psykiske handicap (52 %) oplever at blive påvirket negativt. Har man selv et større psykisk handicap, kan det for mange måske være svært også at have overskud nok til et barn med et handicap. Herudover viser analyserne i kapitlerne 5-10, at respondenter med psykisk handicap generelt er mere udsatte både socioøkonomisk og helbredsmæssigt end de andre grupper. Alt andet lige oplever respondenter med et psykisk handicap således i forvejen et pres på flere livsarenaer end de andre respondentgrupper, og derfor kan overskuddet til at rumme og støtte et barn med handicap være mindre for denne gruppe.

Figur 4.10 Respondenter, der har et barn med handicap, fordelt efter hvordan det har påvirket deres liv at få et barn med et handicap eller psykisk lidelse. Særskilt for handicaptyper og -grader samt for mennesker uden handicap. 2020. Procent.



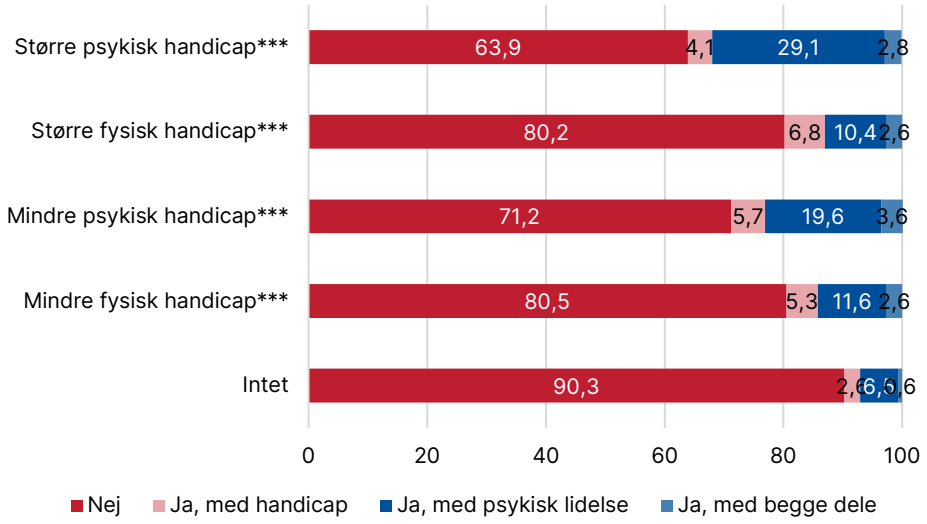
Anm.: N = Intet handicap: 1.055; mindre fysisk handicap: 508; mindre psykisk handicap: 152; større fysisk handicap: 284; større psykisk handicap: 77. Fordelingerne af handicapkategorierne er testet enkeltvist i forhold til fordelingen af respondenter uden handicap med Chi2-test. *** p<0,001, ** p<0,01, * p<0,05.

Kilde: SHILD 2020.

4.4 Søskende og forældre med et handicap

Tidligere undersøgelser har vist, at udsathed, også i form af handicap og psykiske lidelser, forekommer hyppigere inden for familier – både inden for og på tværs af generationer (fx Andersen et al., 2021). Ud over de nævnte påviste sammenhænge mellem respondenternes og deres børns handicap, finder vi også resultater, der peger på sammenhænge inden for samme generation (søskende) og tidligere generationer (forældre). Figur 4.11 viser, at der inden for alle handicapgrupper er signifikant flere respondenter (20-36 %), der svarer, at de har en søskende med handicap eller psykisk lidelse end blandt respondenter uden et handicap (10 %).

Figur 4.11 Respondenter fordelt efter, om de har søskende med handicap eller psykisk lidelse. Særskilt for handicaptype- og grad og mennesker uden handicap. 2020. Procent.



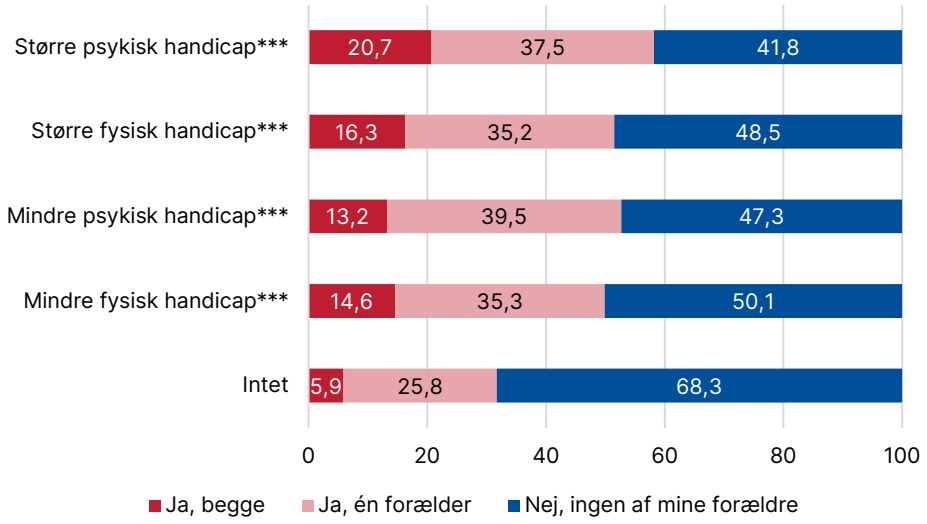
Anm.: N = Intet handicap: 12.366; mindre fysisk handicap: 3.181; mindre psykisk handicap: 1.100; større fysisk handicap: 1.434; større psykisk handicap: 445. Fordelingerne af handicapkategorierne er testet enkeltvist i forhold til fordelingen af respondenter uden handicap med Chi2-test. *** p<0,001, ** p<0,01, * p<0,05.

Kilde: SHILD 2020.

Det er bemærkelsesværdigt, at især respondenterne med et større psykisk handicap i markant større udstrækning også har søskende med et psykisk handicap (29 %). Men også en stor andel af respondenter med et mindre psykisk handicap har søskende med psykiske lidelser (20 %). Disse sammenhænge kan både være udtryk for, at der er arvelighed inden for en række psykiske lidelser, men som vi også har vist, er respondenter med psykiske lidelser også i andre henseender udsatte, så der er givetvist tale om både arv, miljø og et sammenspil mellem disse (Rutter, 2007).

At både fysiske handicap og psykiske lidelser koncentrerer sig inden for familier, genfinder vi også, når vi undersøger respondenternes forældre, og om de også har været ramt af et handicap, et længerevarende helbredsproblem eller en psykisk lidelse i Figur 4.12. Her ser vi, at signifikant færre respondenter blandt handicapgrupperne (42-50 %) har forældre, hvoraf begge er uden handicap, hvilket er tilfældet for 68 % af respondenterne uden handicap.

Figur 4.12 Respondenter fordelt efter, om en eller begge forældre er eller var ramt af et handicap, et længerevarende helbredsproblem eller en psykisk lidelse. 2020. Procent.



Anm.: N = Intet handicap: 12.357; mindre fysisk handicap: 3.179; mindre psykisk handicap: 1.098; større fysisk handicap: 1.436; større psykisk handicap: 445. Fordelingerne af handicapkategorierne er testet enkeltvist i forhold til fordelingen af respondenter uden handicap med Chi2-test. *** p<0,001, ** p<0,01, * p<0,05.

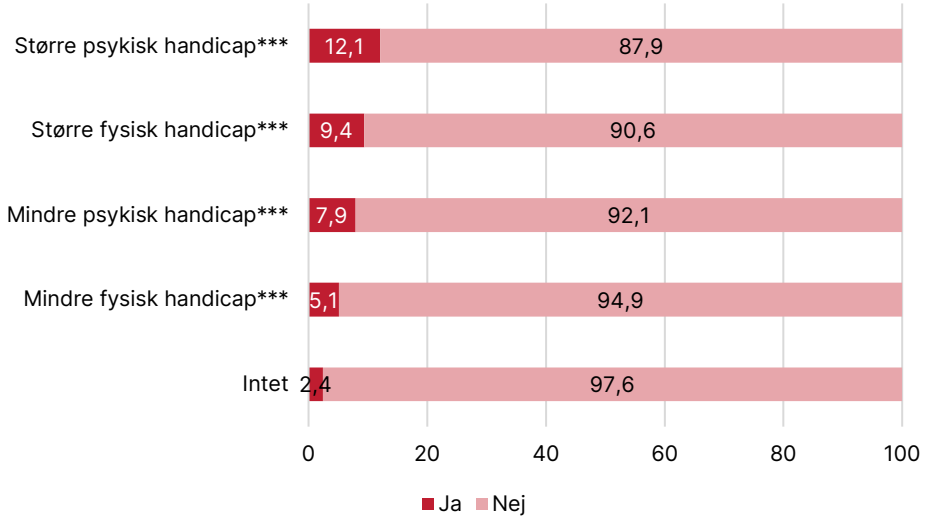
Kilde: SHILD 2020.

4.5 Anbringelse uden for hjemmet under opvæksten

En lang række af studier har vist, at både børns egne og forældres psykiske lidelser, handicap og helbredsproblemer øger sandsynligheden for børns anbringelse uden for hjemmet (fx Egelund & Lausten, 2009; Lausten et al., 2013). Samtidig ved vi, at en anbringelse uden for hjemmet – uanset at den var nødvendig for at sikre barnets trivsel og udvikling – gennemsnitligt alligevel ikke formår at kompensere børnene tilstrækkeligt, så de opnår de samme udviklingsmuligheder i livet som deres ikke-anbragte jævnaldrende (fx Brännström et al., 2017; Kääriälä & Hiilamo, 2017; Olsen et al., 2011). Man kan derfor anskue anbringelse uden for hjemmet som en udsathedsparameter.

I Figur 4.13 ser vi, at signifikant relativt flere fra alle handicapgrupper har været anbragt uden for hjemmet på et eller andet tidspunkt i løbet af deres barndom. Den største andel finder vi blandt respondenter med et større psykisk handicap (12 %), men også en relativ stor andel (9 %) af respondenterne med et større fysisk handicap har været anbragt uden for hjemmet.

Figur 4.13 Respondenter fordelt efter, om de på noget tidspunkt har været anbragt på børnehjem, i aflastning o.l. eller på andre måder har været anbragt uden for hjemmet. Særskilt for handicaptyper og -grader samt for mennesker uden handicap. 2020. Procent.



Anm.: N = Intet handicap: 12.374; mindre fysisk handicap: 3.182; mindre psykisk handicap: 1.103; større fysisk handicap: 1.437; større psykisk handicap: 447. Fordelingerne af handicapkategorierne er testet enkeltvist i forhold til fordelingen af respondenter uden handicap med Chi2-test. *** p<0,001, ** p<0,01, * p<0,05.

Kilde: SHILD 2020.

For nogle kan deres handicap eller psykiske lidelse have været én af anbringelsesårsagerne, men for en del kan det lige så vel være, at andre anbringelsesårsager (fx omsorgssvigt og vanrøgt) samtidig kan have bidraget til respondentens fysiske eller psykiske handicap. Vi kan således ikke sige så meget om årsagsvirkingsrelationen mellem handicap og anbringelse i barndommen, men blot konstatere, at handicap og anbringelse optræder sammen, og at dette for en del af respondenterne er en yderligere udsathedsfaktor i deres liv.

Når vi i en regression også kontrollerer for andre forhold, har alle handicapgrupper fortsat signifikant en oversandsynlighed for at have været anbragt uden for hjemmet. For alle grupper, uanset om man har et handicap eller ej, var der en lidt større sandsynlighed for anbringelse blandt respondenterne i 2016 sammenlignet med 2020.

5 Uddannelse

Uddannelse kan bidrage til udvikling og trivsel på et personligt niveau, men er også afgørende for det moderne velfærdssamfunds udvikling. For både mennesker med og uden handicap øger uddannelsesniveauet mulighederne for beskæftigelse, men for mennesker med handicap har uddannelse vist sig at være særligt afgørende (Larsen & Larsen, 2017). Lige adgang til uddannelse for mennesker med handicap og tilgængelige uddannelsesfaciliteter indgår i FN's verdensmål 4 (Danske handicaporganisationer, 2021). Uddannelse må således både globalt, nationalt og individuelt være en højt prioriteret faktor. Forskning viser imidlertid, at børn og unge med handicap klarer sig dårligere i grundskolen end børn uden handicap (Mortensen et al., 2020). De har fx lavere karaktergennemsnit, større fravær og en mindre andel går videre til en ungdomsuddannelse (ibid.).

Mennesker med handicap kan have behov for kompenserende ordninger og støtte i forbindelse med at gennemføre en uddannelse. I Danmark er der mulighed for at få opfyldt en række praktiske og pædagogiske betingelser for så vidt muligt at sikre lige muligheder for uddannelse (fx SPS-ordningen og SU-handicaptillæg[12]). På trods af disse støttemuligheder viser forskning, at andelen af voksne, der har en kompetencegivende uddannelse, er væsentligt mindre blandt mennesker med handicap end blandt mennesker uden handicap (selv om handicappet ikke nødvendigvis var opstået, da uddannelsen blev gennemført) (Amilon et al., 2017; Larsen et al., 2020; Rubio-Valverde et al., 2019).

Dette kapitel sætter fokus på uddannelsesfrekvens og -niveau blandt mennesker med handicap sammenlignet med mennesker uden handicap i 2020. Vi undersøger også, så langt som muligt, udviklingen siden undersøgelserne i 2012 og 2016.

Hovedresultaterne er:

- I 2020 er der færre respondenter i alderen 30-64 år med et handicap, der har færdiggjort en lang videregående uddannelse, når vi sammenligner med respondenter uden et handicap, mens at der er markant flere med et handicap, der har grundskole/realeksamen som deres højeste fuldførte uddannelse, sammenlignet med respondenter uden et handicap.
- Fra 2012 til 2020 er der et fald i andelen af 30-40-årige med et større psykisk handicap, der har en kompetencegivende uddannelse. I 2020 har alle handicapgrupper, undtagen respondenter med et mindre fysisk handicap, i mindre grad en kompetencegivende uddannelse i alderen 30-40 år end jævnaldrende uden handicap.
- For de helt unge i alderen 18-25 år ser vi en stigende tendens over tid i forhold til at gennemføre en gymnasial uddannelse, hvor især langt flere i gruppen med et mindre psykisk handicap opnår en gymnasial uddannelse i 2020 end i 2016 og 2012. I 2020 ser vi dog, at respondenter med et større fysisk eller psykisk handicap fortsat i mindre grad får en gymnasial uddannelse, sammenlignet med respondenter uden et handicap.

[12] Muligheden for at få et handicaptillæg ved siden af den almindelige SU blev udvidet til også at gælde for elever med psykisk eller fysisk handicap på erhvervsuddannelser i 2019. Tidligere blev handicaptillæg kun givet til studerende på de videregående uddannelser (Regeringen, 2019). Det er dog stadig ikke muligt at få et handicaptillæg på gymnasiale uddannelser.

- I samme periode fra 2012-2020 ser vi en faldende tendens i forhold til, hvor mange der er faglærte blandt alle respondentgrupper af 16-25-årige. Tallene peger således på en forskydning i valg af ungdomsuddannelse over tid fra erhvervsuddannelserne til de gymnasiale uddannelser – en tendens, der også ser ud til at gøre sig gældende for respondenter med et handicap.
- En større andel blandt de 16-25-årige respondenter med et handicap er faglærte (45 %) sammenlignet med respondenterne uden et handicap (35,5 %) i 2020.
- Flere respondenter i handicapgrupperne har modtaget specialundervisning i løbet af deres skolegang. Der er ingen forskel på, hvor mange der i 2020 og i 2016 har svaret, at de har modtaget specialundervisning.
- Mennesker med et handicap er generelt oftere droppet ud af en uddannelse end mennesker uden et handicap. I særdeleshed mennesker med psykiske handicap ser ud til oftere at være droppet ud ikke kun én gang, men to eller flere gange.
- Langt flere blandt respondenterne med et handicap svarer, at deres sygdom eller handicap var årsagen til, at de droppede ud, eller at stress, depression eller lignende gjorde udslaget. Vi ser også væsentligt flere mennesker med et større fysisk hhv. psykisk handicap, der svarer, at de ikke havde de nødvendige hjælpemidler eller materialer/uddannelsen tog for lidt hensyn til sygdom og handicap.
- Relativt flere blandt handicapgrupperne har modtaget specialundervisning i løbet af deres skolegang. Særligt respondenter med et større psykisk handicap har modtaget specialundervisning.

5.1 Uddannelsesfrekvens og niveau

Vi har spurgt respondenterne, hvad der er deres højeste fuldførte uddannelse. I Tabel 5.1 fremgår resultaterne for hhv. mennesker med handicap som samlet gruppe og mennesker uden handicap, der er 30 år og derover. De yngste respondenter (18-29 år) vil ofte være i gang med en uddannelse, og mange vil således endnu ikke have afsluttet den – derfor har vi valgt at sætte en nedre aldersgrænse på 30 år for analyserne af højeste fuldførte uddannelse. Med dette alderskriterie ser vi i Tabel 5.1, at der er en markant forskel på uddannelsesniveauet blandt respondenter med og uden handicap. Det mest bemærkelsesværdige er, at relativt færre respondenter med et handicap (11,4 %) har en lang videregående uddannelse end respondenter uden et handicap, mens der er markant flere med et handicap (20,1 %), der har grundskole/realeksamen sammenlignet med respondenter uden et handicap (9,4). Dette resultat kan skyldes, at det alt andet lige er sværere for mennesker med et handicap at gennemføre en uddannelse, men også at personer med en lav uddannelse i højere grad har erhvervet et handicap.

Tabel 5.1 Respondenter i alderen 30-64 år fordelt efter højeste fuldførte uddannelse. Særskilt for handicap status. 2020. Procent.

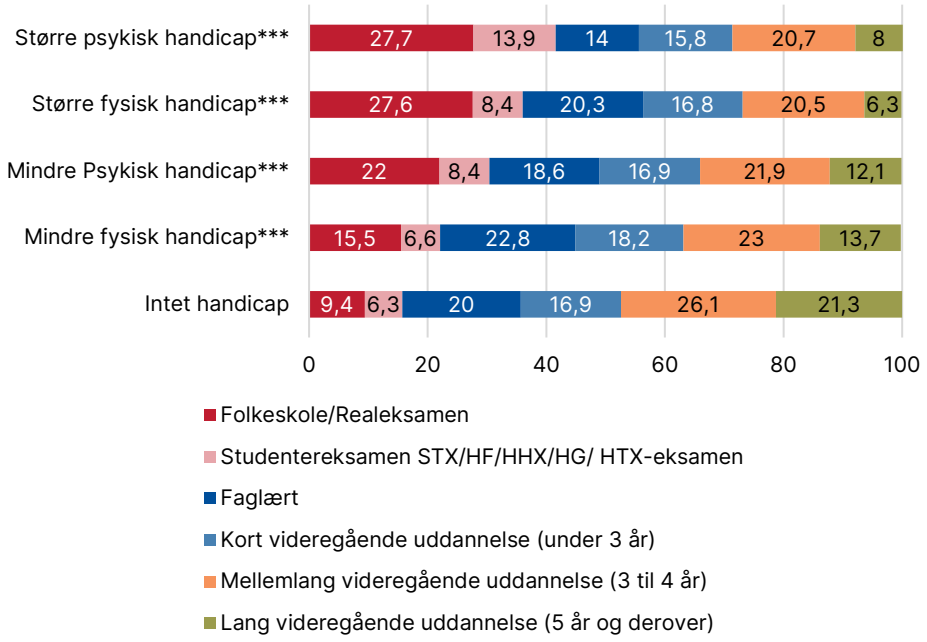
	Intet	Handicap***
Grundskole/Realeksamen	9,4	20,1
Studentereksamen STX/HF/HHX/HG/ HTX-eksamen	6,3	7,7
Faglært	20	21,1
Kort videregående uddannelse (under 3 år)	16,9	17,1
Mellemlang videregående uddannelse (3 til 4 år)	26,1	22,6
Lang videregående uddannelse (5 år og derover)	21,3	11,4
Total	100	100

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

Kilde: SHILD 2020.

Ser vi nærmere på de enkelte handicapgrupper, viser Figur 5.1, at fordelingerne i uddannelsesniveau for alle handicapgrupper også enkeltvist er signifikant forskellige fra fordelingen for respondenter uden et handicap. I særdeleshed blandt respondenter med større psykisk (27,7 %) eller større fysisk handicap (27,6 %) er andelene, der ikke har en uddannelse ud over grundskolen markant forskellig fra tilsvarende andele for respondenter uden et handicap (9,4 %). For samme grupper ser vi også, at andelene, der får en lang videregående uddannelse også er mere end halvt så stor (6,3-8 %), sammenlignet med respondenterne uden et handicap (21,3 %).

Figur 5.1 Respondenter i alderen 30-64 år fordelt efter højeste fuldførte uddannelse. Særskilt for handicaptyper og -grader i 2020. Procent.



Anm.: N = Intet handicap: 9.952; mindre fysisk handicap: 2.824; mindre psykisk handicap: 798; større fysisk handicap: 1.346; større psykisk handicap: 333. Fordelingerne af handicapkategorierne er testet enkeltvist i forhold til fordelingen af respondenter uden handicap med Chi2-test. *** p<0,001, ** p<0,01, * p<0,05.

Kilde: SHILD 2020.

5.2 Udvikling i uddannelse

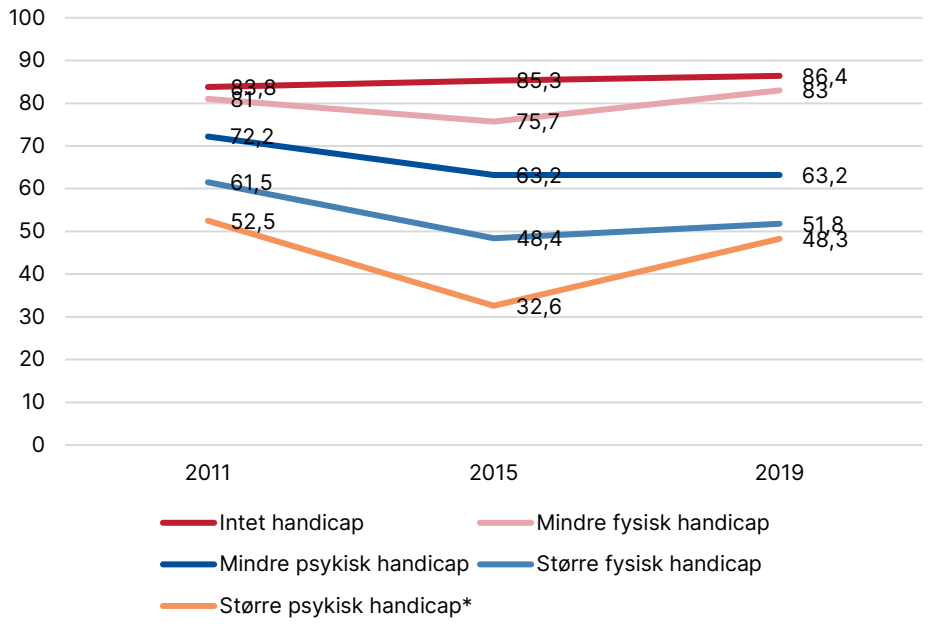
Når vi videre undersøger, om der er sket ændringer i handicapgruppernes uddannelsesniveau over tid fra 2012-2016-2020, anvender vi i første omgang registerdata fra Danmarks Statistik i stedet for respondenternes egne besvarelser. I registrene er der oplysninger om personers højeste fuldførte uddannelse for hvert år, og i vores analyser fokuserer vi på, om en person har fået en kompetencegivende uddannelse (dvs. en erhvervsuddannelse, en kort, mellemlang eller lang videregående uddannelse), hvilket giver en indikation på beskæftigelsespotentialet. I analyserne tager vi udgangspunkt i respondenterne fra spørgeskemaundersøgelsen og deres deltagelse i 2012, 2016 og/eller 2020. Vi analyserer udelukkende mennesker i alderen 30-40 år, da vi er interesseret i, om der sker ændringer over tid for de yngre respondenter, der kan antages, at have afsluttet deres uddannelsesforløb. Fokusset på de yngre respondenter bunder i, at de nyligst har været gennem uddannelsessystemet, og at vi således gennem disse analyser kan få en indikation på, hvorvidt uddannelsessystemet over tid ser ud til at blive bedre/dårligere til at inkludere mennesker med et handicap og derigennem også påvirke deres muligheder på arbejdsmarkedet.[13]

Figur 5.2 viser, hvor stor en andel af respondenterne, der har opnået en kompetencegivende uddannelse i hhv. 2011, 2015 og 2019. Grunden til, at vi ser på deres registeroplysninger året før, de besvarer spørgeskemaet, er, at vi kun har oplysninger om uddannelse i registrene til og med 2019. Derfor har vi valgt bagudrettet at arbejde med lige lange tidsintervaller.

Resultaterne i Figur 5.2 peger på, at der for tre af handicapgrupperne over tid har været et fald i andelen af personer, der som 30-40-årige har en kompetencegivende uddannelse, mens gruppen med et mindre fysisk handicap ser ud til at stige en smule, hvor forskellen fra 2015 til 2019 er statistisk signifikant. Imidlertid er det kun udviklingen for mennesker med større psykisk handicap, der er statistisk signifikant, når vi sammenligner fordelingen over hele perioden. Den meget lave andel af 30-40-årige, der i 2015 ikke har en kompetencegivende uddannelse, har vi ikke umiddelbart en god forklaring på, men det ser generelt ud som om, at der for alle grupper – undtagen respondenterne uden handicap – er et fald fra 2011-2015, hvorefter der sker en stigning igen fra 2015-2019 undtagen for respondenter med et mindre psykisk handicap. Det lavere niveau af respondenter med en kompetencegivende uddannelse i 2015 har vi ikke umiddelbart en oplagt forklaring på.

[13] Derudover kan ændringer i handicapgruppernes sammensætning samt sammensætningen i gruppen uden handicap, også påvirke uddannelsesniveauet.

Figur 5.2 Respondenter i alderen 30-40 år, der har en kompetencegivende uddannelse. Særskilt for handicaptyper og -grader samt for mennesker uden handicap. 2011, 2015 og 2019. Procent.



Anm.: N = Intet handicap 2012: 2.506; intet handicap 2016: 2.506; intet handicap 2020: 1.924; mindre fysisk handicap 2012: 503; mindre fysisk handicap 2016: 511; mindre fysisk handicap 2020: 336; mindre psykisk handicap 2012: 197; mindre psykisk handicap 2016: 201; mindre psykisk handicap 2020: 186; større fysisk handicap 2012: 170; større fysisk handicap 2016: 229; større fysisk handicap 2020:123; større psykisk handicap 2012: 73; større psykisk handicap 2016: 112; større psykisk handicap 2020: 79. Fordelingerne af handicapkategorierne er testet enkeltvist over tid inden for egen kategori med Chi2-test. *** p<0,001, ** p<0,01, * p<0,05.

Kilde: Registerdata og SHILD 2020.

Ser vi alene på 2020, og sammenligner vi andelen med en kompetencegivende uddannelse for respondenter uden et handicap (86 %) enkeltvis med hver handicapgruppe, er der signifikant forskel med undtagelse af andelen for respondenter med et mindre fysisk handicap (83 %). Det vil sige, at markant færre i de andre handicapgrupper i alderen 30-40 år har en kompetencegivende uddannelse sammenlignet med respondenter med et handicap i 2020.

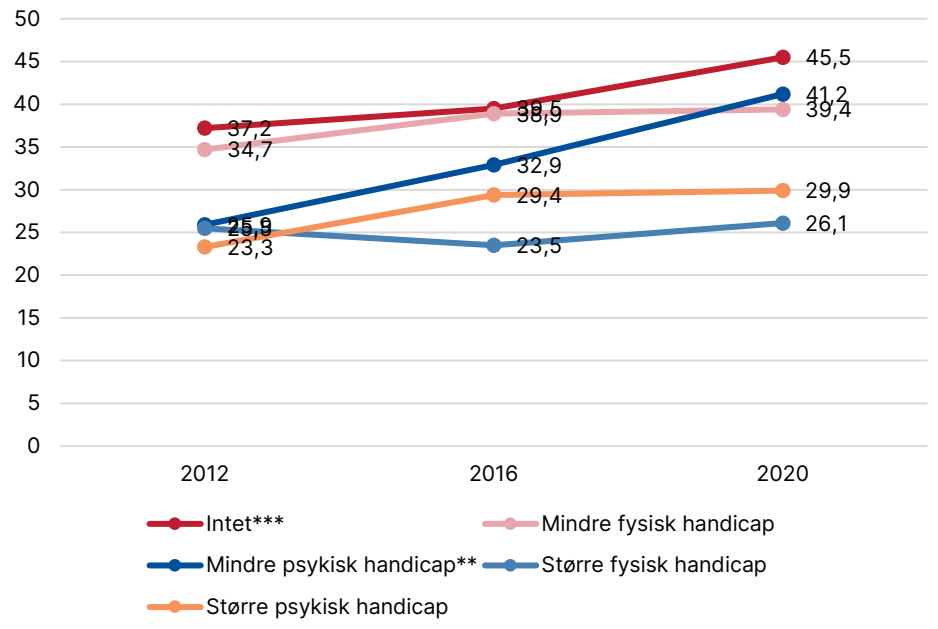
Når vi sammenligner uddannelsesniveau for mennesker hhv. med og uden handicap, er det vigtigt at erindre, at mennesker med handicap kan have behov for længere tid til at starte på eller gennemføre en uddannelse. Baggrunden for dette kan være forhold direkte knyttet til en konkret funktionsnedsættelse, fx at mennesker med handicap kan have mindre energi, magte mindre ad gangen og have øget grad af udtrætning samt perioder med indlæggelser og operationer, hvilket alt sammen kan give et behov for mere tid til at starte på og gennemføre en uddannelse. Resultaterne i Figur 5.2 kan endvidere også være knyttet til ydre omstændigheder, fx behovet for kompenserende tiltag og dertil ventetider på konkret støtte, eller at den praktiske støtte tager tid at koordinere og gennemføre. Der kan fx opstå udfordringer i forbindelse med at få rettidig sekretærbistand, tolkehjælp (fx blandt døve) eller adgang til tekniske hjælpemidler (Bech Larsen et al., 2014; Bengtsson et al., 2010). Det kan desuden tage tid for den enkelte at tilegne sig kendskab til kompenserende tiltag og dertil undersøge de konkrete muligheder, og

hvilke foranstaltninger der eventuelt yderligere kan være behov for. For eksempel at undersøge, hvad selve uddannelsesstedet tilbyder – om der fx er niveaufri adgang til lokalerne, hvordan intranettet fungerer (er det fx "oplæservenligt", hvis man eksempelvis er synshandicappet), om undervisningsmaterialet findes i en for den enkelte tilgængelig form, mv. Andre undersøgelser (Bech Larsen et al., 2014) viser fx, at det kan være en udfordring at nå at undersøge og søge om mulighederne, også set i det perspektiv, at beskeden omkring optag på uddannelsessteder kommer så relativt sent. Ovenstående udfordringer – og eventuelle yderligere udfordringer – kan være med til at forsinke en studiestart eller i værste fald forhindre den. Ligesom i rapporten fra 2016 ser vi dog i afsnit 5.3 nedenfor, at nogle af forskellene mellem uddannelsesfrekvens og niveau for mennesker hhv. med og uden handicap måske især kan tilskrives forhold direkte tilknyttet en funktionsnedsættelse.

Et vigtigt afsæt for at kunne komme videre i uddannelsessystemet er for mange at gennemføre en gymnasial uddannelse som STX, HHX, HTX, HG og HF eller en erhvervsuddannelse. Vi har derfor også været interesseret i at undersøge udviklingen for de helt unges gennemførsel af disse to uddannelsestyper. Bemærk, at afgræsningen til de 16-25-årige medfører, at vi for nogle grupper har et lille procentgrundlag, hvilket gør, at analyserne over tid bliver mere sensitive over for udsving.

Når vi anvender de 16-25-åriges egen svar fra 2012, 2016 og 2020 om færdiggørelse af en gymnasial uddannelse, tegner der sig en generel opadgående trend for stort set alle grupper.

Figur 5.3 Respondenter i alderen 16-25 år, der har færdiggjort en gymnasial uddannelse (STX, HHX, HTX, HG og HF). 2012, 2016 og 2020. Procent.



Anm.: N = Intet handicap 2012: 2.528; intet handicap 2016: 2.520; intet handicap 2020: 1.740; mindre fysisk handicap 2012: 357; mindre fysisk handicap 2016: 326; mindre fysisk handicap 2020: 249; mindre psykisk handicap 2012: 179; mindre psykisk handicap 2016: 207; mindre psykisk handicap 2020: 210; større fysisk handicap: 170; større fysisk handicap 2012: 88; større fysisk handicap 2016: 89; større fysisk handicap 2020: 56; større psykisk handicap 2012: 54 større psykisk handicap 2016: 71 større psykisk handicap 2020: 81. Fordelingerne af handicapkategorierne er testet enkeltvist over tid. Chi2-test. *** p<0,001, ** p<0,01, * p<0,05.

Kilde: SHILD 2020.

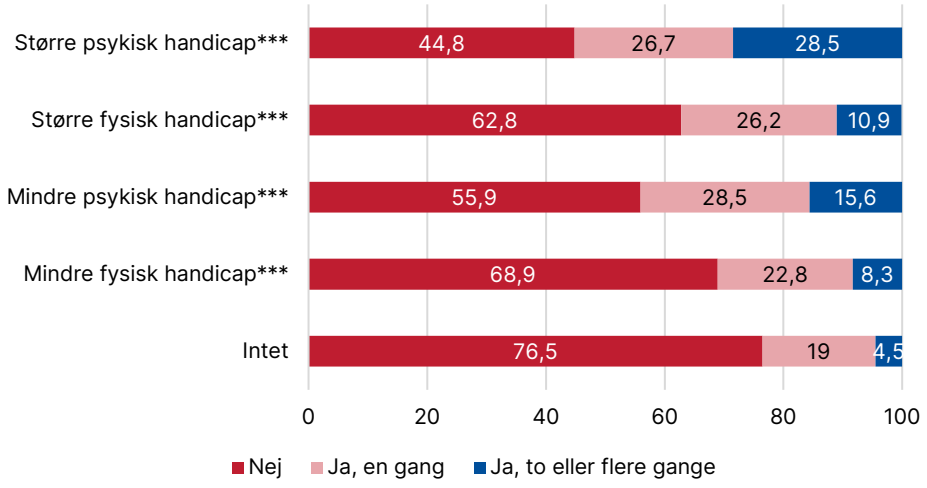
For alle respondentgrupper er der en større andel, der har gennemført en gymnasial uddannelse i 2020 end i 2012. Den største stigning i procentpoint ser vi blandt respondenter med mindre psykisk handicap, hvor kun 23 % havde gennemført en gymnasial uddannelse i 2012, mens hele 41 % i 2020 svarer, at de har gennemført en gymnasial uddannelse. Ser vi alene på andelene for 2020, er det respondenter med et større fysisk (26 %) og større psykisk handicap (30 %), der har signifikant lavere andele af respondenter, der gennemfører en gymnasial uddannelse sammenlignet med respondenter uden et handicap (46 %).

I samme periode fra 2012-2020 ser vi omvendt en faldende tendens i forhold til, hvor mange der er faglærte blandt alle respondentgrupper af 16-25-årige. I 2012 svarede 49 % af de 16-25-årige respondenter uden et handicap, at de var faglærte, mens den tilsvarende andel var 36 % i 2020. For respondenter med et handicap er de tilsvarende andele 56 % i 2012 og 45 % i 2020. Tallene peger således på en forskydning i valg af ungdomsuddannelse over tid fra erhvervsuddannelserne til de gymnasiale uddannelser – en tendens, der også ser ud til at gøre sig gældende for respondenter med et handicap. Forskellen mellem andelen af faglærte blandt respondenter med og uden handicap er statistisk signifikant, hvor respondenter med et handicap oftere er faglærte end respondenter uden et handicap.

5.3 Frafald fra uddannelse

Vores resultater i de foregående afsnit har allerede vist, at mennesker med handicap gennemsnitligt har sværere ved at gennemføre en uddannelse end mennesker uden handicap. Denne konklusion går igen, når vi i Figur 5.4 også ser på respondenterne fordelt efter deres svar på spørgsmålet: "Er du på noget tidspunkt droppet ud af en uddannelse, som du var påbegyndt?"

Figur 5.4 Respondenter fordelt efter, hvor mange gange de er droppet ud af en uddannelse. 2020. Procent.



Anm.: N = Intet handicap: 12.367; mindre fysisk handicap: 3.183; mindre psykisk handicap: 1.103; større fysisk handicap: 1.438; større psykisk handicap: 445. Fordelingerne af handicapkategorierne er testet enkeltvist i forhold til fordelingen af respondenter uden handicap med Chi2-test. *** p<0,001, ** p<0,01, * p<0,05.

Kilde: SHILD 2020.

Besvarelserne fra 2020 viser, at mennesker med et handicap generelt oftere er droppet ud af en uddannelse end mennesker uden et handicap. I særdeleshed mennesker med psykiske handicap ser ud til oftere at være droppet ud ikke kun én gang, men to eller flere gange. 28,5 % af respondenterne med større psykisk handicap er droppet ud af en uddannelse to eller flere gange, og 15,6 % af respondenterne med mindre psykisk handicap er droppet ud af en uddannelse to eller flere gange. Til sammenligning har kun 4,5 % af respondenter uden et handicap svaret, at de er droppet ud af en uddannelse to eller flere gange.

Når vi videre spørger til, hvorfor respondenterne droppede ud af deres uddannelse (Tabel 5.2), ser vi også, at der er stor forskel på begrundelser fra respondenterne med et handicap og begrundelser fra respondenterne uden et handicap.

Tabel 5.2 Respondenter fordelt efter årsager til, at de er droppet ud af en påbegyndt uddannelse. Særskilt for handicaptyper og -grader samt for mennesker uden handicap. 2020. Procent.

	Intet handicap	Mindre fysisk handicap***	Mindre psykisk handicap ***	Større fysisk handicap***	Større psykisk handicap ***
Jeg fik mulighed for at gå over på en uddannelse, jeg foretrak	20,1	14,5	7,2	10,1	2,7
Uddannelsen var ikke noget for mig	49,3	39,1	25,3	24,1	15
Jeg passede ikke ind i det sociale miljø	6,2	6,4	6,6	7,6	6,6
Jeg kunne ikke leve op til de faglige krav	7,4	9	8,2	8,4	3,8
Jeg kunne ikke få praktikplads	5,3	5,6	6,5	6,1	2,8
Nødvendige hjælpemidler og materialer manglede eller kom for sent/uddannelsen tog for lidt hensyn til sygdom og handicap	1,2	2,6	1,8	5,9	6,3
Stress, depression og lignende	8,6	14,1	34,3	15,5	40,8
Sygdom eller handicap gjorde det for svært at gennemføre	1,8	8,6	10,1	22,3	22,1

Anm.: N = Intet handicap: 2.569; mindre fysisk handicap: 857; mindre psykisk handicap: 436; større fysisk handicap: 450; større psykisk handicap: 228. Fordelingerne af handicapkategorierne er testet enkeltvist i forhold til fordelingen af respondenter uden handicap med Chi2-test. *** p<0,001, ** p<0,01, * p<0,05.

Kilde: SHILD 2020.

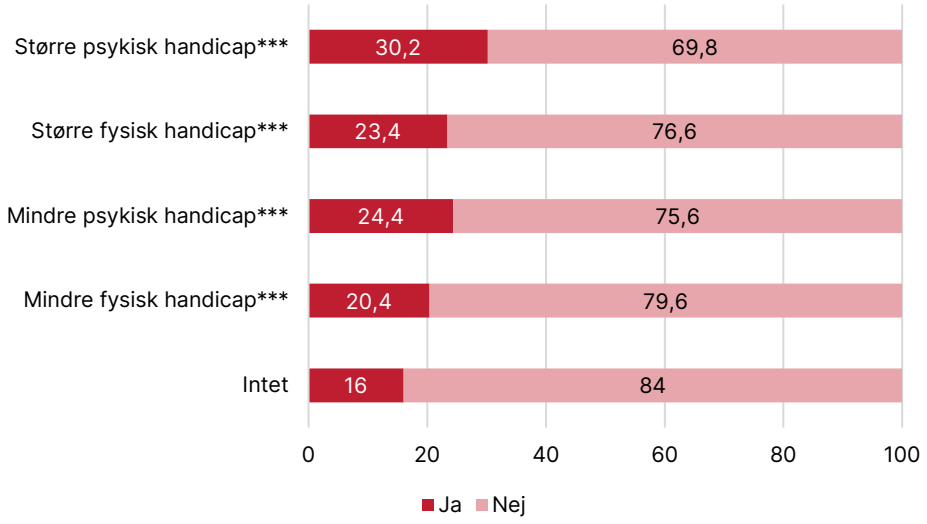
Langt flere blandt respondenterne med et handicap svarer, at deres sygdom eller handicap gjorde det svært at gennemføre uddannelsen, eller stress, depression eller lignende gjorde udslaget. For mennesker med et større fysisk eller psykisk handicap ser vi også væsentligt flere, der svarer, at de ikke havde de nødvendige hjælpemidler eller materialer/uddannelsen tog for lidt hensyn til sygdom og handicap. Disse resultater peger således på, at problemer med at gennemføre en uddannelse i et vist omfang kan tilskrives forhold direkte tilknyttet en funktionsnedsættelse.

5.4 Specialundervisning

På baggrund af spørgsmålet: "Har du nogensinde modtaget specialundervisning i din skoletid?", undersøger vi i Figur 5.5 respondenternes deltagelse i specialundervisning.

Det fremgår af figuren, at relativt flere blandt handicapgrupperne har modtaget specialundervisning i løbet af deres skolegang. Særligt respondenter med større psykisk handicap har modtaget specialundervisning (30 %), mens det kun er omkring halvt så mange blandt respondenter uden handicap (16 %).

Figur 5.5 Respondenter fordelt efter, om de har modtaget specialundervisning. Særskilt for handicaptype og -grad og for mennesker uden handicap. 2020. Procent.



Anm.: N = Intet handicap: 12.364; mindre fysisk handicap: 3.181; mindre psykisk handicap: 1.101; større fysisk handicap: 1.440; større psykisk handicap: 447. Fordelingerne af handicapkategorierne er testet enkeltvist i forhold til fordelingen af respondenter uden handicap med Chi2-test. *** p<0,001, ** p<0,01, * p<0,05.

Kilde: SHILD 2020.

Det er ikke overraskende, at respondenter med handicap i højere grad har haft brug for specialundervisning, da det netop er børn, hvis udvikling kræver særlig hensyntagen eller støtte, som specialundervisningen er målrettet. Når vi ser på, om der er ændringer i respondenternes svar fra 2016 til 2020 i forhold til specialundervisning, er der ingen forskelle. Andelene af respondenter, der i 2016 svarede, at de havde modtaget specialundervisning i deres skoletid, er stort set identiske med de tilsvarende andele i 2020. Det vil sige, at der ikke er noget, der tyder på forskydninger i specialundervisningstilbud til mennesker med handicap inden for denne relativt korte periode.

6 Beskæftigelse og indkomst

Dette kapitel undersøger beskæftigelse og indkomst blandt mennesker med handicap sammenlignet med mennesker uden handicap. De steder, hvor det er muligt, ser vi på udviklingen siden vores tilsvarende undersøgelser fra 2012 og 2016.

I forhold til livskvalitet og samfundsdeltagelse står tilknytningen til arbejdsmarkedet helt centralt, og at være en del af beskæftigelseslivet bidrager til den enkeltes levestandard og livsudfoldelse (Kober & Eggleton, 2005). På samfundsplan er en høj arbejdsmarkedsdeltagelse velfærdssamfundets økonomiske grundlag. Undersøgelser viser imidlertid, at mennesker med handicap i lavere grad end mennesker uden handicap er i beskæftigelse (Amilon et al., 2021b; Larsen et al., 2020). Dette fremgår også af analyser på 2016-bølgen af SHILD: beskæftigelsesfrekvensen er markant lavere blandt mennesker med handicap end blandt mennesker uden handicap (Amilon et al., 2017). Der er imidlertid blevet gennemført en række politiske tiltag for at øge beskæftigelsen blandt mennesker med handicap, siden 2016-bølgen blev gennemført. For eksempel blev der med satspuljeaftalen for 2017 afsat 38,8 mio. kr. for perioden 2017-2020 til at få flere mennesker med handicap i arbejde, herunder til at nedbryde barrierer og skabe bedre muligheder for mennesker med handicap på arbejdsmarkedet (Beskæftigelsesministeriet, 2016). Det er derfor interessant at undersøge, om der er sket en forbedring i beskæftigelsessituationen for mennesker med handicap siden 2016.

Det skal dog understreges, at rapporten ikke kan ses som en effektmåling eller evaluering af de initiativer, der er igangsat på baggrund af 2017-satspuljen. Parallelt med at initiativer er blevet foretaget for at styrke beskæftigelsen blandt mennesker med handicap, er der nemlig sket en række andre ændringer, som også kan have påvirket beskæftigelsen blandt mennesker med handicap. Dataindsamlingen til denne rapport blev foretaget i perioden september-november 2020. Selv om Danmark ikke var nedlukket i denne periode, havde coronapandemien indflydelse på danskernes beskæftigelse. For eksempel blev befolkningen opfordret til at arbejde hjemme, så vidt det var muligt i perioden (Tænketanken Europa, 2021), og virksomheder havde mulighed for at modtage hjælpepakker for at undgå fyringer (Erhvervsministeriet, 2021). Derudover blev dagpenge- og sygedagpengeperioden forlænget (Beskæftigelsesministeriet, 2020), hvilket kan have haft konsekvenser for fx. antallet af kontanthjælpsmodtagere. Desuden mindskede arbejdsløsheden gradvis i den periode, vi studerer, fra 4,5 % i 2012 til 3 % i 2019. I 2020 steg arbejdsløsheden imidlertid til 4,2 % (sandsynligvis pga. Coronasituationen) (Statistics Denmark, 2021). Denne generelle konjunkturudvikling kan også forventes at have haft betydning for beskæftigelsen blandt mennesker med handicap. Kapitlets resultater skal derfor ses i lyset af samtlige af disse ændringer og faktorer på et mere aggregeret samfundsmæssigt niveau, der kan have påvirket beskæftigelsen blandt mennesker med og uden handicap på forskellig vis.

Hovedresultaterne er:

- I 2020 var 28 % og 17 % af borgerne med større hhv. fysisk og psykisk handicap i ordinær beskæftigelse. Yderligere hhv. 16 % og 12 % var i støttet beskæftigelse

(dvs. fleksjob, beskyttet beskæftigelse, skånejob for førtidspensionister eller bijob). Blandt mennesker uden handicap var i alt knap 73 % i støttet (1 %) eller ordinær beskæftigelse (72 %).

- Andelene af beskæftigede blandt mennesker med større fysisk og større psykisk handicap er vokset markant i perioden 2012-2020, primært fordi stigende andele af borgerne i disse grupper er kommet i fleksjob. Samtidigt er andelen af mennesker med handicap, der modtager førtidspension, faldet signifikant.
- Parallelt med at stigende andele af mennesker med handicap er kommet i beskæftigelse, er den gennemsnitlige arbejdstid faldet (fra hhv. 32 til 27 og fra 33 til 25 timer pr. uge for mennesker med hhv. større fysisk og større psykisk handicap). Arbejdstiden blandt mennesker uden handicap har været konstant på omtrent 38 timer pr. uge i hele perioden. Faldet i arbejdstid blandt mennesker med handicap skyldes sandsynligvis, at de i stigende grad er kommet i støttet beskæftigelse, hvor arbejdstiden ofte er reduceret.
- På trods af faldet i gennemsnitlig arbejdstid finder vi ingen tegn på en stigning i andelen af mennesker med handicap, der ønsker at få flere ugentlige arbejdstimer. Tværtimod er denne andel faldet (blandt mennesker med større psykisk handicap) eller været konstant over tid (blandt mennesker med større fysisk handicap samt blandt mennesker uden handicap). Stigende andele af mennesker med handicap er dermed tilfredse med den ofte reducerede arbejdstid.
- Selv om beskæftigelsen er steget blandt mennesker med handicap, er sygefraværet faldet. For mennesker med større fysisk handicap er det gennemsnitlige antal af sygedage inden for det sidste år faldet fra 17 til 15 dage. For mennesker med større psykisk handicap er faldet endnu større, fra 21 til 11 dage.
- For 30 % og 34 % blandt mennesker med større hhv. psykisk og fysisk handicap er der blevet foretaget tilpasninger på arbejdspladsen pga. helbredsproblem eller handicap. Tilpasninger af arbejdstiden er den hyppigst forekommende tilpasning.
- Omtrent en tredjedel af respondenter med større psykisk handicap (32 %) og knap en fjerdedel blandt respondenter med større fysisk handicap (22 %), var blevet fyret i løbet af de sidste 4 år i 2020. Blandt mennesker uden handicap drejer det sig om ca. hver tiende (11 %). Andelene, der er blevet fyret, er faldet i perioden 2012-2020 i alle tre grupper (dette fald er imidlertid ikke statistisk signifikant for mennesker med større psykisk handicap).
- Mennesker med større psykisk handicap (26 %) har i højere grad end mennesker med større fysisk handicap (16 %) og mennesker uden handicap (10 %) modtaget støtte fra jobcentret til at finde et arbejde inden for de sidste 3 år.
- Blandt mennesker med hhv. større fysisk og større psykisk handicap vurderer hhv. 26 % og 40 %, at økonomien er dårlig eller meget dårlig. Den tilsvarende andel blandt mennesker uden handicap er 5 %. Der er ikke sket en signifikant udvikling i disse andele siden 2012.
- Andelene, der af økonomiske årsager har været forhindrede i at leve et almindligt liv, er signifikant højere blandt mennesker med større fysisk (36 %) og større psykisk (46 %) handicap end blandt mennesker uden handicap (10,2 %).
- Mennesker med større fysisk og psykisk handicap har i markant højere grad end mennesker uden handicap undladt at købe lægeordineret medicin, samt undladt nødvendig tandlæge- eller psykologbehandling af økonomiske årsager.

6.1 Beskæftigelsesfrekvens og beskæftigelsesforhold

I Tabel 6.1 undersøger vi den selvrapporterede hovedbeskæftigelse for respondenterne i SHILD 2020. Resultaterne viser, ikke overraskende, at mennesker med handicap i højere grad modtager kontanthjælp, sygedagpenge eller førtidspension end mennesker uden handicap. Andelene, der er ansat i fleksjob eller anden type af støttet beskæftigelse, er også højere blandt mennesker med handicap end blandt mennesker uden handicap. Det er især mennesker med større handicap (fysisk eller psykisk), der modtager kontanthjælp, sygedagpenge eller førtidspension, og som er ansat i fleksjob.

Tabel 6.1 Respondenter fordelt efter hovedbeskæftigelse. 2020. Procent.

	Intet handicap	Mindre fysisk ***	Større fysisk ***	Mindre psykisk ***	Større psykisk ***
Topledelse, liberale erhverv, selvstændig erhvervsdrivende	9,1	6,1	4,2	2,0	1,5
Lønmodtager uden ledelsesansvar	49,4	45,4	19,8	31,4	12,9
Lønmodtager med ledelsesansvar	13,5	10,9	3,8	5,1	2,3
Arbejdsløs/ledig på dagpenge, ledighedsydelse	2,9	3,4	2,4	4,7	2,8
Kontanthjælp, ressourceforløb	0,3	2,0	6,9	4,7	17,2
Ansat i fleksjob, førtidspensionist med skånejob, beskyttet beskæftigelse, bijob	0,6	6,0	15,7	8,2	12,3
Førtidspension	0,3	7,1	30,6	13,0	24,5
Sygedagpenge inkl. I gang med jobafklaring	0,1	1,3	3,1	2,0	3,4
Hjemmegående, på efterløn eller pension	1,9	3,7	3,9	2,0	1,0
Under uddannelse	17,3	10,6	6,4	21,3	14,8
Andet	4,4	3,5	3,2	5,5	7,3
Total	100	100	100	100	100
Antal personer	12.345	3.178	1.432	1.099	441

Anm.: Tallene inkluderer også personer på orlov, hvor der tages udgangspunkt i det job, man er på orlov fra.

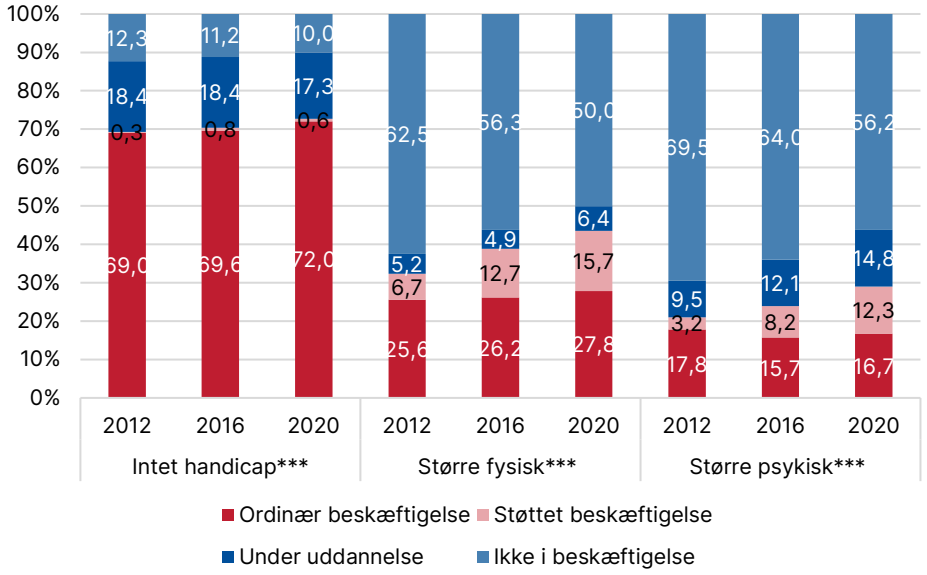
Note: Forskellen mellem mennesker uden handicap og de fire handicapgrupper er testet med Chi2-test. *** p<0,001, ** p<0,01, * p<0,05.

Kilde: SHILD 2020.

I Figur 6.1 har vi grupperet beskæftigelsestyperne i fire grupper og undersøger udvikling i beskæftigelse i perioden 2012-2020 for mennesker uden handicap, samt med større hhv. fysisk eller psykisk handicap. For de to handicapgrupper finder vi en markant positiv udvikling i andelene i støttet beskæftigelse (dvs. fleksjob, førtidspensionist med skånejob, beskyttet beskæftigelse eller bijob): fra 7 % til 16 % for mennesker med større fysisk handicap og fra 3 % til 12 % for mennesker med større psykisk handicap. For begge handicapgrupper, og især for mennesker med større psykisk handicap, finder vi ligeledes en markant positiv udvikling i andelene, der er under uddannelse (fra 10 % til 15 % for mennesker med større psykisk handicap). Samlet set er andelene, der *ikke* er i nogen form for beskæftigelse eller uddannelse faldet over perioden for alle tre grupper, men dette fald er mest udtalt for de to handicapgrupper. Lidt overraskende finder vi ikke en nedgang i beskæftigelsen i 2020, selv om arbejdsløsheden på landsplan var højere i 2020 end i 2016 (Statistics Denmark, 2021). En rapport på baggrund af data fra arbejdskraftsundersøgelsen finder, ligesom indeværende rapport, at beskæftigelsen blandt

mennesker med handicap var højere i 2020 end i 2016 (Larsen et al., 2021). Rapporten finder dog også, at beskæftigelsen blandt mennesker med handicap var lavere i 2020 end i 2019 (ibid.).

Figur 6.1 Respondenter fordelt efter hovedbeskæftigelse. Særskilt for handicapgruppe og for mennesker uden handicap og år. 2012-2020. Procent.



Anm.: N = 13.383; 14.249; 12.345 (intet handicap) 1,482; 1.773; 1.432 (større fysisk handicap). N = 410; 492; 441 (større psykisk handicap).

Note: Forskellen mellem intet handicap og de to handicapgrupper er testet med Chi2-test. *** p<0,001, ** p<0,01, * p<0,05.

Kilde: SHILD 2012, 2016, 2020.

6.2 Udvikling i beskæftigelse, fleksjob og førtidspension

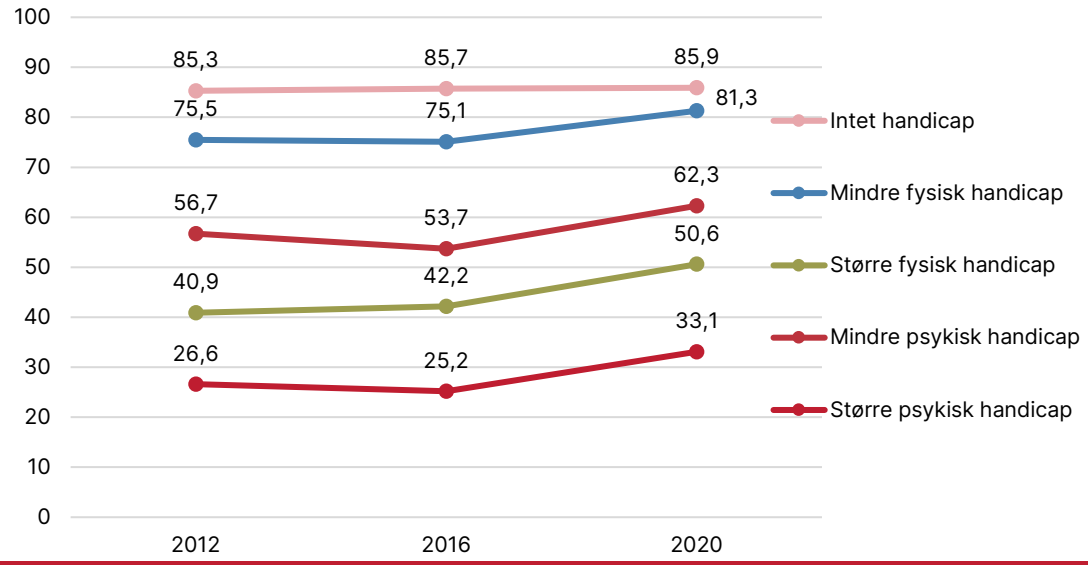
I dette afsnit inddrager vi registerdata fra DREAM-databasen14 med det formål at undersøge i flere detaljer, hvordan andelen af borgere i beskæftigelse, i fleksjob samt på førtidspension har udviklet sig i perioden 2012-2020.

Figur 6.2 viser, hvordan beskæftigelsen har ændret sig over tid for mennesker med hhv. mindre fysisk, større fysisk, mindre psykisk, større psykisk og intet handicap. Vi anvender en variabel til analyserne, der markerer, om en person har været i beskæftigelse i november måned i hvert af de 3 år (2012, 206 og 2020).[15] Beskæftigelse indebærer, at der er betalt arbejdsmarkedsbidrag af lønindtægten i den konkrete måned. Variablen siger dermed kun noget om, at en person har modtaget løn, og ikke noget om den enkeltes beskæftigelsesgrad, altså om det er tale om få timer eller fuldtidsbeskæftigelse. Analysen er begrænset til aldersgruppen 27-53 år.

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

15. Vi følger her den Integrerede Database for Arbejdsmarkedsforskning, der også ofte tager udgangspunkt i novemberbeskæftigelsen, for at undgå de udsving, der sker i beskæftigelsen hen over et år.

Figur 6.2 Respondenter i alderen 27-53 år, der er i beskæftigelse i november måned. Særskilt for handicaptype og -grad samt for mennesker uden handicap. 2012, 2016 og 2020. Procent.



Anm.: N = [7.157, 7.758, 6.419]; [1.618, 1.821, 1.471]; [699, 842, 615]; [573, 578, 568]; [235, 278, 238]. Forskellen fra 2012-2016 samt fra 2016-2020 for de fem grupper er testet med z-test. Udviklingen fra 2012 til 2016 er insignifikant for alle grupper. Udviklingen fra 2016 til 2020 er signifikant med $p<0.05$ for de fire handicapgrupper. Udviklingen fra 2016 til 2020 er insignifikant for mennesker uden handicap.

Kilde: SHILD 2012, 2016, 2020. DREAM 2012, 2016, 2020.

Det fremgår af Figur 6.2, at beskæftigelsen stiger markant for alle handicapgrupper fra 2016 til 2020. Resultaterne er dermed på linje med resultaterne på baggrund af den selvrapporterede beskæftigelse (Figur 6.1). Beskæftigelsen er lavest blandt mennesker med større psykisk handicap fulgt af mennesker med større fysisk handicap. For mennesker med større psykisk handicap er andelen i beskæftigelse steget fra 25 % i 2016 til 33 % i 2020. For mennesker med større fysisk handicap er stigningen fra 42 % i 2016 til 51 % i 2020. Beskæftigelsen for mennesker uden handicap har været omtrent 86 % i hele perioden.

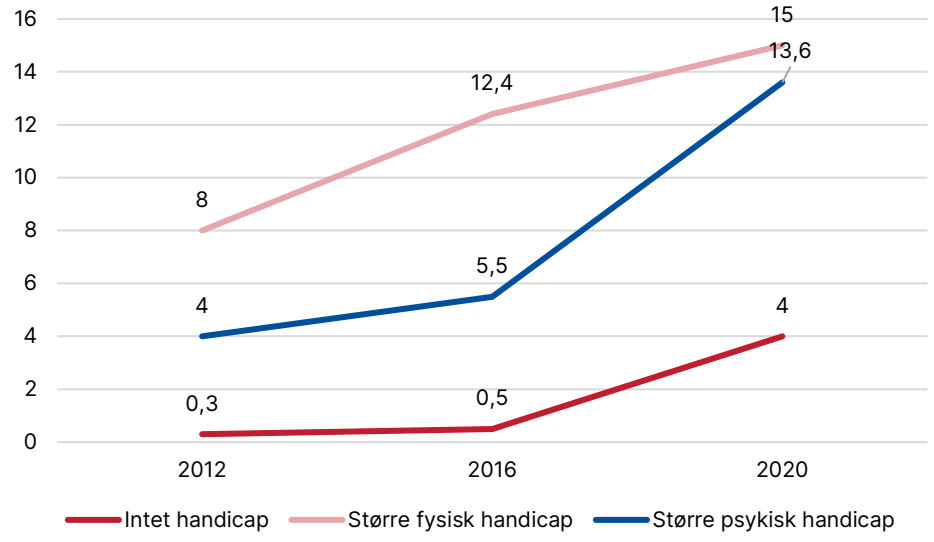
I Figur 6.3 undersøger vi andelen af borgere i fleksjob på baggrund af data fra DREAM fra første uge af november (uge 45) i hvert af de 3 år (2012, 2016 og 2020) for aldersgruppen 40-64 år.[16] Vi finder en signifikant stigning for alle tre grupper, om end stigningen er meget mere markant for de to handicapgrupper. For mennesker med større fysisk handicap sker der næsten en fordobling i andelen i fleksjob fra 8 % i 2012 til 15 % i 2020. For mennesker med større psykisk handicap vokser andelen i fleksjob mere end tre gange, fra 4 % i 2012 til knap 14 % i 2020. Den samlede stigning i beskæftigelse blandt mennesker med handicap (Figur 6.1 og Figur 6.2) skyldes dermed i høj grad, at relativt set flere borgere med handicap i aldersgruppen 40-64 år er kommet i fleksjob.

Også blandt mennesker uden handicap er andelen i fleksjob steget markant (i relative termer er stigningen faktisk størst i denne gruppe), fra 0,3 % i 2012 til 4 % i 2020. At også mennesker uden handicap er i fleksjob skyldes sandsynligvis, at vi arbejder med en subjektiv handicapdefinition, og at det er op til respondenten at vurdere, om han eller hun

[16] For aldersgruppen 16-39 år er der ikke sket signifikante ændringer i andelene, der er i fleksjob i perioden 2012-2020.

har et "længerevarende fysisk helbredsproblem eller handicap ("fysisk handicap") eller en psykisk lidelse ("psykisk handicap") (se også afsnit 1.2). Resultatet viser, at der er respondenter i datagrundlaget, der ikke oplever, at de har et handicap (ifølge vores definition), selv om de lever op til kriterierne for fleksjob. Derudover kan forståelsen af, hvad et helbredsproblem eller handicap eller en psykisk lidelse indebærer, have ændret sig over tid.

Figur 6.3 Respondenter i aldersgruppen 40-64 år, der er i fleksjob i første uge af november. Særskilt for handicaptype og for mennesker uden handicap. 2012, 2016 og 2020. Procent.



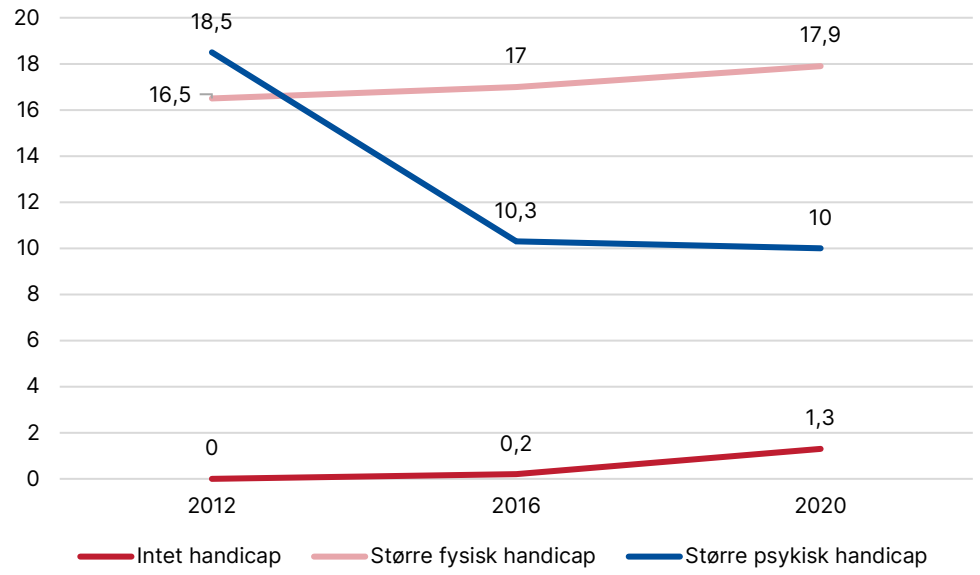
Anm.: N = [7.932, 8.630, 12.358]; [1.220, 1.451, 1.236]; [257, 278, 264]. Forskellen fra 2012-2020 for de tre grupper er testet med z-test. Udviklingen fra 2012-2020 er signifikant for alle grupper.

Kilde: SHILD 2012, 2016, 2020. DREAM 2012, 2016, 2020.

I Figur 6.4 og Figur 6.5 undersøger vi andelen af respondenter, der modtog førtidspension i de 3 år på baggrund af DREAM, særskilt for aldersgrupperne 16-39 år og 40-64 år. Med undtagelse for 16-39-årige med større fysisk handicap er andelene, der modtager førtidspension faldet signifikant blandt mennesker med handicap i perioden 2012-2020. For 16-39-årige med større psykisk handicap sker der nærmest en halvering i andelen af førtidspensionsmodtagere fra 2012 (19 %) til 2020 (10 %). I aldersgruppen 40-64 år sker der ligeledes fald på omtrent 10 procentpoint i andelen af førtidspensionsmodtagere fra 2012 til 2020 for handicapgrupperne, fra 59 % til 47 % blandt mennesker med større psykisk handicap og fra 48 % til 39 % blandt mennesker med større fysisk handicap. En mulig fortolkning af resultaterne samlet set er, at mennesker med handicap, der i 2012 i høj grad blev tilkendt en førtidspension, i 2020 i stedet i høj grad er i fleksjob.

Vi finder derudover en signifikant stigning i andelen af respondenter uden handicap, der modtager førtidspension. Resultatet skyldes, som også nævnt ovenfor, sandsynligvis rapportens subjektive handicapbegreb, og at forståelsen af, hvad der udgør et længerevarende fysisk helbredsproblem eller handicap eller en psykisk lidelse, kan have ændret sig over tid.

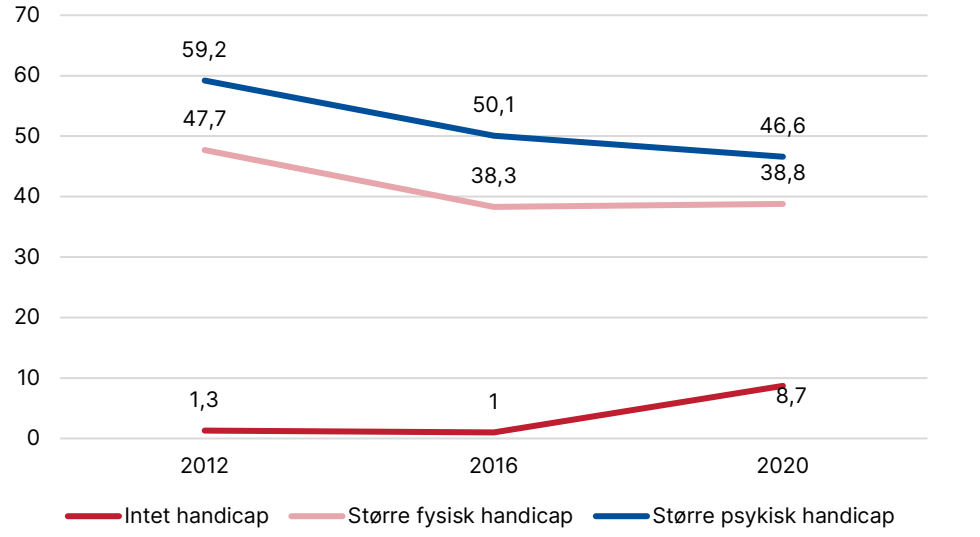
Figur 6.4 Respondenter i aldersgruppen 16-39 år, der modtager førtidspension i første uge af november. Særskilt for handicaptype og for mennesker uden handicap. 2012, 2016 og 2020. Procent.



Anm.: N = [5.461, 5.638, 5.577]; [263, 325, 204]; [154, 215, 183]. Forskellen fra 2012-2020 for de tre grupper er testet med z-test. Udviklingen fra 2012-2020 er signifikant for gruppen uden handicap, samt for gruppen med større psykisk handicap.

Kilde: SHILD 2012, 2016, 2020. DREAM 2012, 2016, 2020.

Figur 6.5 Respondenter i aldersgruppen 40-64 år, der modtager førtidspension i første uge af november. Særskilt for handicaptype og for mennesker uden handicap. 2012, 2016 og 2020. Procent.



Anm.: N = [7.932, 8.630, 12.358]; [1.220, 1.451, 1.236]; [257, 278, 264]. Forskellen fra 2012-2020 for de tre grupper er testet med z-test. Udviklingen fra 2012-2020 er signifikant for alle grupper.

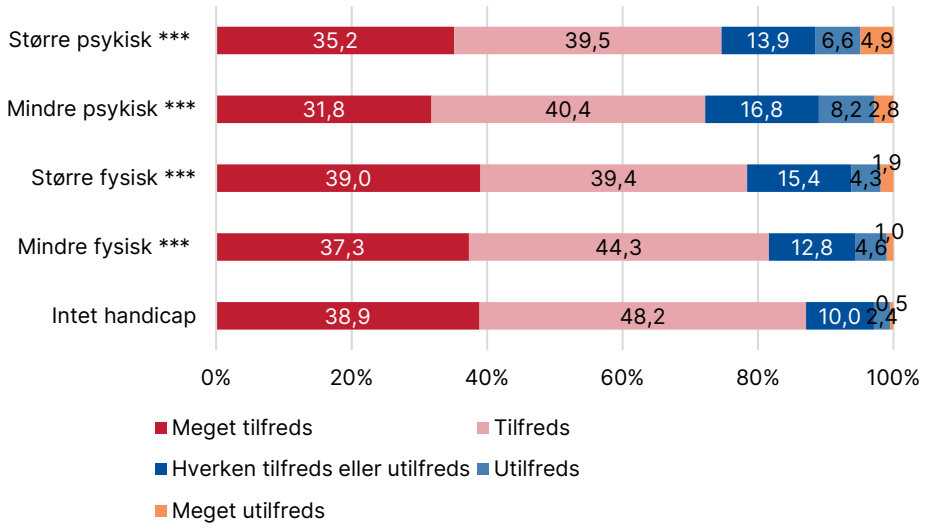
Kilde: SHILD 2012, 2016, 2020. DREAM 2012, 2016, 2020.

6.3 Arbejdstid, arbejdsevne og sygefravær

Figur 6.6 viser i hvor høj grad, respondenterne er tilfredse med deres arbejde (kun personer, der er i støttet eller ordinær beskæftigelse har besvaret spørgsmålet). Figuren viser, at mennesker med handicap i højere grad end mennesker uden handicap er meget utilfredse eller utilfredse med deres arbejde. Blandt mennesker med større hhv. psykisk og fysisk handicap er hhv. 12 % og 6 % utilfredse eller meget utilfredse med deres arbejde. Blandt mennesker uden handicap er andelen 3 %. Billedet er dog delvist anderledes, når vi ser specifikt på gruppen af mennesker med større fysisk handicap. For denne gruppe finder vi, at andelen af respondenter, der er meget tilfredse med deres arbejde, er lige så stor som blandt mennesker uden handicap (39 % i begge grupper). Det er dermed især mennesker med større psykisk handicap, der er utilfredse med deres arbejde.

Fordelingen for graden af tilfredshed med arbejdssituationen har ikke ændret sig over tid for mennesker med større fysisk eller psykisk handicap, eller for mennesker med mindre psykisk handicap. For mennesker uden handicap samt for mennesker med mindre fysisk handicap er der sket en ændring i retning af stigende andele, der er hverken tilfredse eller utilfredse (mennesker uden handicap) samt faldende andele, der er tilfredse (mennesker med mindre fysisk handicap) (ændringen over tid fremgår ikke af en figur).

Figur 6.6 Respondenter fordelt efter graden af tilfredshed med sit arbejde. Særskilt for handicapgruppe og for mennesker uden handicap. 2020. Procent.



Anm.: Betinget på, at man er i arbejde. N = 9.919 (intet handicap); 2.397 (mindre fysisk handicap); 731 (større fysisk handicap); 591 (mindre psykisk handicap); 138 (større psykisk handicap).

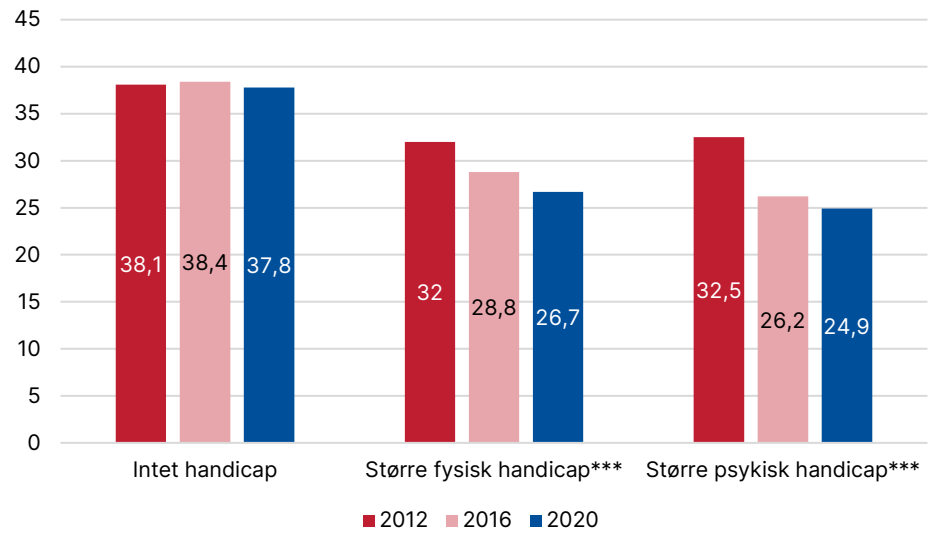
Note: Forskellen mellem mennesker med og uden handicap, samt forskellen mellem 2012 og 2020 inden for de tre grupper, er testet med Chi2-test. *** p<0,001, ** p<0,01, * p<0,05.

Kilde: SHILD 2020.

Figur 6.7 viser det gennemsnitlige antal timer i hovedbeskæftigelsen for mennesker i støttet eller ordinær beskæftigelse. Figuren viser, at mennesker uden handicap i gennemsnit arbejder flere timer om ugen end mennesker i de to handicapgrupper i alle 3 år (omtrent 38 timer). Blandt mennesker med større fysisk handicap er timetallet faldet fra 32 timer i 2012 til 27 timer i 2020, og blandt mennesker med større psykisk handicap er det faldet fra 33 timer til 25 timer. Forskellen mellem mennesker med og uden handicap

er vokset fra ca. 6 timer i 2012 til ca. 11-13 timer i 2020 (faldet i antallet af timer for de to handicapgrupper fra 2012-2020 er statistisk signifikant). Resultatet viser, at parallelt med at flere mennesker med handicap er kommet i beskæftigelse (jf. Figur 6.1), er der sket et fald i den gennemsnitlige arbejdstid. Den reducerede arbejdstid skyldes sandsynligvis, at de borgere med handicap, der er kommet i beskæftigelse i perioden, i stort omfang er kommet i forskellige typer af støttet beskæftigelse med reduceret timetal, som fx. fleksjob.

Figur 6.7 Antal timer respondenterne normalt arbejder om ugen i angivet job (hovedbeskæftigelsen). Særskilt for handicaptype og for mennesker uden handicap og år. 2012-2020. Timer.



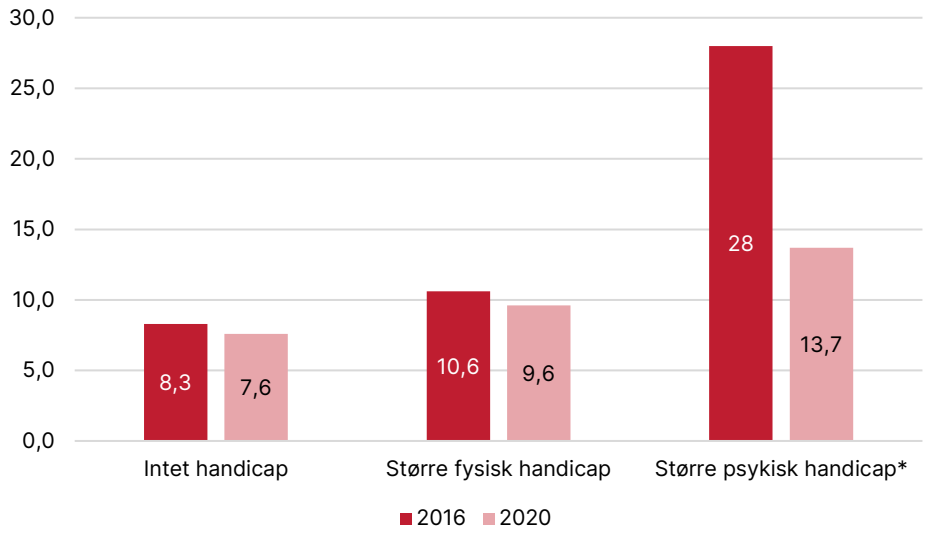
Anm.: Betinget på, at man er i arbejde. N = 9.720; 10.767; 9.881 (intet handicap), 595; 801; 724 (større fysisk handicap). N = 101; 123; 136 (større psykisk handicap).

Note: Forskellen mellem mennesker med og uden handicap, samt forskellen mellem 2012 og 2020 inden for de tre grupper, er testet med z-test. *** p<0,001, ** p<0,01, * p<0,05.

Kilde: SHILD 2012, 2016, 2020.

I Figur 6.8 undersøger vi andelene af respondenter, der har et ønske om at arbejde flere timer pr. uge. Knap dobbelt så mange borgere med større psykisk handicap har et ønske om at arbejde flere timer om ugen, sammenlignet med mennesker uden handicap i 2020 (14 % vs. 8 %). Andelen, der ønsker flere arbejdstimer er imidlertid faldet signifikant mellem 2016 og 2020 inden for gruppen af mennesker med større psykisk handicap. Faldet i andelen, der ønsker flere arbejdstimer kan afspejle, at sammensætningen af gruppen af mennesker med større psykisk handicap i beskæftigelse har ændret sig siden 2016. Det vil sige, at i takt med at flere borgere med større psykisk handicap er kommet i (støttet) beskæftigelse, har også flere borgere med behov for reduceret arbejdstid kommet i beskæftigelse. Dermed er andelen, der ønsker flere arbejdstimer, samlet set faldet.

Figur 6.8 Respondenter, der har et ønske om at få flere ugentlige arbejdstimer. Særskilt for handicaptype og for mennesker uden handicap og år. 2016 og 2020. Procent.



Anm.: Betinget på, at man er i arbejde. N = 10.802, 9.910 (intet handicap) 822, 737 (større fysisk handicap). N = 129, 137 (større psykisk handicap).

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

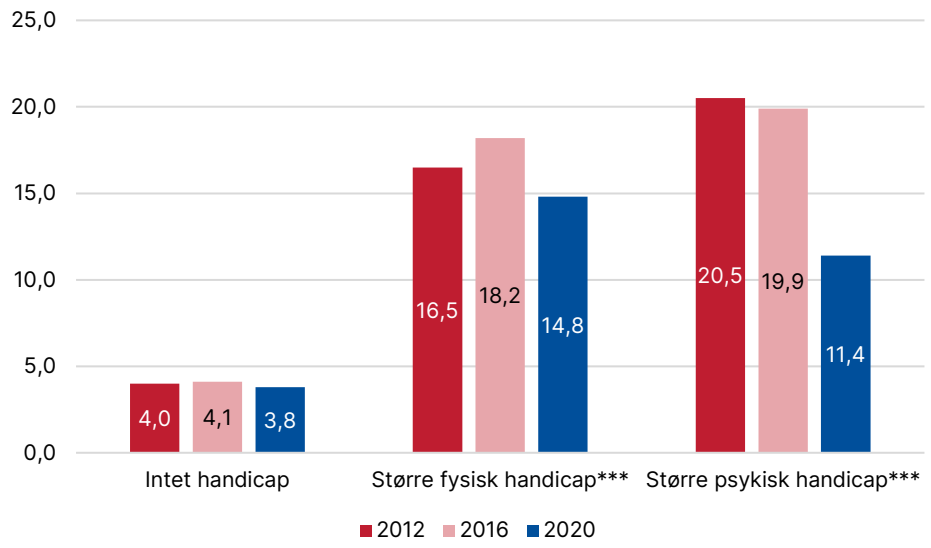
Kilde: SHILD 2016, 2020.

I Figur 6.9 undersøger vi respondenternes sygefravær. Figuren viser antallet af arbejdsdage, hvor respondenter der er i arbejde, har været fraværende på sit arbejde pga. egen sygdom inden for de sidste 12 måneder. For mennesker uden handicap er andelen konstant på omtrent fire sygedage om året i alle 3 undersøgelsesår. For mennesker med større psykisk handicap er der næsten sket en halvering i antallet af sygedage fra 2012/2016 til 2020, fra ca. 20 til ca. 11 sygedage om året (forskellen mellem 2012/2016 og 2020 er statistisk signifikant). For mennesker med større fysiske handicap er der ligeledes sket et statistisk signifikant fald fra 2016 til 2020, om end mindre dramatisk (fra godt 18 til knap 15 sygedage pr. år). Resultaterne viser, at samtidigt med at flere borgere med handicap er kommet i arbejde, er antallet af sygedage faldet. Man ville ellers formode, at sygedagene ville stige parallelt med, at større andele af gruppen af borgere med handicap er kommet i arbejde, idet flere af de mere sårbare borgere dermed potentielt er kommet i arbejde.

At antallet af sygedage er faldet siden 2016, selv om større andele af borgere med handicap er kommet i beskæftigelse, kan skyldes mindst to, ikke gensidigt udelukkende, forklaringer. Som vist i Figur 6.1 skyldes den stigende beskæftigelse blandt borgere med handicap primært, at flere i gruppen er kommet i fleksjob, eller andre typer af støttet beskæftigelse. De faldende sygedage kan være et tegn på, at denne type af beskæftigelse er velegnet for borgere med handicap, og at de kan rumme den, uden at blive syge. En anden forklaring kan være, at den stigende grad af hjemmearbejde i 2020 pga. corona har medført et reduceret sygefravær, fx. pga. reduceret smitte med andre sygdomme og/eller øgede muligheder for fleksibel tilrettelæggelse af arbejdsdagen. Vi finder dog ikke en potentiel corona-effekt blandt mennesker uden handicap (for hvem sygefraværet har været

konstant på omtrent 4 dage om året i hele perioden). Det kan dog ikke udelukkes, at hjemmearbejde har været særligt gavnligt for mennesker med handicap, som både kan være ekstra udsatte for smitte og kan have særlig gavn af øget fleksibilitet.

Figur 6.9 Respondenter fordelt efter gennemsnitligt antal arbejdsdage, de har været fraværende fra deres arbejde, pga. egen sygdom, inden for de sidste 12 måneder. Særskilt for type af handicap og for mennesker uden handicap og år. 2012-2020. Dage.



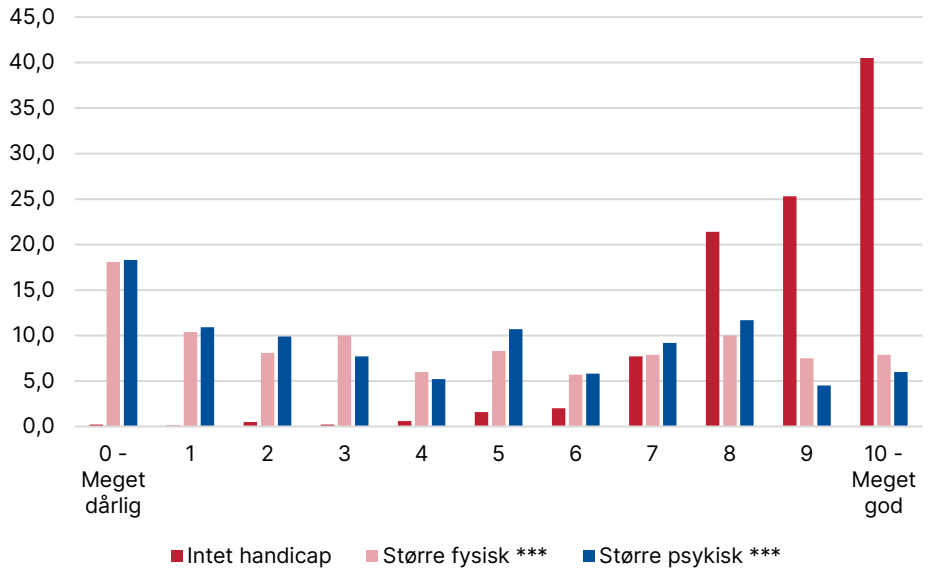
Anm.: Betinget på, at man er i arbejde N = 9.750; 10.797; 9.766 (intet handicap), 604; 820; 723 (større fysisk handicap), 103; 128; 134 (større psykisk handicap).

Note: Forskellen mellem mennesker uden handicap og de to handicapgrupper, samt forskellen mellem 2012 og 2020 inden for de tre grupper, er testet med z-test. *** p<0,001, ** p<0,01, * p<0,05.

Kilde: SHILD 2012. 2016, 2020.

Respondenterne i SHILD blev stillet spørgsmålet: "Hvordan synes du din arbejdsevne er alt i alt på en skala fra 0-10, hvor 0 er meget dårlig og 10 er meget god?" I Figur 6.10 viser vi, hvordan svarene fordeler sig for mennesker uden handicap, samt med større hhv. fysiske og psykiske handicap. Det fremgår af figuren, at der, ikke overraskende, er store forskelle i arbejdsevnen mellem mennesker med og uden handicap. I gennemsnit er arbejdsevnen 8,8 blandt mennesker uden handicap og hhv. 4,4 og 4,2 blandt mennesker med større fysisk og større psykisk handicap (forskellen mellem mennesker med og uden handicap er statistisk signifikant på et 0,1 %-niveau) (gennemsnittene fremgår ikke af figuren). Selvevalueret arbejdsevne for mennesker med større fysisk eller psykisk handicap har ikke ændret sig siden 2012 (for mennesker uden handicap er den faldet fra 8,9 til 8,8). Det betyder, at flere mennesker med handicap er kommet i (støttet) beskæftigelse i perioden, selv om arbejdsevnen i gruppen ikke er forbedret.

Figur 6.10 Respondenter fordelt efter selvvurderet arbejdsevne. Særskilt for type af handicap og for mennesker uden handicap. 2020. Procent.



Anm.: N = 12.363; 1.473; 446.

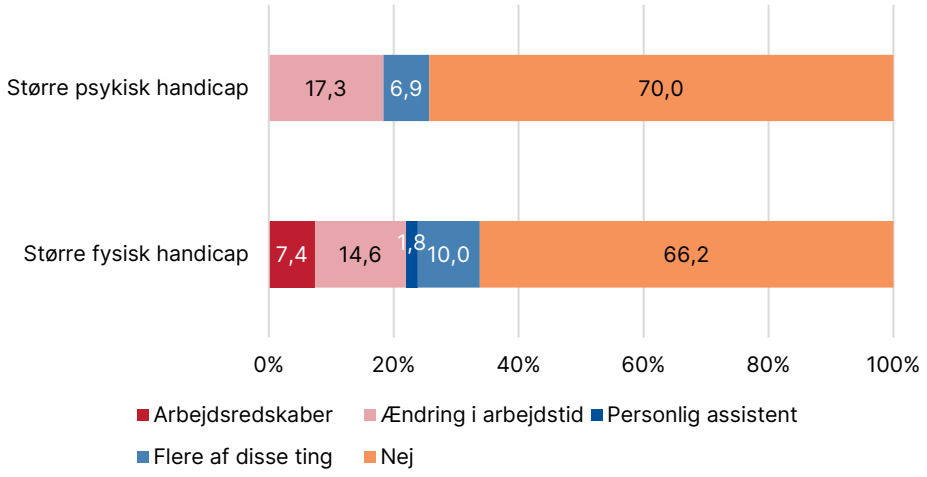
Note: Forskellen mellem mennesker uden handicap og de to handicapgrupper er testet med Chi2-test. *** p<0,001, ** p<0,01, * p<0,05.

Kilde: SHILD 2020.

6.4 Tilpasninger og hjælpemidler

Figur 6.11 viser andelen af respondenter med handicap, der angiver, at der er blevet foretaget tilpasninger på deres aktuelle eller tidligere arbejdsplads pga. deres helbred eller handicap (respondenter med handicap, der aktuelt, inden for de sidste 4 år, eller nogensinde har været i arbejde, har besvaret spørgsmålet). De allerfleste respondenter, 66 % blandt mennesker med større fysisk handicap og 70 % blandt respondenter med større psykisk handicap, angiver, at der ikke er blevet lavet tilpasninger på arbejdspladsen. Blandt dem, der svarer, at der er blevet lavet tilpasninger, er ændret arbejdstid den hyppigste tilpasning, der er blevet foretaget for begge grupper. Det er primært for mennesker med fysisk handicap, hvor der er blevet foretaget tilpasninger på arbejdspladsen. I denne gruppe har godt 7 % fået adgang til særligt arbejdsredskaber, knap 2 % har en personlig assistent, og for 10 % er der blevet lavet mere end én af de nævnte tilpasninger.

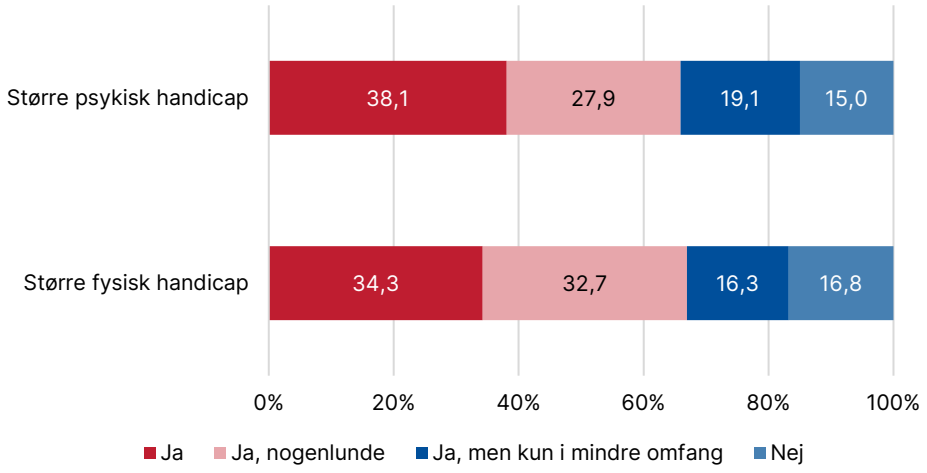
Figur 6.11 Respondenter fordelt efter tilpasninger på nuværende eller tidligere arbejdsplads pga. helbred eller handicap. Særskilt for type af handicap. 2020. Procent.



Anm.: N = 1.295 (større fysiske handicap); 344 (større psykiske handicap).
Kilde: SHILD 2020.

Figur 6.12 viser, om tilpasningerne på arbejdspladsen har været tilstrækkelige og er kommet i rette tid, så de har gjort det muligt for respondenten at udføre sit arbejde. Kun respondenter, der angiver, at der er blevet foretaget tilpasninger på deres aktuelle eller tidligere arbejdsplads pga. deres helbred eller handicap, har besvaret spørgsmålet. Kun 15-17 % af respondenterne svarer, at tilpasningerne *ikke* var tilstrækkelige eller kom i rette tid. Flertallet af borgere i begge grupper (fysisk og psykisk handicap) mener dermed, at tilpasningerne i større eller mindre grad har været tilstrækkelige og rettidige.

Figur 6.12 Respondenter, som har fået foretaget tilpasninger på arbejdspladsen, fordelt efter i hvilken grad tilpasningerne på arbejdspladsen har været tilstrækkelige og er kommet i rette tid, så de har gjort det muligt for én af udføre sit arbejde. Særskilt for type af handicap. 2020. Procent.

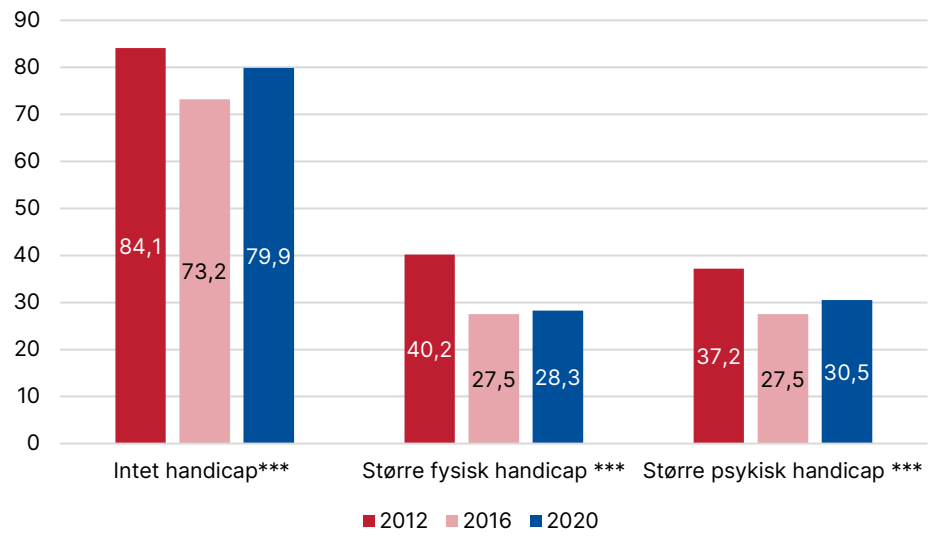


Anm.: Betinget på, at der er blevet lavet tilpasninger på aktuelle/tidligere arbejdsplads pga. helbred eller handicap. N = 472 (større fysisk handicap); 110 (større psykisk handicap).
Kilde: SHILD 2020.

6.5 Fyring og frivillig jobskifte

I Figur 6.13 ser vi på de mere langsigtede konsekvenser af handicap på beskæftigelsen, idet figuren undersøger, hvor stor en andel af respondenterne, der aktuelt ikke er i arbejde, men som har været i arbejde inden for de sidste 4 år. Blandt dem der aktuelt ikke er i arbejde, har omtrent 80 % af gruppen mennesker uden handicap været i arbejde inden for de sidste 4 år. I de to handicapgrupper er grupperne, der aktuelt ikke er i beskæftigelse, men som har været i arbejde inden for de sidste fire år, faldet fra omtrent 40 % i 2012 til omtrent 30 % i 2020 i begge grupper. Da andelene blandt mennesker med handicap i nogen form for beskæftigelse samlet set er steget i perioden, er en mulig forklaring, at den gruppe, der langsigtet er ude af beskæftigelse, i stigende grad er en selekteret gruppe, der står meget langt fra arbejdsmarkedet og derfor i faldende grad har været i beskæftigelse inden for de sidste fire år.

Figur 6.13 Andel respondenter, der aktuelt ikke er i arbejde, men som inden for de sidste 4 år har haft et arbejde. Særskilt for type af handicap og for mennesker uden handicap. 2012-2020. Procent.



Anm.: N = 3.621; 991; 642 (intet handicap), 875; 794; 588 (større fysisk handicap), 306; 267; 221 (større psykisk handicap). Forskellen mellem mennesker uden handicap og de to handicapgrupper er testet med Chi2-test. *** p<0,001, ** p<0,01, * p<0,05.

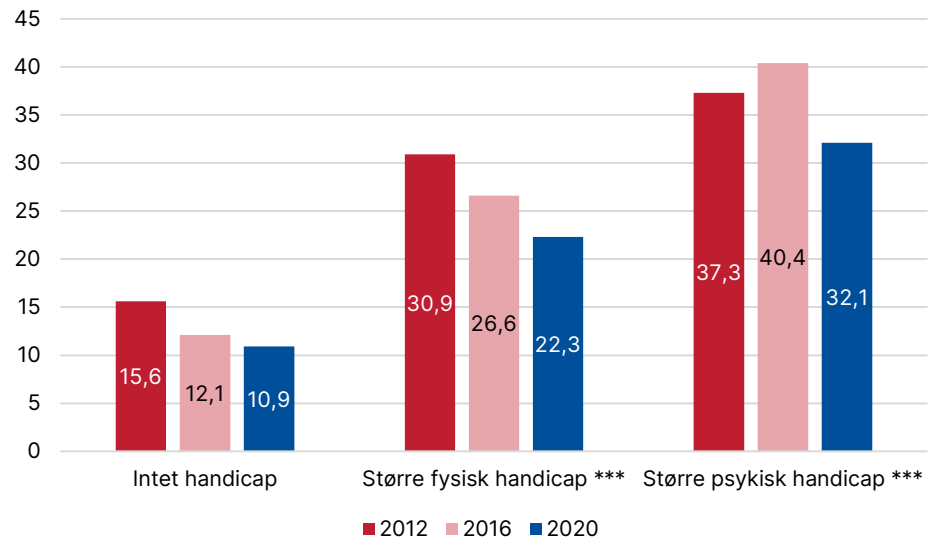
Kilde: SHILD 2012, 2016, 2020.

Blandt mennesker med handicap, der aktuelt ikke er i arbejde og heller ikke har været i arbejde inden for de sidste 4 år, har omtrent 90 % nogensinde haft et job (ej vist i en figur). Denne andel har ikke ændret sig signifikant i perioden 2012-2020. Det er dog muligt, at handicappet ikke var opstået, på det tidspunkt, hvor disse respondenter var i beskæftigelse, og derfor er resultatet svært at fortolke på.

Figur 6.14 viser, hvor stor en andel af respondenterne, der enten aktuelt er i beskæftigelse, eller har været i beskæftigelse inden for de sidste fire år, som er blevet fyret inden for de sidste fire år. Det fremgår af figuren, at mennesker uden handicap er blevet fyret i væsentlig mindre grad end mennesker med handicap. Omtrent en tredjedel af respondenter med større psykisk handicap (32 %) og knap en fjerdedel blandt respondenter

med større fysisk handicap (22 %), var blevet fyret i løbet af de sidste 4 år i 2020. Blandt mennesker uden handicap drejer det sig om ca. hver tiende (11 %). Andelene, der er blevet fyret, er faldet i perioden 2012-2020 i alle tre grupper (dette fald er imidlertid ikke statistisk signifikant for mennesker med større psykisk handicap). Den lavere andel af fyrede i 2020 er bemærkelsesværdig set i lyset af coronasituationen og stigningen i andelen af arbejdsløse på landsplan.

Figur 6.14 Andel respondenter, der inden for de seneste 4 år er blevet fyret fra sit arbejde. 2012-2020. Særskilt for type af handicap og for mennesker uden handicap. Procent.



Anm.: Betinget på, at man aktuelt er i arbejde, eller har været det inden for de sidste 4 år. N = 12.855; 11.574;10.455 (intet handicap), 1.020; 1.089; 944 (større fysisk handicap), 237; 208; 213 (større psykisk handicap).

Note: Forskellen mellem mennesker uden handicap og de to handicapgrupper er testet med Chi2-test. *** p<0,001, ** p<0,01, * p<0,05.

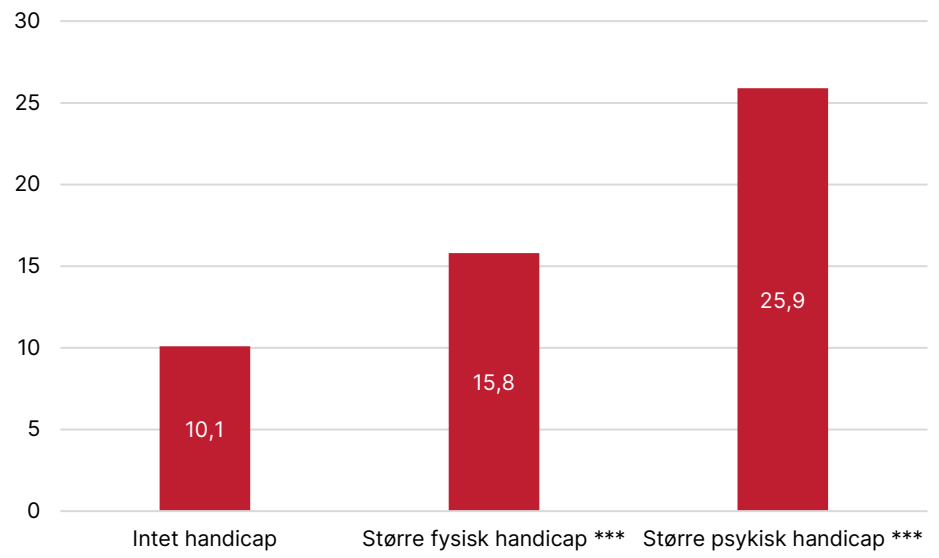
Kilde: SHILD 2012, 2016, 2020.

37 % af mennesker uden handicap, der enten aktuelt er i beskæftigelse, eller som har været det inden for de sidste 4 år, har frivilligt skiftet arbejde inden for de sidste 4 år. Blandt mennesker med større hhv. fysisk og psykisk handicap er de tilsvarende andele hhv. 27 % og 36 % (ej vist i en figur, andelene har ikke ændret sig i perioden 2012-2020). Det betyder, at der ikke er en statistisk signifikant forskel i tilbøjeligheden for at skifte job mellem mennesker uden handicap og mennesker med større psykisk handicap. At en lavere andel af mennesker med større fysisk handicap har skiftet job i de sidste 4 år, kan skyldes, at tilpasninger på arbejdspladsen kan gøre det sværere for mennesker i denne gruppe at skifte job, idet det ikke er sikkert, at de tilsvarende tilpasninger kan blive foretaget på den nye arbejdsplads. Det kan heller ikke udelukkes, at en del arbejdsgivere diskriminerer mennesker med større fysisk handicap, og at dette gør det sværere for personerne i denne gruppe at skifte job.

6.6 Kontakt til jobcentret

I dette afsnit har vi fokus på borgernes kontakter til jobcentret, samt hvor tilfredse de er, med den støtte, som jobcentret tilbyder. Ikke overraskende, set i lyset af højere arbejdsløshed og større behov for tilpasset beskæftigelse, har borgere med handicap i højere grad modtaget støtte fra jobcentret til at finde et job end borgere uden handicap. Det fremgår af Figur 6.15, som viser andelen af respondenter, der har modtaget støtte fra jobcentret til at finde et job de seneste 3 år. Det er især mennesker med større psykisk handicap (26 %), som har modtaget støtte fra jobcentret. Blandt mennesker hhv. uden handicap og med større fysisk handicap er andelene hhv. 10 % og 16 %.

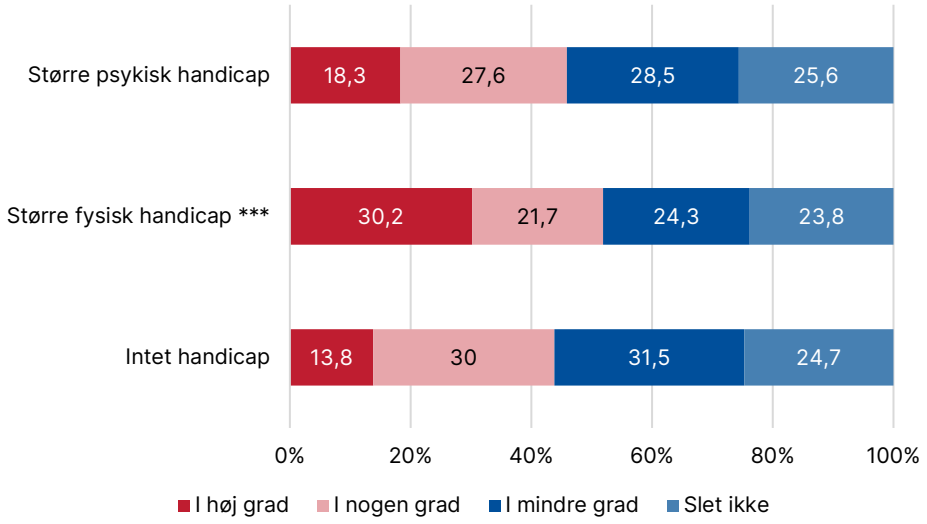
Figur 6.15 Respondenter, der har modtaget støtte fra jobcentret til at finde job de seneste 3 år. Særskilt for type af handicap og mennesker uden handicap. 2020. Procent.



Anm.: N = 12.370 (intet handicap); 1.434 (større fysisk handicap); 443 (større psykisk handicap).
Note: Forskellen mellem mennesker uden handicap og de to handicapgrupper er testet med Chi2-test. *** p<0,001, ** p<0,01, * p<0,05.
Kilde: SHILD 2020.

Figur 6.16 viser, i hvor høj en grad borgerne vurderer, at jobcentrets støtte var en hjælp til at finde et job. Blandt mennesker med større fysisk handicap mener 52 %, at jobcentrets støtte i høj eller nogen grad var til hjælp. Blandt mennesker hhv. med større psykisk handicap og uden handicap var de tilsvarende andele omtrent 45 %. Forskellen mellem mennesker med større fysisk handicap og de øvrige to grupper skyldes især, at andelen af borgere, der i høj grad mener, at jobcentrets støtte var til hjælp, er markant højere blandt borgere med større fysisk handicap end blandt borgere i de øvrige to grupper (med større psykisk handicap hhv. uden handicap). Resultatet kan eventuelt skyldes, at større fysisk handicap ofte er synligt, og at sagsbehandleren i jobcentret derfor kan opleve borgerens behov for støtte som mere konkret og veldefineret, end hvis handicappet er mindre synligt, og hjælpebehovet mere diffust (hvilket kan være tilfældet for de psykiske handicap) (Kohl et al., 2021).

Figur 6.16 Respondenter fordelt efter oplevelse af, om jobcentrets støtte var en hjælp til at finde et job. Særskilt for type af handicap og for mennesker uden handicap. 2020. Procent.



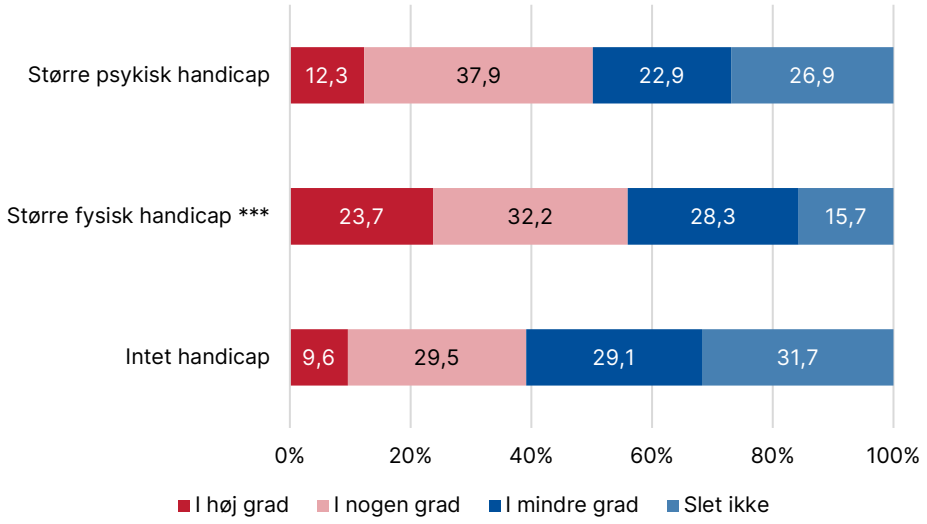
Anm.: Betinget på, at man har modtaget støtte fra jobcentret inden for de seneste 3 år. N = 1.004 (intet handicap); 203 (større fysisk handicap); 110 (større psykisk handicap).

Note: Forskellen mellem mennesker uden handicap og de to handicapgrupper er testet med Chi2-test. *** p<0,001, ** p<0,01, * p<0,05.

Kilde: SHILD 2020.

Figur 6.17 viser, i hvilken grad respondenterne oplever, at socialforvaltningen og jobcentret samarbejdede om hjælp til at finde job til borgeren. Igen viser resultaterne, at mennesker med større fysisk handicap er mest tilfredse. I denne gruppe oplevede 24 % i høj grad, at jobcentret og socialforvaltningen samarbejdede om at finde et job til borgeren, og yderligere 32 % oplevede, at de to myndigheder samarbejdede i nogen grad. Blandt mennesker med større psykiske handicap var de tilsvarende andele hhv. 12 % og 38 %. Mennesker uden handicap oplever i mindre grad end de to handicapgrupper, at socialforvaltningen og jobcentret samarbejder. Kun hhv. 10 % og 30 % oplever, at de to myndigheder samarbejder i hhv. høj og nogen grad. Et mere konkret hjælpebehov blandt mennesker med større fysisk handicap og dermed en større tydelighed om, hvilke indsatser der kan forventes at være til gavn for borgerens beskæftigelse, kan sandsynligvis forklare forskellene mellem grupperne.

Figur 6.17 Respondenter fordelt efter, i hvilken grad de oplevede et samarbejde mellem kommunens socialforvaltning og jobcentret om hjælp til at finde job. Særskilt for type af handicap og for mennesker uden handicap. 2020. Procent.



Anm.: Betinget på, at man har modtaget støtte fra jobcentret inden for de seneste 3 år. N = 984 (intet handicap); 204 (større fysisk handicap); 109 (større psykisk handicap).

Note: Forskellen mellem mennesker uden handicap og de to handicapgrupper er testet med Chi2-test. *** p<0,001, ** p<0,01, * p<0,05.

Kilde: SHILD 2020.

6.7 Indkomst

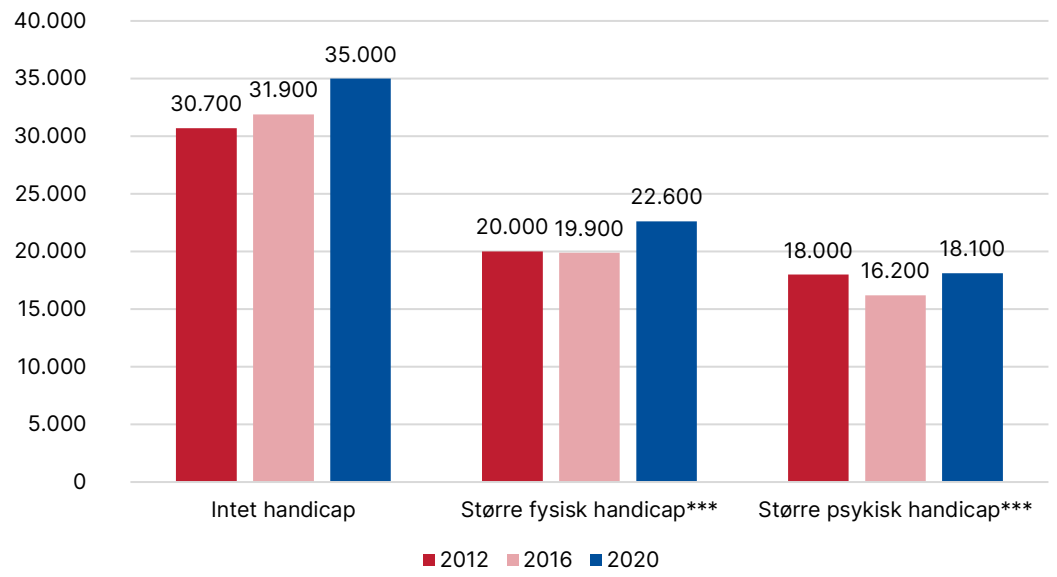
En større andel af mennesker med handicap står uden for arbejdsmarkedet, eller er i støttet beskæftigelse, og mennesker med handicap, der er i beskæftigelse, arbejder i gennemsnit færre timer end mennesker uden handicap. Den ofte svagere tilknytning til arbejdsmarkedet blandt mennesker med handicap kan have negative konsekvenser på indkomsten og den oplevede økonomiske situation. I dette afsnit undersøger vi selvrapporteret månedsindkomst og den subjektive oplevelse af den økonomiske situation blandt mennesker med og uden handicap. Vi begrænser analyserne til mennesker i aldersgruppen 25-60 år. Mennesker under 25 år kan ofte forventes at være under forskellige former af uddannelse, og mennesker over 60 år kan, i større eller mindre omfang, være begyndt med at nedtrappe deres tilstedeværelse på arbejdsmarkedet, hvilket kan have negativ indflydelse på økonomien. Den gruppe, vi ser på i dette afsnit, er dermed en gruppe, der i høj grad kan forventes at være aktive på arbejdsmarkedet.

Som det fremgår af Figur 6.18, har mennesker uden handicap en markant højere månedlig indkomst før skat (35.000 kr.) end mennesker med større fysisk handicap (22.600 kr.) og mennesker med større psykisk handicap (18.100 kr.). For de to handicapgrupper var indkomsten lavest i 2016, mens den var lavest i 2012 for mennesker uden handicap.[17] Ud over at have en højere individuel indkomst har større andele i gruppen uden handicap en partner (jf. afsnit 4.1). Sandsynligvis vil de dermed i højere

[17] Vi har ikke taget højde for inflation i beregningen af gennemsnitsindkomst. Indkomstudviklingen i reale termer er dermed mindre, end hvad der fremgår af Figur 6.18.

grad være tilknyttet husstande med to indkomster, hvilket også kan forventes at bidrage positivt til økonomien i gruppen.[18]

Figur 6.18 Gennemsnitlig selvrapporteret månedlig indkomst. Særskilt for type af handicap og for mennesker uden handicap og år. 25-60-årige. 2012-2020. Kroner.



Anm.: N = [9.760, 10.457, 9.360]; [1.171, 1.379, 1.063]; [322, 383, 338].

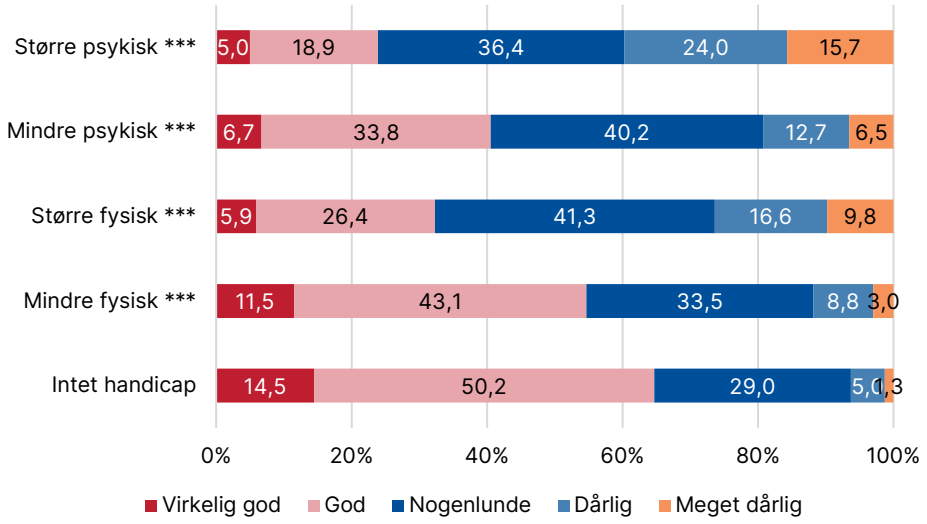
Note: Forskellen mellem mennesker uden handicap og de to handicapgrupper er testet med t-test. *** p<0,001, ** p<0,01, * p<0,05. For mennesker uden handicap og mennesker med større fysisk handicap er der sket en signifikant stigning i indkomsten fra 2012 til 2020. For mennesker med større psykisk handicap er der sket en signifikant stigning i indkomsten fra 2016 til 2020.

Kilde: SHILD 2012, 2016, 2020.

Figur 6.19 viser respondenternes vurdering af deres økonomi. Det fremgår af figuren, at mennesker med handicap oftere synes, at økonomien er meget dårlig eller dårlig. Som tidligere er mennesker med større psykisk handicap den mest udsatte gruppe. Blandt mennesker med større psykisk og fysisk handicap vurderer hhv. 50 % og 26 %, at økonomien er meget dårlig eller dårlig. Den tilsvarende andel blandt mennesker uden handicap er 5 %.

[18] Mennesker med psykisk handicap har i lavere grad børn, hvilket medfører, at indkomsterne i denne gruppe ofte skal deles på færre personer. Vi forventer dog, at den økonomiske fordel af at være to forsørgere overstiger omkostningerne af at have børn i de fleste familier, bl.a. pga. stordriftsfordele.

Figur 6.19 Respondenter fordelt efter oplevelse af deres økonomiske situation. Særskilt for type af handicap og for mennesker uden handicap og år. 25-60-årige. 2020. Procent.



Anm.: N = 9.356 (intet handicap); 2.386 (mindre fysisk handicap); 1.063 (større fysisk handicap); 803 (mindre psykisk handicap); 338 (større psykisk handicap.

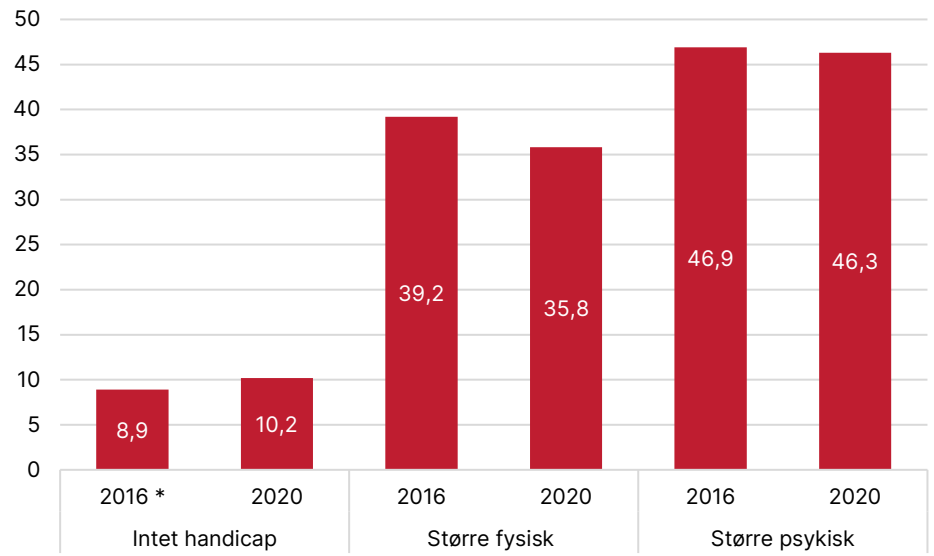
Note: Forskellen mellem mennesker uden handicap og de fire handicapgrupper er testet med Chi2-test. *** p<0,001, ** p<0,01, * p<0,05.

Kilde: SHILD 2020.

Vi har påvist en positiv udvikling i andelen af mennesker med handicap i beskæftigelse, for perioden 2012 til 2020 (Figur 6.1) samt en stigning i indkomsten fra 2016 til 2020 (Figur 6.18). Vi finder imidlertid ikke den tilsvarende positive udvikling for respondenternes vurdering af deres økonomiske situation. Både for mennesker med og uden handicap er andelene, der er hhv. tilfredse og utilfredse med deres økonomi, de samme i 2012 som i 2020 (ej vist i en figur).

Den subjektive oplevelse af den økonomiske situation kan forventes at hænge sammen med de muligheder, man har for at kunne leve et almindeligt liv. Resultaterne viser også, at der er signifikant flere blandt grupperne med handicap, der angiver, at de inden for de sidste 3 år har oplevet perioder, hvor de af økonomiske årsager har været forhindret i at leve et almindeligt liv (Figur 6.20). Særligt mennesker med større psykisk handicap oplever at have været forhindrede i at leve et almindeligt liv inden for de sidste 3 år (46 % i 2020). For gruppen med større fysisk handicap drejer det sig om 36 %. Blandt mennesker uden handicap er andelen, der oplever at have været forhindrede i at leve et almindeligt liv, markant lavere (10 %).

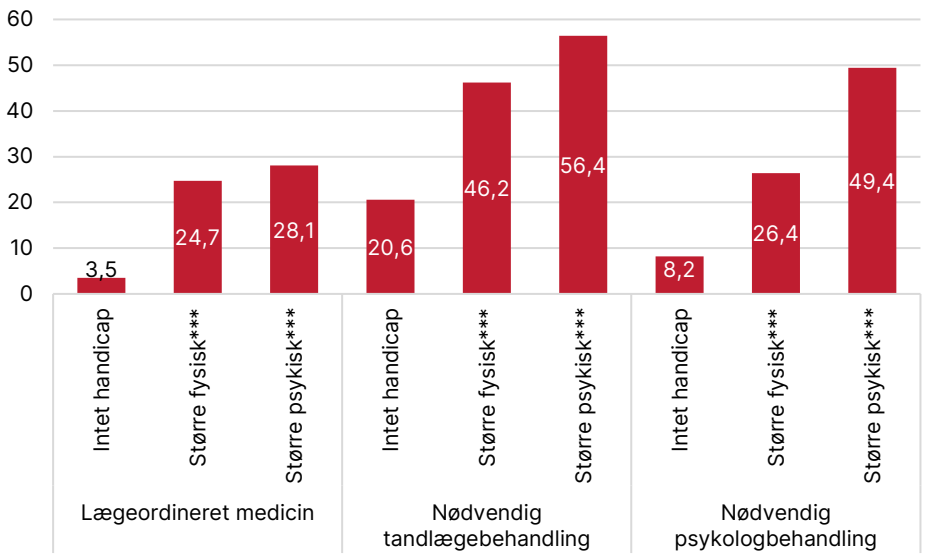
Figur 6.20 Respondenter i alderen 25-60 år, fordelt efter hvorvidt der inden for de sidste 3 år har været perioder, hvor de af økonomiske årsager har været hindret i at leve et almindeligt liv. Særskilt for type af handicap og for mennesker uden handicap. 2016 og 2020. Procent



Anm.: N = 10.447, 9.350 (intet handicap); 1.370, 1063 (større fysisk handicap); 379, 338 (større psykisk handicap).
Note: Forskellen mellem mennesker uden handicap og de fire handicapgrupper er testet med Chi2-test. *** p<0,001, ** p<0,01, * p<0,05.
Kilde: SHILD 2016, 2020.

Ser vi specifikt på andelen af respondenter, der af økonomiske årsager har undladt at købe lægeordineret medicin samt undladt nødvendig tandlæge- eller psykologbehandling, er andelene markant højere blandt mennesker med handicap end blandt mennesker uden handicap (Figur 6.21). Forskellen mellem grupperne kan delvist skyldes, at behovet for sundhedsrelaterede behandlinger og lægeordineret medicin sandsynligvis er markant større blandt mennesker med end blandt mennesker uden handicap, samtidigt med at gennemsnitsindkomsten er lavere (jf. Figur 6.18). Andelene der af økonomiske årsager har undladt at købe lægeordineret medicin, er således 25 % og 28 % blandt mennesker med hhv. større fysisk og større psykisk handicap. Blandt mennesker uden handicap er andelen knap 4 %. Det er især mennesker med større psykisk handicap, der har undladt nødvendige behandlinger af økonomiske årsager. Mere end hver anden person i gruppen, 56 %, har undladt nødvendig tandlægebehandling, og knap hver anden, 49 %, har undladt nødvendig psykologbehandling. Resultaterne viser dermed, at store andele blandt mennesker med handicap ikke har råd til nødvendigt sundhedsrelateret forbrug.

Figur 6.21 Respondenter i alderen 25-60 år, fordelt efter om de inden for de sidste 3 år af økonomiske årsager har undladt at købe lægeordineret medicin samt undladt nødvendig tandlæge- eller psykologbehandling. Særskilt for type af handicap og for mennesker uden handicap. 2020. Procent



Anm.: N = [9.358, 1.063, 338], [9.357, 1.062, 337], [9.351, 1.062, 338].. Forskellen mellem mennesker uden handicap og de fire handicapgrupper er testet med Chi2-test. *** p<0,001, ** p<0,01, * p<0,05.

Kilde: SHILD 2020.

7 Sagsbehandling og boligsituation

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

Tidligere undersøgelser viser, at der er et signifikant "gap" mellem oplevelse af sagsbehandlingen hos borgere med handicap og hos de kommunale sagsbehandlere. For eksempel når det kommer til borgerens indflydelse på de tiltag, der bliver iværksat af kommunen, og om borgerne får den hjælp, de har brug for, hvor borgerne i signifikant lavere grad end sagsbehandlerne mener, at dette er tilfældet (Kohl et al., 2021; Skov-Carlsen & Holm Thøgersen, 2015).

I alle tre bølger af SHILD indgår spørgsmål om respondenternes oplevelser af den kommunale sagsbehandling. I dette afsnit har vi primært fokus på forskellen i oplevelsen af den kommunale sagsbehandling mellem borgere, der har været i kontakt med kommunen på grund af eget, en partners eller et barns handicap, og borgere, der har været i kontakt med kommunen af andre årsager. Vi ser dermed primært på, om kontaktårsag (pga. handicap eller ej) har betydning, og ikke, som i rapportens øvrige kapitler, om der er forskelle mellem borgere med og uden handicap. Vi undersøger også, om der er sket en udvikling i oplevelsen af den kommunale sagsbehandling i perioden 2012-2020.

Hovedresultaterne er:

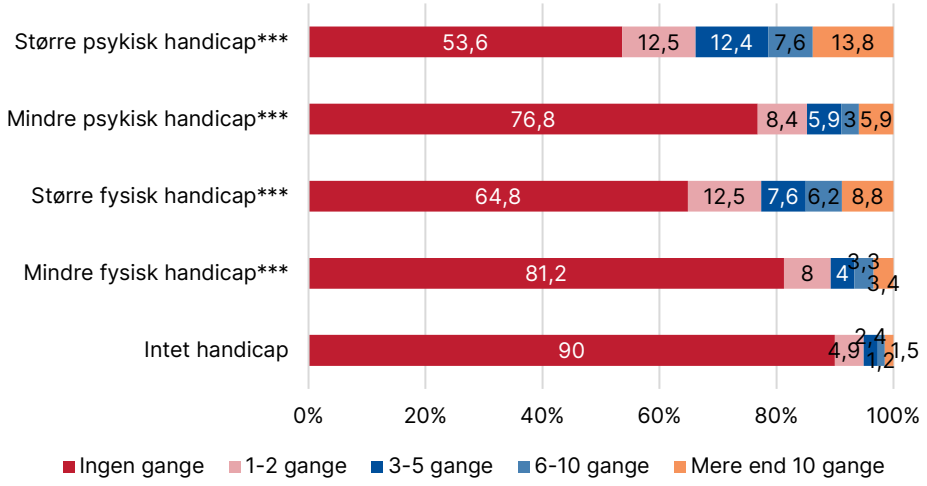
- Større andele blandt borgere med handicap end blandt borgere uden handicap har været i kontakt til kommunen inden for det seneste år. Det er især borgere med større handicap, der har haft kontakt til kommunen. Blandt borgere med større psykisk og fysisk handicap har hhv. 46 % og 35 % været i kontakt til kommunen mindst én gang inden for det seneste år. Andelen blandt mennesker uden handicap er 10 %.
- Blandt dem, der har været i kontakt til kommunen inden for det seneste år, er "eget handicap" den vigtigste årsag blandt borgere med handicap. Blandt borgere uden handicap er "barns handicap" den hyppigst angivne årsag.
- Andelen af borgere, der har kontakt til kommunen pga. (eget, en partners eller barns) handicap i høj eller nogen grad oplever at have indflydelse på de tiltag, som kommunen iværksætter er højere (49%) end blandt borgere, der har kontakt til kommunen af andre årsager (42 %). For begge grupper er der sket en bevægelse i retning mod en oplevelse af i højere grad at have indflydelse siden 2012.
- Andelen, der i høj eller nogen grad oplever at have fået den hjælp man har brug, for er den samme, omtrent 64 %, uanset kontaktårsag (handicaprelateret eller ej).

- Signifikant større andele blandt personer, der har haft kontakt med kommunen pga. handicap, oplever at have mange skiftende sagsbehandlere. I alt 43 % i gruppen med kontakt pga. handicap angiver, at dette i høj grad eller i nogen grad er tilfældet. Den tilsvarende andel blandt personer, der har kontakt med kommunen af andre årsager, er 34 %. Det er muligt, at den højere andel, der har mange skiftende sagsbehandlere blandt mennesker med kontakt med kommunen pga. handicap, delvist skyldes, at deres sager kan være mere komplekse.
- Større andele blandt mennesker, der har kontakt med kommunen pga. handicap, (28 %) oplever, at sagsbehandlerne er forberedte. Blandt mennesker, der har kontakt med kommunen af andre årsager, er andelen 24 %.
- 17 % af borgerne med kontakt med kommunen har anket mindst én sag inden for de seneste 3 år. Heraf har 11 % anket én sag og 6 % har anket 2 eller flere sager. Der er ikke en forskel i andelen, der har anket én eller flere sager, afhængigt af om man har kontakt med kommunen pga. handicap eller af andre årsager. For begge grupper er der sket et signifikant fald fra 2012 til 2020 i andelen af borgere, der har anket mindst én sag.
- Blandt mennesker med større psykisk og større fysisk handicap angav hhv. 19 % og 13 %, at de oplevede "virkelig store" eller "nogle" vanskeligheder, sidst de var ude for at finde en ny bolig. Blandt mennesker uden handicap var den tilsvarende andel 10 %.
- Uanset handicap er den hyppigst angivne årsag til at opleve vanskeligheder med at finde en ny bolig, at boligerne er for dyre. Blandt mennesker med større fysisk handicap angiver imidlertid ca. hver femte respondent, 22 %, at mangel på handicapegnede boliger, eller at de kun kan flytte, hvis de bliver visiteret til en anden bolig, som værende den største vanskelighed.

7.1 Kontakt med kommunen

For at undersøge, i hvilket omfang borgere hhv. med og uden handicap har haft kontakt med kommunen blev respondenterne i alle tre bølger af SHILD stillet spørgsmålet: "Hvor mange gange har du eller din eventuelle partner haft kontakt med kommunen i forbindelse med din, din partners eller dine børns sygdom, eller jeres økonomi inden for det seneste år?" Det fremgår af resultaterne i Figur 7.1, at borgere med handicap i signifikant større omfang har haft kontakt med kommunen end borgere uden handicap. Især borgere med større psykisk handicap har haft kontakt med kommunen mange gange. Knap 14 % i denne gruppe angiver at have haft kontakt med kommunen mere end 10 gange inden for det seneste år. Blandt borgere med større fysisk handicap er andelen 9 %, mens den tilsvarende andel blandt borgere uden handicap er knap 2 %. Blandt borgere uden handicap har 90 % slet ikke haft kontakt med kommunen inden for det seneste år. Det samme gælder for knap 54 % med større psykisk handicap og knap 65 % med større fysisk handicap. Blandt borgere med mindre psykisk handicap har i alt 23 % været i kontakt med kommunen mindst én gang, mens dette gælder for knap 19 % blandt borgere med mindre fysisk handicap.

Figur 7.1 Respondenter fordelt efter, om de har haft kontakt med kommunen i forbindelse med egen, en partners eller barns/børns sygdom eller pga. økonomi inden for det seneste år. Særskilt for type af handicap og mennesker uden handicap. 2020. Procent.

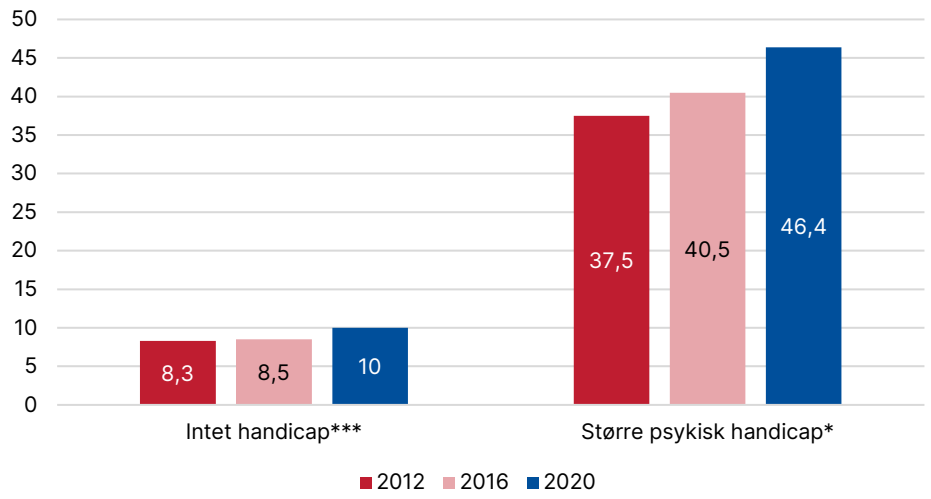


Anm.: N = [12.345, 3.169, 1.427, 1.093, 442]. Forskellen mellem mennesker uden handicap og de fire handicapgrupper er testet med Chi2-test. *** p<0,001, ** p<0,01, * p<0,05.

Kilde: SHILD 2020.

Ser vi på udviklingen fra 2012 til 2020 i andelen, der har haft kontakt med kommunen i forbindelse med egen, partners eller børns sygdom, eller pga. økonomien mindst én gang inden for det seneste år (Figur 7.2), finder vi, at denne andel er steget fra 8 % til 10 % blandt borgere uden handicap. Parallelt er andelen steget fra 38 % til 46 % blandt borgere med større psykisk handicap. Selv om udviklingen i absolutte tal er større for borgere med større psykisk handicap (knap 10 procentpoint) end for borgere uden handicap (2 procentpoint), er udviklingen i relative tal ca. den samme i begge grupper (en stigning på omtrent 25 %). For borgere med større fysisk handicap er der ikke sket en signifikant udvikling over tid (fremgår ej af figuren).

Figur 7.2 Respondenter fordelt efter, om de har haft kontakt med kommunen i forbindelse med egen, partners eller barns/børns sygdom eller pga. økonomi mindst én gang inden for det seneste år. Særskilt for mennesker uden handicap og mennesker med større psykisk handicap. 2012, 2016, 2020. Procent.

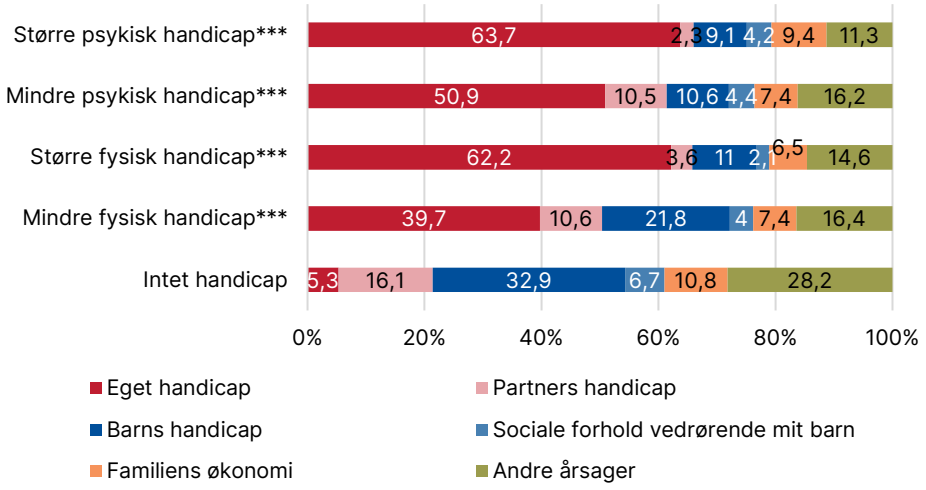


Anm.: N = [13.366, 14.232, 12.345]; [405, 485, 442]. Forskellen inden for handicapgruppe på tværs af år er testet med Chi2-test. *** p<0,001, ** p<0,01, * p<0,05.

Kilde: SHILD 2012, 2016, 2020.

I Figur 7.3 undersøger vi de væsentligste årsager til kontakt med kommunen for respondenter, der har haft kontakt med kommunen mindst én gang inden for det seneste år. Blandt borgere med større hhv. psykisk og fysisk handicap angiver flertallet, at den væsentligste kontaktårsag er eget handicap (hhv. 64 % og 62 %). Der er ikke sket en udvikling i de væsentligste årsager til at have kontakt til kommunen for mennesker med handicap i perioden 2016-2020 (fremgår ej af figuren).

Figur 7.3 Respondenter fordelt efter væsentligste årsag til kontakt med kommunen. Særskilt for handicapgruppe. 2020. Procent.



Anm.: N = [1.186, 572, 495, 259, 205]. Forskellen mellem mennesker uden handicap og de fire handicapgrupper er testet med Chi2-test. *** p<0,001, ** p<0,01, * p<0,05.

Kilde: SHILD 2020.

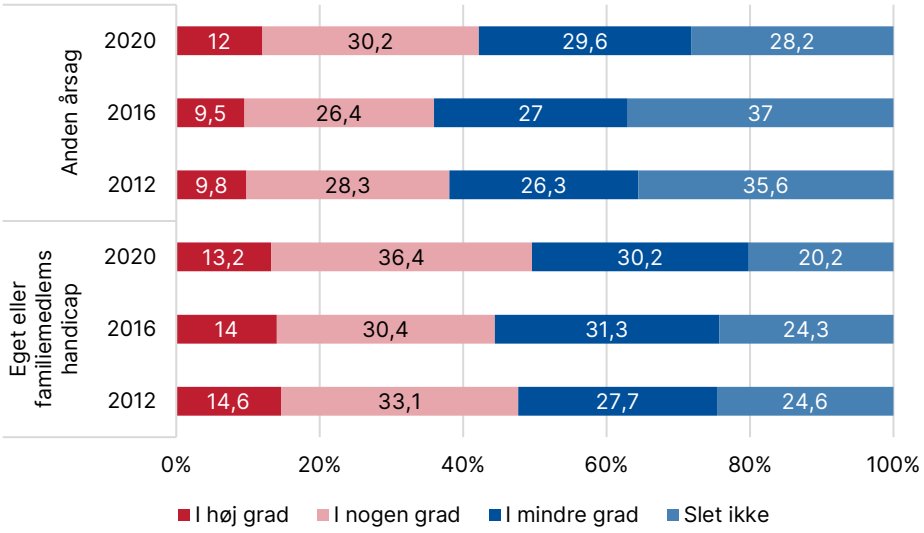
Det fremgår derudover af Figur 7.3, at over halvdelen af respondenterne, der ikke har et handicap (ifølge vores definition), angiver, at den væsentligste årsag til at have kontakt med kommunen har været pga. et barns (33 %), partners (16 %) eller eget handicap (5 %). Det fremgår også, at 23-28 % blandt mennesker med handicap angiver, at den væsentlige årsag til at have kontakt med kommunen ikke er relateret til handicap (dvs. at de primært har haft kontakt med kommunen pga. "familiens økonomi", "sociale forhold vedrørende mit barn" eller "andre årsager"). I analyserne i afsnit 7.2-7.4 skelner vi derfor mellem borgere, der angiver, at den væsentligste årsag til kontakt med kommunen er handicap (eget, partners eller barns), og borgere, der angiver, at den væsentligste årsag til kontakt med kommunen er pga. økonomi, sociale forhold vedrørende et barn eller "andre årsager".[19] Vi sammenligner dermed i de fortsatte analyser handicaprelateret sagsbehandling og "øvrig" sagsbehandling, uden at tage højde for, om personen, der har kontakt med kommunen, har et handicap eller ej.

7.2 Den "gode" sagsbehandling

I Figur 7.4 undersøger vi, i hvilken grad respondenter, der primært har kontakt med kommunen af hhv. handicaprelaterede årsager (eget, partners eller barns handicap) og andre årsager oplever, at de har indflydelse i forhold til, hvilke tiltag eller hvilken hjælp, der skal iværksættes af kommunen. Tidligere undersøgelser har vist, at indflydelse i forhold til sagsbehandling kan bidrage til borgerens empowerment, selvrespekt og autonomi og derved til et ligeværdigt og tillidsfuldt forhold mellem borger og sagsbehandler (Elstad & Eide, 2009; Weiste et al., 2020). Det fremgår af figuren, at omtrent 49 % af dem, der havde kontakt til kommunen pga. handicap i høj eller nogen grad oplevede at have indflydelse på tiltagene i 2020. Den tilsvarende andel blandt mennesker med kontakt til kommunen af andre årsager var 42 %. Vi finder dermed, at borgere med kontakt med kommunen pga. handicap i højere grad oplever at have indflydelse på hjælpen end borgere med kontakt med kommunen af andre årsager. For begge grupper er der sket en bevægelse i retning mod en oplevelse af i højere grad at have indflydelse siden 2012.

[19] Vi har også gennemført analyserne i afsnit 7.2-7.4 særskilt for mennesker uden handicap og mennesker med hhv. større fysisk og større psykisk handicap. Der var gennemgående få signifikante forskelle mellem mennesker uden handicap og de to handicapgrupper.

Figur 7.4 Respondenter fordelt efter oplevelse af grad af indflydelse på, hvilke tiltag eller hvilken hjælp der skal iværksættes af kommunen. Særskilt for årsag til kontakt med kommunen og år. 2012, 2016, 2020. Procent.

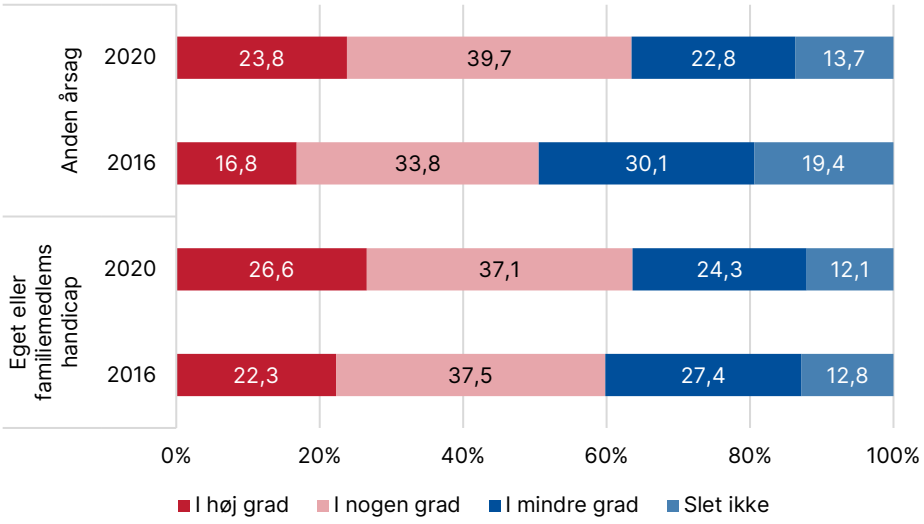


Anm.: N = [1.557, 1.736, 1.739] [751, 735, 694]. Forskellen i 2020 mellem mennesker der har været i kontakt med kommunen pga. handicap og mennesker der har været i kontakt med kommunen af andre årsager er testet med Chi2-test og er signifikant på et 99 % -niveau. Forskellen på tværs af år inden for kontaktårsagsgruppe er testet med Chi2-test og er signifikant på et 99 %-niveau (kontakt pga. handicap) hhv. 95 %-niveau (kontakt pga. anden årsag).

Kilde: SHILD 2012, 2016, 2020.

I Figur 7.5 undersøger vi, i hvilken grad borgere, der har kontakt med kommunen pga. handicap eller af andre årsager, oplever at have fået den hjælp fra kommunen, som de har behov for. Mennesker med kontakt med kommunen pga. handicap oplever i højere grad at få den relevante hjælp af kommunen end mennesker med kontakt af andre årsager. Blandt mennesker med kontakt med kommunen pga. handicap angav knap 27 %, at de i høj grad har fået den hjælp af kommunen, som de har brug for, mens den tilsvarende andel var 24 % blandt personer, der har kontakt med kommunen af andre årsager. Vi finder derudover en signifikant positiv udvikling siden 2016 i begge grupper (spørgsmålet indgik ikke i 2012-bølgen af SHILD). Blandt mennesker, der har kontakt med kommunen pga. handicap, er det især andelen, der i høj grad oplever at få den hjælp, som de har behov for, der er steget (fra 22 % i 2016 til 26 % i 2020).

Figur 7.5 Respondenter fordelt efter oplevelse af, i hvilken grad de har fået den hjælp af kommunen, som de har behov for. Særskilt for årsag til kontakt til kommunen. 2016, 2020. Procent.

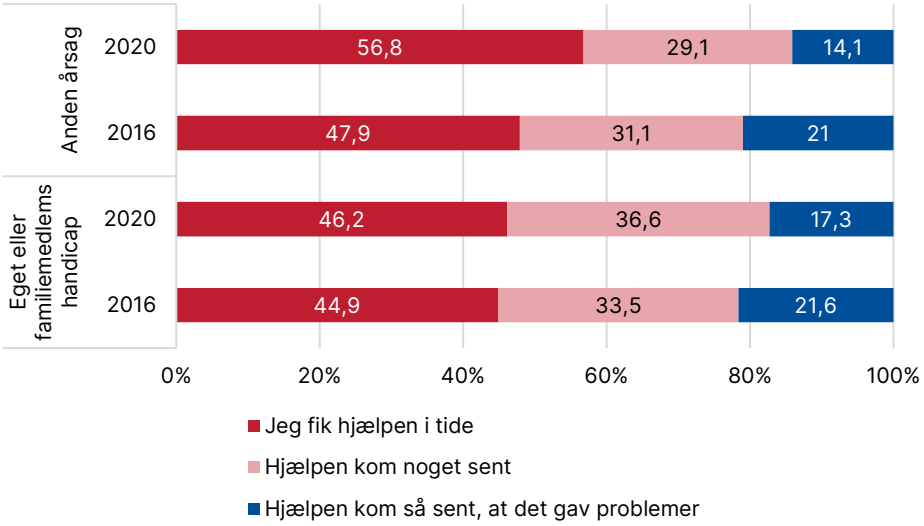


Anm.: N = [1.739, 1.736]; [736, 695]. Forskellen i 2020 mellem mennesker der har været i kontakt med kommunen pga. handicap og mennesker der har været i kontakt med kommunen af andre årsager er testet med Chi2-test og er ikke signifikant. Forskellen på tværs af år inden for kontaktårsagsgruppe er testet med Chi2-test og er signifikant på et 95 %-niveau (kontakt pga. handicap) hhv. 99,9 %-niveau (kontakt pga. anden årsag).

Kilde: SHILD 2016, 2020.

Respondenter, der angav i høj, nogen eller mindre grad at have fået den hjælp fra kommunen, som de har behov for (jf. Figur 7.5), blev stillet spørgsmålet: "Fik du den hjælp, du havde behov for i rette tid, eller kom den for sent?" Som det fremgår af Figur 7.6, er andelene, der oplever, at hjælpen kom noget sent, eller så sent, at det gav problemer, markant større blandt personer, der havde kontakt med kommunen på grund af eget eller en familiemedlems handicap (54 %) end blandt personer, der havde kontakt med kommunen af andre årsager (43 %). For begge grupper finder vi imidlertid, at andelen, der angiver, at hjælpen kom så sent, at det gav problemer, er faldet over tid. For gruppen, der var i kontakt med kommunen pga. et handicap, faldt andelen, der mente, at hjælpen kom så sent, at det gav problemer fra 22 % i 2016 til 17 % i 2020. For gruppen, der var i kontakt med kommunen af andre årsager, faldt andelen fra 21 % i 2016 til 14 % i 2020.

Figur 7.6 Respondenter fordelt efter oplevelse af den kommunale hjælps rettidighed. Særskilt for årsag til kontakt til kommunen. 2016, 2020. Procent.



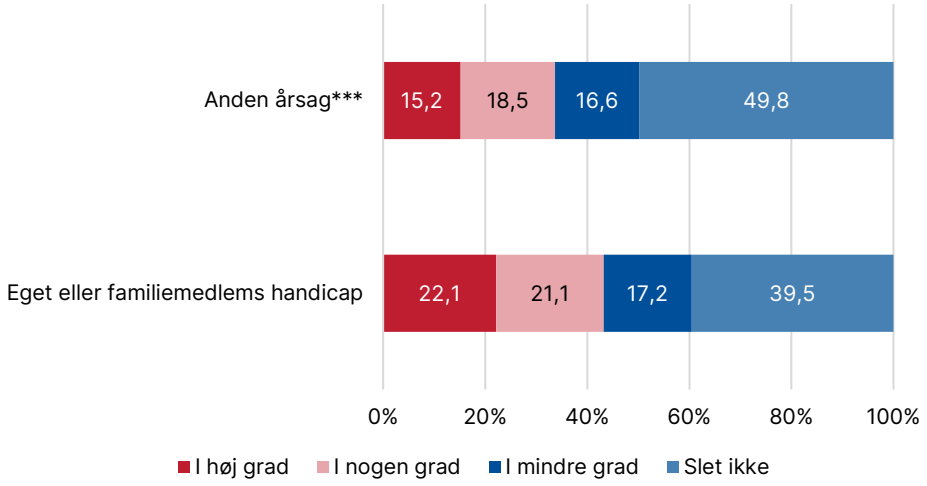
Anm.: N = [1.506, 1.519] [587, 593]. Forskellen i 2020 mellem mennesker, der har været i kontakt med kommunen pga. handicap, og mennesker, der har været i kontakt med kommunen af andre årsager, er testet med Chi2-test og er signifikant på et 99,9 % -niveau. Forskellen på tværs af år inden for kontaktårsagsgruppe er testet med Chi2-test og er signifikant på et 95 %-niveau (kontakt pga. handicap) hhv. 99 %-niveau (kontakt pga. anden årsag).

Kilde: SHILD 2016, 2020.

Et andet væsentligt aspekt af god sagsbehandling er, at sagsbehandleren tager hensyn til borgerens individuelle behov, når de iværksætter hjælp til borgeren. Respondenternes oplevelse af, i hvilken grad man oplever, at kommunen tager hensyn til ens individuelle behov i forhold til den hjælp, de iværksætter, afhænger *ikke* af, om man primært er i kontakt med kommunen på grund af handicap eller af andre årsager. I begge grupper angav omtrent 20 %, at kommunen i høj grad tager hensyn til individuelle behov, mens yderligere 43 % angav, at dette i nogen grad var tilfældet. I begge grupper er der sket en parallel signifikant udvikling fra 2016 til 2020 i retning af, at større andele synes, at kommunen tager hensyn til individuelle behov (fremgår ej af en figur).

Figur 7.7 viser andelene blandt respondenter med kontakt til kommunen pga. handicap hhv. af andre årsager, der oplever at have mange skiftende sagsbehandlere (spørgsmålet indgik kun i 2020-bølgen af SHILD). Signifikant større andele blandt personer, der har haft kontakt med kommunen pga. handicap, oplever at have mange skiftende sagsbehandlere. I alt 43 % angiver at dette i høj grad eller i nogen grad er tilfældet. Den tilsvarende andel blandt personer, der har kontakt med kommunen af andre årsager, er 34 %. Det er muligt, at forskellen skyldes, at handicaprelaterede sager kan være mere komplekse, hvilket kan medføre et øget behov for inddragelse af flere sagsbehandlere, fx. fra flere kommunale forvaltninger.

Figur 7.7 Respondenter fordelt efter oplevelse af at have mange skiftende sagsbehandlere. Særskilt for årsag til kontakt til kommunen. 2020. Procent.



Anm.: N = [1.711, 679]. Forskellen mellem mennesker, der har været i kontakt med kommunen pga. handicap, og mennesker, der har været i kontakt med kommunen pga. andre årsager er testet med Chi2-test. *** p<0,001, ** p<0,01, * p<0,05.

Kilde: SHILD 2020.

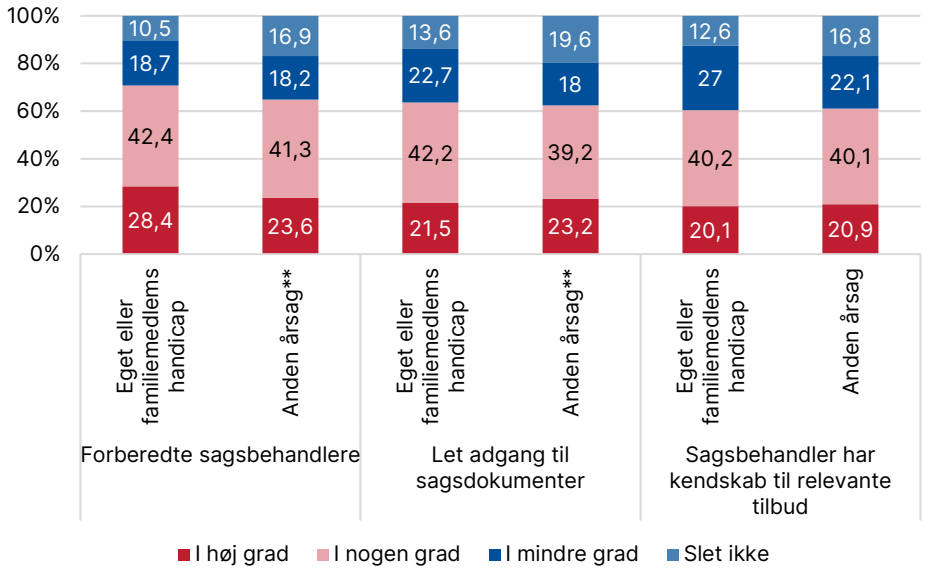
Som nævnt kan der i sagsbehandling over for borgere med handicap ofte være behov for et samarbejde på tværs af kommunale forvaltninger, eller med sundhedssektoren. Et velfungerende tværfagligt samarbejde har i tidligere forskning vist sig at have betydning for borgerens mestring og livskvalitet (Hjortbak et al., 2011). Vi finder ikke en forskel mellem borgere med kontakt med kommunen pga. handicap hhv. af andre årsager ift. spørgsmålet om myndighedernes samarbejde. Omtrent hhv. 17 % og 35 % i begge grupper angiver, at myndighederne samarbejder på tværs af forvaltninger i hhv. høj eller nogen grad. Der er ikke sket en udvikling i disse andele siden 2016 (spørgsmålet indgik ej i 2012-bølgen af SHILD) (fremgår ej af en figur).

Som det fremgår af Figur 7.8, oplever 71 % af borgere, der har kontakt med kommunen pga. eget eller en familiemedlems handicap, at sagsbehandleren i høj eller nogen grad er tilstrækkeligt forberedt til møder og anden kontakt med ham/hende. Blandt mennesker, der har kontakt med kommunen af andre årsager, er den tilsvarene andel 65 %. Derudover viser figuren, at blandt mennesker, der har kontakt med kommunen pga. handicap, angiver 64 % i høj eller nogen grad at have let adgang til sagsdokumenter. I gruppen, der har kontakt pga. andre årsager, er andelen 62 %. Derudover er andelen, der "slet ikke" har let adgang til sagsdokumenter 20 % blandt mennesker, der har kontant med kommunen af andre årsager. Blandt mennesker der har kontakt med kommunen pga. eget eller en familiemedlems handicap er andelen knap 14 %. Derudover viser figuren, i hvilken grad mennesker med kontakt med kommunen pga. handicap samt af andre årsager oplever, at sagsbehandleren har kendskab til de tilbud, der kan være relevante for borgeren. For dette spørgsmål var forskellen mellem borgere, der havde kontakt med kommunen hhv. pga. handicap og af en anden årsag på grænsen til at være statistisk signifikant. Omtrent 20 % i begge grupper oplever, at sagsbehandlerne i høj grad har kendskab til de tilbud, der kan være relevante for dem, og yderligere 40 % oplever, at dette i nogen

grad er tilfældet. Derimod er andelen, der "slet ikke" oplever, at sagsbehandleren har kendskab til relevante tilbud, højere blandt mennesker, der har kontakt til kommunen af andre årsager (17 %), end blandt mennesker, der har kontakt pga. handicap (13 %).

Samlet set peger resultaterne i Figur 7.8 dermed på en højere tilfredshed med den kommunale sagsbehandling blandt mennesker, der har kontakt med kommunen pga. handicap, end blandt mennesker, der har kontakt med kommunen pga. andre årsager, når det kommer til, i hvilken grad man oplever, at sagsbehandlerne er forberedte, i hvilken grad, man har let adgang til egne sagsdokumenter, samt i hvilken grad man oplever at have let adgang til egne sagsdokumenter.

Figur 7.8 Respondenter fordelt efter oplevelse af at have tilstrækkeligt forberedte sagsbehandlere, let adgang til egne sagsdokumenter samt kendskab til relevante tilbud. Særskilt for årsag til kontakt til kommunen. 2020. Procent.

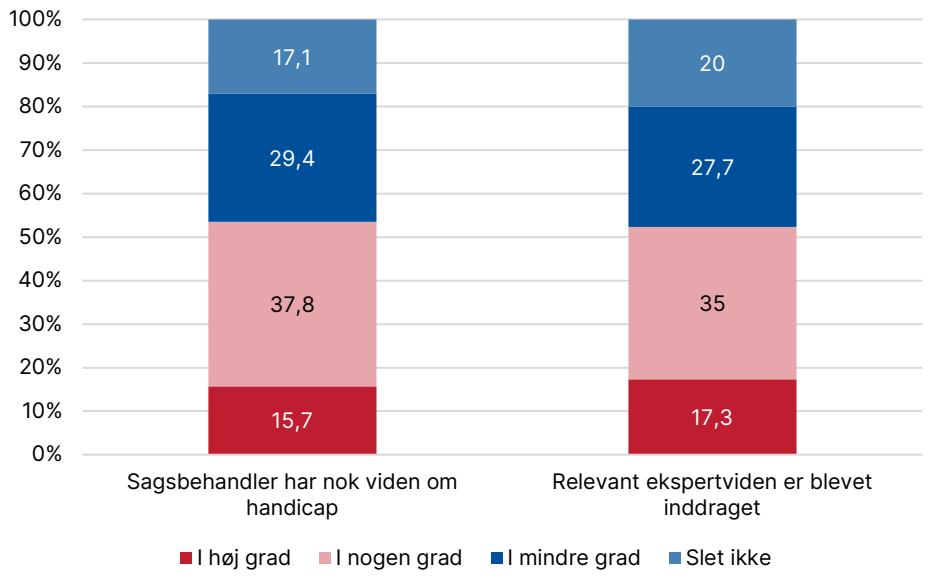


Anm.: N = [1.689, 673], [1.655, 665]. Forskellen mellem mennesker, der har været i kontakt med kommunen pga. handicap, og mennesker, der har været i kontakt med kommunen pga. andre årsager er testet med Chi2-test. *** p<0,001, ** p<0,01, * p<0,05.

Kilde: SHILD 2020.

Respondenter, der havde kontakt med kommunen pga. handicap blev i 2020-bølgen af SHILD stillet spørgsmålet: "I hvilken grad oplever du, at dine sagsbehandlere har nok viden om dit, din partners eller dit barns specifikke handicap?" Denne respondentgruppe blev også spurgt: "I hvilken grad oplever du, at relevant ekspertviden er blevet inddraget, i forhold til, hvilke tiltag eller hvilken hjælp der iværksættes af kommunen?" Godt 50 % af respondenterne angiver i høj eller nogen grad, at sagsbehandlerne har nok viden, hhv. at relevant ekspertviden er blevet inddraget i sagsbehandlingen (Figur 7.9).

Figur 7.9 Respondenter med kontakt med kommunen inden for det sidste år pga. eget, partner eller barns handicap, fordelt efter oplevelse af at sagsbehandleren har nok viden om det pågældende handicap, samt at relevant ekspertviden blev inddraget. 2020. Procent.



Anm.: N = [1.682, 1.667]. Kun mennesker med kontakt til kommunen pga. eget, partner eller barns handicap har besvaret spørgsmålet.
Kilde: SHILD 2020.

7.3 Tillid til kommunen

Forskning har understreget betydningen af et tillidsfuldt forhold mellem sagsbehandlere og borgere (Grell et al., 2020). Et andet væsentligt aspekt af den gode sagsbehandling er således, at borgerne har tillid til, at de får den hjælp fra kommunen, som de har ret til. Resultaterne fra SHILD 2020 viser, at dette i nogen grad er tilfældet. Omtrent 21 % og 38 % af respondenterne med kontakt til kommunen angiver, at de i hhv. høj eller nogen grad har tillid til, at kommunen yder den hjælp, som man har ret til. Disse tal er de samme, uanset om man primært har kontakt med kommunen pga. handicap eller af andre årsager. For mennesker, der primært har kontakt med kommunen pga. eget eller en familiemedlems handicap, er der sket en forbedring i retning af større tillid fra 2016 til 2020. For mennesker, der har kontakt med kommunen af andre årsager, er der ikke sket en signifikant ændring over tid (ej vist i en figur).

17 % af borgerne med kontakt med kommunen har anket mindst én sag inden for de seneste 3 år. Heraf har 11 % anket én sag, og 6 % har anket 2 eller flere sager. Der er ikke en forskel i andelen, der har anket en eller flere sager, afhængigt af om man har kontakt med kommunen pga. eget, en partners eller et barns handicap, eller om man har kontakt med kommunen af andre årsager. For begge grupper er der sket et signifikant fald fra 2012 til 2020 i andelen af borgere, der har anket mindst én sag. Blandt dem, der i 2020-bølgen af SHILD angav at have anket mindst én sag inden for de seneste 3 år, angav 41 %, at anken førte til, at man opnåede et resultat, der var bedre end kommunens oprindelige afgørelse.

Mennesker, der har kontakt med kommunen, kan søge ekstern rådgivning af mange årsager – fx. fordi man har behov for at få mere viden om sin sag, eller fordi man er usikker på, hvilke ydelser eller tilbud, som man eventuelt har ret til. Større andele blandt mennesker, der primært har kontakt med kommunen pga. eget eller et familiemedlems handicap, har søgt rådgivning hos andre end kommunen end blandt mennesker, der primært har kontakt til kommunen af andre årsager (hhv. 41 % og 26 % i de to grupper har søgt rådgivning hos andre end kommunen). Mennesker, der primært har kontakt med kommunen pga. handicap, og der har søgt rådgivning hos andre end kommunen, har i størst omfang søgt rådgivning hos "andre" (55 %) fulgt af "privat social organisation eller rådgivning" (27 %) og "handicaporganisation" (12 %). Relativt set få har søgt rådgivning hos den uvildige konsulenttjeneste på handicapområdet (DUKH) (knap 3 %). Omtrent 80 % af dem, der har søgt ekstern rådgivning, angiver at have fået den rådgivning, de havde brug for. Grundet et begrænset datagrundlag er det ikke muligt at undersøge, om graden af tilfredshed varierer, afhængigt af hvor man har søgt rådgivning.

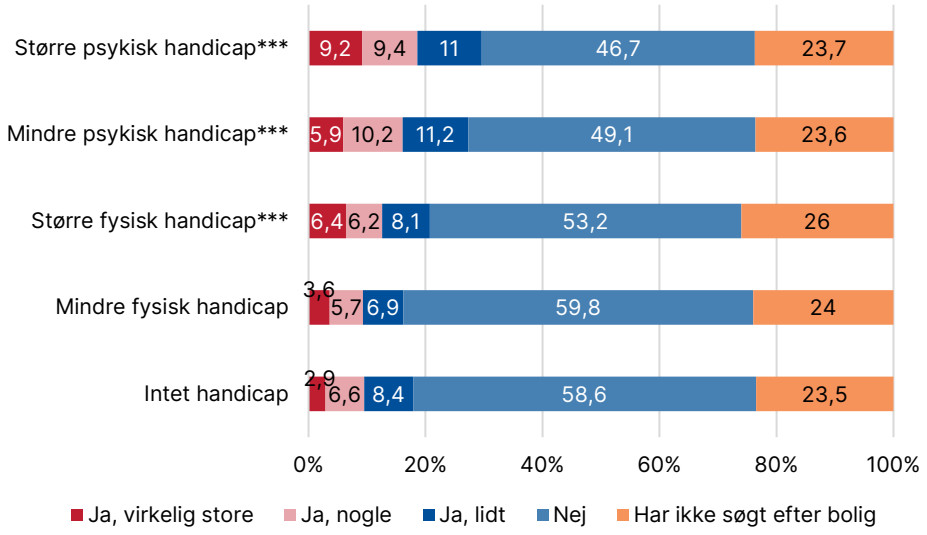
7.4 Viden om handicapråd

Alle kommuner skal have et handicapråd, som har til opgave at arbejde for lige vilkår for mennesker med handicap i kommunen (KL & Danske handicaporganisationer, 2018). Kendskabet til handicaprådet er forholdsvis lavt blandt respondenterne med kontakt med kommunen i SHILD: 29 % ved, at kommunen har et handicapråd. Der er ikke forskel mellem mennesker, der har kontakt med kommunen pga. handicap, og mennesker, der har kontakt med kommunen af andre årsager. For mennesker med kontakt med kommunen pga. handicap er der sket et fald i andelen, der har viden om handicaprådet siden 2016. Blandt dem, der er klar over, at kommunen har et handicapråd, har de fleste (27 %) hørt om det "fra andre steder", mens 26 % har hørt om det "fra personer, de kender". Derudover har mange læst eller hørt om handicaprådet i pressen (21 %) eller fået information om rådet fra kommunen (21 %), og 6 % har fået information om rådet fra en organisation. Der er ikke sket en udvikling i disse andele siden 2012.

7.5 Boligsituation

I dette afsnit undersøger vi respondenternes boligsituation. Vi ser bl.a. på, om de har oplevet problemer med at finde en bolig, om de er blevet visiteret til forskellige typer af botilbud, og om de modtager hjælp fra det offentlige eller fra familie og venner med praktiske ting. Omdrejningspunktet er eventuelle forskelle mellem mennesker med og mennesker uden handicap. I Figur 7.10 undersøger vi, i hvilken grad respondenterne angiver, at de er stødt på vanskeligheder, sidst de var ude for at finde en ny bolig. Som det fremgår af figuren, er det især mennesker med større psykisk handicap, fulgt af mennesker med mindre psykisk handicap, der i højest grad er stødt på problemer i forbindelse med at finde en ny bolig. Også mennesker med større fysisk handicap har i højere grad oplevet vanskeligheder end mennesker uden handicap. Forskellen mellem mennesker med mindre fysisk og mennesker uden handicap er på grænsen til at være statistisk signifikant (p=5,7 %). Siden 2016 er der ikke sket nogen ændringer i andelene, der har oplevet vanskeligheder, sidst de var ude for at finde en ny bolig (fremgår ej af figuren).

Figur 7.10 Respondenter fordelt efter oplevelse af vanskeligheder med at finde en ny bolig. Særskilt for handicaptyper og -grader samt for mennesker uden handicap. 2020. Procent.



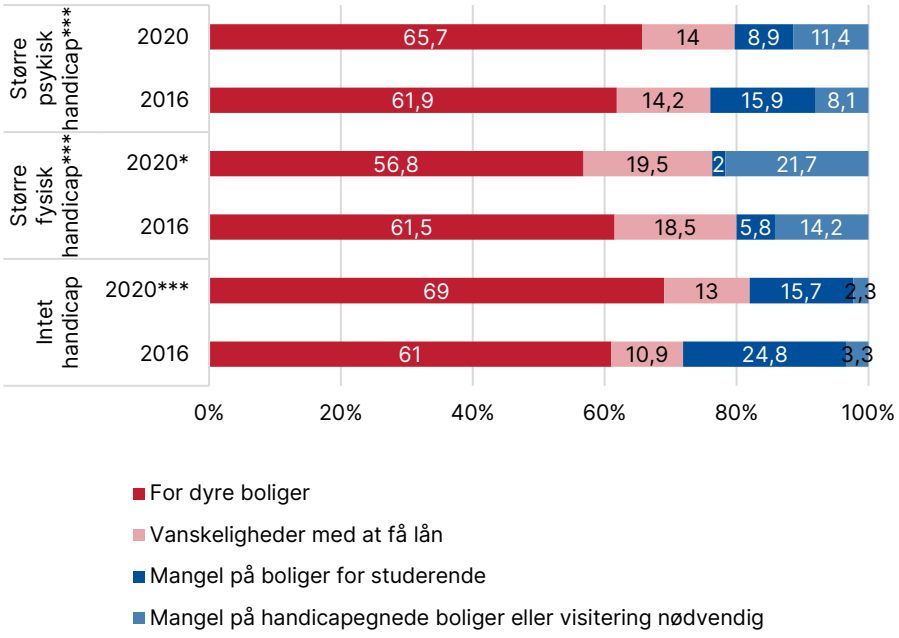
Anm.: N = [12.342; 3.176, 1.435, 1.100, 443]. Forskellen mellem gruppen uden handicap og de to handicapgrupper er testet med Chi2-test. *** p<0,001, ** p<0,01, * p<0,05.

Kilde: SHILD 2020.

I Figur 7.11 undersøger vi, for de respondenter, der har angivet, at de oplevede vanskeligheder med at finde en ny bolig, hvilke disse vanskeligheder var. Uanset handicap er den hyppigst angivne årsag, at boligerne er for dyre. Blandt mennesker med større fysisk handicap svarer ca. hver femte, 22 %, som den største vanskelighed, mangel på handicapegnede boliger, eller at de kun kan flytte, hvis de bliver visiteret til en anden bolig.[20] Blandt mennesker med større psykisk handicap er andelen, der, som den største vanskelighed, angiver mangel på handicapegnede boliger, eller at de kun kan flytte, hvis de bliver visiteret til en anden bolig 11 %, mens den er godt 2 % blandt mennesker uden handicap. Andelen, der angiver, at den største vanskelighed er mangel på handicapegnede boliger, eller at de kun kan flytte, hvis de bliver visiteret til en anden bolig, er steget i de to handicapgrupper siden 2016. I alle tre grupper er andelen, der angiver "mangel på boliger for studerende" som en vanskelighed, faldet markant siden 2016.

[20] Som den største vanskelighed i 2020 svarer denne gruppe hhv. 13,9 % mangel på handicapegnede boliger, og 7,1 %, at de kun kan flytte, hvis de er visiteret til en anden bolig. For mennesker med større psykisk handicap og uden handicap er det ikke muligt at skelne mellem disse to kategorier af diskretionshensyn (vi har derfor slået dem sammen i figuren).

Figur 7.11 Respondenter fordelt efter største vanskeligheder, de stødte på, sidst de var ude for at finde en ny bolig. Særskilt for handicaptyper samt for mennesker uden handicap. 2016 og 2020. Procent.

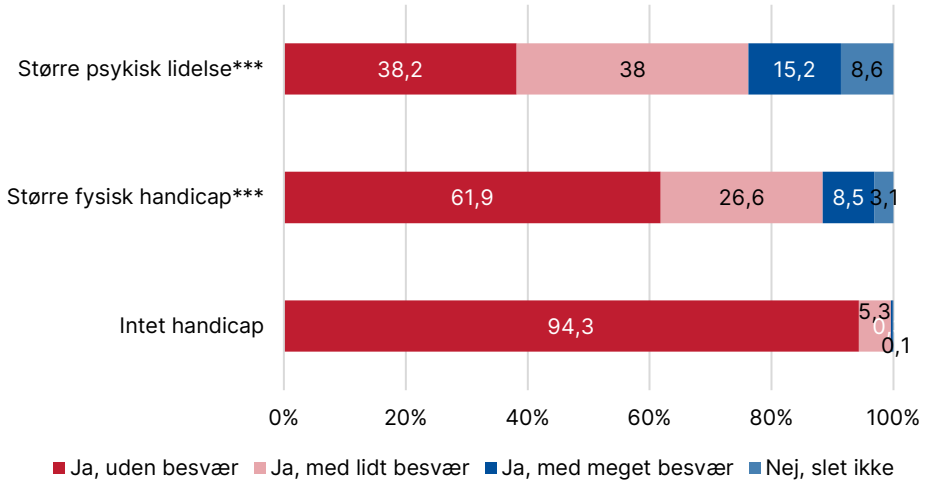


Anm.: Kun respondenter, der angiver at have stødt på vanskeligheder, sidst de var ude for at finde en ny bolig har besvaret spørgsmålet. N = [2.033, 1.591]; [300, 237]; [126, 118]. Forskellen mellem gruppen uden handicap og de to handicapgrupper er testet med Chi2-test. *** p<0,001, ** p<0,01, * p<0,05. Forskellen inden for handicapgrupper mellem år er testet med Chi2-test. *** p<0,001, ** p<0,01, * p<0,05.

Kilde: SHILD 2016, 2020.

I Figur 7.12 undersøger vi respondenternes svar på spørgsmålet: ”Kan du på egen hånd strukturere din hverdag?” Ikke overraskende er det især mennesker med større psykisk handicap, som oplever problemer med dette. Knap 9 % i denne gruppe angiver, at de ”slet ikke” kan strukturere deres hverdag, og yderligere 15 % angiver, at de har ”meget besvær” dermed. Blandt mennesker uden handicap er disse andele hhv. 0,1 % og 0,3 %. Også mennesker med større fysisk handicap oplever i højere grad end mennesker uden handicap problemer ift. at strukturere deres hverdag. I denne gruppe angiver hhv. 3 % og knap 9 %, at de ”slet ikke” eller kun ”med meget besvær” kan strukturere hverdagen.

Figur 7.12 Respondenter fordelt efter, om de på egen hånd kan strukturere deres hverdag. Særskilt for type af handicap og for mennesker uden handicap. 2020. Procent.

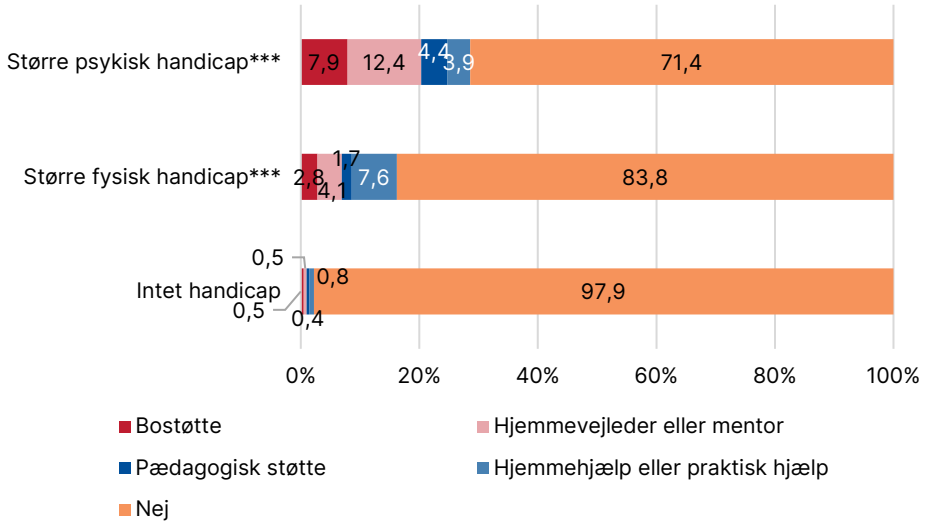


Anm.: N = [12.378, 1.440, 446]. Forskellen mellem gruppen uden handicap og de to handicapgrupper er testet med Chi2-test. *** p<0,001, ** p<0,01, * p<0,05.

Kilde: SHILD 2020.

De respondenter, der angav, at de har problemer med at strukturere deres hverdag, eller der i forudgående spørgsmål i SHILD har angivet, at de har problemer med at huske eller koncentrere sig eller med at kommunikere, blev stillet spørgsmålet: "Har du en bostøtte, hjemmevejleder, mentor, pædagogisk støtte, hjemmehjælper eller praktisk hjælp, som kommer og hjælper dig med praktiske ting?" Respondenter, der modtog mere end en type af hjælp blev bedt om at angive den vigtigste. Det er især mennesker med større psykisk handicap, der modtager en eller anden form for hjælp i hjemmet. I denne gruppe angiver 12 %, at de modtager hjælp fra en hjemmevejleder eller mentor, og 8 %, at de modtager bostøtte. 4 % modtager hjemmehjælp eller praktisk hjælp. Blandt mennesker med større fysisk handicap er hjemmehjælp eller praktisk hjælp den hyppigst angivne type af hjælp. 8 % af respondenterne med større fysisk handicap modtager hjemmehjælp eller praktisk hjælp, mens 4 % har hjemmevejleder eller mentor, og 3 % modtager bostøtte. Forskellene på tværs af de to handicapgrupper afspejler, at mennesker med hhv. fysisk og psykisk handicap kan forventes at have forskellige typer af behov. Mennesker med større fysisk handicap har i højere grad brug for hjælp med de mere praktiske opgaver, mens mennesker med større psykisk handicap i højere grad har brug for hjælp med at skabe struktur. Blandt mennesker, der angiver ikke at have et handicap, modtager meget få (2 %) nogen form for hjælp og støtte i hjemmet.

Figur 7.13 Respondenter fordelt efter, om de modtager forskellige typer af hjælp fra det offentlige. Særskilt for type af handicap og for mennesker uden handicap. 2020. Procent.

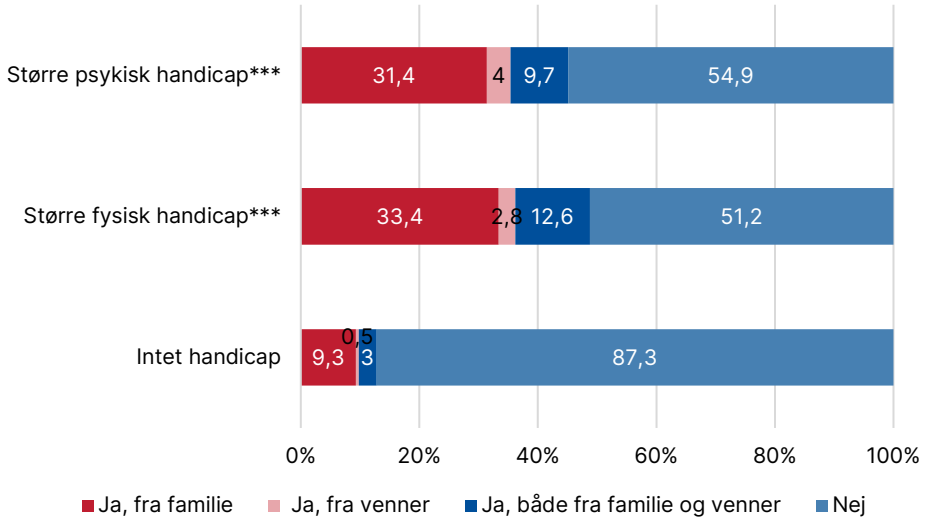


Anm.: N = [3.479. 1.008, 400]. Forskellen mellem gruppen uden handicap og de to handicapgrupper er testet med Chi2-test. *** p<0,001, ** p<0,01, * p<0,05. Kun respondenter, der i tidligere spørgsmål i SHILD har angivet, at de har problemer med at strukturere deres hverdag, med at huske eller koncentrere sig eller med at kommunikere, har modtaget spørgsmålet.

Kilde: SHILD 2020.

I Figur 7.14 undersøger vi, hvor stor en andel af respondenterne der får praktisk hjælp fra familie eller venner, fx til rengøring, indkøb, kørsel m.m. Kun respondenter, der har angivet, at de har problemer med at strukturere deres hverdag, at huske eller koncentrere sig eller med at kommunikere, modtog spørgsmålet. I denne gruppe angiver over halvdelen af personerne med større fysisk (51 %) og større psykisk handicap (55 %) at de *ikke* modtager hjælp. Blandt dem, der modtager hjælp er det hyppigste kun at modtage hjælp fra familie: 33 % og 31 % blandt mennesker med hhv. større fysisk og psykisk hjælp angiver dette. Yderligere knap 13 % og 10 % af mennesker med hhv. større fysisk og psykisk handicap angiver, at de modtager hjælp fra både venner og familie.

Figur 7.14 Respondenter fordelt efter, om de modtager hjælp fra familie og venner. Særskilt for type af handicap og for mennesker uden handicap. 2020. Procent.



Anm.: N = [3.943. 1.209, 406]. Forskellen mellem gruppen uden handicap og de to handicapgrupper er testet med Chi2-test. *** p<0,001, ** p<0,01, * p<0,05. Kun respondenter, der i tidligere spørgsmål i SHILD har angivet, at de har problemer med at strukturere deres hverdag, med at huske eller koncentrere sig eller med at kommunikere, har modtaget spørgsmålet.

Kilde: SHILD 2020.

Respondenter, der i SHILD har angivet, at de har problemer med at gå, alternativt problemer med at huske eller koncentrere sig, eller problemer med at kommunikere eller med at strukturere deres hverdag, eller at de har et (større eller mindre) psykisk eller fysisk handicap, blev spurgt, om de var blevet visiteret til en handicapbolig, et plejehjem, et bofællesskab eller til et botilbud. I alt 1,4 % af respondenterne, der blev stillet spørgsmålet, angav at være blevet visiteret til enten en handicapbolig, et plejehjem, et bofællesskab eller et botilbud. Blandt dem, der var blevet visiteret til en handicapbolig, et plejehjem, et bofællesskab eller et botilbud, angav 66 %, at de fik anvist én bolig (dvs. at de ikke kunne vælge mellem flere boliger). 15 % kunne vælge mellem to muligheder, og 7 % kunne vælge mellem tre eller flere muligheder. 12 % angav, at de endnu ikke havde fået anvist en bolig (fremgår ej af en figur).

8 Livskvalitet og sundhed

Omdrejningspunktet for dette kapitel er selvvurderet sundhed og livskvalitet samt risikoadfærd blandt mennesker med og uden handicap. Som i tidligere kapitler undersøger vi gennemgående, om der er forskelle mellem grupperne. Vi tager udgangspunkt i spørgsmål om, hvordan respondenterne selv vurderer forskellige aspekter relateret til helbred. Vi undersøger blandt andet ensomhed og livskvalitet, vægt og motion, søvn og smerter samt ryge- og alkoholvaner. Så vidt muligt ser vi også på, om der er sket en udvikling i disse helbredsrelaterede aspekter siden de første to bølger af SHILD.

Det er muligt, at coronasituationen i 2020 kan have påvirket resultaterne i dette afsnit, om end det er usikkert i hvilken retning. Social distance, hjemmearbejde og øget isolering (selv om Danmark ikke var lukket ned i dataindsamlingsperioden) kan have haft negative konsekvenser på respondenterne fx. i form af større ensomhed. På den anden side kan coronasituationen have haft positive konsekvenser, fx. i form af reduceret stress og lavere krav eller forventninger til fx. at være aktiv eller indgå i fællesskaber. Det kan ikke udelukkes, at konsekvenserne af coronasituationen kan have påvirket mennesker med og uden handicap på forskellig vis og i forskellig grad.

Hovedresultaterne er:

- Mennesker med handicap er i højere grad ensomme end mennesker uden handicap. Det er især mennesker med (større) psykisk handicap, der er ensomme.
- Mennesker med handicap er i højere grad utilfredse eller meget utilfredse med deres liv end mennesker uden handicap. En tredjedel blandt mennesker med større psykisk handicap er meget utilfreds eller utilfreds med deres liv (33 %). Blandt mennesker med større fysisk handicap er den tilsvarende andel en femtedel (20 %). Blandt mennesker uden handicap er en femogtyvendedel (4 %) enten meget utilfreds eller utilfreds med deres liv.
- For mennesker med større psykiske handicap er andelen, der er utilfreds eller meget utilfreds med deres liv, faldet fra 2016 (40 %) til 2020 (33 %).
- Blandt mennesker uden handicap oplever 5 % at de "helt afgjort" har fortjent en bedre tilværelse, end den de har fået. Andelen er omtrent syv gange højere (hhv. 35 % og 38 %) blandt mennesker med større hhv. fysisk og psykisk handicap.
- Mennesker med handicap har højere BMI og er fysisk aktive færre dage om ugen end mennesker uden handicap. Gennemsnitligt BMI er steget i perioden 2012-2020 og ligger i 2020 over grænsen til overvægt, såvel blandt mennesker uden handicap som blandt mennesker med større hhv. fysisk og psykisk handicap.
- Andelen, der sover dårligt eller meget dårligt, er markant højere blandt mennesker med psykisk (45 %) og fysisk (40 %) handicap end blandt mennesker uden handicap (9 %).
- 74 % blandt mennesker med større fysiske handicap har ofte eller altid smerter. Andelen blandt mennesker med større psykisk handicap er 48 %, mens 11 % blandt mennesker uden handicap altid eller ofte har smerter.
- Det er også mennesker med større fysisk handicap, som især oplever "voldsomme" smerter: 43 % blandt mennesker med større fysisk handicap, der oplever

smerter, beskriver disse som voldsomme. Andelen, der har voldsomme smerter, er 27 % blandt mennesker med større psykisk handicap og 4 % blandt mennesker uden handicap (kun dem, der har angivet, at de har smerter, har besvaret spørgsmålet).

- Andelene med enten et meget højt eller et meget lavt forbrug af alkohol er større blandt mennesker med større hhv. fysisk og psykisk handicap end blandt mennesker uden handicap. Mennesker med handicap, der drikker alkohol mindst én gang om ugen, drikker i gennemsnit flere genstande end mennesker uden handicap.
- Andelen, der ryger, er omtrent dobbelt så høj (26 %) blandt mennesker med større fysisk eller psykisk handicap end blandt mennesker uden handicap (13 %). I alle tre grupper er andelen af rygere faldet i perioden 2012-2020.

8.1 Livskvalitet og ensomhed

Mennesker med handicap oplever ensomhed i højere grad end mennesker uden handicap (Emerson et al., 2021; Macdonald et al., 2018). Lav tilknytning til arbejdsmarkedet, dårlig økonomi og manglende fysisk tilgængelighed i fx transport og det byggede miljø (Macdonald et al., 2018) samt fordomme om mennesker med handicap (Tarvainen, 2020) er faktorer, som er blevet fremhævet som årsager. Ensomhed kan medføre lavere livskvalitet, og forskning viser, at dette i særdeles høj grad er tilfældet for mennesker med handicap (Emerson et al., 2021). Dette afsnit undersøger derfor ensomhed og livskvalitet blandt mennesker med og uden handicap.

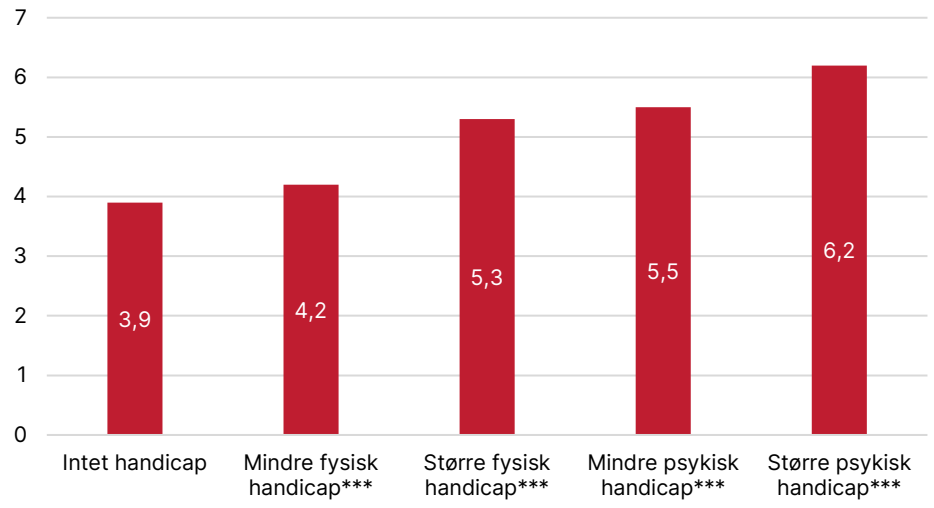
8.1.1 Ensomhed

Vi viser i afsnit 9 i denne rapport, at mennesker med handicap deltager mindre i forskellige typer af aktiviteter samt ser deres venner mindre regelmæssigt end mennesker uden handicap. Det er derfor muligt, at mennesker med handicap i højere grad er ensomme end mennesker uden handicap. For at undersøge denne hypotese, tager vi udgangspunkt i den korte version af UCLA loneliness scale. Spørgebatteriet indeholder følgende tre spørgsmål:

- Hvor ofte føler du dig isoleret fra andre?
- Hvor ofte føler du, at du savner nogen at være sammen med?
- Hvor ofte føler du dig udenfor?

Det har været muligt at besvare spørgsmålene med ”sjældent”, ”en gang imellem” eller ”ofte”. På baggrund af besvarelserne er det muligt at beregne en samlet ensomhedsscore fra 3-9 (Campaign to End Loneliness, 2004), hvor højere værdier angiver en højere grad af ensomhed. I Figur 8.1 undersøger vi respondenternes gennemsnitsscore. Det fremgår af figuren, at mennesker uden handicap har den laveste ensomhedsscore, fulgt af mennesker med hhv. mindre og større fysisk handicap. Mennesker med hhv. mindre og større psykisk handicap har de højeste ensomhedsscore.

Figur 8.1 Respondenter fordelt efter gennemsnitlig score for ensomhed. Særskilt for handicaptyper og -grader samt for mennesker uden handicap. 2020. Score.



Anm.: N = [12.378, 3.184, 1.440, 1.104, 447]. Forskellen mellem mennesker med og uden handicap er testet med t-test. *** p < 0,001

Kilde: SHILD 2020.

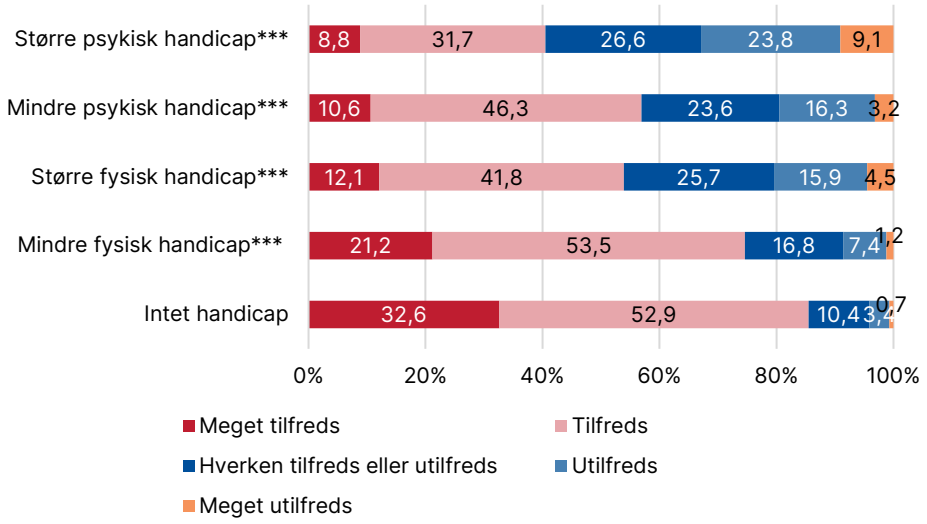
Vi kan dermed konkludere, at især mennesker med psykisk handicap er markant mere ensomme end mennesker uden handicap. UCLA lonelines scale indgår kun i 2020-bølgen af SHILD, og derfor er det ikke muligt at undersøge en eventuel udvikling i ensomhed for mennesker hhv. med og uden handicap.

Vi har undersøgt, om der er aldersforskelle i oplevet ensomhed, ved at beregne ensomhedsscore særligt for to aldersgrupper: 16-39-årige og 40-64-årige. Resultaterne viser, at 16-39-årige er signifikant mere ensomme i gruppen uden handicap, samt i grupperne med (mindre og større) fysiske handicap. Vi finder ingen aldersforskelle i graden af ensomhed blandt mennesker med (mindre og større) psykisk handicap (fremgår ej af en figur).

8.1.2 Tilfredshed med livet

For at undersøge respondenternes livskvalitet har vi stillet spørgsmålet: ”Alt taget i betragtning – hvor tilfreds eller utilfreds er du for tiden med dit liv?” Som det fremgår af Figur 8.2 giver samtlige handicapgrupper udtryk for i lavere grad at være tilfredse med deres liv end mennesker uden handicap. Det er især mennesker med større psykisk handicap, der ikke er tilfredse med livet. I denne gruppe angiver 9 %, at de er meget utilfreds med deres liv, og yderligere 24 % er utilfreds. Dermed er ca. en tredjedel blandt respondenterne med større psykisk handicap meget utilfreds eller utilfreds med deres liv. Blandt mennesker med større fysisk handicap er den tilsvarende andel ca. en femtedel (5 % i denne gruppe er meget utilfreds, og 16 % er utilfreds). Samlet andel blandt mennesker uden handicap er markant mindre, i alt 4 % er enten meget utilfreds eller utilfreds med deres liv.

Figur 8.2 Respondenter fordelt efter, hvor tilfredse de er med deres liv. Særskilt for handicaptyper og -grader samt for mennesker uden handicap. 2020. Procent.



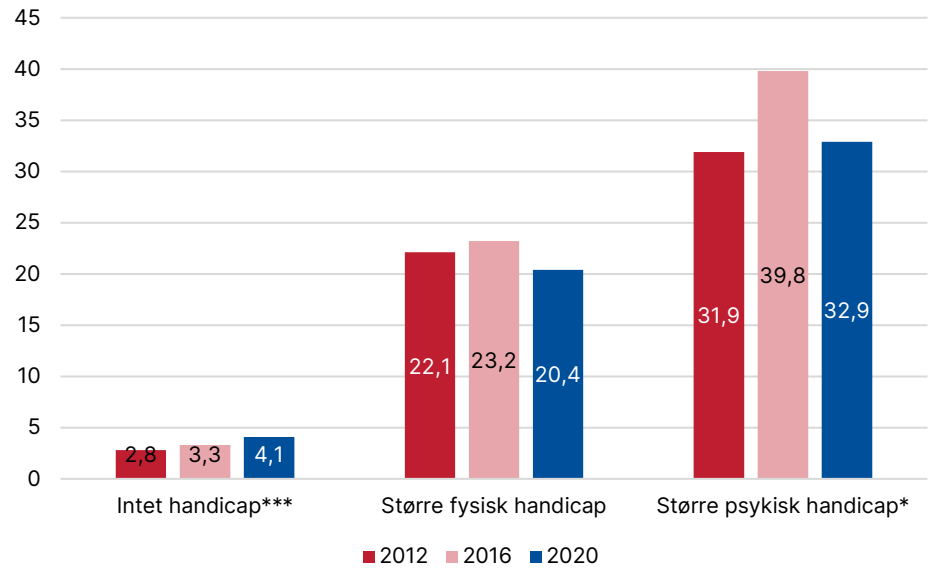
Anm.: N = [12.375; 3.183, 1.440, 447]. Forskellen mellem gruppen uden handicap og de to handicapgrupper er testet med Chi2-test. *** p<0,001, ** p<0,01, * p<0,05.

Kilde: SHILD 2020.

I Figur 8.3 undersøger vi udviklingen siden 2012 i andelene, der er enten meget utilfreds eller utilfreds med deres liv. Figuren viser en signifikant stigning i andelen, der er utilfreds med livet for mennesker uden handicap fra knap 3 % i 2012 til godt 4 % i 2020. For både mennesker med større fysisk og større psykisk handicap var andelen, der gav udtryk for at være utilfreds eller meget utilfreds med livet højest i 2016 (forskellen på tværs af år er ikke statistisk signifikant for mennesker med større fysisk handicap). For mennesker med større psykisk handicap finder vi imidlertid et signifikant fald i andelen, der er utilfreds eller meget utilfreds med deres liv fra 2016 (40 %) til 2020 (33 %). Andelen, der er utilfreds eller meget utilfreds med deres liv er dog stadigvæk omtrent 8 gange højere blandt mennesker med større psykisk handicap (33 %) og 5 gange højere blandt mennesker med større fysisk handicap (20 %) end blandt mennesker uden handicap (4 %) i 2020.

Vi har undersøgt, om der var forskelle på tværs af aldersgrupper (16-39-årige vs. 40-64-årige) i andelene, der var utilfreds eller meget utilfreds med deres liv i 2020. Resultaterne viste, at der ikke var signifikante forskelle på tværs af alder for nogen af de tre grupper (intet handicap, større fysisk handicap, større psykisk handicap) (fremgår ej af en figur).

Figur 8.3 Respondenter, der er utilfreds eller meget utilfreds med deres liv. Særskilt for type af handicap og for mennesker uden handicap. 2012, 2016, 2020. Procent.



Anm.: N = [13.386, 14.263, 12.375]; [1.480, 1.776, 1.440]; [411, 493, 447]. Forskellen mellem år inden for handicapgruppe er testet med Chi2-test. *** p<0,001, ** p<0,01, * p<0,05.

Kilde: SHILD 2012, 2016, 2020.

Tabel 8.1 undersøger sammenhængen mellem handicap og sandsynligheden for at være meget tilfreds, tilfreds eller hverken tilfreds eller utilfreds med livet (og ikke utilfreds eller meget utilfreds med livet), når der kontrolleres for demografiske og socioøkonomiske karakteristika, som fx. alder, køn, uddannelsesniveau og beskæftigelse. Det fremgår af tabellen, at sandsynligheden for at være meget tilfreds, tilfreds eller hverken tilfreds eller utilfreds med livet er godt 12 procentpoint lavere blandt mennesker med større psykisk handicap end blandt mennesker uden handicap. For mennesker med mindre psykisk handicap er sandsynligheden 8 procentpoint lavere og for mennesker med større fysisk handicap 6,5 procentpoint lavere. Mennesker med mindre fysisk handicap har en knap 2 procentpoint lavere sandsynlighed for at være meget tilfreds, tilfreds eller hverken tilfreds eller utilfreds med livet end mennesker uden handicap. Overordnet set er sandsynligheden for at være tilfreds med livet faldet over tid (fra 2012 til 2020) – dette gælder dog i mindre grad for mennesker med større fysisk handicap, hvor forskellen mellem 2012 og 2020 samlet set (når vi tager den signifikante interaktionseffekt mellem 2012 og større fysisk handicap i betragtning) er tæt på nul.

De øvrige resultater viser, at mennesker, der har et eller flere børn uden handicap har en højere sandsynlighed for at være meget tilfreds eller tilfreds med livet end hhv. barnløse og mennesker, der har mindst et barn med handicap. Mennesker, der har en partner med handicap, har imidlertid en højere sandsynlighed for at være tilfreds med livet end dem, der ingen partner har, om end dem, der har en partner uden handicap, har den relativt set højeste sandsynlighed for at være tilfreds med deres liv. Derudover er der en negativ sammenhæng mellem alder og sandsynligheden for at være tilfreds med livet. Sandsyn-

ligheden for at være tilfreds falder med omtrent 7 procentpoint hvert tiende år. Den positive marginaleffekt for alder opløftet i anden viser dog, at den negative sammenhæng mellem at være tilfreds med livet og alder, bliver svagere, jo ældre man bliver.

Tabel 8.1 Regressionsmodel, der estimerer sandsynligheden for at være meget tilfreds, tilfreds eller hverken tilfreds eller utilfreds med livet. Marginaleffekter og t-værdier.

	Marginaleffekt	t-værdi
År		
2020	Reference	
2016	0.0125**	(3.04)
2012	0.0174***	(4.34)
Handicap		
Uden fysisk handicap	Reference	
Mindre fysisk handicap	-0.0165**	(-2.99)
Større fysisk handicap	-0.0653***	(-7.09)
Uden psykisk handicap	Reference	
Mindre psykisk handicap	-0.0801***	(-7.12)
Større psykisk handicap	-0.122***	(-6.97)
Uden fysisk handicap*2012	Reference	
Mindre fysisk handicap*2012	-0.00565	(-0.72)
Større fysisk handicap*2012	-0.0257**	(-2.61)
Familiesituation		
Har ikke barn	Reference	
Barn uden handicap	0.0121***	(3.54)
Barn med handicap	0.00208	(0.42)
Har ikke partner	Reference	
Partner uden handicap	0.0401***	(10.91)
Partner med handicap	0.0264***	(5.90)
Alder	-0,0072***	(-9,20)
Alder^2	0,0001***	(9,76)
N	56.716	

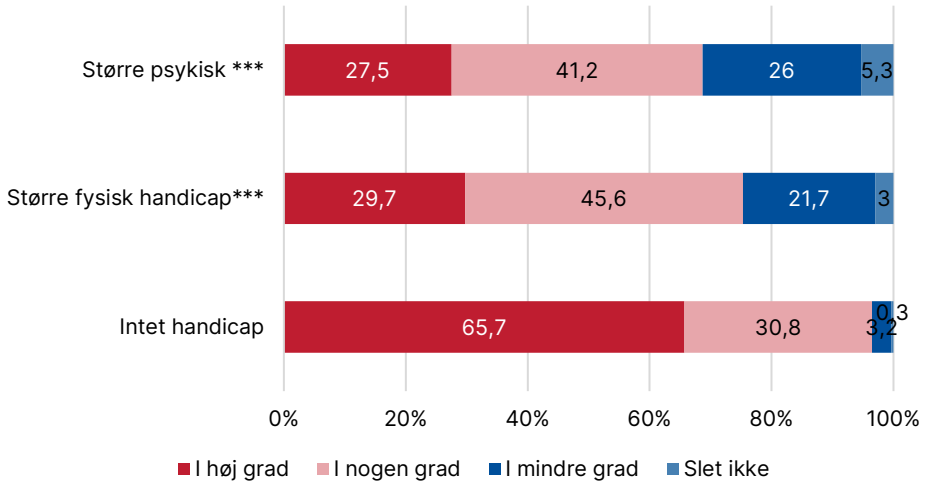
Anm.: Modellen inkluderer kontrolvariabler for køn, uddannelsesniveau samt indikator for under uddannelse, beskæftigelsesstatus, en indikator for at have været anbragt som barn samt interaktionsvariable mellem 2016 og større/mindre fysisk handicap, 2016 og større/mindre psykisk handicap samt 2012 og større/mindre psykisk handicap. Interaktionsvariable mellem år og handicapstatus, der ikke fremgår af tabellen, var ikke statistisk signifikante.

Kilde: SHILD 2012, 2016, 2020.

At opleve at have indflydelse på eget liv kan have betydning for livskvalitet blandt mennesker med handicap (fx. Rizza et al., 2017). Figur 8.4 viser, i hvor høj grad respondenterne i SHILD oplever at have indflydelse på eget liv. Det fremgår af figuren, at større andele blandt mennesker med større psykisk og større fysisk handicap oplever "i mindre grad" eller "slet ikke" at have indflydelse på eget liv end blandt mennesker uden handicap. Blandt mennesker uden handicap svarer 0,3 % og 3 %, at de hhv. i mindre grad eller slet ikke har indflydelse på eget liv. Blandt mennesker med større psykisk handicap er

andelene hhv. 5 % og 26 %, og blandt mennesker med større fysisk handicap er de hhv. 3 % og 22 %. For de to handicapgrupper er der ikke sket signifikante ændringer i svarfordelingen fra 2016 til 2020 (fremgår ej af figuren).

Figur 8.4 Respondenter fordelt efter, i hvilken grad de oplever at have indflydelse på eget liv. Særskilt for type af handicap og for mennesker uden handicap. 2020. Procent.



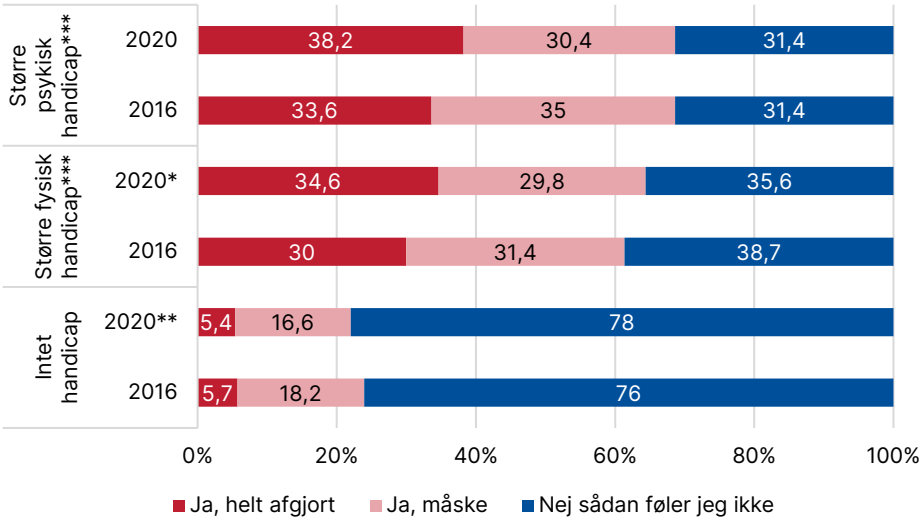
Anm.: N = [12.369; 1.439.; 447]. Forskellen mellem gruppen uden handicap og de to handicapgrupper er testet med Chi2-test. *** p<0,001, ** p<0,01, * p<0,05.

Kilde: SHILD 2020.

8.1.3 En bedre tilværelse

I Figur 8.5 undersøger vi, i hvilket omfang respondenterne hhv. med og uden handicap oplever at have fortjent en bedre tilværelse, end den de har fået. Blandt mennesker uden handicap svarer 78 % af respondenterne i 2020, at de ikke føler, at de har fortjent en bedre tilværelse. De tilsvarende andele er markant lavere i de to handicapgrupper. Blandt mennesker med større psykisk handicap svarer 31 %, at de ikke føler, at de har fortjent en bedre tilværelse, og blandt mennesker med større fysisk handicap er andelen 36 %. Det betyder, at det store flertal i begge handicapgrupper oplever "helt afgjort" eller "måske" at have fortjent en bedre tilværelse. Blandt mennesker med større fysisk handicap er andelen, der oplever "helt afgjort" at have fortjent en bedre tilværelse steget fra 30 % i 2016 til knap 35 % i 2020 (for mennesker med større psykiske handicap er der en tendens til en tilsvarende udvikling, men forskellen mellem årene er ikke statistisk signifikant).

Figur 8.5 Respondenter fordelt efter, om de oplever at have fortjent en bedre tilværelse. Særskilt for type af handicap og for mennesker uden handicap. 2016 og 2020. Procent.



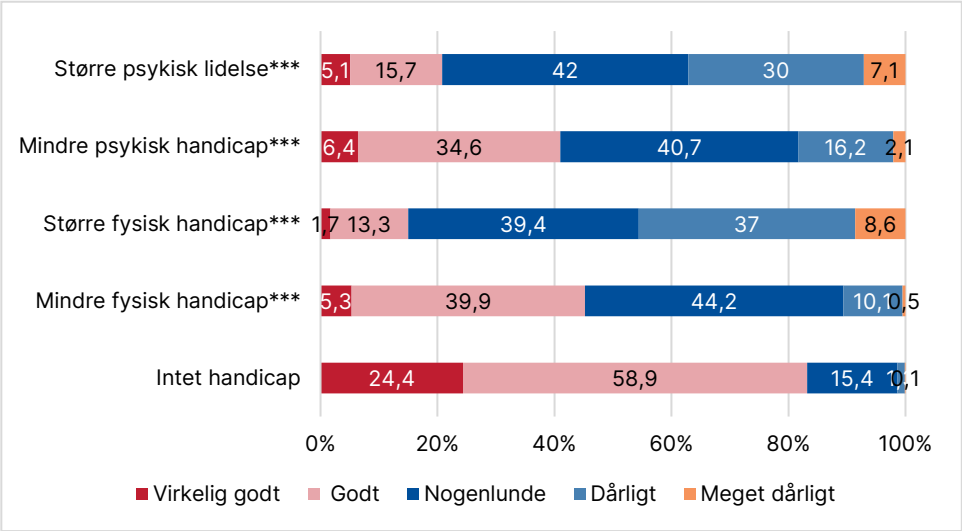
Anm.: N = [14.246, 12.357]; [1.769, 1.435]; [490, 445]. Forskellen mellem gruppen uden handicap og de to handicapgrupper er testet med Chi2-test. Forskellen mellem år inden for handicapgruppe er testet med Chi2-test. *** p<0,001, ** p<0,01, * p<0,05.

Kilde: SHILD 2016, 2020.

8.1.4 Selvvurderet helbred

For at undersøge respondenternes selvvurderede helbred har vi spurgt dem: ”Hvordan synes du, dit helbred er alt i alt?” Figur 8.6 viser, hvordan svarene fordeler sig for mennesker hhv. med og uden handicap. Ikke overraskende viser figuren, at større andele blandt mennesker uden handicap svarer, at de har et ”virkelig godt” eller ”godt helbred” (i alt 83 %) end blandt mennesker med hhv. større fysisk (15 %), større psykisk (21 %), mindre psykisk (41 %) og mindre fysisk (45 %) handicap. Det er især mennesker med større fysisk handicap, der angiver at have store helbredsrelaterede problemer. I denne gruppe angiver knap 9 %, at deres helbred er ”meget dårligt”, og yderligere 37 % angiver at helbredet er ”dårligt”. Blandt mennesker uden handicap angiver godt 1 %, at helbredet er meget dårligt eller dårligt.

Figur 8.6 Respondenter fordelt efter selvevalueret helbred. Særskilt for handicaptyper og -grader samt for mennesker uden handicap. 2020. Procent.

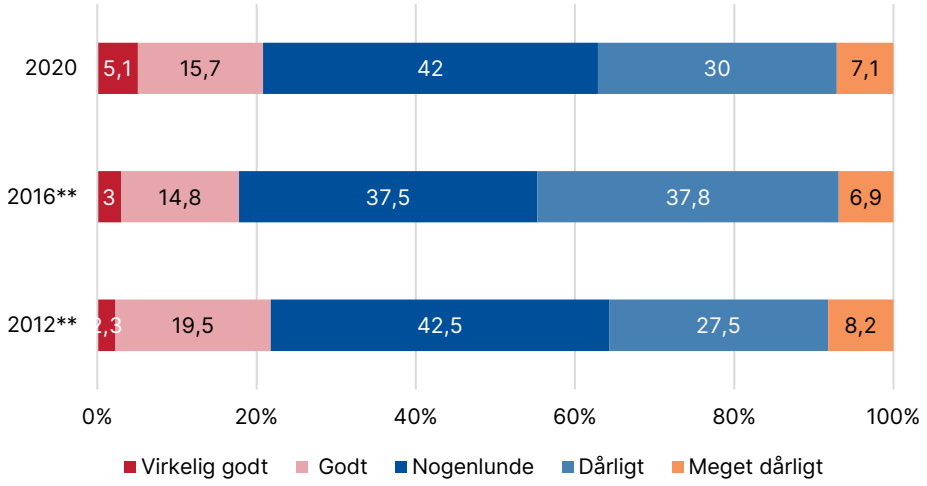


Anm.: N = [12.374; 3.184, 1.440, 447]. Forskellen mellem gruppen uden handicap og de fire handicapgrupper er testet med Chi2-test. *** p<0,001, ** p<0,01, * p<0,05.

Kilde: SHILD 2020.

For mennesker med større psykisk handicap (men ikke for de øvrige grupper) er der signifikante forskelle i det selvrapporterede helbred på tværs af år. Som det fremgår af Figur 8.7, ser det dog ud til, at forskellen primært skyldes, at det selvrapporterede helbred var dårligere i 2016 end i hhv. 2012 og 2020. Andelen, der har et virkelig godt helbred er dog steget fra 2 % i 2012 til 5 % i 2020, men samtidigt er andelene med et godt helbred faldet (fra 20 % til 16 %). Andelene med enten virkelig godt eller godt helbred er dermed omtrent 21 % i begge år. Vi ser den samme bevægelse i den andre ende af spektret med et fald i andelen med meget dårligt helbred (fra 8 % til 7 %) og en parallel stigning i andelen med dårligt helbred (fra 28 % til 30 %). Andelen med meget dårligt eller dårligt helbred har dermed været omtrent 36 % i begge år.

Figur 8.7 Respondenter med større psykisk handicap fordelt efter selvrapporteret helbred. Særskilt for år. 2012, 2016, 2020. Procent.



Anm.: N = [411, 493, 447]. Forskellen mellem år inden for handicapgruppe er testet med Chi2-test. *** p<0,001, ** p<0,01, * p<0,05.
Kilde: SHILD 2012, 2016, 2020.

8.2 Vægt og motion

Fysisk aktivitet har en række af positive effekter for mennesker med og uden handicap, herunder på BMI, kondition, muskelmasse og knogletæthed (Ives et al., 2021). Fysisk aktivitet bidrager også til reduceret risiko for kroniske sygdomme og kan have positiv betydning for det sociale liv blandt mennesker med handicap (Pagan, 2021). Forskning viser imidlertid, at mennesker med handicap deltager mindre i fysisk aktivitet end mennesker uden handicap. Omkostninger til transport og aktiviteter, samt frygt for at blive udsat for dømmende adfærd, er eksempler på barrierer, som mennesker med handicap kan opleve i forbindelse med fysisk aktivitet (Ives et al., 2021). Desuden kan et fysisk handicap i sig selv medføre et anderledes bevægemønster eller helt begrænse mulighederne for fysisk aktivitet.

Tidligere forskning viser, at mennesker med svære psykiske handicap er stærkt overrepræsenteret blandt mennesker med overvægt og fedme, og at de derfor har en forhøjet risiko for vægtrelaterede sygdomme som fx diabetes og hjerte-kar-sygdomme (Daumit et al., 2013). Dette kan dels skyldes livsstilsfaktorer som fysisk inaktivitet og usunde madvaner, men også at den medicin, som typisk ordineres til mennesker med svære psykiske handicap, ofte øger appetitten eller fjerner mæthedsfornemmelsen (ibid.).

For at undersøge respondenternes risiko for overvægt og fedme har vi beregnet deres BMI på baggrund af oplysninger om længde og vægt. Det mest udbredte mål for at vurdere over- eller undervægt er BMI (Body Mass Index)[21] Vi tager udgangspunkt i WHO's klassifikation, og de definerede vægtgrupper opdelt efter BMI fremgår af Tabel 8.2.

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

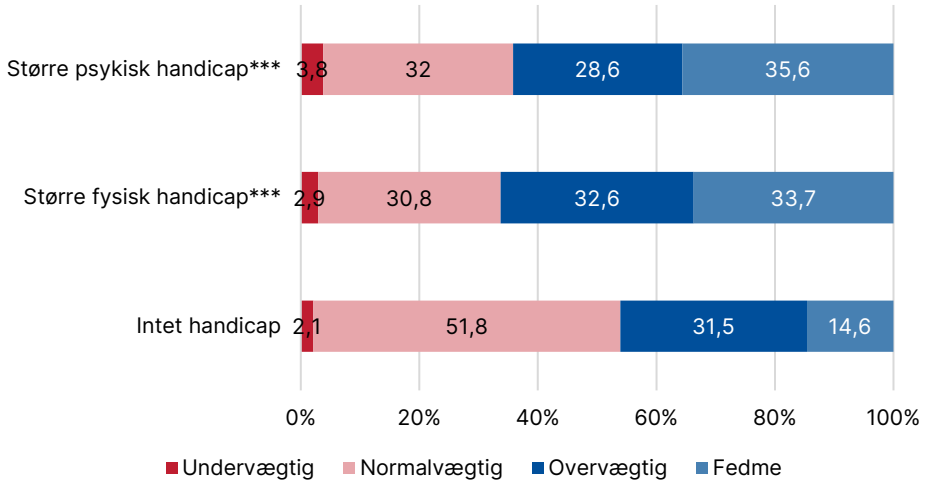
Tabel 8.2 WHO's vægtgrupper inddelt efter BMI for voksne

Undervægt	<18,5
Normalvægt	18,5-< 25
Overvægt	25-<30
Fedme	≥30

Kilde: (WHO, 2021)

Som det fremgår af Figur 8.8, lider en større andel af mennesker med handicap af overvægt eller fedme sammenholdt med mennesker uden handicap. Blandt mennesker uden handicap ligger knap 15 % af respondenterne over grænseværdien for fedme, mens dette er tilfældet for mere end dobbelt så mange blandt mennesker med hhv. fysisk og psykisk handicap (hhv. 34 % og 36 %). Andelen, der er overvægtige, er omtrent 30 % i alle tre grupper, og andelen af undervægtige er også større blandt mennesker med handicap. Knap 4 % og knap 3 % i gruppen med større hhv. psykisk og fysisk handicap er undervægtige, mens andelen er 2 % i gruppen uden handicap. Samlet set viser resultaterne dermed, at især markant større andele i handicapgrupperne lider af fedme, men også at relativt set flere i handicapgrupperne er undervægtige end blandt mennesker uden handicap.

Figur 8.8 Respondenter fordelt efter BMI-kategori. Særskilt for type af handicap og for mennesker uden handicap. 2020. Procent.

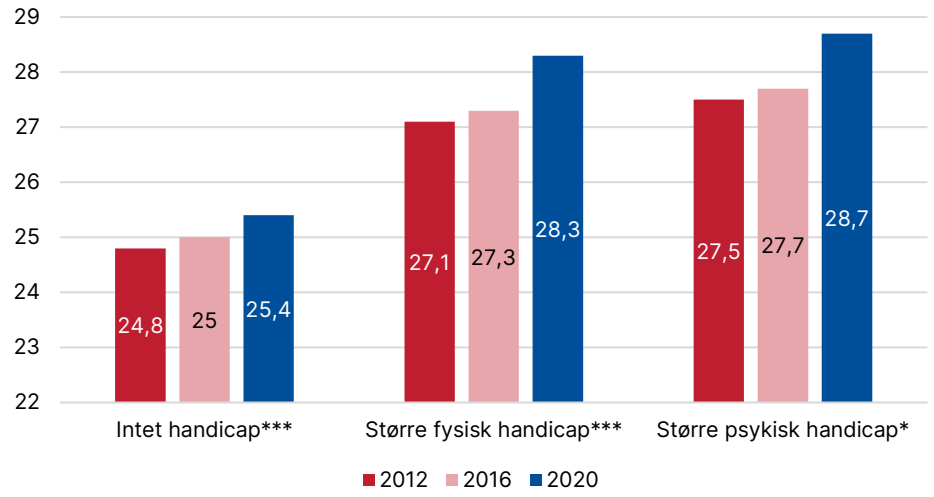


Anm.: N = [12.294, 1.428, 442]. Forskellen mellem gruppen uden handicap og de to handicapgrupper er testet med Chi2-test. *** p<0,001, ** p<0,01, * p<0,05.

Kilde: SHILD 2020.

I Figur 8.9 viser vi udviklingen i gennemsnitligt BMI siden 2012 for de to handicapgrupper samt for mennesker uden handicap. Figuren viser, at gennemsnitligt BMI er steget signifikant siden 2012 i alle tre grupper. Stigningen i BMI-score fra 2012 til 2020 er stejlere i de to handicapgrupper end i gruppen uden handicap. I 2020 ligger gennemsnits-BMI i alle tre grupper over grænseværdien for overvægt.

Figur 8.9 Respondenter fordelt efter BMI. Særskilt for type af handicap og for mennesker uden handicap. 2012, 2016 og 2020. BMI.



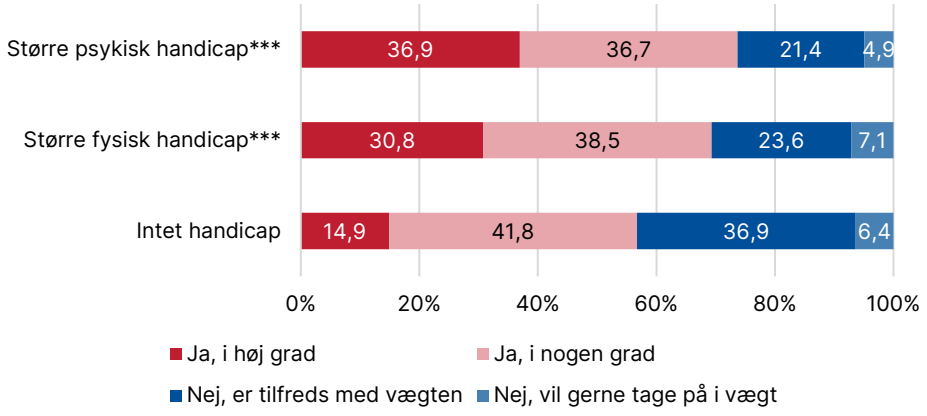
Anm.: N = [13.393, 14.268, 12.378]; [1.483, 1.776, 1.440]; [411, 493, 447]. Forskellen inden for grupperne på tværs af år er testet med t-test. *** p<0,001, ** p<0,01, * p<0,05.

Kilde: SHILD 2012, 2016, 2020.

Som det fremgår af Figur 8.10, følger andelene, der ønsker at tabe sig, andelene, der ligger over grænseværdierne for overvægt og fedme ift. BMI (vist i Figur 8.8). Andelene, der ønsker at tabe sig i høj grad eller i nogen grad, er dog højere end andelen med overvægt eller fedme i alle tre grupper, hvilket indikerer, at en del mennesker med vægt i normalområdet også ønsker at tabe sig. Andelen, der er tilfreds med vægten er højest blandt mennesker uden handicap (37 %). Blandt mennesker med større fysisk og psykisk handicap er andelene, der er tilfreds med vægten, hhv. 24 % og 21 %.

Andelen, der i høj eller nogen grad ønsker at tabe sig, er steget signifikant fra 2016 til 2020 for mennesker uden handicap (fra 55 % til 57 %) samt blandt mennesker med større fysisk handicap (fra 64 % til 69 %). For mennesker med større psykisk handicap ser vi den tilsvarende tendens (71 % og 74 % ønskede i høj eller nogen grad at tabe sig i hhv. 2016 og 2020), men udviklingen er ikke statistisk signifikant (fremgår ej af en figur).

Figur 8.10 Respondenter fordelt efter, om de ønsker at tabe sig. Særskilt for type af handicap og for mennesker uden handicap. 2020. Procent.

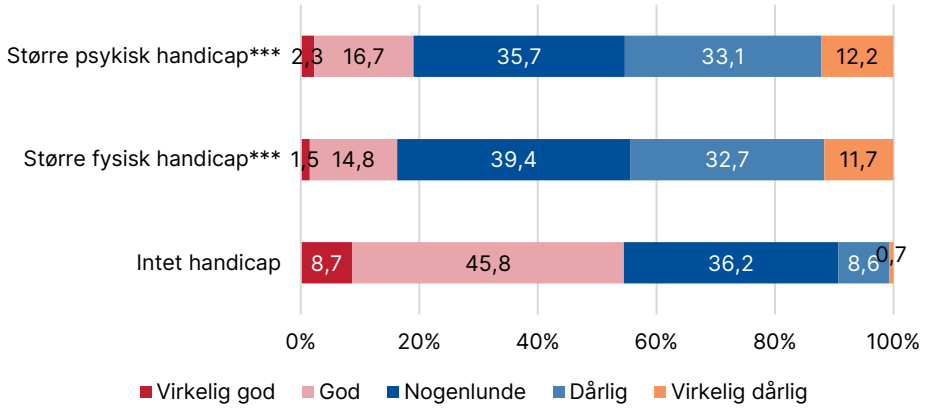


Anm.: N = [12.377, 1.440, 447]. Forskellen mellem gruppen uden handicap og de to handicapgrupper er testet med Chi2-test. *** p<0,001, ** p<0,01, * p<0,05.

Kilde: SHILD 2020.

I Figur 8.11 undersøger vi respondenternes selvevaluerede fysiske form. Ikke overraskende vurderer større andele blandt mennesker med større hhv. fysisk og psykisk handicap, at den fysiske form er "virkelig dårlig" (hhv. 13 % og 12 % i de to grupper). Blandt mennesker uden handicap er andelen i "virkelig dårlig" fysisk form blot 0,7 %. I den anden ende af spektret vurderer omtrent 2 % af mennesker med større hhv. fysisk og psykisk handicap, at den fysiske form er "meget god". Andelen er markant større, 9 %, blandt mennesker uden handicap. Lidt mere end en tredjedel (36-39 %) af respondenterne i alle tre grupper vurderer, at den fysiske form er "nogenlunde". Det er dermed i yderkanterne af fordelingen, hvor vi ser de største forskelle, dvs. at markant større andele blandt mennesker med handicap vurderer, at de er i virkelig dårlig eller dårlig fysisk form, samt at markant mindre andele vurderer, at de er i virkelig god eller god fysisk form end blandt mennesker uden handicap.

Figur 8.11 Respondenter fordelt efter selvevalueret fysisk form. Særskilt for type af handicap og for mennesker uden handicap. 2020. Procent.



Anm.: N = [12.375, 1.440, 447]. Forskellen mellem gruppen uden handicap og de to handicapgrupper er testet med Chi2-test. *** p<0,001, ** p<0,01, * p<0,05.

Kilde: SHILD 2020.

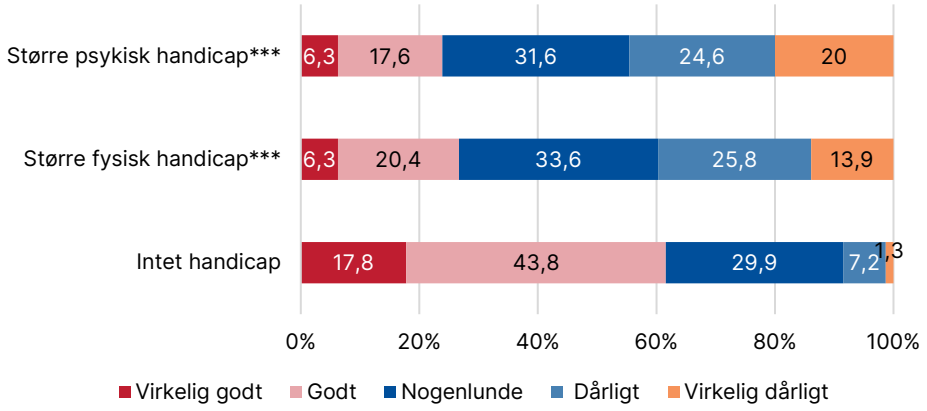
For at undersøge fysisk aktivitet har vi sammenholdt respondenternes svar til spørgsmålet: "Hvor mange dage om ugen er du fysisk aktiv i mindst 30 minutter om dagen? (fx motion eller idræt, havearbejde, *rask* gang, cykling eller fysisk anstrengende arbejde, i fritiden eller på arbejdet)" på tværs af de tre grupper. Mennesker uden handicap er i gennemsnit fysisk aktive 4,2 dage om ugen, mens antallet af dage med fysisk aktivitet i gennemsnit er 3,7 og 3,4 blandt mennesker med hhv. større fysisk og større psykisk handicap. Vi finder dermed en højere grad af fysisk aktivitet blandt mennesker med handicap end blandt mennesker uden.

8.3 Søvn og smerter

Forskning viser, at der er en sammenhæng mellem dårlig søvn og en lang række af psykiske og fysiske sygdomme og helbredsproblemer (Aschbrenner et al., 2021; Freeman et al., 2020; Hanson & Huecker, 2021). God søvn kan bidrage til forbedret psykisk helbred blandt mennesker med psykiske lidelser (Freeman et al., 2020) og har derudover stor betydning for humør, fysisk helbred, kognitiv funktion og livskvalitet (Harvey, 2009).

Som det fremgår af Figur 8.12, oplever respondenter med handicap i højere grad søvnforstyrrelser end mennesker uden handicap. Blandt mennesker med større psykisk og fysisk handicap oplever hhv. 45 % og 40 %, at de sover "dårligt" eller "virkelig dårligt". Blandt mennesker uden handicap er andelen knap 9 %. Andelen, der sover "virkelig godt" er omvendt markant mindre i de to handicapgrupper (6 % i begge grupper) end blandt mennesker uden handicap (18 %). Mønstret i Figur 8.12 har ikke ændret sig siden 2016.

Figur 8.12 Respondenter fordelt efter, hvordan de synes, at de sover. Særskilt for type af handicap og for mennesker uden handicap. 2020. Procent.



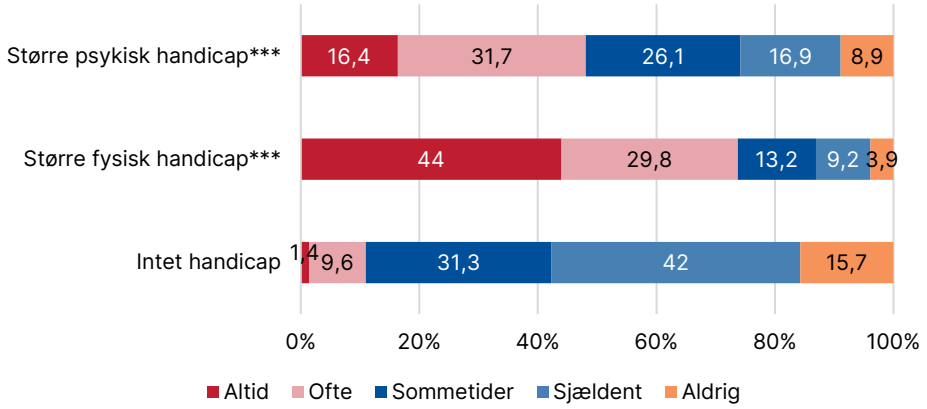
Anm.: N = [12.378, 1.440, 447]. Forskellen mellem gruppen uden handicap og de to handicapgrupper er testet med Chi2-test. *** p<0,001, ** p<0,01, * p<0,05.

Kilde: SHILD 2020.

En af flere mulige forklaringer til søvnforstyrrelser kan være smerter. Som det fremgår af Figur 8.13, oplever især mennesker med fysisk handicap smerter væsentligt oftere end mennesker uden handicap. 44 % blandt mennesker med større fysisk handicap angiver, at de "altid" har smerter, og yderligere 30 % angiver, at de "ofte" har smerter (i alt 74 %).

Blandt mennesker med større psykisk handicap har 48 % smerter altid eller ofte, mens andelen er 11 % blandt mennesker uden handicap.

Figur 8.13 Respondenter fordelt efter, hvor ofte de har smerter.[1] Særskilt for type af handicap og for mennesker uden handicap. 2020. Procent.



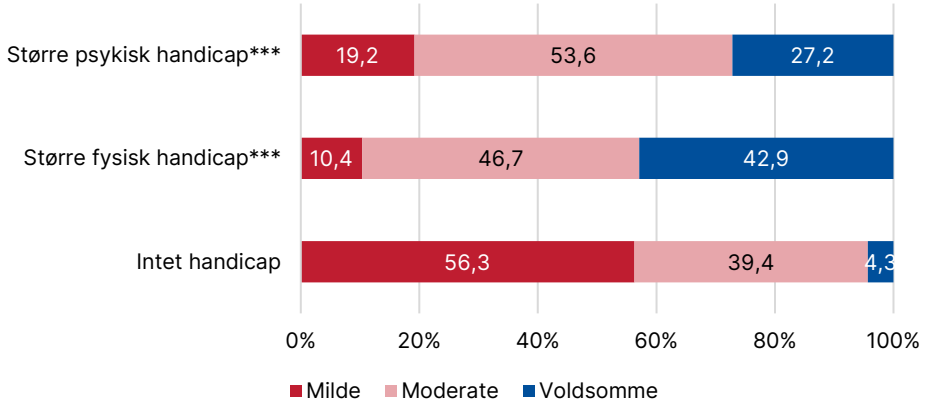
Anm.: N = [12.371, 1.440, 446]. Forskellen mellem gruppen uden handicap og de to handicapgrupper er testet med Chi2-test. *** p<0,001, ** p<0,01, * p<0,05.

Note: [1] Respondenterne er eksplicit blevet bedt om at se bort fra smerter efter et fald, ulykke og lignende.

Kilde: SHILD 2020.

Respondenter, der svarer, at de har smerter (dvs. der *ikke* har svaret "aldrig" til spørgsmålet om, hvor ofte de har smerter, jf. Figur 8.13) blev bedt om at vurdere smerternes intensitet. Svarfordelingerne fremgår af Figur 8.14 og viser, at det især er mennesker med større fysisk handicap, der oplever "voldsomme" smerter (43 %). Blandt mennesker med større psykisk handicap oplever 27 % af dem, der har smerter, disse som voldsomme, mens den tilsvarende andel er 4 % blandt mennesker uden handicap.

Figur 8.14 Respondenter, der har smerter, fordelt efter hvilket ord der bedst beskriver deres smerter. Særskilt for type af handicap og for mennesker uden handicap. 2020. Procent.



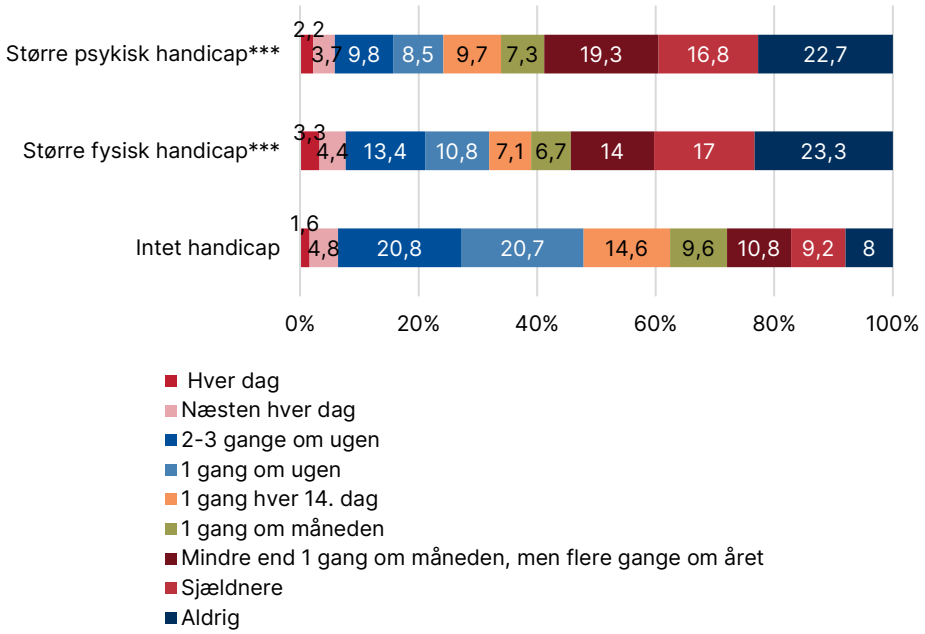
Anm.: N = [10.607, 1.380, 411]. Forskellen mellem gruppen uden handicap og de to handicapgrupper er testet med Chi2-test. *** p<0,001, ** p<0,01, * p<0,05. Kun respondenter der har svaret at de altid, ofte, sommetider eller sjældent har smerter har besvaret spørgsmålet.

Kilde: SHILD 2020.

8.4 Alkoholforbrug og rygning

Rygning er den største enkeltårsag til en lang række af sygdomme, som fx KOL, diabetes, hjerte-kar-sygdomme og flere kræftsygdomme (Frederiksen, 2018) – sygdomme som ofte medfører funktionsnedsættelser, og som i forlængelse heraf kan lede til handicap. Alkoholforbrug er også relateret til en lang række sygdomme, herunder sygdomme i fordøjelsessystemet og hjerte-kar-sygdomme (WHO, 2018). Derudover løber mennesker med et højt alkoholforbrug en forhøjet risiko for at komme til skade i ulykker og voldsepisoder. Alkohol er også relateret til psykiske lidelser som depression og demens (ibid.). Det er derfor muligt, at mennesker med et højt forbrug af alkohol og rygere er overrepræsenteret blandt mennesker med handicap.

Figur 8.15 Respondenter fordelt efter alkoholforbrug. Særskilt for type af handicap samt for mennesker uden handicap. 2020. Procent.



Anm.: N = [12.377, 1.440, 417]. Forskellen mellem gruppen uden handicap og de to handicapgrupper er testet med Chi2-test. *** p<0,001, ** p<0,01, * p<0,05.

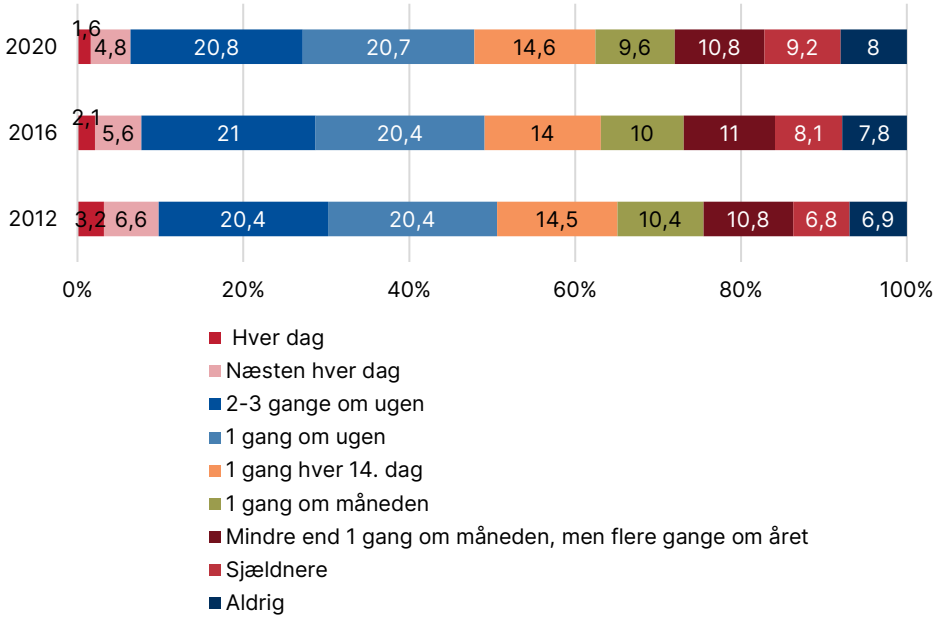
Kilde: SHILD 2020.

Som det fremgår af Figur 8.15, er andelene med både et meget højt og et meget lavt forbrug af alkohol større blandt mennesker med handicap end blandt mennesker uden handicap. For eksempel angiver 1,6 % blandt mennesker uden handicap at drikke alkohol hver dag, mens denne andel er 3,3 % og 2,2 % blandt mennesker med hhv. større fysisk og psykisk handicap. Det vil sige, at andelen, der drikker alkohol hver dag, er mere end dobbelt så stor blandt mennesker med større fysisk handicap end blandt mennesker uden handicap. Ser vi på mennesker, der drikker alkohol "sjældnere" end flere gange om året eller "aldrig", er andelen godt 17 % blandt mennesker uden handicap. Blandt mennesker med større fysisk og større psykisk handicap er andelene omtrent 40 % (i begge grupper), dvs. mere end dobbelt så store. Især andelene, der "aldrig" drikker alkohol, er markant (omtrent tre gange) højere blandt mennesker med handicap end blandt menne-

sker uden handicap (uanset type af handicap). Det er muligt, at mennesker med handicap i et vist omfang helt undgår at drikke alkohol, fordi det ikke er kompatibelt med deres medicin, eller fordi det påvirker deres helbredsproblemer i negativ retning.

Som det fremgår af Figur 8.16 og Figur 8.17, er andelene, der drikker alkohol "hver dag" eller "næsten hver dag", faldet siden 2012 for både mennesker uden handicap og mennesker med større fysisk handicap. Parallelt er andelene, der drikker alkohol sjældent eller aldrig, steget i begge grupper. Udviklingen over tid er dog mere markant blandt mennesker med større fysisk handicap end blandt mennesker uden handicap.[22]

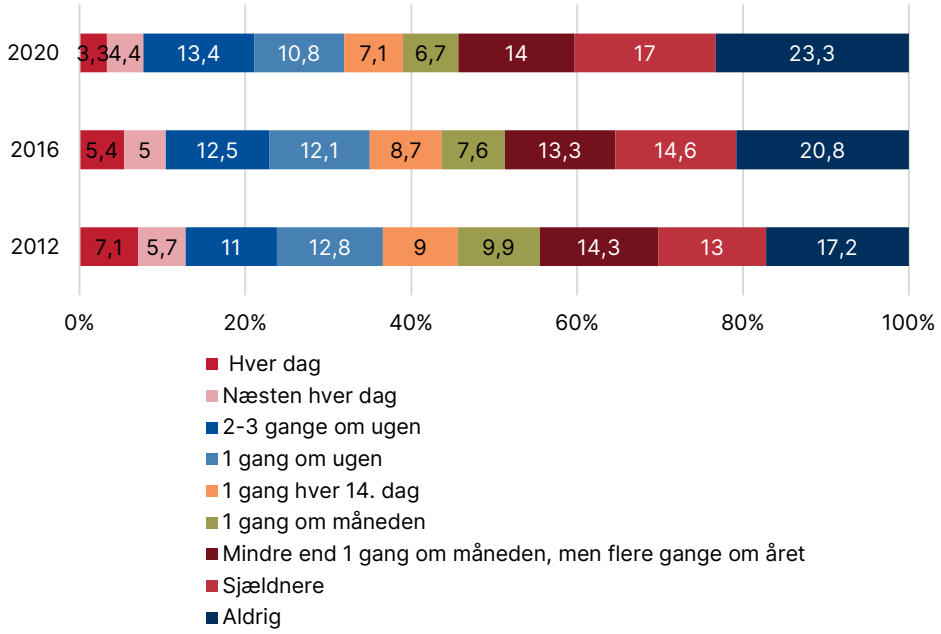
Figur 8.16 Respondenter uden handicap fordelt efter alkoholforbrug. Særskilt for år. 2012, 2016, 2020. Procent.



Anm.: N = [13.389, 14.265, 12.377]. Forskellen mellem år er testet med Chi2-test. *** p<0,001, ** p<0,01, * p<0,05.
Kilde: SHILD 2012, 2016, 2020.

[22] For mennesker med større psykisk handicap er der en tendens til en tilsvarende udvikling: med færre med et meget højt, og flere med et meget lavt forbrug af alkohol. Forskellen mellem år 2020 og de øvrige to år (2016 og 2012) er imidlertid ikke statistisk signifikant og fremgår derfor ikke af en figur.

Figur 8.17 Respondenter med større fysisk handicap fordelt efter alkoholforbrug. Særskilt for år. 2012, 2016, 2020. Procent.

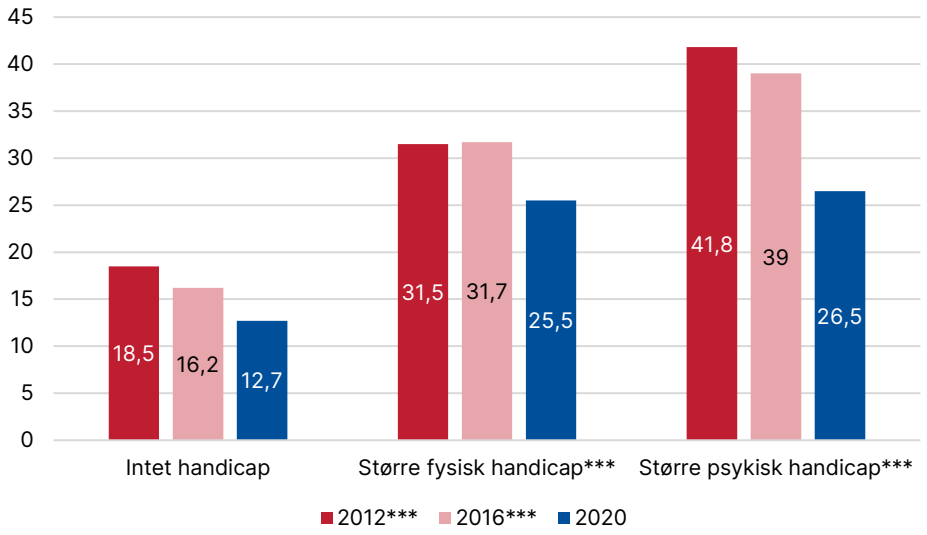


Anm.: N = [1.482, 1.774, 1.440]. Forskellen mellem år er testet med Chi2-test. *** p<0,001, ** p<0,01, * p<0,05.
Kilde: SHILD 2012, 2016, 2020.

Respondenter, der angiver, at de drikker alkohol mindst en gang om ugen, er blevet spurgt, hvor mange genstande, de typisk drikker om ugen. Mennesker uden handicap, der drikker alkohol mindst en gang om ugen, drikker typisk knap 7 genstande om ugen. Blandt mennesker med større fysisk og psykisk handicap er det tilsvarende antal genstande godt hhv. 9 og 11. Ifølge Sundhedsstyrelsens udmeldinger om alkohol er grænsen for at løbe en høj risiko for at blive syg på grund af alkohol 14 genstande om ugen for kvinder og 21 genstande om ugen for mænd. Selv om gennemsnittet ikke overskrider disse grænser, peger resultaterne på, at andelen af mennesker med et problematisk alkoholforbrug er større blandt mennesker med større fysisk og større psykisk handicap end blandt mennesker uden handicap.

I Figur 8.18 viser vi andelen af respondenter, der angiver, at de ryger dagligt. Andelen af rygere er faldet signifikant i perioden 2012 til 2020 i alle tre grupper. I 2020 var andelen, der ryger dagligt, stadigvæk omtrent dobbelt så høj blandt mennesker med større fysisk og psykisk handicap (hhv. 26 % og 27 %) end blandt mennesker uden handicap (13 %).

Figur 8.18 Respondenter, der angiver, at de ryger dagligt. Særskilt for handicaptype og mennesker uden handicap. 2012, 2016, 2020. Procent.



Anm.: N = [13.393, 14.256, 12.376]; [1.482, 1.773, 1.440]; [411, 490, 446]. Forskellen mellem gruppen uden handicap og de to handicapgrupper i 2020 er testet med Chi2-test. *** p<0,001, ** p<0,01, * p<0,05. Forskellen inden for grupperne på tværs af år er testet med Chi2-test. *** p<0,001, ** p<0,01, * p<0,05.

Kilde: SHILD 2012, 2016, 2020.

9 Samfundsdeltagelse

I dette kapitel undersøger vi samfundsdeltagelse blandt mennesker med handicap. Vi ser på respondenternes brug af offentlig transport og undersøger, om de kan tilgå information på offentlige hjemmesider. Derudover ser vi på deltagelse i kulturelle og sociale aktiviteter. Vi undersøger også demokratisk deltagelse, herunder om man har stemt ved det seneste folketingsvalg, er medlem af et politisk parti eller har stillet op til valg. Som i de øvrige kapitler bliver grupperne med fysisk og psykisk handicap sammenlignet med mennesker uden handicap. I tilfælde, hvor det er muligt, ser vi på udviklingen siden de tidligere to bølger af SHILD.

Hovedresultaterne er:

- Mennesker med større fysiske handicap har svært ved at benytte sig af offentlig transport. 22 % i denne gruppe benytter ikke bus eller tog, og omtrent 20 % kan enten slet ikke benytte bus eller tog eller kan kun benytte bus og tog "med meget besvær".
- Andelen med større fysisk handicap, der kan benytte sig af offentlig transport, er faldet signifikant siden 2016. Imens to tredjedele (66 %) af mennesker med større fysisk handicap benyttede bus eller tog "uden besvær" eller "med lidt besvær" i 2016, var denne andel faldet med næsten 10 procentpoint, til 57 %, i 2020.
- Samtlige fire handicapgrupper oplever større problemer med at finde de informationer, de søger på offentlige hjemmesider end mennesker uden handicap. Især mennesker med større fysisk eller større psykisk handicap oplever problemer dermed. Omtrent 7 % i grupperne med større fysisk eller psykisk handicap benytter ikke offentlige hjemmesider, og yderligere omtrent 8 % kan "slet ikke" finde de informationer, de søger. Blandt mennesker uden handicap er de tilsvarende andele hhv. 3 % og 1 %.
- Både mennesker med og uden handicap er blevet bedre til at finde de informationer, de søger på offentlige hjemmesider i perioden 2016 til 2020.
- Der er signifikant færre i handicapgrupperne end i gruppen uden handicap, der oplever, at det er muligt at kommunikere digitalt med det offentlige ved brug af digital post og selvbetjeningsløsninger. Blandt mennesker med større fysisk eller psykisk handicap synes omtrent 65 %, at det går meget eller nogenlunde nemt at kommunikere digitalt med det offentlige. Det tilsvarende tal blandt mennesker uden handicap er 89 %. Der er ikke sket en signifikant udvikling i disse andele siden 2016.
- Mennesker med handicap er oftere sammen med forældre og udeboende børn end mennesker uden handicap. Til gengæld finder vi det omvendte, når det kommer til samvær med øvrig familie og især venner: mennesker med handicap ser venner og øvrig familie mere sjældent end mennesker uden handicap.
- Mennesker med handicap har sjældnere været til forskellige typer af sociale og kulturelle begivenheder inden for det sidste år, som fx biograf, koncert, eller teater; café, bar eller restaurant; parker, grønne områder eller skove samt forlystelsesparker og bade- og legelande end mennesker uden handicap.

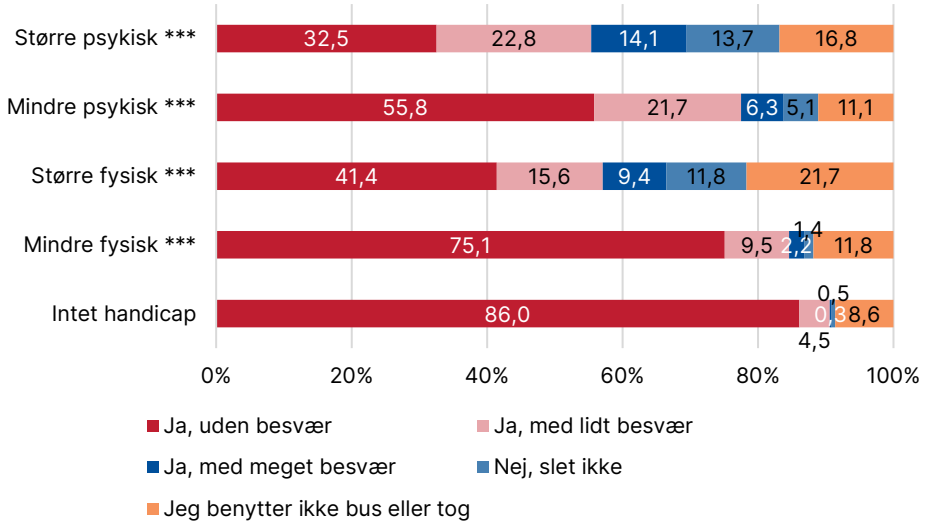
- Det fremgår, ikke overraskende, at god fysisk adgang især har betydning for mennesker med større fysisk handicap. I denne gruppe svarer i alt ca. hver fjerde (26 %), at god fysisk adgang har meget stor eller nogen betydning for, hvilke kulturudbud man vælger, eller hvor man går ud i lokalområdet. Blandt mennesker uden handicap er andelen 13 %. Andelene, der synes, at god fysisk adgang har betydning for valg af kulturudbud, eller hvor man går ud i lokalområdet, er steget siden 2016 for mennesker med større fysisk handicap.
- Mennesker med handicap har i lavere grad kendskab til sociale tilbud og aktivitetstilbud i kommunen end mennesker med handicap. Blandt mennesker uden handicap angav 39 % i 2020, at de har kendskab til kommunale aktivitetstilbud, mens de tilsvarende andele var 32 % og 33 % blandt mennesker med hhv. større fysisk og større psykisk handicap.
- Blandt mennesker med handicap, der har kendskab til kommunale tilbud, oplever 35 % (uanset type af handicap), at tilbuddene ikke tager rimelig hensyn til handicap, mens denne andel blot er 6 % blandt mennesker uden handicap. Det er dermed sandsynligt, at flere mennesker med handicap ville kunne benytte sig af kommunale tilbud, hvis disse var tilrettelagt på en mere handicapvenlig måde.
- Andelene, der angiver at have stemt ved det seneste folketingsvalg, er de samme for mennesker med og uden handicap. Andelene, der er medlemmer af et politisk parti, samt der stillede op for et politisk parti til enten kommunalvalg, regionsvalg eller folketingsvalg, er højere blandt mennesker med handicap, end blandt mennesker uden. Vi finder dermed ingen tegn på en lavere demokratisk deltagelse blandt mennesker med handicap.

9.1 Transport

Sikker, effektiv og tilgængelig transport er afgørende for, at mennesker med handicap skal kunne deltage i samfundslivet på samme vilkår som andre. Manglende tilgængelighed i transport kan reducere deltagelse i beskæftigelse, fritidsaktiviteter og sociale aktiviteter blandt mennesker med handicap. Ud over de rent fysiske barrierer som mennesker med handicap kan opleve i forbindelse med transport, kan negative holdninger og uvidenhed blandt rejsepersonalet om særlige behov hos mennesker med handicap, udgøre en barriere (Park & Chowdhury, 2018).

Som det fremgår af Figur 9.1, oplever mennesker med handicap problemer med at benytte offentlig transport i væsentligt højere grad end mennesker uden handicap. Ikke overraskende oplever mennesker med større fysisk handicap de største problemer. I denne gruppe svarer omtrent i alt en tredjedel af respondenterne, at de enten ikke benytter bus eller tog (22 %), eller at de slet ikke kan benytte bus eller tog (12 %). Yderligere 9 % af gruppen oplever, at de kun kan benytte bus og tog ”med meget besvær”. Også mennesker med større psykisk handicap oplever i væsentlig grad problemer med at benytte bus og tog. Lidt overraskende oplever mennesker med mindre psykisk handicap problemer i forbindelse med at benytte bus eller tog i større omfang end mennesker med mindre fysisk handicap. At mennesker med psykisk handicap i høj grad oplever problemer i forbindelse med offentlig transport indikerer, at det ikke kun er den fysiske tilgængelighed, der udgør en barriere.

Figur 9.1 Respondenter fordelt efter, om de kan benytte bus og tog, også når der er mange passagerer med. Særskilt for handicapgruppe. 2020. Procent.



Anm.: N = 12.378 (intet handicap); 3.184 (mindre fysisk handicap); 1.440 (større fysisk handicap); 1.104 (mindre psykisk handicap; 447 (større psykisk handicap).

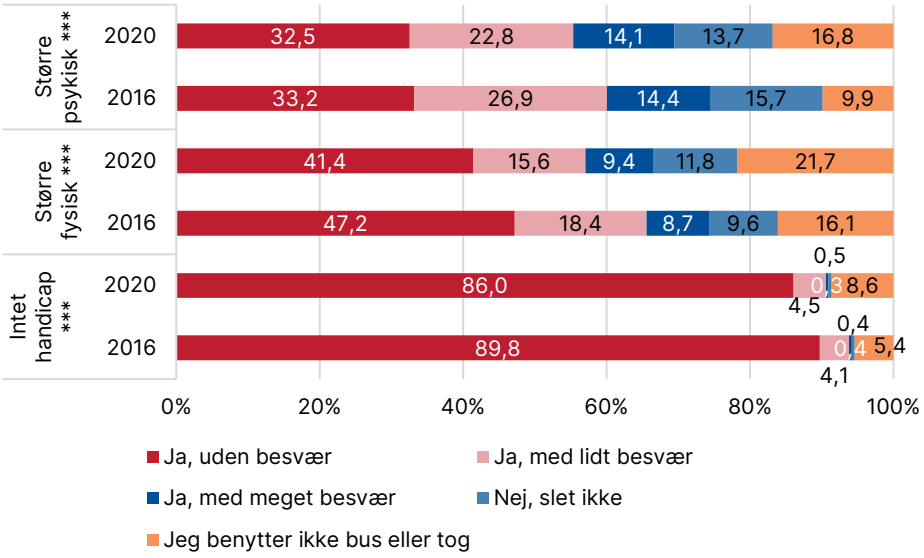
Note: Forskellen mellem gruppen uden handicap og de fire handicapgrupper er testet med Chi2-test. *** p<0,001, ** p<0,01, * p<0,05.

Kilde: SHILD 2020.

Resultaterne i Figur 9.2 viser, at der ikke er sket en forbedring ift. fysisk tilgængelighed i den offentlige transport siden 2016. Tværtimod er andelene blandt mennesker med større fysisk handicap, der ikke benytter bus eller tog, der slet ikke kan benytte bus eller tog, eller der kun kan benytte bus eller tog "med meget besvær", steget siden 2016. Stigningen i alle tre grupper i andelene, der ikke benytter bus eller tog, kan dog skyldes coronasituationen i 2020.

Imens knap to tredjedele (66 %) af mennesker med større fysisk handicap benyttede bus eller tog "uden besvær" eller "med lidt besvær" i 2016, var denne andel faldet med næsten 10 procentpoint, til 57 %, i 2020. En rapport fra Institut for Menneskerettigheder indikerer ligeledes, at tilgængeligheden på danske busser er faldet siden 2014, og at dette delvist kan skyldes, at færre trafikselskaber i 2020 tillader, at buschauffører tilbyder at hjælpe rejsende med handicap med at komme ombord, end det var tilfældet i 2014 (Dabelsteen & Frandsen, 2021).

Figur 9.2 Respondenter fordelt efter, om de kan benytte bus og tog, også når der er mange passagerer med. Særskilt for handicapgruppe. 2016 og 2020. Procent.



Anm.: N = 13.388, 12.378 (intet handicap); 1.776, 1.440 (større fysisk handicap); 493, 447 (større psykisk handicap).
Note: Forskellen mellem 2016 og 2020 inden for de tre handicapgrupper er testet med Chi2-test. *** p<0,001, ** p<0,01, * p<0,05.
Kilde: SHILD 2016, 2020.

9.2 Adgang til information

At kunne benytte digitale kilder til information og kommunikation er blevet alt vigtigere i takt med at både offentlig og privat service i stigende omfang er flyttet ud på nettet. De digitale medier og den øgende grad af digitalisering kan medføre både nye muligheder og nye barrierer for mennesker med handicap. På den ene side kan digitale medier medvirke til at give mennesker med handicap mulighed for fx at deltage i digitale arrangementer eller sociale begivenheder, som de ellers ville have svært ved at tilgå. På den anden side kan teknologien være vanskelig at bruge, fx for mennesker med et synshandicap, eller hvis man har problemer med hænder og arme.

Ifølge Finansministeriet (2018) skal alle offentlige hjemmesider siden september 2020 overholde krav om tilgængelighed, så mennesker med handicap kan bruge dem. Tilgængelighed kan fx betyde, at websiden er sat op på en måde, så at en borger med synsnedsættelse kan orientere sig på den, eller at den kan læses op med en skærmlæser.

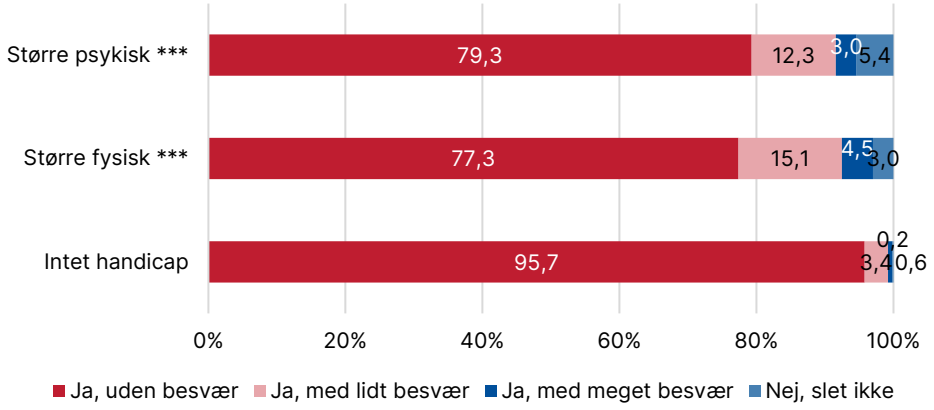
Vi undersøger i dette afsnit fire spørgsmål om adgang til information via offentlige hjemmesider, hvoraf to også indgik i SHILD 2016. Loven om tilgængelighed på offentlige websider var ikke trådt i kraft, da 2016-bølgen af SHILD blev gennemført. Det er derfor interessant at undersøge, om der siden da er sket en forbedring for mennesker med handicap ift. brug af offentlige hjemmesider.

Vi har for samtlige spørgsmål i dette afsnit undersøgt, om der er forskelle mellem yngre og ældre borgeres besvarelser. Overordnet set bruger unge nemlig IT i højere grad end

ældre (Tassy & Nilsen, 2020). Vi finder imidlertid ingen signifikante aldersrelaterede forskelle og viser derfor resultater samlet på tværs af aldersgrupper i dette afsnit. De manglende aldersforskelle kan skyldes, at vi i dette afsnit undersøger kommunikation med det offentlige, hvor aldersgradienten er mindre udtalt end for fx brug af sociale medier (ibid.).

Figur 9.3 undersøger, i hvilken grad respondenterne kan læse og skrive på papir eller skærm. Figuren viser, at der er signifikante forskelle mellem mennesker uden handicap og mennesker med hhv. større fysisk og psykisk handicap. For eksempel angiver 0,6 % blandt mennesker uden handicap, at de slet ikke kan læse på papir eller skærm. Blandt mennesker med større fysisk og psykisk handicap er andelene hhv. 3 % og 5 %. Lidt overraskende er forskellene mellem mennesker med større psykisk og større fysisk handicap overordnet set små. Knap 80 % i begge grupper kan læse og skrive på papir eller skærm uden besvær, og omtrent 8 % i begge grupper kan slet ikke eller har store problemer dermed. Der er ikke sket en signifikant udvikling siden 2016 i disse andele (ej vist i en figur). En mulig forklaring til de udbredte problemer med at læse og skrive på papir eller skærm også blandt mennesker med psykisk handicap kan være, at der er en sammenhæng mellem psykiske lidelser som depression, manier og langvarig stress og hukommelses- og koncentrationsbesvær, hvilket kan medføre problemer med at læse (Miskowiak & Petersen, 2019).

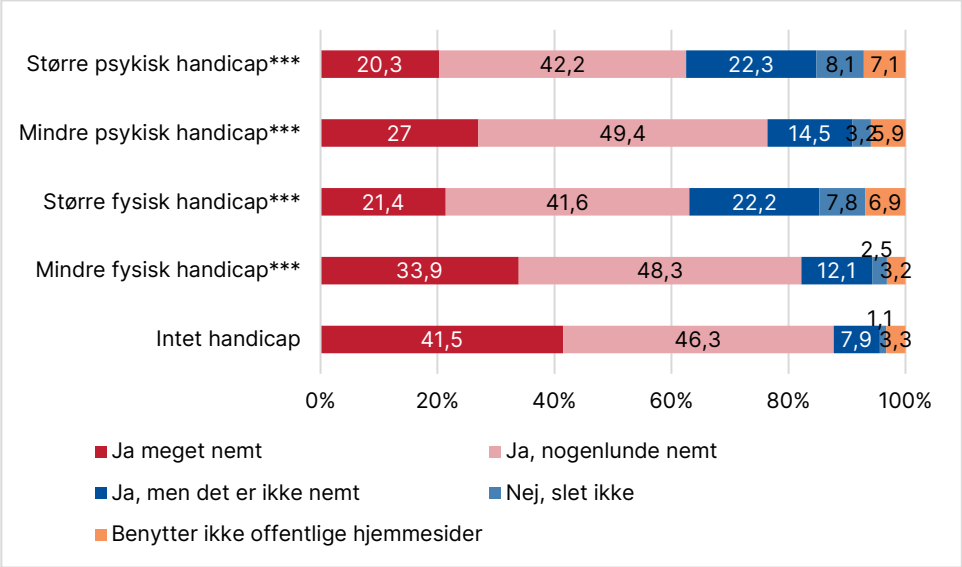
Figur 9.3 Respondenter fordelt efter, om de kan læse og skrive på papir eller skærm. Særskilt for type af handicap og for mennesker uden handicap. 2020. Procent.



Anm.: N = 12.378 (intet handicap); 1.440 (større fysisk handicap); 447 (større psykisk handicap).
Note: Forskellen mellem gruppen uden handicap og de to handicapgrupper er testet med Chi2-test. *** p<0,001, ** p<0,01, * p<0,05.
Kilde: SHILD 2020.

I Figur 9.4 viser vi, i hvilken grad mennesker med og uden handicap kan finde de informationer, de søger på offentlige hjemmesider i 2020. Det fremgår, at samtlige fire handicapgrupper oplever større problemer med at tilgå informationer på offentlige hjemmesider end mennesker uden handicap. Især mennesker med større fysisk eller psykisk handicap oplever problemer dermed. Omtrent 7 % i grupperne med større handicap benytter ikke offentlige hjemmesider, og yderligere omtrent 8 % kan "slet ikke" finde de informationer, de søger. Blandt mennesker uden handicap er de tilsvarende andele hhv. 3 % og 1 %.

Figur 9.4 Respondenter fordelt efter, om og i hvilken grad de kan finde de informationer, de søger, på offentlige hjemmesider. Særskilt for handicaptyper og -grader samt for mennesker uden handicap. 2020. Procent.



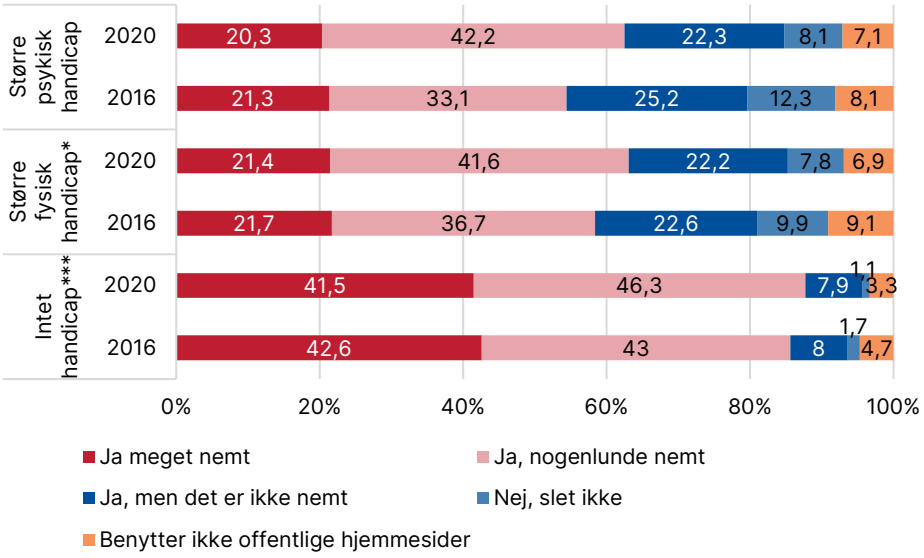
Anm.: N = [12.376; 3.183; 1.440; 1.104; 447].

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

Kilde: SHILD 2020.

I Figur 9.5 undersøger vi udviklingen siden 2016, i om, og i hvilken grad, mennesker med og uden større handicap kan finde de informationer, de søger på offentlige hjemmesider. Vi finder en signifikant positiv udvikling for mennesker uden handicap og mennesker med større fysiske handicap. For mennesker med psykisk handicap finder vi ligeledes den samme positive tendens (statistisk signifikant på et 10 %-niveau). Der er for de to handicapgrupper især sket en positiv udvikling i andelene, der kan finde informationer på offentlige hjemmesider "nogenlunde nemt". Parallelt er andelene, der "slet ikke" kan finde informationer, hhv. der ikke benytter offentlige hjemmesider, faldet. Start tekst efter figur

Figur 9.5 Respondenter fordelt efter, om og i hvilken grad de kan finde de informationer, de søger på offentlige hjemmesider. Særskilt for type af handicap og undersøgelsesår. 2016 og 2020. Procent.



Anm.: N = [14.262; 12.376], [1.775; 1.440], [493, 447]. Forskellen mellem 2016 og 2020 inden for hver handicapgruppe r testet med Chi2-test. *** p<0,001, ** p<0,01, * p<0,05.
Kilde: SHILD 2016 og 2020.

Der kan dog være andre faktorer ud over handicap, som varierer på tværs af respondentgrupperne, som fx alder, uddannelsesniveau, køn mv., som også påvirker, hvor nemt man kan finde de informationer, man søger på offentlige hjemmesider. Vi har derfor undersøgt sammenhængen mellem handicap og sandsynligheden for, at man slet ikke kan finde de informationer, man søger på offentlige hjemmesider, eller at man ikke benytter offentlige hjemmesider, i en logistisk regressionsmodel (Tabel 9.1).

I en regressionsmodel kan vi estimere sammenhængen mellem handicap, og hvis man kan finde informationer på offentlige hjemmesider, når vi tager højde for en række faktorer, som også kan påvirke, hvor nemt man kan finde information (såsom fx uddannelse, alder og beskæftigelsesstatus). Der kan dog være andre faktorer, end dem, vi har inkluderet i regressionsmodellerne her, som kan påvirke sandsynligheden for nemt at kunne finde informationer på offentlige hjemmesider, som fx interesse for teknologi. Koefficienterne i Tabel 9.1 kan dermed ikke fortolkes som kausale effekter.

Vi ser, at mennesker med større fysisk handicap og større psykisk handicap har signifikant højere sandsynlighed for slet ikke at kunne finde de informationer, de søger på offentlige hjemmesider, sammenholdt med mennesker uden handicap, når vi tager højde for andre forskelle mellem grupperne. Mennesker med større fysisk handicap har 8 procentpoint højere sandsynlighed for at vurdere, at de slet ikke kan finde de informationer de søger på offentlige hjemmesider end mennesker uden handicap (referencekategorien). For mennesker med større psykisk handicap er forskellen 4 procentpoint. Forskellen mellem mennesker uden handicap og mennesker med mindre hhv. fysisk eller psykisk handicap er ikke statistisk signifikant. Vi finder, at der er en niveauforskel mellem 2016 og 2020, idet sandsynligheden for slet ikke at kunne finde de informationer, man søger,

var 2 procentpoint højere i 2016 end i 2020. Denne ændring over tid er den samme for samtlige grupper (uanset type af handicap). Det vil sige, at alle grupper er blevet bedre til at finde de informationer, de søger på offentlige hjemmesider i perioden 2016 til 2020, uanset type af handicap.

Tabel 9.1 Logistisk regression for sandsynligheden for slet ikke at kunne finde de informationer, de søger på offentlige hjemmesider. Særskilt for handicaptype og -grad. Marginaleffekt og t-statistik. 2016 og 2020.

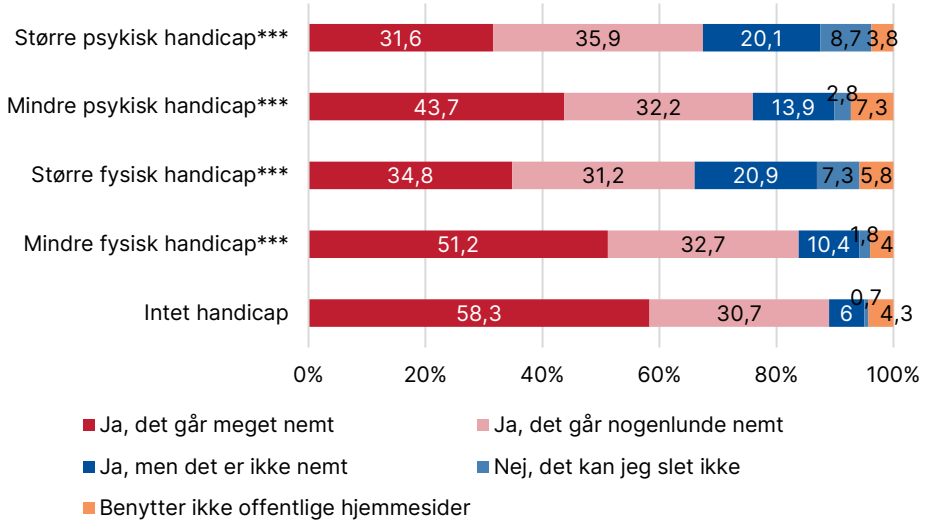
	Marginaleffekt		t-statistik
Uden handicap	ref.		
Mindre fysisk handicap	0,009		1,24
Større fysisk handicap	0,077	***	6,25
Mindre psykisk handicap	0,014		1,42
Større psykisk handicap	0,037	*	2,49
Mindre fysisk handicap * 2016	0,003		0,30
Større fysisk handicap * 2016	-0,000		-0,00
Mindre psykisk handicap * 2016	-0,012		1,22
Større psykisk handicap * 2016	-0,011		0,97
2016	0,022	***	5,47
2020	ref.		
Antal personer	37.886		

Anm.: Variabler på formen "handicapgruppe*2016" er interaktionsvariabler mellem handicapgruppe og år og måler situationen for den berørte handicapgruppe i 2016 relativt situationen i 2020. Regressionen indeholder følgende kontrolvariabler: køn, alder, alder i anden, uddannelsesniveau, beskæftigelse, indikatorer for, hvorvidt respondenten har barn hhv. med og uden handicap, indikatorer for, hvorvidt respondenten har partner hhv. med og uden handicap, indikator for, hvorvidt respondenten har været anbragt uden for hjemmet som barn samt indikatorer for spørgeskemarunde hhv. 2016 og 2020. *** p<0,001, ** p<0,01, * p<0,05

Kilde: SHILD 2016 og SHILD 2020.

Figur 9.6 viser, at der er signifikant færre i handicapgrupperne end i gruppen uden handicap, der oplever, at det er muligt at kommunikere digitalt med det offentlige ved brug af digital post og selvbetjeningsløsninger. Igen ser vi, at det er grupperne med store handicap, der oplever de største barrierer. I disse grupper synes kun omtrent 65 %, at det går meget eller nogenlunde nemt at kommunikere digitalt med det offentlige. Det tilsvarende tal blandt mennesker uden handicap er 89 %. Der er ikke sket en signifikant udvikling i disse andele siden 2016 (ej vist i en figur).

Figur 9.6 Respondenter fordelt efter, i hvilken grad de oplever, at det er muligt at kommunikere digitalt med det offentlige ved brug af digital post og selvbetjeningsløsninger. Særskilt for handicaptyper og -grader samt for mennesker uden handicap. 2020. Procent.



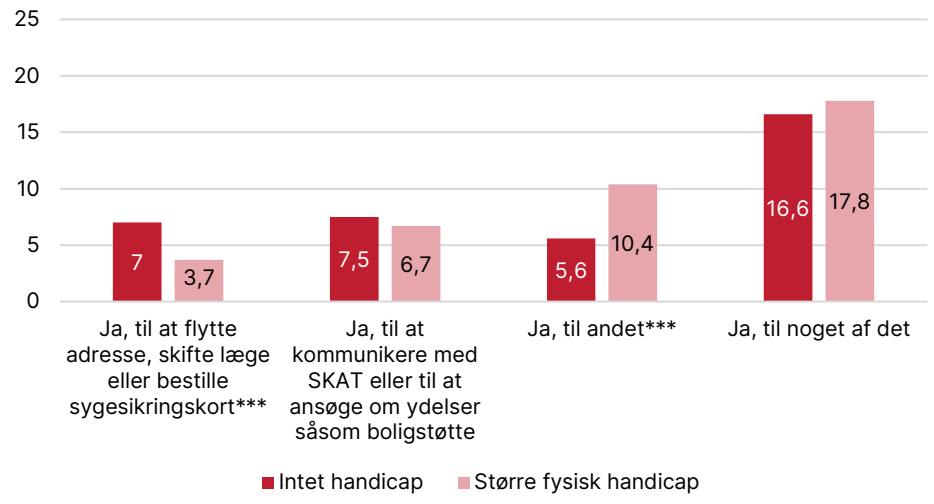
Anm.: N = [12.370; 3.180; 1.439; 1.103; 446]. Forskellen mellem gruppen uden handicap og de fire handicapgrupper er testet med Chi2-test. *** p<0,001, ** p<0,01, * p<0,05.

Kilde: SHILD 2020.

Borgere, der har problemer med at kommunikere digitalt med det offentlige, fx pga. et handicap, har ret til at få hjælp og vejledning hertil. Det er den enkelte myndigheds pligt i fornødent omfang at yde vejledning og hjælp til de borgere, der retter henvendelse om spørgsmål inden for myndighedens sagsområde, herunder vejlede om, hvordan man ansøger digitalt, og om, hvordan man anvender de konkrete selvbetjeningsløsninger (Digitaliseringsstyrelsen, 2021).

Figur 9.7 og Figur 9.8 undersøger for mennesker med hhv. større fysisk og større psykisk handicap, om de, i højere grad end mennesker uden handicap, har modtaget hjælp og vejledning til at bruge digitale selvbetjeningsløsninger fra offentlige myndigheder. Vi finder, at mennesker med psykisk handicap i større omfang end mennesker uden handicap, har modtaget hjælp og vejledning til de undersøgte aktiviteter, med undtagelse af "... at flytte adresse, skifte læge eller bestille sygesikringskort", hvor andelen er omtrent 7 % for begge grupper. For mennesker med fysisk handicap er forskellene mindre markante. Andelen, der har fået hjælp til "andet", er markant højere blandt mennesker med fysisk handicap end blandt mennesker uden handicap (hhv. 10 % og 6 %). Omvendt er andelen, der har modtaget hjælp og vejledning "... til at flytte adresse, skifte læge eller bestille sygesikringskort" højere blandt mennesker uden handicap end blandt mennesker med større fysisk handicap (hhv. 7 og 4 %).

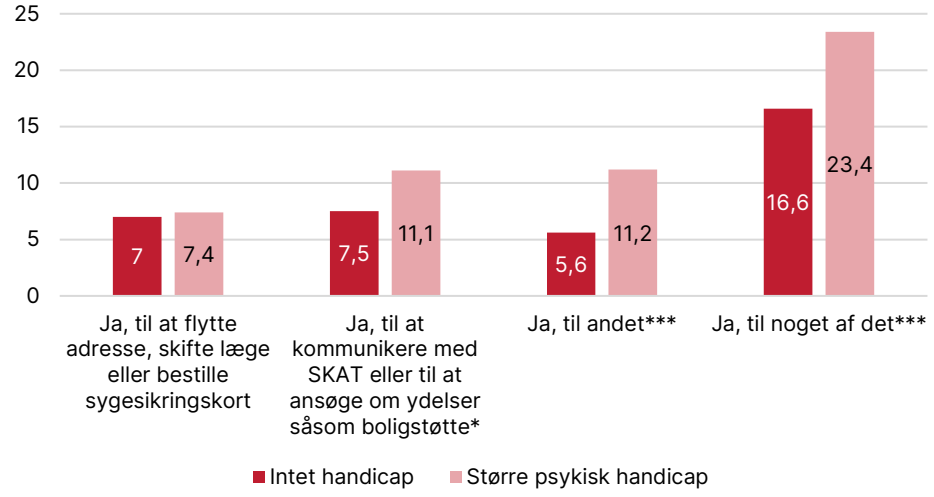
Figur 9.7 Respondenter fordelt efter, om de har modtaget hjælp og vejledning til at bruge digitale selvbetjeningsløsninger fra offentlige myndigheder. Særskilt for mennesker med større fysisk handicap og mennesker uden handicap. 2020. Procent.



Anm.: N = [12.354; 1.438]. Forskellen mellem gruppen uden handicap og mennesker med større fysisk handicap er testet med Chi2-test. *** p<0,001, ** p<0,01, * p<0,05.

Kilde: SHILD 2020.

Figur 9.8 Respondenter fordelt efter, om de har modtaget hjælp og vejledning til at bruge digitale selvbetjeningsløsninger fra offentlige myndigheder. Særskilt for mennesker med større psykisk handicap og mennesker uden handicap. 2020. Procent.



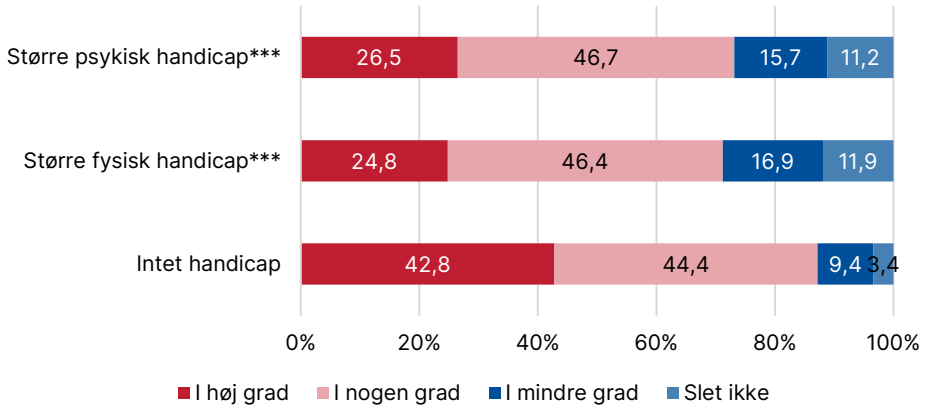
Anm.: N = [12.354; 446]. Forskellen mellem gruppen uden handicap og mennesker med større psykisk handicap er testet med Chi2-test. *** p<0,001, ** p<0,01, * p<0,05.

Kilde: SHILD 2020.

Figur 9.9 viser, i hvilken grad respondenterne oplever, at de fik tilstrækkelig hjælp fra det offentlige til at bruge digitale selvbetjeningsløsninger. Kun respondenter, der angiver at have modtaget hjælp og vejledning fra det offentlige i forbindelse med brug af digitale

selvbetjeningsløsninger har besvaret spørgsmålet. Det fremgår, at mennesker med handicap i markant mindre omfang oplever, at hjælpen var tilstrækkelig, end mennesker uden handicap. For eksempel angiver 11 % blandt mennesker med større psykisk handicap og 12 % blandt mennesker med større fysisk handicap, at hjælpen "slet ikke" var tilstrækkelig. Blandt mennesker uden handicap er andelen omtrent 3 %.

Figur 9.9 Respondenter fordelt efter, i hvilken grad de oplever, at de har fået tilstrækkelig hjælp og vejledning fra det offentlige til at bruge digitale selvbetjeningsløsninger. Særskilt for handicaptyper og -grader samt for mennesker uden handicap. 2020. Procent.



Anm.: N = [1.634; 227; 94]. Forskellen mellem gruppen uden handicap og de to handicapgrupper er testet med Chi2-test. *** p<0,001, ** p<0,01, * p<0,05. Kun mennesker der angiver at have modtaget hjælp og vejledning til at bruge offentlige hjemmesider har besvaret spørgsmålet.

Kilde: SHILD 2020.

9.3 Kulturelle og sociale aktiviteter

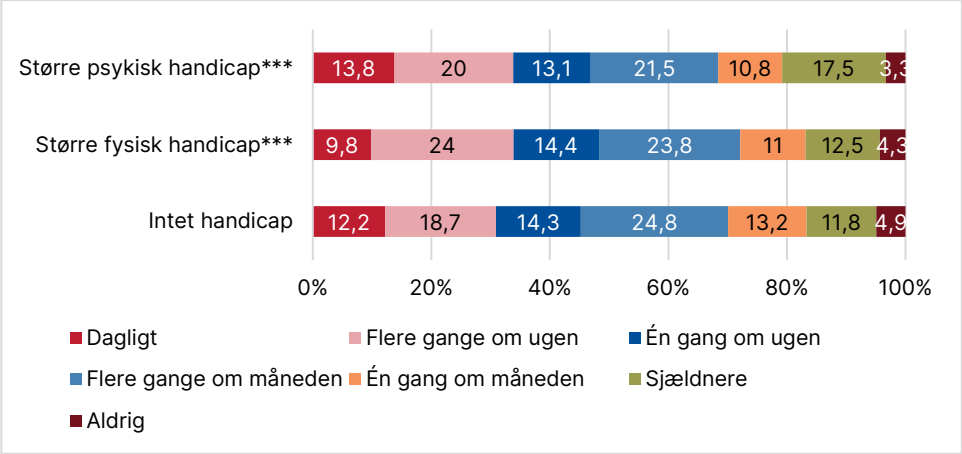
Deltagelse i kulturelle og sociale aktiviteter kan have stor positiv betydning for livskvaliteten hos mennesker med handicap (Connell et al., 2012; Jespersen et al., 2019). SHILD indeholder en række spørgsmål relateret til kontakthyppighed med familiemedlemmer og venner, samt hvor ofte man har været til kulturelle og sociale arrangementer.[23] Der antages dermed implicit, at hyppig kontakt er positivt, selv om der ikke spørges til kontakternes og relationernes kvalitet, som ellers har vist sig også at have betydning for livskvaliteten (Connell et al., 2012).

I Figur 9.10 viser vi, hvor ofte respondenterne har tilbragt tid med udeboende børn og forældre inden for det sidste år. Det fremgår af figuren, at lidt større andele blandt mennesker med større hhv. fysisk (48 %) og psykisk handicap (47 %) ser deres udeboende børn eller forældre mindst én gang om ugen end blandt mennesker uden handicap (45 %). Denne forskel kan eventuelt skyldes, at mennesker med handicap i højere grad

[23] I SHILD indgår også spørgsmål vedrørende om respondenterne har udført frivilligt arbejde, eller om de har været til aftenskole- eller fritidsundervisning, inden for det sidste år. Der er ikke signifikante forskelle mellem mennesker hhv. med og uden handicap ift. disse spørgsmål. I alle tre grupper har ca. 16 % udført frivilligt arbejde og ca. 7 % har været til fritidsundervisning mindst en gang om måneden i 2020. I alle tre grupper er der en tendens til faldende deltagelse i både frivilligt arbejde og aftenskoleundervisning fra 2012 til 2020, hvilket kan skyldes coronasituationen i 2020.

end mennesker uden handicap modtager hjælp fra udeboende børn eller forældre til forskellige typer af hverdagsaktiviteter i større eller mindre omfang (jf. Figur 7.14). For handicapgrupperne er der ikke sket en ændring siden 2016, ift. hvor ofte man ser forældre eller udeboende børn (fremgår ej af figuren).

Figur 9.10 Respondenter fordelt efter, hvor ofte de har tilbragt tid med udeboende børn og forældre inden for det sidste år. Særskilt for type af handicap og mennesker uden handicap. 2020. Procent.

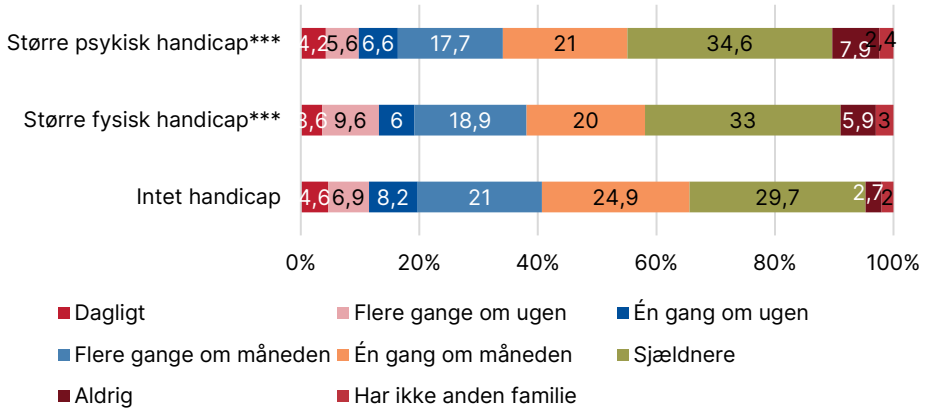


Anm.: N = [12.305, 1.419, 440]. Forskellen mellem gruppen uden handicap og de to handicapgrupper er testet med Chi2-test. *** p<0,001, ** p<0,01, * p<0,05

Kilde: SHILD 2020.

Som det fremgår af Figur 9.11, er kontakthyppigheden med anden familie ud over forældre eller udeboende børn mere sporadisk blandt mennesker med handicap end blandt mennesker uden. For eksempel angiver 43 % og 39 % blandt mennesker med hhv. større psykisk og større fysisk handicap, at de har tilbragt tid med anden familie sjældnere end en gang om måneden eller aldrig. Den tilsvarende andel blandt mennesker uden handicap er 32 %. For handicapgrupperne er der ikke sket en ændring siden 2016, i hvor ofte man ser anden familie (fremgår ej af figuren).

Figur 9.11 Respondenter fordelt efter, hvor ofte de har tilbragt tid med anden familie inden for det sidste år. Særskilt for type af handicap og mennesker uden handicap. 2020. Procent.



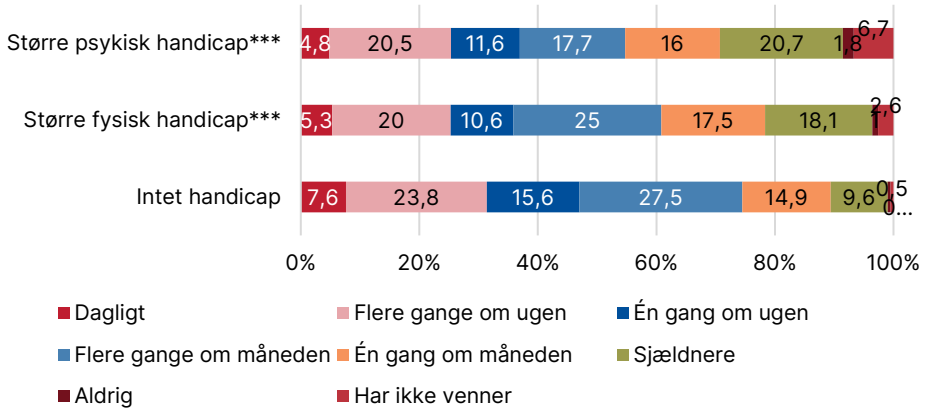
Anm.: N = [12.369, 1.439, 446]. Forskellen mellem gruppen uden handicap og de to handicapgrupper er testet med Chi2-test. *** p<0,001, ** p<0,01, * p<0,05.

Kilde: SHILD 2020.

Det er imidlertid ift. kontakthyppighed til venner og bekendte, hvor vi finder de største forskelle mellem mennesker med og uden handicap. Som det fremgår af Figur 9.12, ser 31 % blandt mennesker uden handicap venner og bekendte enten dagligt eller flere gange om ugen. Blandt mennesker med større psykisk eller fysisk handicap er andelen 25 % (samme andel for begge grupper). I den anden ende af spektret svarer i alt 11 % blandt mennesker uden handicap, at de ikke har venner, at de aldrig ser deres venner, eller at de ser dem sjældnere end en gang om måneden. Blandt mennesker med større fysisk og psykisk handicap er andelene hhv. 22 % og 29 %, dvs. mere end dobbelt så høje.

For mennesker uden handicap hhv. større fysisk handicap er der sket en ændring i retning af, at relativt set færre ser deres venner og bekendte en gang om ugen eller oftere i 2020 end i 2016 (fremgår ej af figuren). Det er muligt, at denne ændring delvist skyldes coronasituationen i 2020. Blandt mennesker med større psykisk handicap finder vi ikke en ændring i kontakthyppighed over tid.

Figur 9.12 Respondenter fordelt efter, hvor ofte de har tilbragt tid med venner og bekendte inden for det sidste år. Særskilt for type af handicap og mennesker uden handicap. 2020. Procent.



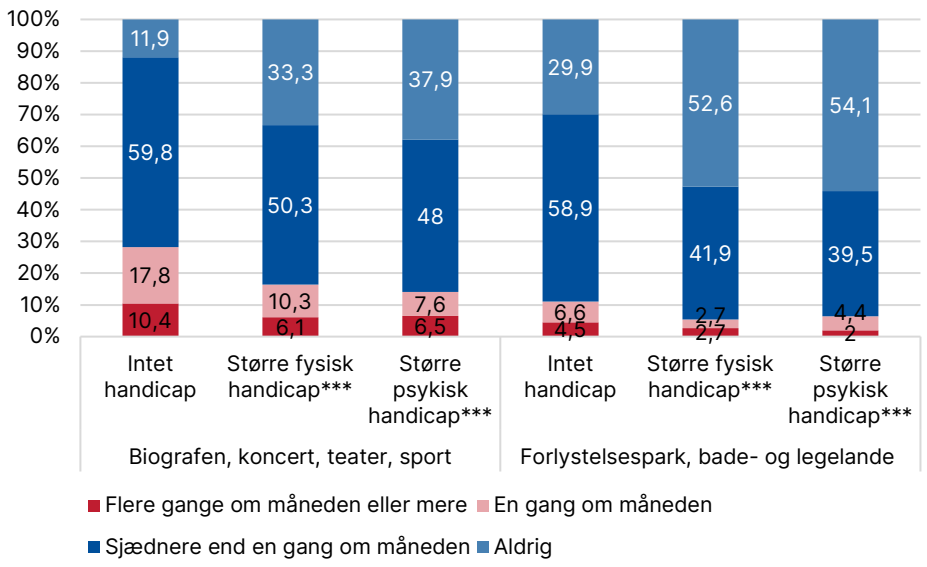
Anm.: N = [12.371, 1.438, 445]. Forskellen mellem gruppen uden handicap og de to handicapgrupper er testet med Chi2-test. *** p<0,001, ** p<0,01, * p<0,05

Kilde: SHILD 2020.

I Figur 9.13 undersøger vi respondenternes deltagelseshyppighed i to typer af aktiviteter, dels hvor ofte de har været i biografen, til koncerter, i teatret eller været til sportsbegivenheder og lignende, og dels hvor ofte de har besøgt forlystelsesparker, bade- og legelande og lignende inden for det sidste år.

Som det fremgår af figuren, er deltagelsen i denne type af aktiviteter mere sporadisk blandt mennesker med handicap end blandt mennesker uden. For eksempel har 7 % og 6 % blandt mennesker med hhv. større psykisk og større fysisk handicap været i biografen mv. flere gange om måneden eller mere inden for det seneste år, mens den tilsvarende andel blandt mennesker uden handicap er 10 %. Ser vi i stedet på besøg til forlystelsesparker mv. har 3 % og 2 % blandt mennesker med hhv. større fysisk og psykisk handicap besøgt dem flere gange om måneden eller oftere. Blandt mennesker uden handicap er andelen 5 %. For alle tre grupper er andelene, der har været til de nævnte to typer af aktiviteter mindst en gang om måneden, faldet i 2020 (fremgår ej af figuren). Dette kan dog delvis skyldes nedlukningen af Danmark i forbindelse med coronapandemien.

Figur 9.13 Respondenter fordelt efter, hvor ofte de har været til biografen, koncert, teater eller sportsbegivenheder hhv. til forlystelsesparker, bade- og legelande og lignende inden for det seneste år. Særskilt for type af handicap og mennesker uden handicap. 2020. Procent.

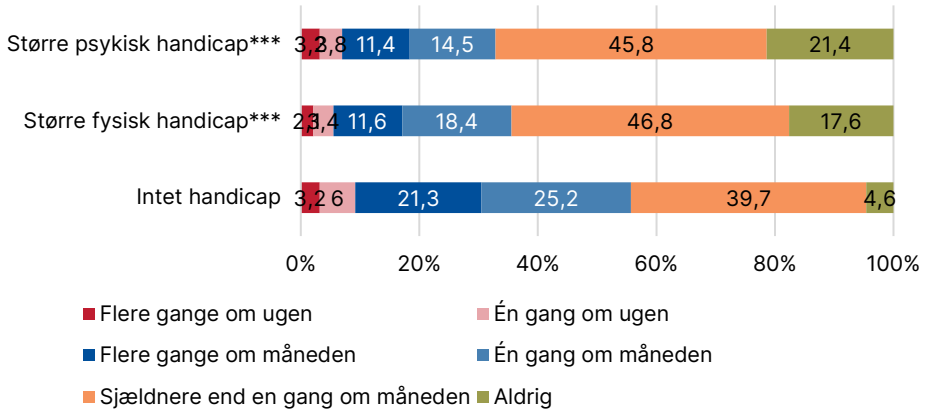


Anm.: N = [12.372, 1.440, 447]; [12.352, 1.434, 446]. Forskellen mellem gruppen uden handicap og de to handicapgrupper er testet med Chi2-test. *** p<0,001, ** p<0,01, * p<0,05

Kilde: SHILD 2020.

Som det fremgår af Figur 9.14, går mennesker med handicap på café, bar, restaurant eller diskotek med kolleger, venner eller familie mere sjældent end mennesker uden handicap. For eksempel angiver 56 % blandt mennesker uden handicap, at de har været på café mv. mindst en gang om måneden, mens de tilsvarende andele blandt mennesker med fysisk og psykisk handicap er hhv. 36 % og 33 %. For handicapgrupperne er der ikke sket en udvikling i andelene i perioden 2012-2020 (fremgår ej af figuren).

Figur 9.14 Respondenter fordelt efter, hvor ofte de har været på café, bar, restaurant eller diskotek med kolleger, venner eller familie inden for det sidste år. Særskilt for type af handicap og mennesker uden handicap. 2020. Procent.

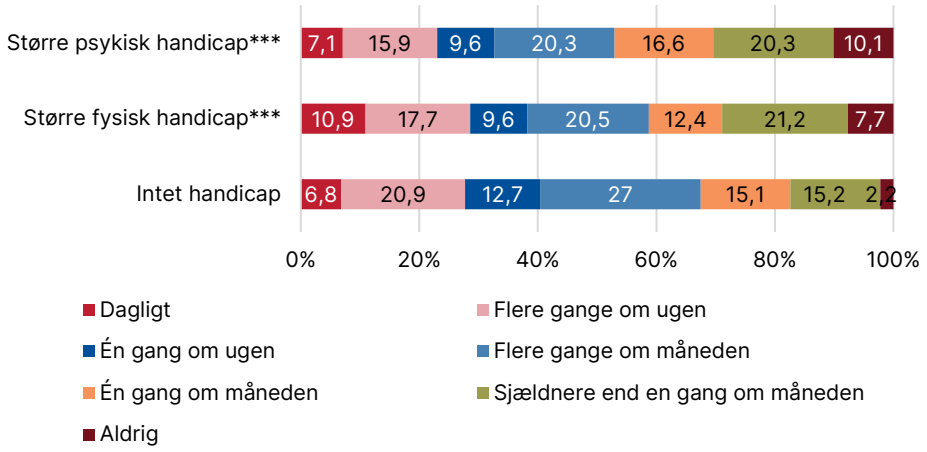


Anm.: N = [12.371, 1.440, 447]. Forskellen mellem gruppen uden handicap og de to handicapgrupper er testet med Chi2-test. *** p<0,001, ** p<0,01, * p<0,05

Kilde: SHILD 2020.

Figur 9.15 viser, hvor ofte respondenter med og uden handicap har været ude i naturen, herunder i parker, andre grønne områder i byen, eller i skove og kystområder inden for det sidste år. Blandt mennesker uden handicap og mennesker med større fysisk handicap har omtrent 28 % været ude i naturen mindst en gang om ugen inden for det seneste år. Her ser vi altså ikke en forskel mellem de to grupper. Blandt mennesker med psykisk handicap har derimod en væsentligt lavere andel, 23 %, været ude i naturen mindst en gang om ugen. Selv om vi ikke fandt forskelle mellem mennesker uden handicap og mennesker med større fysisk handicap ift. andelen af mennesker, der er ude i naturen flere gange om ugen eller dagligt, finder vi markante forskelle, når det kommer til andelene med en meget lav deltagelse. 29 % blandt mennesker med større fysisk handicap er aldrig eller sjældnere end en gang om måneden i parker, grønne områder eller lignende. Blandt mennesker med psykisk handicap er andelen 30 %, imens den er væsentligt lavere, 17 %, blandt mennesker uden handicap. Blandt mennesker uden handicap er der sket en stigning fra 2016 til 2020 i andelene, der er ude i naturen flere gange om måneden eller oftere, mens andelene, der er ude i naturen sjældnere end en gang om måneden, er faldet. I de to handicapgrupper er der ikke sket ændringer mellem de to år (fremgår ej af figuren). Det er muligt at stigningen i gruppen uden handicap skyldes coronasituationen, som har medført, at flere har brugt naturen som socialt mødested (Friluftsrådet, 2021). I så fald indikerer resultaterne, at mennesker med handicap i lavere grad end mennesker uden handicap har kunnet (eller villet) bruge naturen som socialt mødested i forbindelse med coronapandemien.

Figur 9.15 Respondenter fordelt efter, hvor ofte de har været i parker, andre grønne områder i byen, eller i skove og kystområder inden for det sidste år. Særskilt for type af handicap og mennesker uden handicap. 2020. Procent.



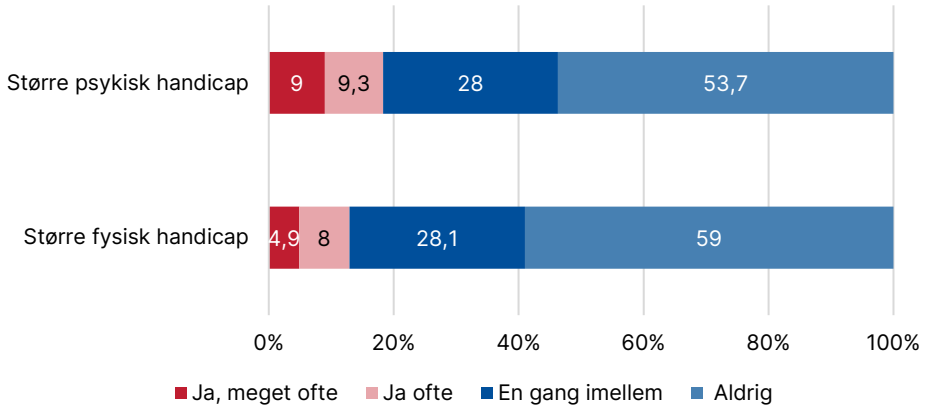
Anm.: N = [12.373, 1.440, 447]. Forskellen mellem gruppen uden handicap og de to handicapgrupper er testet med Chi2-test. *** p<0,001, ** p<0,01, * p<0,05

Kilde: SHILD 2020.

Respondenter med handicap er blevet spurgt, om de undertiden oplever, at der ikke bliver taget de hensyn, der er nødvendige, for at de kan deltage på lige vilkår med andre. Det fremgår af Figur 9.16, at knap 18 % blandt mennesker med større psykisk handicap og knap 13 % blandt mennesker med større fysisk handicap angiver, at der meget ofte eller ofte ikke bliver taget de nødvendige hensyn, for at de kan deltage på lige vilkår med andre. Yderligere 28 % i begge grupper angiver, at der en gang imellem ikke bliver taget

de nødvendige hensyn. Det skal dog fremhæves, at flertallet (over 50 %) i begge grupper oplever, at der bliver taget de nødvendige hensyn. Disse andele har ikke ændret sig siden 2016 (fremgår ej af figuren). Det er således især mennesker med større psykisk handicap, der oplever, at der undertiden ikke bliver taget de hensyn, der er nødvendige, for at de kan deltage på lige vilkår med andre. Resultatet viser, at det for mennesker med handicap ikke kun er den fysiske tilgængelighed, der kan udgøre en barriere ift. deltagelse i kulturelle og sociale begivenheder.

Figur 9.16 Respondenter fordelt efter, i hvilken grad de oplever, at der undertiden ikke bliver taget de hensyn, der er nødvendige, for at de kan deltage på lige vilkår med andre. Særskilt for mennesker med større fysisk og større psykisk handicap. 2020. Procent.



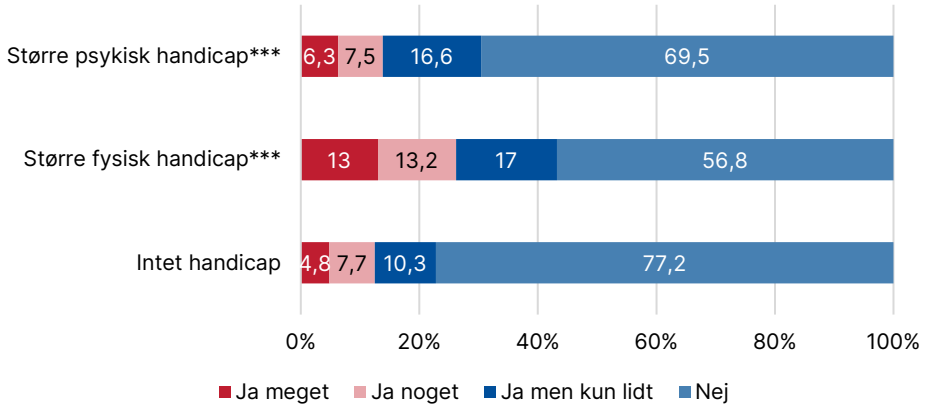
Anm.: N = [1.424; 440].
Kilde: SHILD 2020.

For at undersøge, hvad der for mennesker med handicap ville kunne bidrage til at reducere barrierer relateret til deltagelse, er respondenter med handicap blevet stillet spørgsmålet: "Ville du have brug for mere hjælp fra andre for at være mere aktivt deltagende, end du er nu?". Blandt mennesker med større fysisk og større psykisk handicap svarede hhv. 27 % og 39 % "ja" (dvs. at de ville have brug for mere hjælp fra andre for at være mere aktivt deltagende). Igen er det dermed især mennesker med psykisk handicap, der angiver at have brug for mere hjælp ift. deltagelse.

9.3.1 Fysisk adgang

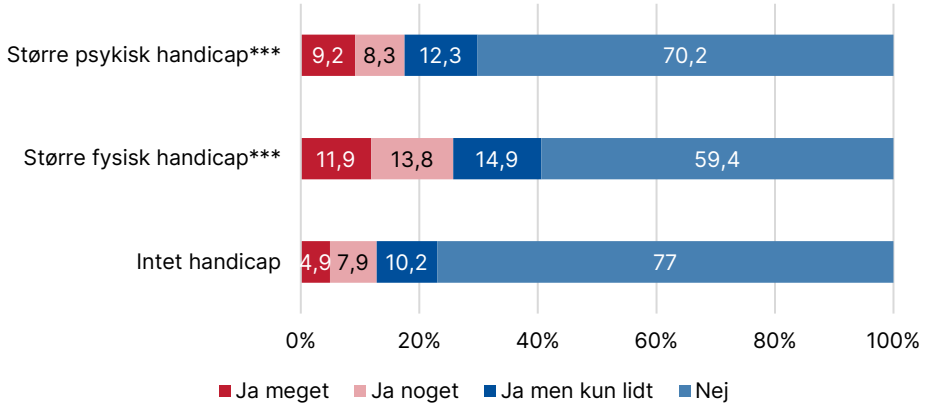
Tilgængelighed, herunder god fysisk adgang til det byggede miljø og egnet transport, kan være en forudsætning for deltagelse i sociale og kulturelle begivenheder for især mennesker med fysisk handicap. Respondenterne i SHILD er blevet spurgt, om god fysisk adgang har betydning, dels for hvilke kulturtilbud man vælger (fx. biograf, koncerter, teater, sport mm.), dels for hvor man går ud i lokalområdet (café, bar, restaurant, diskotek m.m.). Figur 9.17 og Figur 9.18 viser, i hvilken grad respondenter med og uden handicap angiver, at god fysisk adgang har betydning. Det fremgår, ikke overraskende, at god fysisk adgang især har betydning for mennesker med større fysisk handicap. I denne gruppe svarer i alt ca. hver fjerde (26 %), at god fysisk adgang har meget stor eller nogen betydning for, hvilke kulturudbud man vælger, eller hvor man går ud i lokalområdet. Blandt mennesker uden handicap er andelen ca. 13 %.

Figur 9.17 Respondenter fordelt efter, i hvilken grad god fysisk adgang har betydning, for, hvilke kulturtilbud man vælger. Særskilt for type af handicap og for mennesker uden handicap. 2020. Procent.



Anm.: N = [12.362; 1.437.; 445]. Forskellen mellem gruppen uden handicap og de to handicapgrupper er testet med Chi2-test. *** p<0,001, ** p<0,01, * p<0,05.
Kilde: SHILD 2020.

Figur 9.18 Respondenter fordelt efter, i hvilken grad god fysisk adgang har betydning, for, hvor man går ud i lokalområdet. Særskilt for type af handicap og for mennesker uden handicap. 2020. Procent.

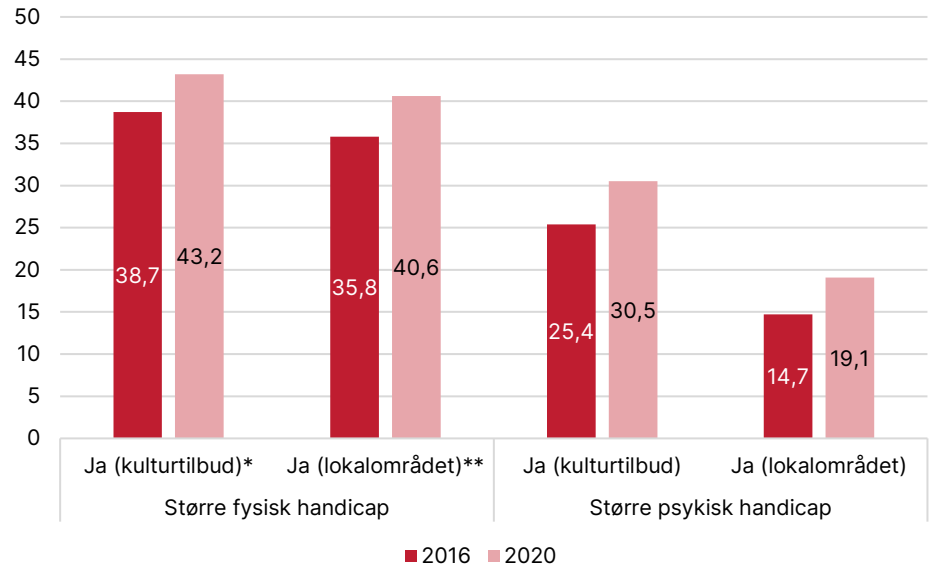


Anm.: N = [12.361; 1.438.; 446]. Forskellen mellem gruppen uden handicap og de to handicapgrupper er testet med Chi2-test. *** p<0,001, ** p<0,01, * p<0,05.
Kilde: SHILD 2020.

I Figur 9.19 undersøger vi ændringer over tid i andelene i de to handicapgrupper, der oplever, at god fysisk adgang har (meget, nogen eller lidt) betydning for deres valg af hhv. kulturtilbud, samt hvor de går ud i lokalområdet. Vi finder, at andelene, der synes at god fysisk adgang har betydning, er steget siden 2016 for mennesker med større fysisk handicap. For mennesker med større psykisk handicap finder vi ligeledes en tendens til, at andelen, der synes, at god fysisk adgang har betydning er steget over tid (stigningen er statistisk signifikant på et 90 %-niveau). Vi har tidligere vist, at der ikke er sket ændringer siden 2016 i gennemsnitsalder hos mennesker med større fysisk handicap (afsnit 3.2.2) eller i hvilken type af handicap man har (afsnit 3.3). Den stigende betydning af

god fysisk adgang skyldes dermed sandsynligvis ikke ændringer i gruppens fysiske funktionsniveau.

Figur 9.19 Respondenter fordelt efter, om god fysisk adgang har betydning for, hvilke kulturtilbud man vælger, samt for hvor man går ud i lokalområdet. Særskilt for type af handicap og undersøgelsesår. 2016 og 2020. Procent.



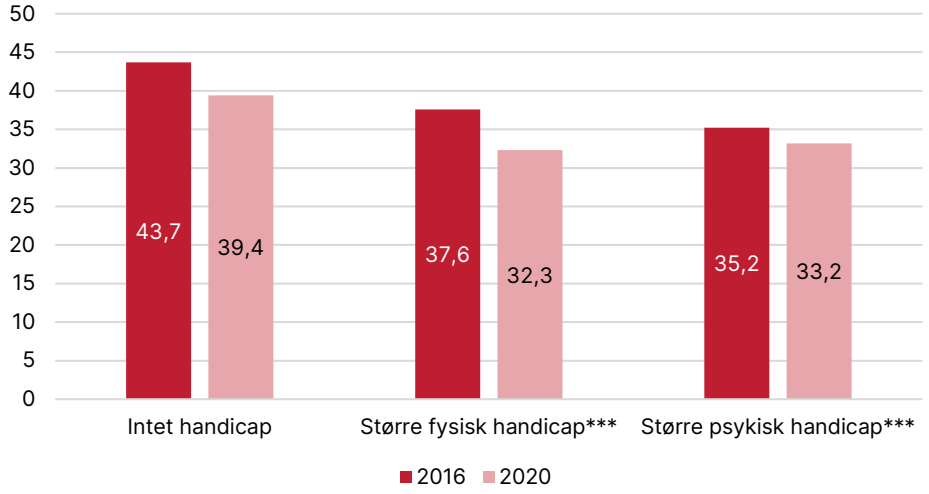
Anm.: N = [1,767; 1.437], [1,768; 1,438], [488; 445], [488; 446]. Forskellen mellem år inden for handicapgruppe er testet med Chi2-test. *** p<0,001, ** p<0,01, * p<0,05. For mennesker med større psykisk handicap er p<0,11 (kulturtilbud) og p<0,10 (lokalområdet).

Kilde: SHILD 2016 og 2020.

9.3.2 Kommunale aktivitetstilbud

Danske kommuner tilbyder typisk forskellige typer af gratisaktiviteter, fx. sportstilbud, fritidsundervisning, kulturelle begivenheder mv. For at mennesker med handicap skal kunne deltage i disse tilbud på lige vilkår med andre mennesker, kræves det dels, at tilbuddene er indrettede på en tilgængelig måde, men også, at man ved, at tilbuddene eksisterer. Figur 9.20 viser, at mennesker med større fysisk og større psykisk handicap i markant mindre grad har kendskab til offentligt støttede tilbud i kommunen end mennesker uden handicap. Blandt mennesker uden handicap angiver 39 % i 2020, at de har kendskab til kommunale aktivitetstilbud, mens de tilsvarende andele var 32 % og 33 % blandt mennesker med større hhv. fysisk og psykisk handicap. For alle tre grupper er andelene, der har kendskab til kommunale aktivitetstilbud faldet siden 2016 (faldet er ikke statistisk signifikant for mennesker med større psykisk handicap).

Figur 9.20 Respondenter fordelt efter, om de har kendskab til offentligt støttede tilbud i kommunen. Særskilt for type af handicap og for mennesker uden handicap. 2016 og 2020. Procent.



Anm.: N = [14.151, 12.257], [1.754, 1.426], [483, 441]. Forskellen mellem gruppen uden handicap og de to handicapgrupper er testet med Chi2-test. *** p<0,001, ** p<0,01, * p<0,05. Forskellen mellem år inden for handicapgruppe samt inden for gruppen af mennesker uden handicap er testet med Chi2-test. Udviklingen fra 2016 til 2020 er statistisk signifikant for mennesker uden handicap (p<0,000) og for gruppen med større fysisk handicap (p<0,01).

Kilde: SHILD 2016 og 2020.

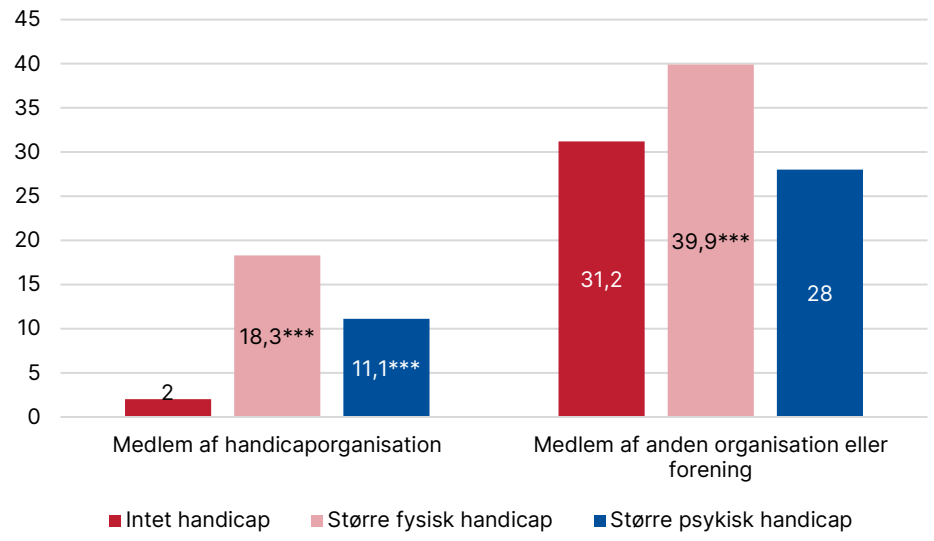
Blandt dem, der har kendskab til de kommunale aktivitetstilbud, oplever 85 % af mennesker uden handicap, at tilbuddene er tilrettelagt på en måde, så "du, din familie, og dem I ellers evt. gerne vil have med", har mulighed for at benytte dem. Den tilsvarende andel er signifikant lavere blandt mennesker med større hhv. fysisk og psykisk handicap (hhv. 77 % og 76 %). Det betyder altså, at mennesker med handicap i lavere grad kan benytte sig af kommunale tilbud end mennesker uden handicap. Respondenter, der har svaret, at de oplever, at tilbuddene ikke er tilrettelagt på en måde, så de og deres familie og venner kan benytte dem, er blevet spurgt om dette skyldes, at tilbuddene ikke tager rimelig hensyn til helbredsproblemer eller handicap. Blandt mennesker med handicap svarer 35 % (i begge grupper), at tilbuddene ikke tager rimelig hensyn, mens denne andel blot er 6 % blandt mennesker uden handicap (ej vist i en figur). Det er dermed sandsynligt, at flere mennesker med handicap og deres familier og venner ville kunne benytte sig af kommunale tilbud, hvis disse var tilrettelagt på en mere handicapvenlig måde.

9.3.3 Foreningsliv

At være medlem i en organisation eller forening kan bidrage til at give oplevelser, der har positiv indflydelse på borgerens sociale liv og i forlængelsen heraf på livskvaliteten. Som det fremgår af Figur 9.21, er andelen, der er medlem af en handicaporganisation, højere blandt mennesker med større fysisk (18 %) hhv. større psykisk handicap (11 %) end blandt mennesker uden handicap (2 %). Derudover er andelen af mennesker med større fysisk handicap, der er medlem i andre foreninger eller organisationer ud over en eventuel handicaporganisation, højere blandt mennesker med større fysisk handicap (40 %) end blandt mennesker uden handicap (31 %). Der er ikke en signifikant forskel i andelen, der

er medlem af en anden (ikke-handicaprelateret) organisation og forening mellem mennesker med større psykisk handicap og mennesker uden handicap. Vi finder dermed, at mennesker med handicap er medlemmer af foreninger og organisationer i mindst lige så høj en grad som mennesker uden handicap. For mennesker med større fysisk handicap er der en tendens til, at andelen, der er medlemmer af en handicaporganisation, er faldet over tid (fra 21 % i 2012 til 18 % i 2020, p=0,06). Medlemskab i andre (ikke handicaprelaterede) organisationer og foreninger er faldet for mennesker uden handicap fra 2012 (41 %) til 2020 (31 %), mens andelene ikke har ændret sig for de to handicapgrupper. Dermed er forskellene mellem mennesker med og uden handicap ift. medlemskab i foreninger faldet over tid (fremgår ej af en figur).

Figur 9.21 Respondenter fordelt efter, om de er medlem af en handicaporganisation, samt om de er medlem af en eller flere foreninger eller organisationer ud over en eventuel handicaporganisation. Særskilt for type af handicap og for mennesker uden handicap. 2020. Procent.



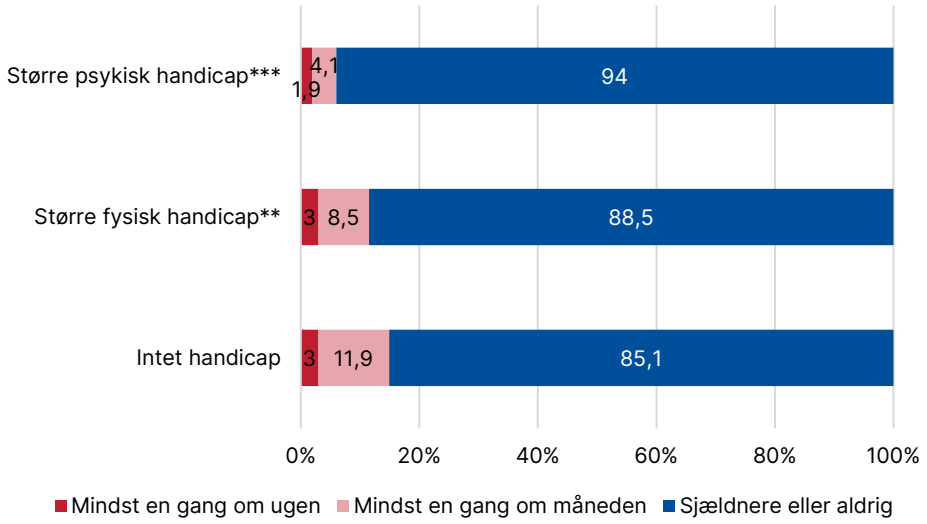
Anm.: N = [12.376, 1.439, 445], [12.360,1.438,.424]. Forskellen mellem gruppen uden handicap og de to handicapgrupper er testet med Chi2-test. *** p<0,001, ** p<0,01, * p<0,05.
Kilde: SHILD 2020.

Blandt dem, der er medlemmer af enten en handicaporganisation eller anden organisation eller forening, har 34 % blandt mennesker uden handicap et tillidshverv i foreningen, fx. i bestyrelsen eller som revisor, formand eller suppleant. Blandt mennesker med handicap er de tilsvarende andele signifikant lavere: 21 % blandt mennesker med større fysisk handicap og 13 % blandt mennesker med større psykisk handicap har en eller anden form for tillidshverv i en organisation eller forening, hvor de er medlem. Andelen, der har et tillidserhverv, er steget signifikant siden 2016 blandt mennesker uden handicap (fra 30 til 34 %), mens der ikke er sket en ændring for de to handicapgrupper. Dermed er forskellen mellem mennesker med og uden handicap i andelen, der har et tillidshverv i en forening eller organisation vokset over tid.

I Figur 9.22 undersøger vi deltagelseshyppighed, dvs. hvor ofte respondenterne har deltaget i forskellige typer af forenings- eller organisationsmøder (fx. boligforening, skolebestyrelse, sportsforeninger, politiske organisationer, fagforening, handicaporganisation

og lignende) inden for det sidste år. Det fremgår af figuren, at knap 15 % blandt mennesker uden handicap deltager mindst en gang om måneden, mens den tilsvarende andel er knap 12 % blandt mennesker med større fysisk handicap og 6 % blandt mennesker med større psykisk handicap. Mennesker uden handicap deltager dermed oftere i forenings- eller organisationsmøder end mennesker med handicap, og især mennesker med større psykisk handicap har lav deltagelse i denne type af møder.

Figur 9.22 Respondenter fordelt efter, hvor ofte de har deltaget i forenings- eller organisationsmøder i fx boligforening, skolebestyrelse, sportsforeninger, politiske organisationer, fagforening, handicaporganisation og lignende inden for det sidste år. Særskilt for type af handicap og for mennesker uden handicap. 2016 og 2020. Procent.



Anm.: N = [12.371, 1.439, 447]. Forskellen mellem gruppen uden handicap og de to handicapgrupper er testet med Chi2-test. *** p<0,001, ** p<0,01, * p<0,05.

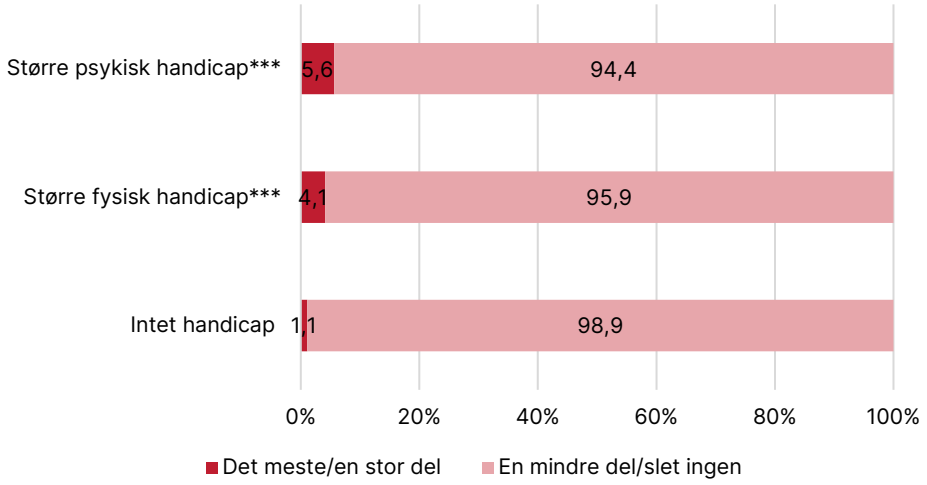
Kilde: SHILD 2020.

Når vi ser på udviklingen siden 2012 i andelene, der deltager i forenings- eller organisationsmøder, er der en tendens til faldende deltagelse for alle tre grupper (dvs. relativt set flere deltager sjældnere end en gang om måneden eller aldrig i forenings- og organisationsmøder i 2020 end i 2012) (fremgår ej af figuren). Den negative udvikling ift. andelene, der deltager i forenings- eller organisationsmøder kan skyldes coronasituationen i 2020.

I SHILD 2016 og 2020 indgår spørgsmål om respondenternes deltagelse i sammenhænge, der har noget med handicap at gøre. I Figur 9.23 undersøger vi, svarene til spørgsmålet: "Hvor stor en del af din aktivitet foregår i handicapforeninger eller andre handicaprelaterede sammenhænge?" Kategorierne "det meste" og "en stor del" hhv. "en mindre del" og "slet ingen" har vi slået sammen, idet meget få respondenter svarede, at "det meste" hhv. "en mindre del" af deres aktivitet foregik i handicapforeninger eller handicaprelaterede sammenhænge. For alle tre grupper fremgår det af figuren, at størstedelen af aktiviteterne foregår uden for handicaprelaterede sammenhænge. Andelen af ikke-handicaprelaterede aktiviteter er dog signifikant højere blandt mennesker uden

handicap (99 %) end blandt mennesker med større fysisk (96 %) eller større psykisk handicap (94 %). For de to handicapgrupper er der ikke sket en ændring i disse andele siden 2016 (fremgår ej af figuren).

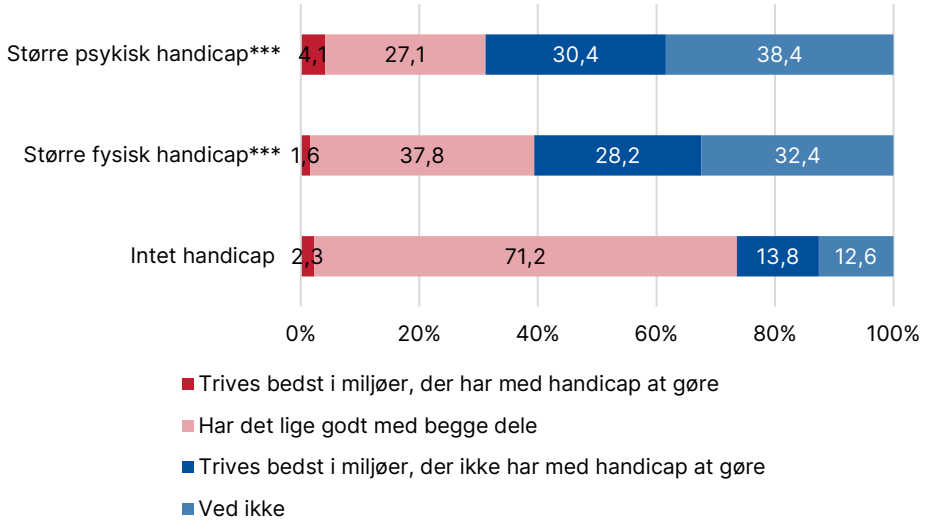
Figur 9.23 Respondenter fordelt efter, hvor stor en del af deres aktivitet, der foregår i handicapforeninger eller andre handicaprelaterede sammenhænge. Særskilt for handicaptyper og -grader samt for mennesker uden handicap. 2020. Procent.



Anm.: N = [12.370; 1.439.; 446]. Forskellen mellem gruppen uden handicap og de to handicapgrupper er testet med Chi2-test. *** p<0,001, ** p<0,01, * p<0,05.
Kilde: SHILD 2020.

Respondenter, der har svaret, at "det meste", "en stor del" eller "en mindre del" af deres aktivitet foregik i handicaprelaterede sammenhænge, blev i SHILD 2016 og SHILD 2020 spurgt, hvor de føler sig bedst tilrette: I miljøer, der har med handicap at gøre, eller i miljøer, der ikke har med handicap at gøre. Figur 9.24 viser, hvordan svarene fordeler sig for de tre grupper i 2020. Lidt overraskende er andelene, der enten "trives bedst i miljøer, der har med handicap at gøre" eller "har det lige godt med begge dele", størst blandt mennesker uden handicap (74 %). Blandt mennesker med større fysisk og psykisk handicap er andelene hhv. 39 % og 31 %. En mulig forklaring på, at mennesker uden handicap føler sig bedre tilrette i miljøer, der har med handicap at gøre, kan være, at det at færdes i miljøer, der har med handicap at gøre, kan være et mere aktivt tilvalg blandt mennesker uden handicap end blandt mennesker med handicap.

Figur 9.24 Respondenter fordelt efter, i hvilken miljø de trives bedst. Særskilt for handicaptyper og -grader samt for mennesker uden handicap. 2020. Procent.



Anm.: N = [484; 1.440; 447]. Forskellen mellem gruppen uden handicap og de to handicapgrupper er testet med Chi2-test. *** p<0,001, ** p<0,01, * p<0,05. Kun mennesker, der angiver, at "det meste", "en stor del" eller "en mindre del" af deres aktivitet foregik i handicaprelaterede sammenhænge, har besvaret spørgsmålet.

Kilde: SHILD 2020.

For mennesker med større fysisk handicap er der sket en signifikant ændring ift., hvilket miljø man trives bedst i, siden 2016 (ej vist i en figur). Forandringen går i retning af, at andelene, der trives bedst i handicapmiljøer, eller der har det lige godt med begge dele, er faldet (fra 42 % i 2016 til 39 % i 2020) samtidigt som andelen, der trives bedst i miljøer, der ikke har med handicap at gøre, er steget (fra 23 % i 2016 til 28 % i 2020).[24] Det er muligt, at miljøer, der ikke har med handicap at gøre, er blevet mere inkluderende over tid, og at mennesker med større fysisk handicap derfor trives bedre i denne type af miljøer i 2020 end i 2016. En mere negativ men ligeledes mulig fortolkning af resultatet kan være, at det opleves som et større stigma at være en del af en handicaprelateret sammenhæng i 2020 end i 2016, og at andelen af mennesker med større fysisk handicap, der trives bedst i denne type af miljøer, derfor er faldet.

9.4 Demokratisk deltagelse

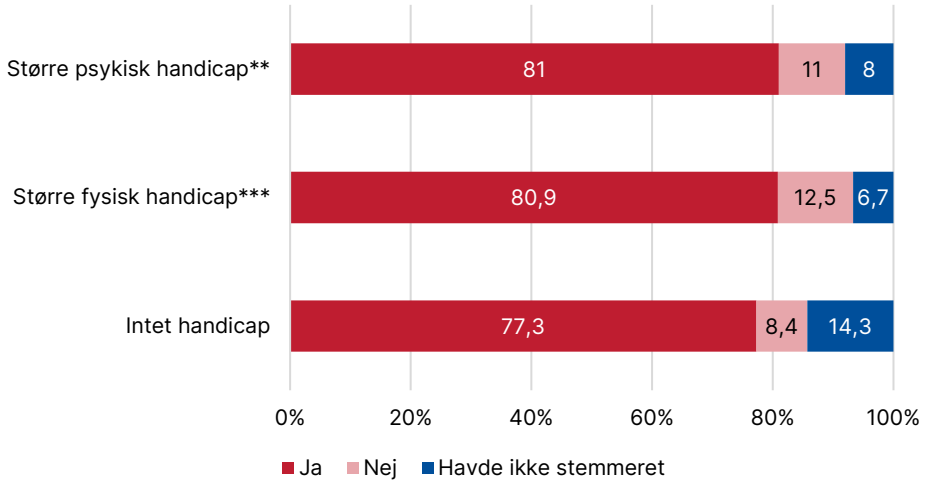
At potentielt sårbare befolkningsgrupper deltager i de demokratiske processer er afgørende, dels for det demokratiske systems legitimitet, dels for muligheden for disse grupper at påvirke politik og beslutninger. SHILD indeholder en række af spørgsmål, der har til formål at bidrage med viden om den demokratiske deltagelse for mennesker med handicap. Respondenterne i SHILD 2016 og 2020 er blevet spurgt, om de har set mennesker med handicap udtale sig i nyheder, debat eller lignende i medierne i løbet af den sidste uge. Andelene, der svarede "ja" i 2020, var 23 % blandt mennesker uden handicap, 29 % blandt mennesker med større fysisk handicap samt 26 % blandt mennesker med større

[24] Andelen der svarede "ved ikke" er faldet, fra 35 % i 2016 til 32 % i 2020.

psykisk handicap.[25] For mennesker med psykisk handicap er andelen steget signifikant siden 2016 (hvor den var 20 %), mens der ikke er sket en signifikant udvikling for mennesker med større fysisk handicap. At større andele blandt mennesker med handicap har set mennesker med handicap udtale sig i medierne, kan skyldes, at mennesker med handicap sandsynligvis i højere grad end mennesker uden handicap, opsøger nyheder, der relaterer sig til handicap.

For at muliggøre den demokratiske deltagelse har mennesker med handicap ret til at modtage personlig hjælp, når de stemmer. Derudover er det muligt at brevstemme fx på hospitaler og i plejeboliger for mennesker med handicap (Social- og Indenrigsministeriet, 2020). Tidligere forskning viser imidlertid, at valgdeltagelsen i kommunevalget 2016 var lavere blandt mennesker med handicap end blandt mennesker uden handicap (Amilon et al., 2021). I Figur 9.25 undersøger vi, i hvilket omfang respondenterne i SHILD 2020 stemte ved folketingsvalget 2019. Det fremgår af figuren, at stemmedeltagelsen faktisk var *lavere* blandt mennesker uden handicap end i de to handicapgrupper. Dette skyldes imidlertid delvist, at andelen, der ikke havde stemmeret, var væsentligt højere i gruppen uden handicap. Langt de fleste, der ikke har stemmeret i folketingsvalget, er personer, der ikke har dansk statsborgerskab. Det kan imidlertid også dreje sig om personer, der er umyndigforklaret (fx. på grund af et større kognitivt handicap). Hvis vi ser bort fra personer, der ikke havde stemmeret, er forskellen mellem grupperne ikke længere statistisk signifikant, dvs. tilbøjeligheden til at svare, at man har stemt i seneste folketingsvalg varierer ikke signifikant på tværs af de tre grupper.

Figur 9.25 Respondenter fordelt efter, om de stemte ved folketingsvalget 2019. Særskilt for handicaptyper og -grader samt for mennesker uden handicap. 2020. Procent.



Anm.: N = [12.374; 1.440.; 446]. Forskellen mellem gruppen uden handicap og de to handicapgrupper er testet med Chi2-test. *** p<0,001, ** p<0,01, * p<0,05.

Kilde: SHILD 2020.

[25] Forskellen i andelen, der har svaret "ja" mellem mennesker uden handicap (23 %) og mennesker med større psykisk handicap (26%), er ikke statistisk signifikant.

Et andet aspekt af demokratisk deltagelse er medlemskab i politiske partier. Blandt mennesker uden handicap angav 4 % i 2020 at være medlem af et politisk parti, mens andelen var 5 % blandt mennesker med større fysisk og psykisk handicap (samme andel i begge grupper, ej vist i en figur). Andelen, der er medlem i et politisk parti, er dermed signifikant højere blandt mennesker med handicap end blandt mennesker uden handicap.[26]

Respondenterne er derudover blevet spurgt, om de inden for de seneste 3 år har stillet op for et politisk parti til enten kommunalvalg, regionsvalg eller folketingsvalg. For dette spørgsmål var det, af diskretionshensyn, nødvendigt at slå de to handicapgrupper sammen. Andelen, der har stillet op til valg, er signifikant højere blandt mennesker med handicap (0,7 %) end blandt mennesker uden handicap (0,4 %) (ej vist i en figur). Grundet få observationer kan vi ikke udtale os om sandsynligheden for at blive valgt varierer mellem mennesker med og uden handicap. Samlet set indikerer resultaterne i dette afsnit, at den demokratiske deltagelse er på samme niveau, eller sågar stærkere, blandt mennesker med handicap end blandt mennesker uden.

[26] For mennesker med psykisk handicap er p-værdien = 0,09, dvs. at forskellen mellem mennesker med psykisk handicap og mennesker uden handicap med 90 % sandsynlighed ikke skyldes tilfældigheder.

10 Diskrimination og vold

Forskning viser, at mennesker med fysisk og psykisk handicap ofte oplever stigma eller at blive diskrimineret på grund af deres handicap (Erler & Garstecki, 2002; Russinova et al., 2011). Mennesker med handicap oplever fx oftere at blive behandlet respektløst eller at blive fornærmet, og de har forhøjet risiko for at blive udsat for beskæftigelsesrelateret diskrimination samt diskrimination i forbindelse med forskellige typer af service, herunder fra bank, sundhedspersonale og håndværkere (Namkung & Carr, 2019). Der er en aldersgradient i oplevelsen af diskrimination således, at yngre mennesker i højere grad oplever at blive diskrimineret på grund af handicap end ældre mennesker (Erler & Garstecki, 2002; Namkung & Carr, 2019). Dette kan skyldes forventninger til og fordomme om, at unge mennesker i højere grad end ældre skal være fysisk og mentalt sunde og raske (ibid.).

Den 1. juli 2018 trådte en ny lov i kraft i Danmark, der forbyder diskrimination på grund af handicap uden for arbejdsmarkedet (Social- og Indenrigsministeriet, 2018). Inden den nye lov trådte i kraft var forskelsbehandling af mennesker med handicap kun forbudt på arbejdsmarkedet. Dermed var der ikke noget at gøre, hvis en person med handicap blev udsat for diskrimination, så længe forskelsbehandlingen foregik uden for arbejdsmarkedet. Den nye lov betyder blandt andet, at mennesker med handicap ikke længere må afvises fra fx. offentlige arrangementer, caféer og biografier, hvis årsagen til afvisningen er, at personen har et handicap. Loven indebærer imidlertid ikke en pligt til rimelig tilpasning eller tilgængelighed (ibid.).

I modsætning til andre studier ser vi i dette afsnit dels på diskrimination på grund af handicap, men også på diskrimination på grund af andre årsager. Vi kan dermed give svar på, om mennesker med handicap i højere grad end mennesker uden handicap oplever diskrimination dels på grund af handicap, dels pga. faktorer, som fx køn, etnicitet, alder og seksuel orientering. Vi undersøger også, så langt det er muligt, om der er sket en ændring i andelen af mennesker med handicap, der oplever diskrimination siden 2016. Rapportens resultater kan dog ikke ses som en evaluering af den nye lov om forbud mod forskelsbehandling på grund af handicap, idet andre forhold, som vi ikke kan tage højde for i analyserne også kan have ændret sig siden 2016-bølgen af SHILD. Det skal også noteres, at vi tager udgangspunkt i respondentens egen vurdering af, om vedkommende er blevet forskelsbehandlet eller diskrimineret. Diskrimination er her baseret på to parametre:

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

Det er dermed den oplevede, subjektive, diskrimination, som vi beskriver i dette afsnit. Det vil sige, at det ikke nødvendigvis drejer sig om en faktisk (objektiv) diskrimination, der indebærer en konkret, påviselig og eventuelt ulovlig forskelsbehandling.

Vi undersøger derudover, i hvilket omfang mennesker med handicap er blevet udsat for forskellige typer af vold. Tidligere forskning viser, at mennesker med handicap løber en

markant højere risiko end mennesker uden handicap for at blive udsat for både fysisk og materiel vold (Christoffersen, 2019; Harrell & Rand, 2008; Hollomotz, 2012).

Hovedresultaterne er:

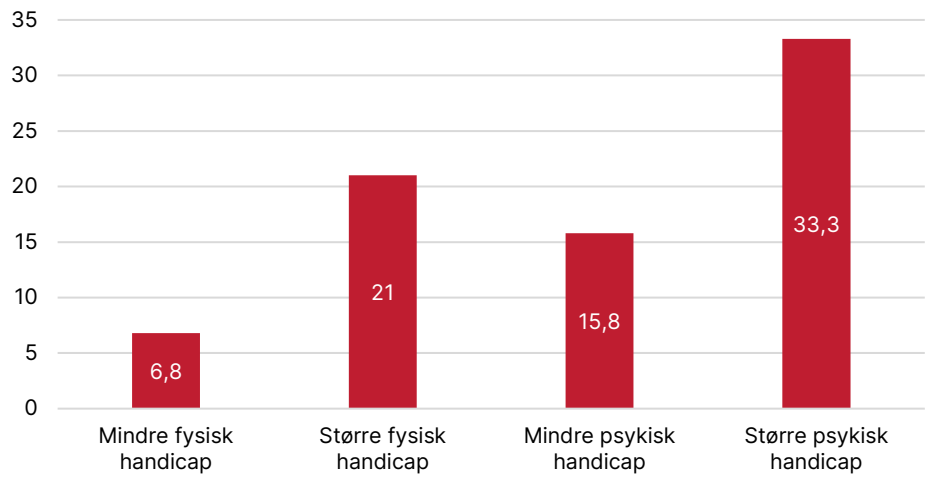
- Hver tredje (33 %) blandt mennesker med større psykisk handicap oplever, at de er blevet forskelsbehandlet pga. handicap. Blandt mennesker med større fysisk handicap drejer det sig om hver femte (21 %).
- Mennesker med handicap oplever desuden mere forskelsbehandling pga. andre årsager end mennesker uden handicap. Især mennesker med større psykisk handicap oplever i høj grad, at de bliver forskelsbehandlet. Fx. oplever 20 % af mennesker med større psykisk handicap, at de bliver forskelsbehandlet pga. "udseende, højde eller vægt". Blandt mennesker med større fysisk handicap er andelen 12 %, og blandt mennesker uden handicap har 8 % oplevet det samme.
- 22 % og 20 % af mennesker med hhv. større fysisk og psykisk handicap har oplevet forskelsbehandling på arbejdspladsen. Blandt mennesker uden handicap er andelen 14 %.
- Overordnet set er der ikke sket ændringer i andelene, der angiver at have oplevet diskrimination i perioden 2012-2020.
- 31 % blandt respondenter med større fysisk handicap og 23 % blandt respondenter med større psykisk handicap har oplevet at få afslag på at tegne en forsikring med begrundelse i vedkommendes helbred eller handicap.
- Derudover har respondenter med større hhv. fysisk og psykisk handicap oplevet at få begrænset dækning (hhv. 17 % og 10 %), forhøjet præmie (7 % og 6 %) eller andre vilkår (hhv. 6 % og 5 %) med begrundelse i vedkommendes helbredsproblem eller handicap.
- I lighed med tidligere forskning finder vi, at mennesker med handicap løber en markant højere risiko for at blive udsat for vold end mennesker uden handicap, uanset om det er tale om fysisk, psykisk, økonomisk eller seksuel vold. Groft sagt er sandsynligheden for at blive udsat for vold omtrent dobbelt så stor for mennesker med større fysisk handicap og knap tre gange så stor for mennesker med større psykisk handicap end for mennesker uden handicap.
- Den hyppigste type af vold er "nedværdiget eller ydmyget, latterliggjort, konstant kritiseret eller kaldt øgenavne" som mellem 11 % (mennesker uden handicap) og 31 % (mennesker med større psykisk handicap) af respondenterne er blevet udsat for.
- 7 % af respondenter med større psykisk handicap er blevet slået eller sparket i løbet af det sidste år. Andelene er 2 % og 4 % blandt mennesker hhv. uden handicap og med større fysisk handicap.

10.1 Diskrimination på grund af handicap

Som nævnt indledningsvis kan mennesker med handicap dels opleve, at de bliver diskrimineret pga. handicappet, dels at de bliver diskrimineret af andre årsager. Figur 10.1 illustrerer andelen af respondenter med handicap, der oplever, at de er blevet forskelsbehandlet pga. et handicap, længerevarende helbredsproblem eller en psykisk lidelse.

Spørgsmålet er kun blevet stillet til mennesker med handicap. Resultaterne viser, at især mennesker med større psykisk handicap oplever, at de er blevet forskelsbehandlet pga. handicap. I denne gruppe svarer 33 %, at de føler, at de er blevet forskelsbehandlet pga. et handicap, længerevarende helbredsproblem eller en psykisk lidelse. Blandt mennesker med større fysisk handicap, er andelen 21 %. Der er ikke sket en signifikant udvikling i disse andele i perioden 2012-2020.

Figur 10.1 Respondenter, der føler, at de er blevet forskelsbehandlet pga. handicap, et længerevarende helbredsproblem eller en psykisk lidelse. Særskilt for handicaptyper og -grader. 2020. Procent.

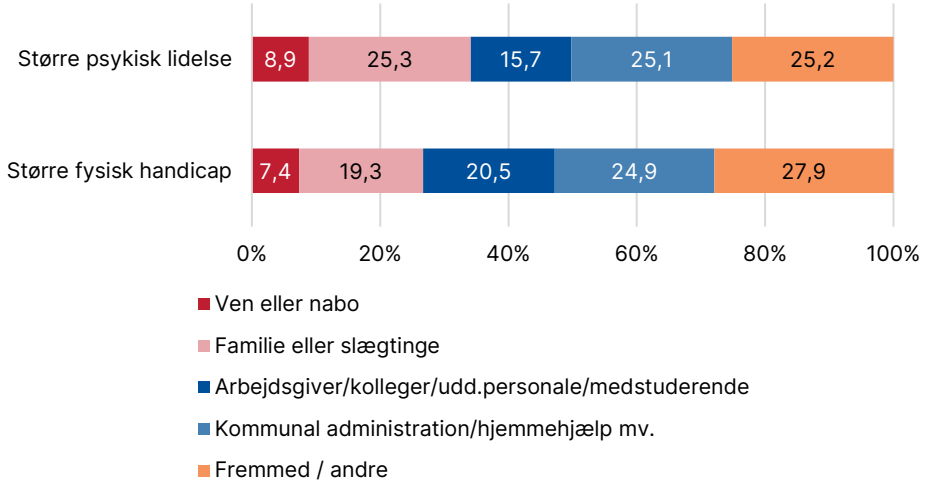


Anm.: N = [3.180, 1.426, 1.095, 442]. Kun respondenter med handicap har besvaret spørgsmålet.
Kilde: SHILD 2020.

Respondenter, der har svaret, at de er blevet forskelsbehandlet pga. handicap, et længerevarende helbredsproblem eller en psykisk lidelse, blev spurgt, hvem det var, der forskelsbehandlede dem. Figur 10.2 viser, at en større andel blandt mennesker med større psykisk handicap er blevet forskelsbehandlet af en "ven eller nabo" (9 %) eller af "familie eller slægtninge" (25 %) end mennesker med større fysisk handicap (hvor de tilsvarende andele er hhv. 7 % og 19 %). Mennesker med større fysisk handicap er til gengæld i højere grad blevet forskelsbehandlet af arbejdsgiver, kollegaer, personale i uddannelsessektoren eller medstuderende (21 %). Blandt mennesker med større psykisk handicap er andelen 16 %. Forskellen kan eventuelt delvist skyldes, at mennesker med større psykisk handicap i lavere grad er i beskæftigelse eller under uddannelse end mennesker med større fysisk handicap (jf. Figur 6.1). I begge handicapgrupper angiver omtrent 25 % at være blevet diskrimineret af personale i den kommunale administration, hjemmehjælpere, støttepersoner eller sundhedspersonale, og yderligere omtrent 25 % i begge grupper angiver, at de er blevet forskelsbehandlet af en fremmed person eller af andre.[27]

[27] Denne kategori inkluderer kategorierne "personer fra foreningsliv fx. idrætsklubber og beboerforeninger," "personale i butikker og biografer" og "personale i bus, tog m.m.". Kategorierne blev slået sammen af diskretionshensyn.

Figur 10.2 Respondenter, der føler, at de er blevet forskelsbehandlet pga. handicap, et længerevarende helbredsproblem eller en psykisk lidelse, fordelt efter hvem der forskelsbehandler dem. Særskilt for type af handicap. 2020. Procent.

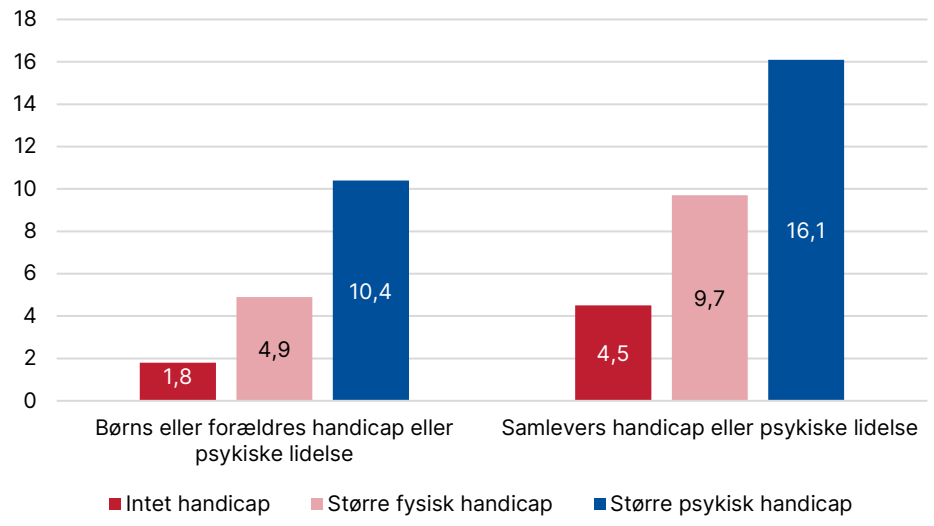


Anm.: N = [257, 138]. Kun respondenter, der har angivet, at de er blevet forskelsbehandlet pga. handicap, et længerevarende helbredsproblem eller en psykisk lidelse, har besvaret spørgsmålet.

Kilde: SHILD 2020.

I Figur 10.3 undersøger vi andelene, der oplever, at de er blevet diskrimineret enten pga. børns eller forældres handicap eller psykiske lidelse eller pga. en samlever eller ægtefælles handicap eller psykiske lidelse. Kun respondenter, der angiver at have enten børn eller forældre, alternativt en ægtefælle eller samlever, med fysisk eller psykisk handicap har besvaret spørgsmålet. For begge spørgsmål er det især personer, der selv har en større psykisk lidelse, der har oplevet at blive diskrimineret pga. et familiemedlems handicap eller psykiske lidelse, fulgt af mennesker med større fysisk handicap. Derudover er andelene, der har oplevet diskrimination pga. samlevers handicap eller psykiske lidelse i alle tre grupper større end dem, der har oplevet diskrimination pga. børns eller forældres handicap eller psykiske lidelse. For eksempel har 16 % og 10 % af mennesker med større psykisk handicap oplevet diskrimination pga. hhv. samlevers og børns eller forældres handicap eller psykiske lidelse. Blandt mennesker uden handicap er andelen hhv. 5 % og 2 %.

Figur 10.3 Respondenter, der føler, at de er blevet forskelsbehandlet pga. børns eller forældres handicap eller psykiske lidelse eller samlevers handicap eller psykiske lidelse. Særskilt for type af handicap og mennesker uden handicap. 2020. Procent.



Anm.: N = [4.879, 884, 291]; [1.856, 348, 88]. Forskellen mellem mennesker uden handicap og de to handicapgrupper er testet med Chi2-test. Forskellen mellem mennesker uden og mennesker med handicap er signifikant på mindst et 1 %-niveau. Kun respondenter, der angiver at have børn eller forældre eller partner med handicap eller psykisk lidelse, har besvaret spørgsmålet.

Kilde: SHILD 2020.

10.2 Diskrimination pga. andre årsager

Ud over at undersøge, om respondenterne er blevet udsat for forskelsbehandling pga. handicap, indeholder SHILD en række spørgsmål, der vedrører, hvorvidt respondenten er blevet udsat for forskelsbehandling af andre årsager, herunder alder, køn, etnicitet, religion, seksuel orientering og udseende, højde eller vægt. Figur 10.4 viser andelen af respondenter, der føler sig diskrimineret pga. nogle af disse forhold (vi viser kun de årsager, hvor der er en statistisk signifikant forskel i andelen, der oplever, at de er blevet diskrimineret mellem mennesker uden handicap og mindst én af de to handicapgrupper (større fysisk eller større psykisk handicap)).[28]

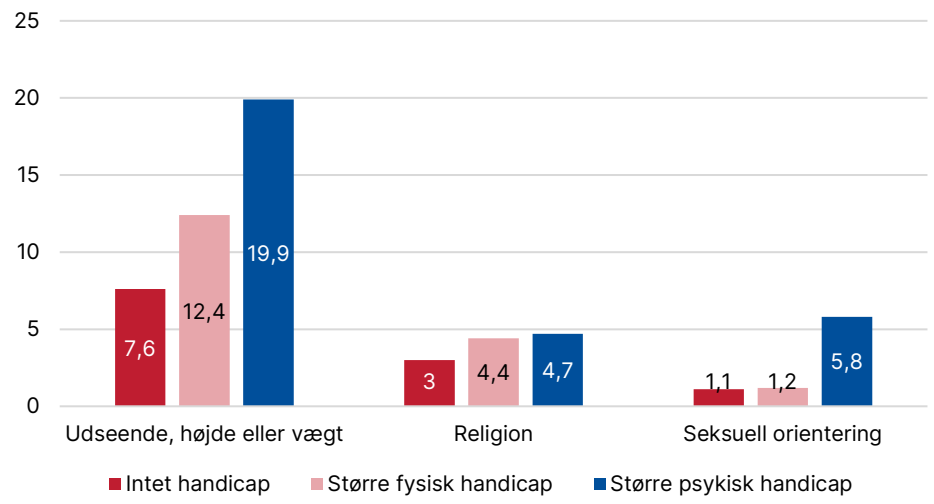
Det fremgår af Figur 10.4, at "udseende, højde og vægt" er den årsag til forskelsbehandling, som bliver hyppigst nævnt af respondenterne, uanset handicapstatus. Andelen, der bliver forskelsbehandlet pga. udseende mv. er dog væsentligt højere blandt mennesker med større psykisk handicap (20 %) og blandt mennesker med større fysisk handicap (12 %) end blandt mennesker uden handicap (8 %). En mulig forklaring til de højere andele af mennesker, der har oplevet forskelsbehandling pga. udseende, højde og vægt i handicapgrupperne kan være, at mennesker med handicap i højere grad lider af fedme eller overvægt (jf. Figur 8.8). International forskning viser, at mennesker, der er overvægtige

[28] For alder og etnicitet er der ikke en signifikant forskel mellem hhv. mennesker med og mennesker uden handicap. En signifikant større andel blandt mennesker uden handicap end blandt mennesker med større fysisk handicap oplever at være blevet diskrimineret pga. køn i 2020.

bliver udsat for massiv stigmatisering og diskrimination på en række områder, herunder i arbejdslivet og i sundhedssystemet (Rubino et al., 2020).

Lidt større andele blandt mennesker med handicap (omtrent 4,5 % i begge grupper) end blandt mennesker uden handicap (3 %) angiver, at de er blevet forskelsbehandlet pga. religion. Derudover angiver 6 % blandt mennesker med større psykisk handicap, at de er blevet forskelsbehandlet pga. seksuel orientering. Både blandt mennesker uden handicap og blandt mennesker med større fysisk handicap er andelen godt 1 %. Der er ikke sket en udvikling i perioden 2012-2020 i andele, der oplever, at de er blevet forskelsbehandlet pga. udseende, religion eller seksuel orientering.

Figur 10.4 Respondenter, der føler, at de er blevet forskelsbehandlet pga. udseende, højde eller vægt, religion eller seksuel orientering. Særskilt for type af handicap og mennesker uden handicap. 2020. Procent.



Anm.: N = [12.369; 1.437, 444]; [12.372, 1.438, 447]; [12.373, 1.436, 447]. Forskellen mellem mennesker uden handicap og de to handicapgrupper er testet med Chi2-test. Følgende forskelle er *ikke* statistisk signifikante på mindst et 5%-niveau: forskellen mellem mennesker uden handicap og mennesker med større psykisk handicap (religion) samt forskellen mellem mennesker uden handicap og mennesker med større fysisk handicap (seksuel orientering).

Kilde: SHILD 2020.

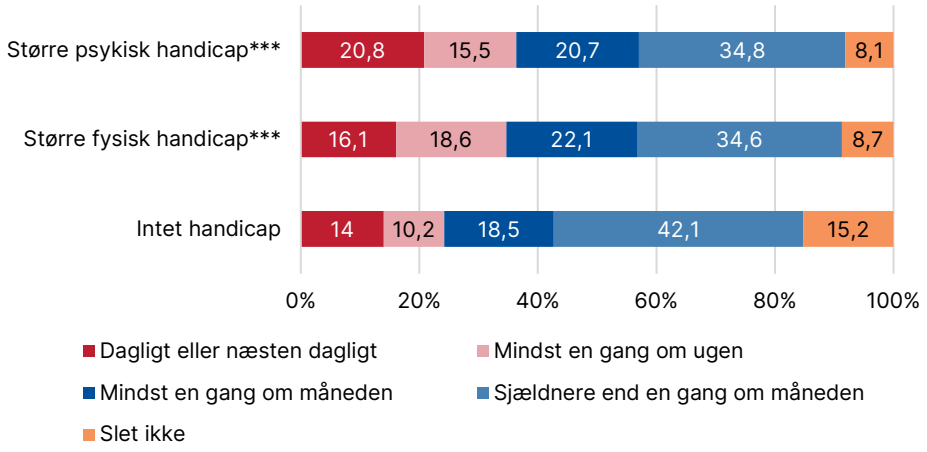
Respondenter, der var i arbejde på interviewtidspunktet, blev spurgt, om de inden for det seneste år har oplevet forskelsbehandling på arbejdspladsen. 14 % blandt mennesker uden handicap og hhv. 22 % og 20 % blandt mennesker med større fysisk og psykisk handicap angav at have oplevet forskelsbehandling på arbejdspladsen (fremgår ej af en figur). Andelen, der har oplevet diskrimination på arbejdspladsen, har ikke ændret sig for de to handicapgrupper i perioden 2016-2020.

10.3 Kendskab og holdning til mennesker med handicap

At mennesker med handicap er integrerede i samfundet kan bidrage til at reducere forskelsbehandling og fordomme. I dette afsnit undersøger vi derfor, i hvilken grad mennesker med og uden handicap har kontakt til mennesker med handicap. Knap halvdelen af respondenterne uden handicap, 48 %, angiver at kende nogen med et handicap, fx fa-

milie, venner, bekendte, kolleger eller studiekammerater. Andelene er, ikke overraskende, signifikant højere blandt mennesker med hhv. større fysisk og psykisk handicap (omtrent 69 % i begge grupper). I Figur 10.5 viser vi, hvor ofte de respondenter, der kender nogen med handicap, har været sammen med personen eller personerne. Blandt mennesker med større fysisk og psykisk handicap har hhv. 35 % og 36 % været sammen med personen på mindst ugentlig basis, mens den tilsvarende andel er 24 % blandt mennesker uden handicap. Vi kan dermed konkludere, at mennesker med handicap oftere kender og har hyppig kontakt med andre mennesker med handicap, sammenholdt med mennesker uden handicap.

Figur 10.5 Respondenter, der kender nogen med handicap, fordelt efter hvor ofte de har været sammen med personen eller personerne. Særskilt for type af handicap og mennesker uden handicap. 2020. Procent.

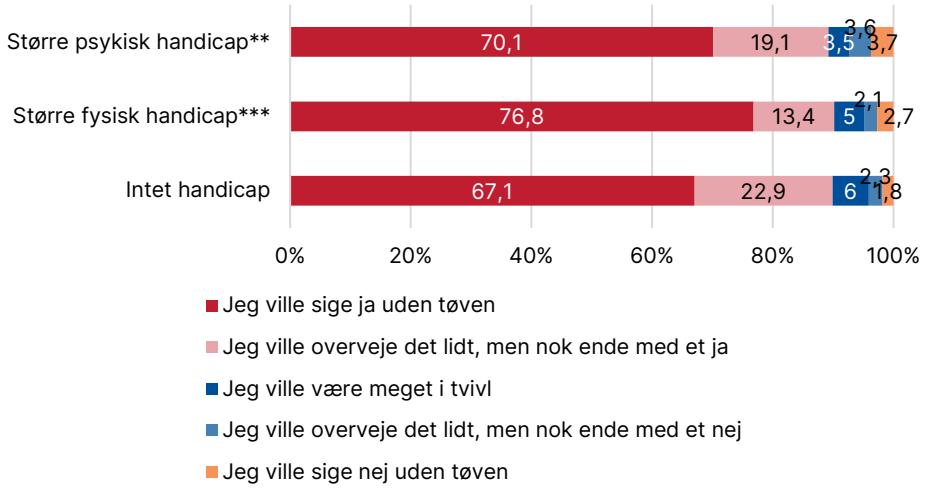


Anm.: N = [6.273, 994, 318]. Forskellen mellem gruppen uden handicap og de to handicapgrupper er testet med Chi2-test. *** p<0,001, ** p<0,01, * p<0,05.

Kilde: SHILD 2020.

Figur 10.6 og Figur 10.7 viser respondenternes svar til spørgsmål, som vedrører, hvad man ville sige til at arbejde med en person med hhv. fysisk handicap eller en psykisk lidelse. Figurerne viser, at uanset handicapstatus ville langt de fleste sige ja uden tøven til at arbejde sammen med en person med et fysisk handicap. Andelen, der er positive, er størst for personer, der selv har et større fysisk handicap (77 %), fulgt af mennesker med et mindre psykisk handicap (70 %). Blandt mennesker uden handicap ville 67 % sige ja uden tøven til at arbejde sammen med en person med et fysisk handicap. Lidt overraskende er andelen, der ville sige nej uden tøven til at arbejde sammen med en person med et fysisk handicap, også større i de to handicapgrupper end blandt mennesker uden handicap. 4 % både blandt mennesker med større fysisk og større psykisk handicap ville sige nej uden tøven, mens andelen er 2 % blandt mennesker uden handicap.

Figur 10.6 Respondenter fordelt efter, hvad de ville sige til at arbejde med en person med et fysisk handicap. Særskilt for type af handicap og mennesker uden handicap. 2020. Procent.

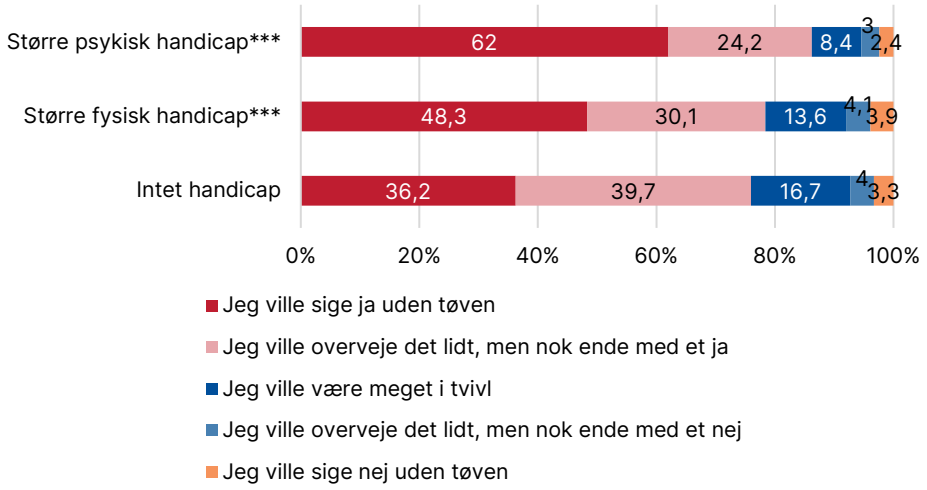


Anm.: N = [12.341, 1.429, 443]. Forskellen mellem gruppen uden handicap og de to handicapgrupper er testet med Chi2-test. *** p<0,001, ** p<0,01, * p<0,05.

Kilde: SHILD 2020.

Andelene, der er positivt indstillet til at arbejde sammen med en person med en større psykisk lidelse, er væsentligt mindre, end andelene, der var positivt indstillet til at arbejde sammen med en person med et fysisk handicap, uanset handicapstatus. 62 % af mennesker, der selv har et større psykisk handicap, ville sige ja uden tøven til at arbejde sammen med en person med en psykisk lidelse. Blandt mennesker med større fysisk handicap hhv. intet handicap er andelene hhv. 48 % og 36 %. Andelen, der ville sige nej uden tøven er størst blandt mennesker med et større fysisk handicap (4 %), fulgt af mennesker uden handicap (3 %) og mennesker med et større psykisk handicap (2 %). Der er ikke sket en ændring i perioden 2012-2020 i svarfordelingerne til spørgsmålene om at arbejde sammen med en person med et fysisk handicap eller en psykisk lidelse.

Figur 10.7 Respondenter fordelt efter, hvad de ville sige til at arbejde med en person med en psykisk lidelse. Særskilt for type af handicap og mennesker uden handicap. 2020. Procent.



Anm.: N = [12.332, 1.427, 444]. Forskellen mellem gruppen uden handicap og de to handicapgrupper er testet med Chi2-test. *** p<0,001, ** p<0,01, * p<0,05.

Kilde: SHILD 2020.

10.4 Diskrimination i forbindelse med at tegne forsikringer

Selv om den nye "Lov om forbud mod forskelsbehandling på grund af handicap" gælder for al offentlig og privat virksomhed på alle områder i samfundet, fremgår det af loven, at forskelsbehandling ikke er i strid med loven, når den er objektivt begrundet i et sagligt formål (Social- og Indenrigsministeriet, 2018).

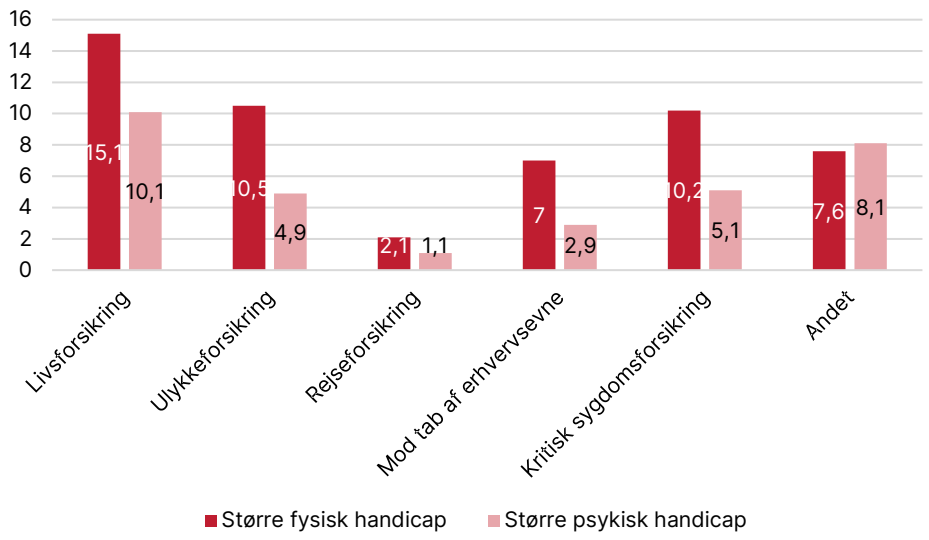
Differentiering efter risikoprofil i forbindelse med at tegne forsikringer er netop et område, hvor man kan argumentere for, at forskelsbehandling af mennesker med sygdomme eller handicap kan være sagligt motiveret. Dette kapitel har derfor fokus på oplevelser af forskelsbehandling og diskrimination i forbindelse med at tegne forsikringer. I alt har 31 % af respondenter med større fysisk handicap og 23 % med større psykisk handicap oplevet at få afslag på at tegne forsikring, som blev begrundet i vedkommendes helbred eller handicap. Disse andele har ikke ændret sig siden 2016 (dvs. fra før til efter den nye lov).

Figur 10.8 viser, hvilken type af forsikring, som respondenterne har oplevet at få afslag på at tegne. Det var muligt at angive flere forsikringstyper.[29] For begge handicapgrupper er livsforsikring den type af forsikring, som flest angiver at have oplevet at få afslag på. 15 % og 10 % af mennesker med større hhv. fysisk og psykisk handicap har oplevet at få afslag på en livsforsikring. Blandt mennesker med større fysisk handicap har 11 % derudover fået afslag på at tegne en ulykkesforsikring, og 10 % har fået afslag på at tegne en kritisk sygdomsforsikring. For mennesker med psykisk handicap har 8 % oplevet at få

[29] Det var også muligt at angive at man havde oplevet at få afslag på at tegne en indboforsikring. Det er ikke muligt at vise andelen af respondenter der havde oplevet dette af diskretionshensyn (dvs. meget få respondenter har oplevet at få afslag på at tegne en indboforsikring med begrundelse i et helbredsproblem eller handicap).

afslag på en "anden" type af forsikring, og 5 % har fået afslag på en kritisk sygdomsforsikring. For mennesker med større fysisk handicap er andelen, der har oplevet at få afslag på at tegne forsikring mod tab af erhvervsevne, steget signifikant fra 2016 til 2020 (fra 4 % til 7 %). Det samme mønster ses for andelen, der har fået afslag mod at tegne kritisk sygdomsforsikring (hvor andelen er vokset fra 7 % til 10 %). For mennesker med psykisk handicap er andelen, der har oplevet at få afslag på at tegne en ulykkesforsikring, faldet signifikant, fra 8 % i 2016 til 5 % i 2020 (udvikling over tid fremgår ej af figuren).

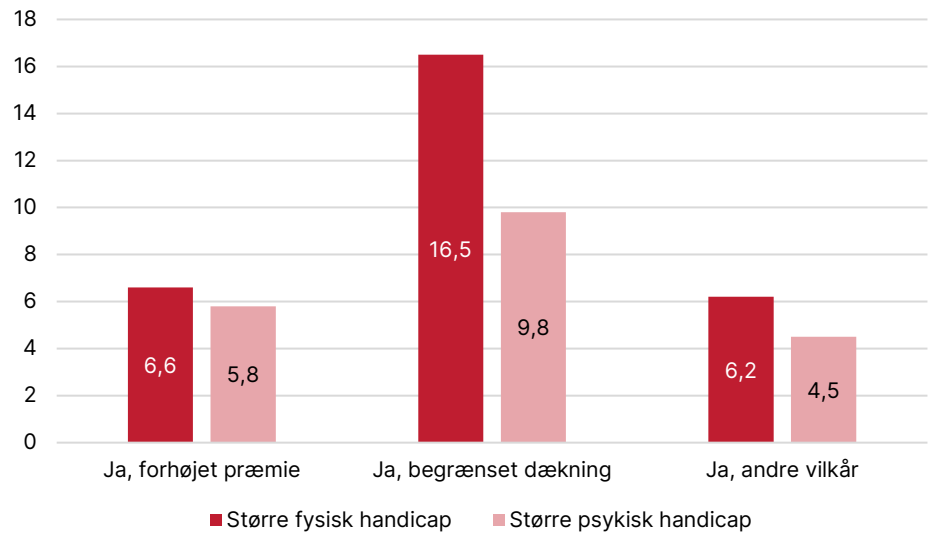
Figur 10.8 Respondenter med handicap, der har oplevet at få afslag på at tegne forsikring, som blev begrundet i respondentens helbred eller handicap, fordelt efter forsikringstype. Særskilt for handicaptype. 2020. Procent.



Anm.: N = [1.440, 447]. Det var muligt at give mere end et svar.
Kilde: SHILD 2020.

En anden måde, forsikringsselskaber kan forskelsbehandle mennesker med handicap på, er ved at stille skærpede betingelser på grund af helbred eller handicap. Figur 10.9 viser andelen af respondenter, der har oplevet dette. Begrænset dækning er den hyppigste type af særlig betingelse, som er blevet benyttet over for respondenterne. 17 % blandt mennesker med større fysisk handicap, og 10 % blandt mennesker med større psykisk handicap har oplevet kun at få tegnet en forsikring med begrænset dækning. Derudover har 7 % og 6 % af mennesker med større hhv. fysisk og psykisk handicap oplevet at få forhøjet præmie, og hhv. 6 % og 5 % har oplevet, at der er blevet stillet andre vilkår.

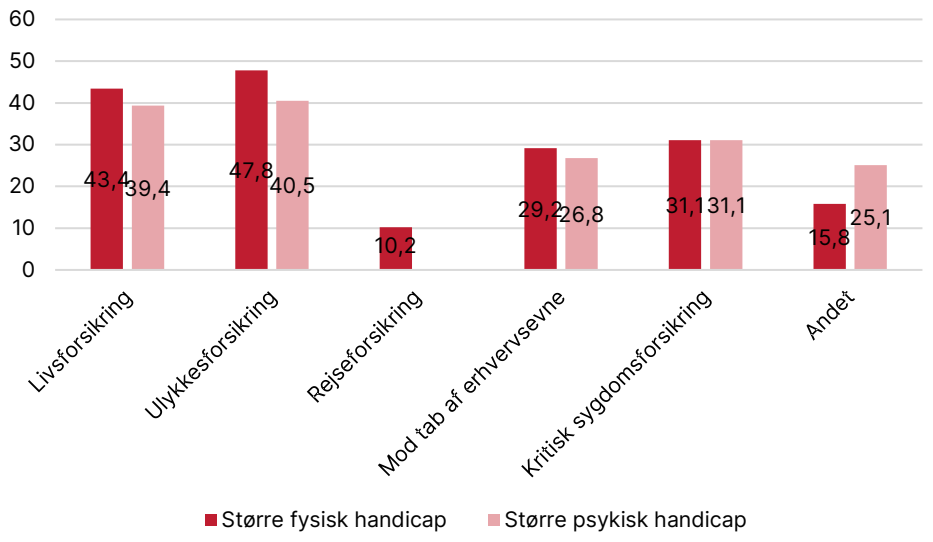
Figur 10.9 Respondenter med handicap, der har oplevet, at pensionskasser eller forsikringsselskaber stiller skærpede betingelser, som blev begrundet i respondentens helbred eller handicap, fordelt efter betingelsestype. Særskilt for handicaptype. 2020. Procent.



Anm.: N = [1.422; 437]. Det var muligt at give mere end et svar.
Kilde: SHILD 2020.

Respondenter, der har oplevet, at pensionskasser eller forsikringsselskaber stiller skærpede betingelser, som blev begrundet i ens helbred eller handicap, blev bedt om at angive, hvilken slags forsikring der var det tale om (det var muligt at give flere svar). Lidt overraskende er ulykkesforsikring den type af forsikring, som flest respondenter har oplevet, at der er blevet stillet skærpede betingelser for. 48 % og 41 % af respondenter med større hhv. fysisk og psykisk handicap har oplevet, at der blev stillet skærpede betingelser for denne forsikringstype. Derudover har 43 % og 39 % af mennesker med større hhv. fysisk og psykisk handicap oplevet skærpede betingelser for livsforsikring, og 31 % i begge grupper har oplevet skærpede betingelser for kritisk sygdomsforsikring.

Figur 10.10 Respondenter med handicap, der har oplevet, at pensionskasser eller forsikringsselskaber stiller skærpede betingelser, som blev begrundet i respondentens helbred eller handicap, fordelt efter forsikringstype. Særskilt for handicaptype. 2020. Procent.



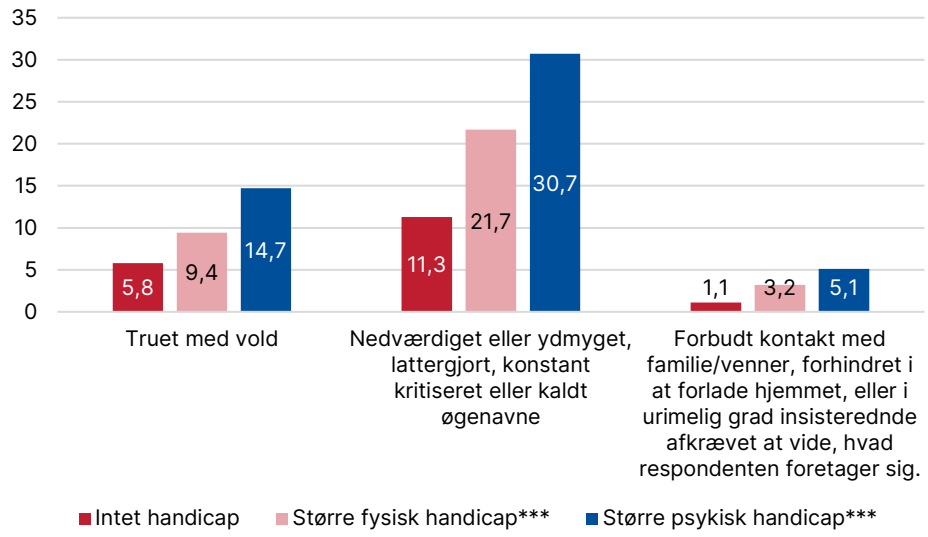
Anm.: N = [376, 79]. Det var muligt at give mere end et svar.
Kilde: SHILD 2020.

10.5 Vold

I dette afsnit undersøger vi, i hvilket omfang respondenterne i SHILD 2020 har været udsat for vold. Vi undersøger i den forbindelse flere typer af vold, herunder fysisk, psykisk, økonomisk og seksuel vold.

Det fremgår af Figur 10.11, at mennesker med handicap i væsentligt højere grad end mennesker uden handicap har været udsat for psykisk vold inden for det sidste år. 6 % blandt mennesker uden handicap er blevet truet med vold inden for det sidste år. Andelene er knap dobbelt så høj (9 %) og tre gange så høj (15 %) blandt mennesker med større hhv. fysisk og psykisk handicap. Det samme mønster ser vi for andelen af mennesker, der er blevet "nedværdiget eller ydmyget, latterliggjort, konstant kritiseret eller kaldt øgenavne". Andelen er 11 % blandt mennesker uden handicap, 23 % blandt mennesker med større fysisk handicap og 31 % blandt mennesker med større psykisk handicap.

Figur 10.11 Respondenter, der har været udsat for forskellige typer af psykisk vold inden for det sidste år. Særskilt for handicaptyper og -grader samt for mennesker uden handicap. 2020. Procent.

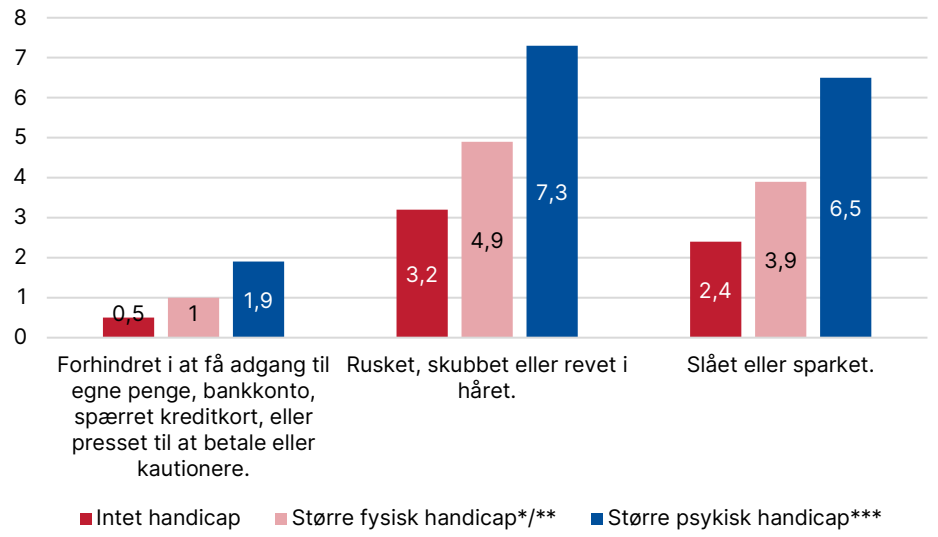


Anm.: N = [12.375; 1.437.; 447]; [12.335; 1.428.; 442]; [12.370; 1.438.; 447]. Forskellen mellem gruppen uden handicap og de to handicapgrupper for alle tre spørgsmål er testet med Chi2-test. *** p<0,001, ** p<0,01, * p<0,05.

Kilde: SHILD 2020.

Mønstret fra Figur 10.11 går igen i Figur 10.12, som viser andelen af respondenter i de tre grupper, der er blevet udsat for hhv. økonomisk og fysisk vold. Blandt mennesker med større psykisk handicap har 2 % oplevet økonomisk vold (her defineret som, at de er blevet forhindret i at få adgang til egne penge, bankkonto, spærret kreditkort, eller presset til at betale eller kautionere). Blandt mennesker uden handicap og med større fysisk handicap er andelene hhv. 0,5 % og 1 %. Markant større andele er blevet udsat for fysisk vold. Blandt mennesker med større psykisk handicap har 7 % oplevet at blive "rusket, skubbet eller revet i håret", og den samme andel (7 %) er blevet "slået eller sparket". Blandt mennesker med større fysisk handicap er andelene hhv. 5 % og 4 %. Andelene, der er blevet udsat for fysisk vold, er lavest blandt mennesker uden handicap. Henholdsvis 3 % og 2 % i denne gruppe er enten blevet "rusket, skubbet eller revet i håret" eller "slået eller sparket".

Figur 10.12 Respondenter, der har været udsat for forskellige typer af økonomisk eller fysisk vold inden for det sidste år. Særskilt for handicaptyper og -grader samt for mennesker uden handicap. 2020. Procent.

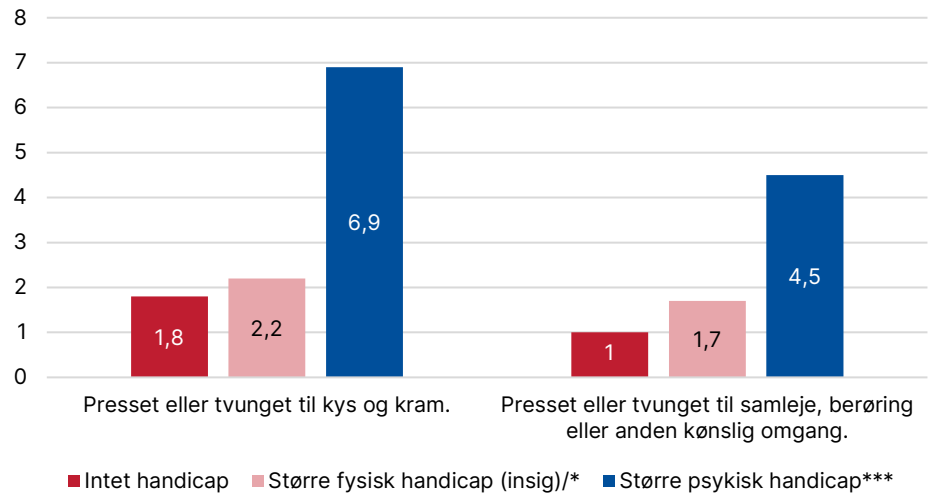


Anm.: N = [12.375; 1.439.; 447]; [12.372; 1.438.; 447]; [12.377; 1.439.; 447]. Forskellen mellem gruppen uden handicap og de to handicapgrupper for alle tre spørgsmål er testet med Chi2-test. *** p<0,001, ** p<0,01, * p<0,05. Forskellen mellem mennesker uden handicap og mennesker med større fysisk handicap er signifikant på et 95 %-niveau for spørgsmålet om økonomisk vold og på et 99 %-niveau for de to spørgsmål om fysisk vold.

Kilde: SHILD 2020.

Afslutningsvis undersøger vi andelene, der er blevet udsat for seksuel vold i Figur 10.13. Det fremgår igen, at andelene af voldsudsatte er højest blandt mennesker med psykisk handicap. 7 % i denne gruppe er blevet "presset eller tvunget til kys og kram", og 5 % er blevet "presset eller tvunget til samleje, berøring eller anden kønslig omgang". De tilsvarende andele blandt mennesker med større fysisk eller intet handicap er hhv. 2,2 % og 1,7 %, samt 1,8 % og 1,0 %.

Figur 10.13 Respondenter, der har været udsat for forskellige typer af seksuel vold inden for det sidste år. Særskilt for type af handicap og for mennesker uden handicap. 2020. Procent.



Anm.: N = [12.373; 1.438.; 446]; [12.373; 1.437.; 447. Forskellen mellem gruppen uden handicap og de to handicapgrupper for begge spørgsmål er testet med Chi2-test. *** p<0,001, ** p<0,01, * p<0,05. Forskellen mellem mennesker uden handicap og mennesker med større fysisk handicap er ikke signifikant for spørgsmålet, om man er blevet presset eller tvunget til kys eller kram, og på et 95 %-niveau for spørgsmålet, om man er blevet presset eller tvunget til samleje, berøring eller anden kønslig omgang.

Kilde: SHILD 2020.

Samlet set er 40 % af respondenter med større psykisk handicap og 28 % af respondenter med større fysisk handicap blevet udsat for mindst en form for vold inden for det sidste år. Blandt mennesker uden handicap er andelen 17 % (fremgår ej af en figur). I alt angiver 3 % og 4 % af respondenter med større hhv. fysisk og psykisk handicap selv at have rusket, skubbet, slået eller sparket en anden person inden for det sidste år. Blandt mennesker uden handicap er andelen 1,5 %. Større andele blandt mennesker med handicap end blandt mennesker uden handicap udøver dermed vold (fremgår ej af en figur). Antallet af udøvere er dermed markant lavere end antallet af ofre i SHILD, hvilket sandsynligvis skyldes, at respondenter, der udøver vold underrapporterer dette.

Respondenter, der angav at have været udsat for vold blev stillet diverse opfølgende spørgsmål, herunder om volden blev tilmeldt politiet af respondenten, eller om politiet fik kendskab om volden på anden måde. I Tabel 10.1 undersøger vi andelen af respondenter der angiver, at volden *ikke* kom til politiets kendskab. At volden ikke kommer til politiets kendskab er et tegn på, at der er et mørketal ift. andelen af personer, der er blevet udsat for vold, fx. i de offentlige statistikker. Det fremgår af tabellen, at mørketallet overordnet set er større blandt mennesker uden handicap end i de to handicapgrupper. Mørketallet er størst ift. andelen, der er blevet nedværdiget eller ydmyget, latterliggjort, konstant kritiseret eller kaldt øgenavne, hvor kun mellem 4 % og 11 % af volden er kommet til politiets kendskab. Denne type af vold har kun været eksplicit forbudt i straffeloven (§ 243) siden 1. april 2019, hvor det at udsætte personer, der tilhører eller er nært knyttet til ens husstand (fx. ægtefælle, samlever, forældre eller plejeforældre) for psykisk vold, herunder groft nedværdigende, forulempende eller krænkende adfærd, blev gjort ulovligt (Lev uden vold, 2019). Den korte periode, som psykisk vold har været strafbart kan bidrage til at forklare det store mørketal for denne type af vold.

Tabel 10.1 Respondenter, der angiver, at volden *ikke* er blevet anmeldt eller kommet til politiets kendskab på anden måde ("mørketallet"). Særskilt for type af handicap og for mennesker uden handicap. 2020. Procent.

	Intet handicap	Større fysisk handicap		Større psykisk handicap	
Psykisk vold					
Truet med vold	75,1	64,5	*	65,9	insig.
Nedværdiget eller ydmyget, latterliggjort, konstant kritiseret eller kaldt øgenavne	95,9	94,3	insig.	89,2	**
Forbudt kontakt med familie/venner, forhindret i at forlade hjemmet, eller i urimelig grad insisterende afkrævet at vide, hvad respondenten foretager sig	88,5	83,2	insig.	-	-
Fysisk vold					
Rusket, skubbet eller revet i håret	88,1	72,6	*	69,4	*
Slået eller sparket	80,3	64,3	insig.	58	*

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

Note: insig. = insignifikant. - = ikke muligt at afrapportere af diskretionshensyn.

Kilde: SHILD 2020.

11 Konklusion

Denne rapport har til formål at give et bredt billede af levevilkår i 2020 blandt mennesker med handicap samt at undersøge udviklingen deri siden de foregående dataindsamlinger af SHILD (gennemført i hhv. 2012 og 2016). Selv om andelen i befolkningen, der har et større eller mindre fysisk eller psykisk handicap ikke har ændret sig siden 2012 – omtrent 31 % af befolkningen har mindst et (større eller mindre) handicap i alle 3 år – så har gruppens sammensætning ændret sig. Således har relativt set flere et psykisk handicap og relativt set færre et fysisk handicap i 2020 end i 2012/2016. Derudover finder vi tegn på, at sammensætningen af gruppen med psykisk handicap har ændret sig i retning af at indeholde flere unge med ADD og ADHD.

Resultaterne viser, at det netop er gruppen med (større) psykiske handicap, der oplever de største udfordringer i stort set alle de i rapporten undersøgte parametre. Mennesker med større psykiske handicap har i mindre omfang partner eller børn, har lavere uddannelsesniveau og er i højere grad droppet ud af en uddannelse. De har lavere beskæftigelsesfrekvens og livskvalitet og føler sig i højere grad ensomme. De bliver derudover i højere grad udsat for vold og oplever i højere grad at blive diskrimineret. Dette gælder både, når vi sammenligner med mennesker uden handicap, og når vi sammenligner med mennesker med større fysiske handicap. Det skal dog siges, at mennesker med større fysiske handicap gennemgående er dårligere stillet på de undersøgte forhold end mennesker uden handicap. Begge grupper – mennesker med større fysisk og større psykisk handicap – er dermed udsatte på langt de fleste af de i rapporten undersøgte forhold.

Vi finder imidlertid tegn på en positiv udvikling, når det kommer til beskæftigelse blandt mennesker med handicap – især andelene, der er i fleksjob, er steget markant siden 2012. Parallelt med at beskæftigelsen er steget, er antallet af sygedage blandt mennesker med handicap faldet. Resultatet indikerer, at mennesker med handicap i højere grad er blevet inkluderet på arbejdsmarkedet, uden at dette har haft negative konsekvenser for deres helbred. Beskæftigelse er et helt centralt forhold for trivsel og livsudfoldelse for de fleste mennesker. Vi finder også tegn på en øget tilfredshed med livet blandt mennesker med handicap i den undersøgte periode.

Vi finder dog ikke, at den stigende beskæftigelse har haft betydning, hvad angår levevilkår mere generelt for mennesker med handicap – tværtimod er der overordnet set få af de øvrige undersøgte forhold, der har ændret sig signifikant over tid. Dette kan skyldes, at andelen blandt mennesker med handicap, der er i beskæftigelse eller under uddannelse, stadigvæk er lav – mere end 50 % blandt mennesker med handicap samlet set var hverken i beskæftigelse eller under uddannelse i 2020.

Vi konkluderer dermed, at selv om der er tegn på progression, når det kommer til beskæftigelse blandt mennesker med handicap, er der stadigvæk lang vej at gå inden mennesker med handicap er inkluderede på lige vilkår med andre i samfundet. Det er derfor centralt fortsat at følge levevilkår, samfundsdeltagelse og trivsel blandt mennesker med handicap.

Litteratur

Amilon, A., Bojsen, L. B., Østergaard, S. V., & Rasmussen, A. H. (2017). *Personer med handicap: Hverdagsliv og levevilkår 2016*. VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.

Amilon, A., Hansen, K. M., Kjær, A. A., & Steffensen, T. (2021). Estimating disability prevalence and disability-related inequalities: Does the choice of measure matter? *Social Science and Medicine*, *272*, 1–8.

Andersen, S. H., Richmond-Rakerd, L. S., Moffitt, T. E., & Caspi, A. (2021). Nationwide evidence that education disrupts the intergenerational transmission of disadvantage. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, *118*(31), 1–10.

Aschbrenner, K. A., Naslund, J. A., Salwen-Deremer, J. K., Browne, J., Bartels, S. J., Wolfe, R. S., Xie, H., Mueser, K. T., & Kelly Aschbrenner, C. A. (2021). Sleep quality and its relationship to mental health, physical health and health behaviours among young adults with serious mental illness enrolled in a lifestyle intervention trial. *Early Intervention in Psychiatry*, 1–5.

Bech Larsen, L., Lindsay Sommer, M., & Bengtsson, S. (2014). *Døve og døvblevne mennesker: Hverdagsliv og levevilkår*. SFI - Det Nationale Forskningscenter for Velfærd.

Bengtsson, S. (2008). *Handicap og samfundsdeltagelse 2006*. SFI - Det Nationale Forskningscenter for Velfærd.

Bengtsson, S., Cayuelas Mateu, N., & Høst, A. (2010). *Blinde og stærkt svagsynede: Barrierer for samfundsdeltagelse*. SFI - Det Nationale Forskningscenter for Velfærd.

Beskæftigelsesministeriet. (2016). *Aftale om udmøntning af satspuljen for 2017 på beskæftigelsesområdet*. Beskæftigelsesministeriet.

Beskæftigelsesministeriet. (2020). *Lov om ændring af lov om arbejdsløshedsforsikring m.v. og lov om sygedagpenge. LOV nr 960 af 26/06/2020*. Beskæftigelsesministeriet.

Brandt, D. E., Ho, P. S., Chan, L., & Rasch, E. K. (2014). Conceptualizing disability in US national surveys: application of the World Health Organization's (WHO) International Classification of Functioning, Disability, and Health (ICF) framework. *Quality of Life Research*, *23*(10), 2663–2671.

Brännström, L., Forsman, H., Vinnerljung, B., & Almquist, Y. B. (2017). The truly disadvantaged? Midlife outcome dynamics of individuals with experiences of out-of-home care. *Child Abuse & Neglect*, *67*, 408–418.

Campaign to End Loneliness. (2004). *Measuring your impact on loneliness in later life*. Campaign to End Loneliness.

Christoffersen, M. N. (2019). Violent crime against children with disabilities: A nationwide prospective birth cohort-study. *Child Abuse and Neglect*, *98*, 1–11.

Connell, J., Brazier, J., O'cathain, A., Lloyd-Jones, M., & Paisley, S. (2012). Quality of life of people with mental health problems: a synthesis of qualitative research. *Health and Quality of Life Outcomes*, *10*(138), 1–16.

Dabelsteen, H. B., & Frandsen, M. G. (2021). *Busser for alle: En undersøgelse af bevægelseshandicap og kollektiv bustransport*. Institut for Menneskerettigheder.

Damgaard, M., Steffensen, T., & Bengtsson, S. (2013). *Hverdagsliv og levevilkår for mennesker med funktionsnedsættelse: En analyse af sammenhæng mellem hverdagsliv, samliv, udsathed og type og grad af funktionsnedsættelse*. SFI - Det Nationale Forskningscenter for Velfærd.

Danmarks Statistik. (2015). Rekordstort antal enlige voksne. *Nyt Fra Danmarks Statistik*, *82*, 1–2.

Danmarks Statistik. (2021). *AULAAR: Fuldtidsledige (netto) efter køn og personer/pct.* Statistikbanken. https://www.statistikbanken.dk/statbank5a/default.asp?w=1280

Danske Handicaporganisationer. (2021). *Verdensmål*. https://handicap.dk/internationalt-samarbejde/handicap-i-udvikling/verdensmaal

Daumit, G. L., Dickerson, F. B., Wang, N.-Y., Dalcin, A., Jerome, G. J., Anderson, C. A. M., Young, D. R., Frick, K. D., Yu, A., Gennusa III, J. V, Oefinger, M., Crum, R. M., Charleston, J., Casagrande, S. S., Guallar, E., Goldberg, R. W., Campbell, L. M., & Appel, L. J. (2013). A Behavioral Weight-Loss Intervention in Persons with Serious Mental Illness. *The New England Journal of Medicine*, *368*(17), 1594–1602.

Det Centrale Handicapråd. (2017). *FNs konvention om rettigheder for personer med handicap*. Det Centrale Handicapråd.

Digitaliseringsstyrelsen. (2021). *Lovgivning om obligatorisk digital selvbetjening*. https://digst.dk/strategier/digitaliseringsstrategien/tidligere-strategier/digitaliseringsstrategien-2011-2015/lovgivning-om-obligatorisk-digital-selvbetjening/

Egelund, T., & Lausten, M. (2009). Prevalence of mental health problems among children placed in out-of-home care in Denmark. *Child and Family Social Work*, *14*(2), 156–165.

Elstad, T. A., & Eide, A. H. (2009). User participation in community mental health services: Exploring the experiences of users and professionals. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, *23*(4), 674–681.

Emerson, E., Fortune, N., Llewellyn, G., & Stancliffe, R. (2021). Loneliness, social support, social isolation and wellbeing among working age adults with and without disability: Cross sectional study. *Disability and Health Journal*, *14*(2021), 1–7.

Erhvervsministeriet. (2021). *COVID-19: Ny aftale udvider hjælpepakker til dansk erhvervs-, kultur- og idrætsliv*. https://em.dk/nyhedsarkiv/2020/oktober/covid-19-ny-aftale-udvider-hjaelpepakker-til-dansk-erhvervs-kultur-og-idraetsliv/

Erler, S. F., & Garstecki, D. C. (2002). Hearing loss- and hearing aid-related stigma: Perceptions of women with age-normal hearing. *American Journal of Audiology*, *49*, 804–814.

Finansministeriet. (2018). *Lov om tilgængelighed af offentlige organers websteder og mobilapplikationer. LOV nr 692 af 08/06/2018*. Finansministeriet.

Frederiksen, N. (2018). *Rygeafvænning i Norden*. Nordens välfärdscenter Sverige.

Freeman, D., Sheaves, B., Waite, F., Harvey, A. G., & Harrison, P. J. (2020). Sleep disturbance and psychiatric disorders. *The Lancet Psychiatry*, *7*(7), 628–637.

Friluftsrådet. (2021). *Corona har boostet friluftslivet: Der er brug for mere bynær natur*. https://friluftsraadet.dk/nyheder/corona-har-boostet-friluftslivet-er-brug-mere-bynaer-natur

Frisch, M., Moseholm, E., Andersson, M., Andersen, J. B., & Graugaard, C. (2019a). *Sex i Danmark: Nøgletal fra Projekt SEXUS 2017-2018*. Statens Serum Institut & Aalborg Universitet.

Frisch, M., Moseholm, E., Andersson, M., Andersen, J. B., & Graugaard, C. (2019b). *Sex i Danmark: Nøgletal fra Projekt SEXUS 2017-2018*. Statens Serum Institut & Aalborg Universitet.

Giddens, A. (1994). *Intimitetens forandring: Seksualitet, kærlighed og erotik i det moderne samfund*. Hans Reitzels Forlag.

Graugaard, C., & Giraldi, A. (2019). Sundhed, sygdom og seksualitet - et overblik. In C. Graugaard, A. Giraldi, & B. Møhl (Eds.), *Faglige perspektiver på seksualitet* (pp. 409–426). Munksgaard.

Grell, P., Blom, B., & Ahmadi, N. (2020). Conditions for helping relations in specialized personal social services – a client perspective on the influence of organizational structure. *Nordic Social Work Research*, *10*(4), 356–368.

Hanson, J. A., & Huecker, M. R. (2021). *Sleep Deprivation*. StatPearls Publishing.

Harrell, E., & Rand, M. R. (2010). *Crime Against People with Disabilities, 2008*. Bureau of Justice Statistics Statistical Tables.

Harvey, A. G. (2009). A transdiagnostic approach to treating sleep disturbance in psychiatric disorders. *Cognitive Behaviour Therapy*, *38*(S1), 35–42.

Hjortbak, B. R., Bangshaab, J., Johansen, J. S., & Lund, H. (2011). *Udfordringer til rehabilitering i Danmark*. Rehabiliteringsforum Danmark.

Hollomotz, A. (2012). Disability, Oppression and Violence: Towards a Sociological Explanation. *Sociology*, *47*(3), 477–493.

Ives, B., Clayton, B., Brittain, I., & Mackintosh, C. (2021). 'I'll always find a perfectly justified reason for not doing it': Challenges for disability sport and physical activity in the United Kingdom. *Sport in Society*, *24*(4), 588–606.

Jakobsen, R. G. (2018). *Andelen af børn og unge med en psykitrisk diagnose fordoblet på få år*. https://www.kl.dk/nyheder/momentum/2018/andelen-af-boern-og-unge-med-en-psykiatrisk-diagnose-fordoblet-paa-faa-aar/

Jespersen, L. N., Michelsen, S. I., Tjørnhøj-Thomsen, T., Svensson, M. K., Holstein, B. E., & Due, P. (2019). Living with a disability: A qualitative study of associations

between social relations, social participation and quality of life. *Disability and Rehabilitation*, *41*(11), 1275–1286.

Kääriälä, A., & Hiilamo, H. (2017). Children in out-of-home care as young adults: A systematic review of outcomes in the Nordic countries. *Children and Youth Services Review*, *79*(May), 107–114.

Kjær, A. A., Bengtsson, S., & Amilon, A. (2019). *Samfundsdeltagelse og medborgerskab blandt mennesker med fysisk handicap: Opgørelser baseret på Inklusionsmåling 2019*. VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.

Kjær, A. A., Siren, A., Seestedt, M. H., Fridberg, T., & Casier, F. (2019). Cohort Profile: The Danish Longitudinal Study of Ageing (DLSA). *International Journal of Epidemiology*, *48*(4), 1050–1050.

KL, & Danske Handicaporganisationer. (2018). *Kommunale handicapråd: Den gode praksis*. Danske Handicaporganisationer.

Kober, R., & Eggleton, I. R. C. (2005). The effect of different types of employment on quality of life. *Journal of Intellectual Disability Research*, *49*, 756–760.

Kohl, K. S., Mikkelsen, C. H., & Schauser, A. M. (2021). *Inddragelse og tillid i mødet mellem kommunerne og borgere med handicap: En gap-analyse for Det Centrale Handicapråd*. VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.

Krahn, G. L., Klein Walker, D., & Correa-De-Araujo, R. (2015). Persons With Disabilities as an Unrecognized Health Disparity Population. *American Journal of Public Health*, *2*(S2), 198–206.

Larsen, M., Jakobsen, V., & Mikkelsen, C. H. (2020). *Handicap og beskæftigelse 2019: Viden til at understøtte, at flere personer med handicap kommer i beskæftigelse*. VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.

Larsen, M., Jakobsen, V., & Mikkelsen, C. H. (2021). *Handicap og beskæftigelse 2020: Viden til at understøtte, at flere personer med handicap kommer i beskæftigelse*. VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.

Larsen, M., & Larsen, M. R. (2017). *Handicap, beskæftigelse og uddannelse i 2016*. SFI - Det Nationale Forskningscenter for Velfærd.

Lausten, M., Andersen, D., Skov, P. R., & Nielsen, A. A. (2013). *Anbragte 15-åriges hverdagsliv og udfordringer: Rapport fra tredje dataindsamling af forløbsundersøgelsen af anbragte børn født i 1995*. SFI - Det Nationale Forskningscenter for Velfærd.

Lev uden vold. (2019). *Straffelovens §243 - den nye straffelovsbestemmelse om psykisk vold*. Lev uden vold.

Macdonald, S. J., Deacon, L., Nixon, J., Akintola, A., Gillingham, A., Kent, J., Ellis, G., Mathews, D., Ismail, A., Sullivan, S., Dore, S., & Highmore, L. (2018). 'The invisible enemy': disability, loneliness and isolation. *Disability and Society*, *33*(7), 1138–1159.

Miskowiak, K., & Petersen, J. Z. (2019). *Hukommelses-og koncentrationsbesvær efter depression*. Depressionsforeningen.

Mortensen, N. P., Andreasen, G., & Tegtmejer, T. (2020). *Uddannelsesresultater og-mønstre for børn og unge med funktionsnedsættelser*. VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.

Myers, A., Ward, B., Wong, J., & Ravesloot, C. (2020). Health status changes with transitory disability over time. *Social Science and Medicine*, *244*, 1–7.

Namkung, E. H., & Carr, D. (2019). Perceived interpersonal and institutional discrimination among persons with disability in the U.S.: Do patterns differ by age? *Social Science and Medicine*, *239*, 1–10.

Olsen, R. F., Egelund, T., & Lausten, M. (2011). *Tidligere anbragte som unge voksne*. SFI - Det Nationale Forskningscenter for Velfærd.

Pagan, R. (2021). Leisure Activities and Loneliness Among People with Disabilities. In A. Lubowiecki-Vikuk, B. M. B. de Sousa, B. M. Đerčan, & W. Leal Filho (Eds.), *Handbook of Sustainable Development and Leisure Services* (pp. 67–83). Springer.

Park, J., & Chowdhury, S. (2018). Investigating the barriers in a typical journey by public transport users with disabilities. *Journal of Transport and Health*, *10*, 361–368.

Regeringen. (2019). *Handicaptillæg til elever på erhvervsuddannelser og højere fribeløb ved siden af SU'en*. https://www.regeringen.dk/nyheder/2018/handicaptillaeg-til-elever-paa-erhvervsuddannelser-og-hoejere-fribeloeb-ved-siden-af-su-en/

Rizza, F., Gison, A., Bonassi, S., Dall'Armi, V., Tonto, F., & Giaquinto, S. (2017). 'Locus of control', health-related quality of life, emotional distress and disability in Parkinson's disease. *Journal of Health Psychology*, *22*(7), 844–852.

Rubino, F., Puhl, R. M., Cummings, D. E., Eckel, R. H., Ryan, D. H., Mechanick, J. I., Nadglowski, J., Ramos Salas, X., & et al. (2020). Joint international consensus statement for ending stigma of obesity. *Nature Medicine*, *26*, 485–497.

Rubio-Valverde, J. R., Nusselder, W. J., & Mackenbach, J. P. (2019). Educational inequalities in Global Activity Limitation Indicator disability in 28 European Countries: Does the choice of survey matter? *International Journal of Public Health*, *64*(3), 461–474.

Russinova, Z., Griffin, S., Bloch, P., Wewiorski, N. J., & Rosoklija, I. (2011). Workplace prejudice and discrimination toward individuals with mental illnesses. *Journal of Vocational Rehabilitation*, *35*(3), 227–241.

Rutter, M. (2007). *Genes and Behavior: Nature-Nurture Interplay Explained* (2nd ed.). Blackwell Publishers Ltd.

Scott, K. M., Lim, C., Al-Hamzawi, A., Alonso, J., Bruffaerts, R., Caldas-De-Almeida, J. M., Florescu, S., De Girolamo, G., Hu, C., De Jonge, P., Kawakami, N., Medina-Mora, M. E., Moskalewicz, J., Navarro-Mateu, F., O'Neill, S., Piazza, M., Posada-Villa, J., Torres, Y., & Kessler, R. C. (2016). Association of mental disorders with subsequent chronic physical conditions: World mental health surveys from 17 countries. *JAMA Psychiatry*, *73*(2), 150–158.

Skov Carlsen, C., & Holm Thøgersen, S. (2015). *Gap-analyse: Det Centrale Handicapråd*. Advice.

Social- og Indenrigsministeriet. (2018). *Lov om forbud mod forskelsbehandling på grund af handicap. LOV nr 688 af 08/06/2018*. Social- og Indenrigsministeriet.

Social- og Indenrigsministeriet. (2020). *Bekendtgørelse af lov om kommunale og regionale valg. LBK nr 13 af 09/01/2020*. Social- og Indenrigsministeriet.

Sundhedsstyrelsen, & Sundhedsdatastyrelsen. (2017). *Prævalens, incidens og aktivitet i sundhedsvæsnet: For børn og unge med angst eller depression, ADHD og spiseforstyrrelser*. Sundhedsstyrelsen.

Tænketanken Europa. (2021). *Tidslinje over coronakrisen: Hvad skete der og hvornår?* http://thinkeuropa.dk/politik/tidslinje-over-coronakrisen-hvad-skete-der-og-hvornaar

Tarvainen, M. (2020). Loneliness in life stories by people with disabilities. *Disability and Society*, *36*(6), 864–882.

Tassy, A., & Nilsen, M. B. (2020). *It-anvendelse i befolkningen 2020*. Danmarks Statistik.

Vanassche, S., Swicegood, G., & Matthijs, K. (2012). Marriage and Children as a Key to Happiness? Cross-National Differences in the Effects of Marital Status and Children on Well-Being. *Journal of Happiness Studies*, *14*(2), 501–524.

Weiste, E., Käpykangas, S., Uusitalo, L. L., & Stevanovic, M. (2020). Being heard, exerting influence, or knowing how to play the game? Expectations of client involvement among social and health care professionals and clients. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *17*(16), 1–19.

WHO. (2011). *World report on disability*. World Health Organization.

WHO. (2013). *How to use the ICF: A practical manual for using the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*. World Health Organization.

WHO. (2018). *Global status report on alcohol and health 2018*. World Health Organization.

WHO. (2021). *Body mass index - BMI*. https://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/nutrition/a-healthy-lifestyle/body-mass-index-bmi

VIVE

DET NATIONALE FORSKNINGS-
OG ANALYSECENTER FOR VELFÆRD