

Thomas Hugaas Molden, Anna Kittelsaa og Jan Tøssebro

Geografiske levekårsvariasjoner for personer med funksjonsnedsettelse

Et kunnskapsgrunnlag

NTNU Samfunnsforskning
Avdeling Mangfold og inkludering



Samfunnsforskning

Postadresse: NTNU Dragvoll, 7491 Trondheim

Besøksadresse: Dragvoll Allé 38 B

Telefon: 73 59 63 00

Telefaks: 73 59 62 24

E-post: kontakt@samfunn.ntnu.no

Web.: www.samforsk.no

Foretaksnr. NO 986 243 836

NTNU Samfunnsforskning

Mangfold og inkludering

Desember 2017

ISBN 978-82-7570-520-2 (web)

Forord

Gjennom levekårsstudier er det et viktig formål å få fram hvordan levekårssituasjonen er for grupper i samfunnet, og så følge levekårsutviklingen over tid. Sentralt i levekårsstudier står også målet om å sammenligne ulike sosiale grupper, med den hensikt å se om det finnes levekårsforskjeller som kan peke på at noen grupper kommer dårligere ut enn andre, eller blir hengende etter i utviklingen over tid. Levekårene kan også ses i sammenheng med hvor man bor, eller om geografisk bosted er av betydning for levekårssituasjonen.

NTNU Samfunnsforskning har på oppdrag fra Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir) med denne studien sett nærmere på hva vi vet om geografiske levekårsvariasjoner for personer med funksjonsnedsettelse. Studien er todelt og i denne rapporten gis en sammenstilling av resultatene fra dette oppdraget.

Første del viser en gjennomgang av eksisterende kunnskap som er relevant og kan kaste lys over det å si noe om geografiske variasjoner eller framstillinger av personer med funksjonsnedsettelses levekår i sammenheng med geografiske avgrensninger. I del to reanalyseres levekårsdata med det formål å få fram levekårssituasjonen til funksjonshemmede når man ser dette opp mot geografiske tilhørighet. Dataene brukt til dette formålet er i all hovedsak data fra Statistisk sentralbyrås levekårsundersøkelser, med suppleringsdata fra noe eldre data fra Levekårsundersøkelsen for personer med nedsatt funksjonsevne fra 2007.

Vi vil takke Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet for oppdraget og finansieringen, og for nyttige tilbakemeldinger og innspill underveis i arbeidet.

Trondheim, desember 2017.

Thomas Hugaas Molden, Anna Kittelsaa og Jan Tøssebro

Innhold

Forord	iii
Sammendrag	x
Summary	xi
1. Innledning	1
Formål og bakgrunn	1
Rapportens oppbygging	2
2. Begrepsbruk og avgrensning av funksjonsnedsettelse	3
3. Om studien - data og metode	6
Litteraturgjennomgang	6
Reanalyse av leveårsdata	7
4. Kunnskapsstatus og tidligere forskning	11
Avgrensning av funksjonshemming i ulike studier	11
Metodiske tilnærminger	13
Levekårsstudier i geografiske områder	14
Levekår og livskvalitet i Nordland	14
Personer med nedsatt funksjonsevne i samiske områder	15
Funn fra de øvrige studiene	16
Hva sier studiene om bruk av tjenester?	18
Oppsummering og vurdering	20
5. Studier av ulike leveårsområder	22
Sysselsetting og arbeid	23
Utdanning	24
Bolig og boforhold	25
Økonomi	27
Helse og hjelpebehov	30
Transport og mobilitet	32
Familie og nettverk	35
Trygghet og diskriminering	38
Deltakelse i kultur- og fritidsaktiviteter	41
Andre fysiske omgivelser og friluftsområder	44
Oppsummering og vurdering	45
6. Avslutning	47
Referanser	51

Tabeller

Tabell 5.1. Høyeste utdanningsnivå etter landsdel. Personer med funksjonsnedsettelse og befolkningen for øvrig (i parentes). Prosent. LKU2015.....	24
Tabell 5.2. Andel boende i ulike hustyper fordelt på landsdel. Personer med funksjonsnedsettelse og befolkningen for øvrig (i parentes). Prosent. LKU EU-SILC 2015.....	26
Tabell 5.3. Andel personer med funksjonsnedsettelse etter boligstørrelse og tettstedsstørrelse. Prosent. LKF2007.	27
Tabell 5.4. Husholdningers netto månedlig inntekt i kroner (gruppert) fordelt på landsdel. Personer med funksjonsnedsettelse og befolkningen for øvrig (i parentes). Prosent. LKU 2015.	28
Tabell 5.5. Andel med årlig inntekt (kr.) etter skatt fordelt på tettstedsstørrelse. Personer med nedsatt funksjonsevne. Prosent. LKF 2007.	29
Tabell 5.6. Andel som vurderer egen helse som svært dårlig eller dårlig etter landsdel. Personer med funksjonsnedsettelse og befolkningen for øvrig. Prosent. LKU2015	30
Tabell 5.7. Andel som oppgir å ha begrensninger ift. å utføre alminnelige hverdagsaktiviteter fordelt etter landsdel. Personer med funksjonsnedsettelse og befolkningen for øvrig. Prosent. LKU2015	31
Tabell 5.8. Andel som har reist med kollektivtransport siste 12 mnd. Fordelt etter landsdel. Personer med funksjonsnedsettelse og øvrig befolkning. Prosent. LKU 2015	32
Tabell 5.9. Andel som opplever at noe hindrer dem i bruk av kollektivtransport (siste 12 mnd.) fordelt etter landsdel. Personer med funksjonsnedsettelse og øvrig befolkning. Prosent. LKU 2015.	34
Tabell 5.10. Andel som oppgir helseproblemer/nedsatt funksjonsevne som hinder i bruk av kollektivtransport (siste 12 mnd.) etter landsdel. Personer med funksjonsnedsettelse og øvrig befolkning. Prosent. LKU 2015.	35
Tabell 5.11. Andel som oppgir å ha vært på besøk hos familie eller venner siste 12 mnd. fordelt etter landsdel. Personer med funksjonsnedsettelse og øvrig befolkning. Prosent. LKU 2015.....	36
Tabell 5.12. Andel som oppgir å ha fortrolige, fordelt etter landsdel. Personer med funksjonsnedsettelse og befolkningen for øvrig. Prosent. LKU 2015.....	36
Tabell 5.13. Andel som oppgir å ha gode venner på stedet der en bor, fordelt etter landsdel. Personer med funksjonsnedsettelse og befolkningen for øvrig. Prosent. LKU 2015.....	37
Tabell 5.14. Andel med funksjonsnedsettelse som oppgir å ha familier/husstander i nabolaget som de besøker (etter antall) fordelt på landsdel. Prosent. LKU 2015.	37
Tabell 5.15. Andel som oppgir å ha vært på kafé, restaurant/bar sammen med andre siste 12 mnd. fordelt etter landsdel. Personer med funksjonsnedsettelse og befolkningen for øvrig. Prosent. LKU 2015.....	38

Tabell 5.16. Andel som oppgir i den siste tiden å være svært eller noe urolig for å bli utsatt for vold eller trusler når de går alene, fordelt etter landsdel. Personer med funksjonsnedsettelse og befolkningen forøvrig. Prosent. LKU 2015.....	39
Tabell 5.17. Andel som oppgir å ha blitt diskriminert siste 12 mnd. etter landsdel. Personer med funksjonsnedsettelse og befolkningen forøvrig. Prosent. LKU 2015.	40
Tabell 5.18. Andel som oppgir å ha blitt diskriminert som følge av helseproblemer, sykdom eller funksjonsnedsettelse siste 12 mnd. etter landsdel. Prosent. LKU 2015.	40
Tabell 5.19. Andel som oppgir å ha deltatt i kulturelle aktiviteter (kino, teater, opera, konserter etc.) siste 12 mnd. etter landsdel. Personer med funksjonsnedsettelse og befolkningen forøvrig. Prosent. LKU 2015.....	41
Tabell 5.20. Andel som oppgir at det er noe som hindrer en i å delta i kulturelle aktiviteter (siste 12 mnd.) etter landsdel. Personer med nedsatt funksjonsevne og befolkningen forøvrig. Prosent. LKU 2015.....	42
Tabell 5.21. Andel som oppgir å delta i sports- eller idrettsaktiviteter siste 12 mnd. etter landsdel. Personer med nedsatt funksjonsevne og befolkningen forøvrig. Prosent. LKU 2015.....	42
Tabell 5.22. Andel som opplever hindringer i å delta i sports- eller idrettsaktiviteter (siste 12 mnd.) etter landsdel. Personer med funksjonsnedsettelse og befolkningen for øvrig. Prosent. LKU 2015.....	43
Tabell 5.23. Andel som har vært på utflukter, helgeturer, ferieturer sammen med andre siste 12 mnd. etter landsdel. Personer med funksjonsnedsettelse og befolkningen for øvrig. Prosent. LKU 2015.....	43

Figurer

Fig. 5.1. Sysselsettingsandel (15-66 år) etter landsdel. Personer med funksjonsnedsettelse (N=1112) og befolkningen for øvrig (N=7052). Prosent. LKU2015	23
Fig. 5.2. Andel personer med nedsatt funksjonsevne som kan klare en uforutsett utgift på 10 000 kroner i løpet av en måned fordelt på tettstedsstørrelse. Prosent. LKF2007.....	29

Sammendrag

Bakgrunnen for denne studien har vært at vi vet lite om i hvor stor grad funksjonshemmedes levekår varierer med bosted i Norge. Med dette som utgangspunkt har formålet med denne rapporten vært å framskaffe et bedre kunnskapsgrunnlag om geografiske levekårsvariasjoner for personer med funksjonsnedsettelse. Rapporten bygger på en studie som har blitt gjennomført todelt, og hvor en del har vært en gjennomgang av eksisterende forskningslitteratur relevant for temaet geografisk levekårsvariasjon for personer med funksjonsnedsettelse. Del to av studien har vært å utføre en reanalyse av eksisterende levekårsdata med mål om å undersøke sammenhengen mellom levekårene for personer med nedsatt funksjonsevne og geografisk tilhørighet.

Litteraturgjennomgangen viser at det er gjennomført få norske studier hvor levekårene for personer med funksjonsnedsettelser i et geografisk perspektiv er undersøkt. De få studiene som er fins begrenser seg til å studere levekårene i avgrensede områder, uten å gjøre sammenligninger på tvers av flere områder eller med landet forøvrig. Disse studiene er interessante i og for seg og gir et nyttig innblikk i levekårene i noen begrensede områder. Men disse studiene er nokså ulikt innrettet med hensyn til avgrensing av funksjonshemmede, metodisk tilnærming og tematiserte leveforhold. De bidrar derfor i liten eller begrenset grad til å kaste lys over målet vi har hatt med denne studien, og vår hensikt om å si noe om geografisk levekårsvariasjon for personer med nedsatt funksjonsevne i en komparativ sammenheng.

I reanalysene av levekårsdata brukes en rekke av de mest sentrale levekårsindikatorerne for å sammenligne funksjonshemmedes levekår på tvers av ulike geografiske områder (dvs. landsdeler og tettstedsstørrelse). Resultatene viser at det ikke er grunnlag for å peke på systematiske levekårsforskjeller på tvers av landsdelene for personer med funksjonsnedsettelse. Og selv om resultatene viser at det fins marginale forskjeller, er forskjellene relativt små. Det er derfor ikke grunnlag for å si at det er levekårsforskjeller av betydning i sammenligningen av landsdelene. Likevel viser analysen at det er grunn til å trekke fram landsdelene "Akershus og Oslo" og "Østlandet ellers". Disse landsdelene skårer jevnt over lavt på mange av levekårsindikatorerne, og ligger ofte i det nederste sjiktet når landsdelene sammenlignes. For landsdelen Akershus og Oslo er det tendenser til et polariserende skille mellom at noen har gode levekår, andre ikke. For videre studier kan det være grunn til å ha oppmerksomhet på dette, og undersøke hva årsakene eventuelt kan være.

I denne studien har vi hatt et sideblikk til hvordan de generelle levekårene for personer med nedsatt funksjonsevne er sammenlignet med andre i den øvrige befolkningen. Studien viser at personer med funksjonsnedsettelse generelt sett har en dårligere levekårssituasjon sammenlignet med de uten funksjonsnedsettelse. I så måte føyer denne rapporten seg inn i rekken av andre studier som viser at funksjonshemmede som gruppe henger etter den øvrige befolkningen i levekårsutviklingen, og dette er uavhengig av geografisk tilhørighet og hvor man bor i landet.

Summary

The background for this study has been that we know little about the extent to which living conditions of disabled people vary with geographical location in Norway. With this in mind, the purpose of this report has been to provide a better knowledge base on geographical living conditions variations for people with disabilities. The report is based on a study that has been completed in two parts. The first part has been a review of existing research literature relevant to the subject of geographical living conditions for people with disabilities. Part two of the study has been to carry out a reanalysis of existing living conditions data with the aim of investigating the relationship between living conditions for persons with disabilities and geographical belonging.

The review of existing literature shows that few studies have been conducted in Norway focusing on living conditions for people with disabilities in a geographical perspective. The few studies available are limited to studying living conditions in restricted areas, without making comparisons across different areas or with the rest of the country. Although these studies are interesting because they provide an insight into living conditions in some defined areas, these studies are different regarding to the definition of disability, methodological approach and living conditions studied. They therefore contribute to limited extent to the goal of our study, and the intentions of investigating the geographical living conditions for people with disabilities in a comparative context.

The analysis of living conditions data uses a selection of the most central living conditions indicators. The analyzes compare the living conditions of people with disabilities across different geographical areas. The results show that there are few systematic differences in living conditions across the regions for persons with disabilities. Although the results show that there are marginal differences, the differences are relatively small. Nevertheless, the analysis shows that there is reason to emphasize the regions "Akershus og Oslo" and "Østlandet ellers", and are often in the bottom layer when comparing regions. For the region of "Akershus og Oslo" there are tendencies to a polar distinction between the fact that some have good living conditions and others not. For further studies, it may be interesting to investigate what this is due to.

In this study we have also looked at how living conditions for people with disabilities are generally compared to the rest of the population. The study shows that people with disabilities generally have poorer living conditions compared with those without disabilities. In this way, this report is one of many studies that show that disabled people as a group have poorer living conditions than the rest of the population, regardless of geographical belonging and where they live in Norway.

1. Innledning

Formål og bakgrunn

I denne rapporten rettes søkelyset mot kunnskap om levekår for personer med nedsatt funksjonsevne sett i en geografisk sammenheng. Det innebærer at målet med studien er å belyse hva som finnes av eksisterende kunnskap om geografisk levekårsvariasjon for personer med funksjonsnedsettelse, og hva vi kan få fram av ny kunnskap om dette gjennom reanalyser av egnede datakilder om funksjonshemmedes levekår.

Dette innebærer at studien føyer seg inn i en lang tradisjon i nordisk forskning og sosial rapportering om befolkningen som helhet. Tradisjonen vokste ut av noen nye grep knyttet til studier av familier med lav inntekt i 1960-åra i Sverige (Johanson, 1970). En pekte på at livssituasjonen må sees i større bredde enn bare inntekten og at utfordringen ikke primært er absolutt fattigdom, men relativ - poenget er hvordan en kommer ut sammenlignet med andre.

Dette sammenlignende aspektet er en sentral del av levekårsundersøkelser. Det kan være sammenligninger mellom menn og kvinner, personer med ulik utdanning, unge og gamle - eller hvor i landet man bor. Å undersøke geografisk variasjon har alltid vært en del av levekårstradisjonen.

I den tidlige fasen handlet mye av diskusjonen om hvilke aspekter ved tilværelsen som skulle inngå som levekårsindikatorer. Det vil si, det var mer diskusjon om begrunnelser for hva en skulle ta med, mens en i praksis landet på noenlunde de samme indikatorene. Det er ett viktig unntak fra dette. Det ble et skille mellom en subjektiv orientert livskvalitetstradisjon og en levekårstradisjon som var mer opptatt av objektivt målbare indikatorer (dog med innslag av subjektive vurderinger som selvopplevd helse eller følelse av trygghet).

Innenfor levekårstradisjonen kan det være noe variasjon både i hvilke livsområder som inngår, hvor mange og hva slags indikatorer som brukes. Likevel er det noen sentrale indikatorer som går igjen og som må sees som spesielt viktige for levekårene. Indikatorer som arbeid, utdanning, helse og bolig blir ofte nevnt som velferdspilarer i samfunnet, og av stor betydning for befolkningens levekår. I tillegg er andre forhold som økonomi, familie og sosiale nettverk, transport, kultur- og fritidsaktiviteter, trygghet mm., og som må ses som viktige områder for folks livsvilkår og levestandard.

Rapportens oppbygging

Denne rapporten har to formål. Den skal gjøre en oppsummering av eksisterende kunnskap og forskning om geografiske levekårsvariasjoner for personer med nedsatt funksjonsevne. I tillegg skal den ved bruk av noen egnede datakilder undersøke nærmere hvordan levekårssituasjonen for personer med funksjonsnedsettelse er når man ser dette i sammenheng med geografisk tilhørighet.

I rapporten vil vi først kort ta for oss begrepsbruk og avgrensing av funksjonsnedsettelse (kap. 2) før vi presenterer studien og dens to metodiske tilnærminger og de datakildene som benyttes (kap. 3). I neste kapittel (4) vil litteraturstudien presenteres med en gjennomgang av hva som fins av eksisterende kunnskap om temaet geografi og levekår for personer med nedsatt funksjonsevne. Deretter vil det i kapittel 5 bli en gjennomgang av resultater fra reanalysene av levekårsdata om personer med funksjonsnedsettelse, og hvor framstillingen vil presentere funn basert på geografiske inndelinger. Dette kapittelet vil omfatte de mest sentrale levekårsområdene arbeid, utdanning, bolig, økonomi, helse, transport, familie, trygghet og diskriminering, fritidsdeltakelse og andre fysiske omgivelser og friluftsområder.

Helt avslutningsvis vil vi i kapittel 6 runde av studien med en oppsummering.

2. Begrepsbruk og avgrensning av funksjonsnedsettelse

Helt innledningsvis vil vi kort si noe om vår forståelse av funksjonshemming og hvordan dette styrer begreper brukt i denne rapporten. Avgrensningen av personer med funksjonsnedsettelse byr på store utfordringer, både teoretisk og praktisk, og før man går inn i det å se på levekårene er det derfor nødvendig å ha en avklaring av hva vi mener med funksjonshemming, nedsatt funksjonsevne og hvem en slik forståelse innbefatter.

Først det teoretiske rundt begrepsbruken. Tradisjonelt har funksjonshemming blitt sett på som egenskaper ved individet. Det har blitt knyttet til individets funksjonelle begrensninger, eksempelvis bevegelse, syn eller hørsel. Dette kalles ofte for en medisinsk forståelse av funksjonshemming og blir ansett å forårsakes av at noe ved individet ikke fungerer som det skal. En slik forståelse har møtt motstand, og mange har hatt innvendinger mot en slik måte å forstå funksjonshemming på. Kritikken har handlet om at fokuset kun har blitt rettet mot individet, mens en har oversett de menneskeskapte omgivelsene som gjør at noen opplever å bli funksjonshemmet.

I en alternativ forståelse av funksjonshemming er det omgivelsene som forårsaker at de med funksjonsnedsettelser møter hindringer og barrierer. Innenfor en variant av denne forståelsen, den sosiale modellen, gjøres et skarpt skille mellom de funksjonelle begrensningene (og det som angår kroppen), og det som handler om konsekvensene dette medfører i hverdagen. Konsekvensene skapes da ikke av de funksjonelle begrensningene ved enkeltindividet, men av at omgivelsene er dårlig tilpasset eller tilrettelagt den menneskelige variasjonen. En kan si at en slik forståelse av funksjonshemming vil hevde at det er samfunnet som skaper funksjonshemming.

I Norge har man lagt seg i en mer mellomposisjon til disse to måtene å forstå funksjonshemming på (Tøssebro 2010). I norsk politikk legges det vekt på at funksjonshemming er noe som oppstår i samspillet mellom individets funksjon og omgivelsenes krav. Dette kalles ofte som gap-modellen, og hvor funksjonshemming oppstår når det er et sprik, eller mer konkret, et gap mellom individets funksjonelle kapasitet og de kravene som stilles til funksjon.

Norske offisielle dokumenter har brukt en slik definisjon eller forståelse av funksjonshemming lenge. Likevel har ordet funksjonshemming i stor grad blitt brukt om individer, uten at det er referert til barrierer i omgivelsene. Manneråkutvalget (NOU 2001:22) foreslo derfor å revidere og rydde i norsk begrepsbruk, blant annet gjennom å gjøre den mer i tråd med engelsk. I og med at funksjonshemming er et komplekst fenomen, så utvalget behov for å finne ord som kunne fange opp de ulike dimensjonene ved fenomenet. Dette førte de fram til følgende betegnelser og begrepsavgrensninger.

Nedsatt funksjonsevne eller *funksjonsnedsettelse* viser til tap av, skade på, eller avvik i kroppsdeler eller i en av kroppens psykologiske, fysiologiske eller biologiske funksjoner. Dette viser til individer og er i pakt med en tradisjonell medisinsk forståelse.

Funksjonshemmende forhold viser til et gap eller misforhold mellom forutsetningene til mennesker med redusert funksjonsevne og de krav miljøet og samfunnet stiller til funksjon på områder av vesentlig betydning for å etablere og opprettholde selvstendighet og en sosial tilværelse.

Begrepet *funksjonshemmet* brukes om personer når det viser til de som får sin praktiske livsførsel vesentlig begrenset på grunn av gapet eller misforholdet mellom personens nedsatte funksjonsevne og miljøets eller samfunnets krav.

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

Men går vi videre så gjør ikke en tydelig teoretisk forståelse av begrepet funksjonshemming det nødvendigvis lett å ha en mer praktisk tilnærming til begrepet. Dette kommer tydeligere fram når man skal anvende den teoretiske forståelsen i undersøkelser, som for eksempel i levekårsundersøkelser om funksjonshemming. For i praktiske undersøkelser av levekår må en ha data om personer, og disse personene må identifiseres på en eller annen måte. En må finne fram til de rette personene som er aktuelle for undersøkelsen om funksjonshemming.

Utfordringen er da om funksjonshemming forstås som en relasjon mellom individ og omgivelsene så er det utfordrende å identifisere hvem som skal utgjøre utvalget. En undersøkelse er avhengig av å identifisere individer, men om egenskapen det vises til er en relasjon vil stå ovenfor utfordringer. Samtidig er funksjonshemming noe som oppstår i det personer med funksjonsnedsettelser møter barrierer og hindringer i sine omgivelser. Dermed vil begrepet funksjonshemming foregripe undersøkelsens resultater. Og i praksis blir det derfor vanskelig og uheldig å undersøke levekårene til funksjonshemmede. Men man kan undersøke levekårene til personer med funksjonsnedsettelser, og det er da også målgruppen i denne studien. Og gjennom det å kartlegge målgruppens relasjoner til omgivelsene, i denne sammenhengen innenfor sentrale livsområder, kan man indirekte se forekomsten av funksjonshemming.

Likevel er ikke utfordringene løst rent praktisk. For når man skal avgrense hvem som inngår i gruppen av personer med nedsatt funksjonsevne, så byr også det på utfordringer. Det å gå fra å ha en teoretisk definisjon til å operasjonalisere dette i konkrete undersøkelser, gjøres på ulike måter og med ulike formål (Grönvik 2007). Og varierende avgrensingsmåter av målgruppen gjennom bruk av ulike operasjonelle definisjoner vil ha empiriske konsekvenser (Molden 2012). En enkel illustrasjon på dette er at andelen personer med funksjonsnedsettelse i befolkningen varierer betydelig fra undersøkelse til undersøkelse, avhengig av hvilken måte målgruppen for undersøkelsen er avgrenset på (Molden og Tøssebro 2009). Og videre har dette empiriske konsekvenser - utfallet i resultatene vil variere. Det er f.eks. vist at andelen

yrkesaktive blant funksjonshemmede kan variere fra 32 til 56 prosent, avhengig av hvilken operasjonell definisjon som benyttes (Molden og Tøssebro 2011).

I denne studien benyttes ulike kilder til levekår om personer med nedsatt funksjonsevne, både i forhold til andre studier og forskningsprosjekter, men også i sammenheng med ulike datakilder brukt i egne analyser av levekår. utfordringene knyttet til forståelse og definering av personer med funksjonsnedsettelse skaper utfordringer for litteraturdelen, men ikke for del to da analyser gjøres innen datasett og dermed med lik definisjon og avgrensning av målgruppen. I disse analysene har derfor datamaterialets gitte begrensninger vært styrende for hvordan målgruppen har blitt avgrenset. Til studiens formål antas avgrensingsutfordringene å være relativt uproblematisk med hensyn til å sammenligne geografisk levekårsvariasjon for personer med funksjonsnedsettelse der sammenligninger gjøres innenfor ett og samme datasett.

3. Om studien - data og metode

I dette kapitlet vil vi gå nærmere inn på hvordan vi metodisk har gjennomført denne studien. Denne gjennomgangen beskriver vår metodiske tilnærming og er todelt. Først vil litteraturstudien blir presentert, før vi deretter beskriver hvordan den kvantitative studien av levekårsdata er utført.

Litteraturgjennomgang

I dette avsnittet vil vi gjøre rede for framgangsmåten for å finne fram til studier hvor tema har vært levekår hos personer med nedsatt funksjonsevne sett i en geografisk sammenheng. Gjennomgangen av foreliggende litteratur viser at det finnes to typer av studier som tematiserer funksjonshemmedes levekår og geografi, og disse studiene skiller seg noe fra hverandre. Den ene typen er levekårsundersøkelser av funksjonshemmede i avgrensede geografiske områder. Det vil si at man da har studert levekårene for funksjonshemmede i ett bestemt geografisk område. Til vårt formål vil disse studiene av geografiske enkeltområder i liten grad kaste lys over problemstillingen om å sammenligne på tvers av geografiske områder. Det er den andre typen av studier som er mest interessant for dette prosjektet, nemlig de som sammenlikner levekår på tvers av geografiske områder; for eksempel landsdeler eller kommuner. Slike studier vil være nyttige kunnskapsbidrag til å belyse det å undersøke geografisk levekårsvariasjon blant funksjonshemmede.

I litteraturgjennomgangen har vi funnet få relevante studier, og de studiene vi har funnet, er spredte og varierende både når det gjelder tema, avgrensning av funksjonshemming og hvilken del av landet de omfatter. Det finnes imidlertid noen få studier hvor levekår i vid forstand er undersøkt. Flere ganger fra slutten av 1990-årene og fram til 2014 har Nordlandsforskning undersøkt levekår hos personer med nedsatt funksjonsevne i Nordland. Her trekker vi fram de to nyeste studiene (Hanssen, Bliksvær og Berg 2003; Fylling, Bliksvær, Gjertsen & Lundhaug 2014). Studien har vært gjennomført som befolkningsundersøkelser, og avgrensning av funksjonshemming har vært gjort på omtrent samme måte som i SSB sine levekårsundersøkelser. Dermed har det vært mulig å sammenlikne levekårene til personer med funksjonsnedsettelse med befolkningen både i Nordland og i landet som helhet. Siden undersøkelsene har vært gjennomført flere ganger med tilnærmet likt opplegg, har det også vært mulig å undersøke utviklingen over tid.

En annen studie som har en geografisk tilnærming, er studien av levekår hos samer med funksjonsnedsettelse i Norge (Melbøe, Johnsen, Fedreheim & Hansen 2016). Parallelt med denne undersøkelsen har det vært gjennomført tilsvarende undersøkelser i Sverige og Finland (Uttjek 2016; Edin-Lijegren & Flykt 2017; Hokkanen 2017). I tillegg har det i Norge vært gjort en levekårsundersøkelse av personer med utviklingshemming i samiske områder (Gjertsen, Melbøe, Fedreheim & Fylling 2017). Studien har ikke vært gjennomført på

samme måte i de tre landene, men samlet gir de en bred oversikt over levekårssituasjonen til samer med nedsatt funksjonsevne i de tre nordiske landene som har en samisk befolkning.

De øvrige studiene er lokalisert til avgrensede geografiske områder og ingen av disse kan karakteriseres som brede levekårsstudier. Studiene har ikke enhetlige forståelser av funksjonshemming, men benytter helseindikatorer eller uføretrygd som avgrensning av målgruppe for studiene. Studiene tas med her for å vise hva det har vært mulig å finne av studier som har en viss kobling mellom geografi, funksjonshemming og levekår.

Litteratursøk

For å finne fram til relevante undersøkelser og annen forskning har vi gjort litteratursøk i bibliografiske databaser, emneportaler og tidsskrifter. Primært har vi søkt etter norsk litteratur i tidsskriftsdatabasen IDUNN, men har også gått gjennom et engelskspråklig tidsskrift, Scandinavian Journal of Disability Research, for å undersøke om det fantes artikler med relevans for området skrevet av norske forfattere. Vi har også søkt på Statistisk sentralbyrå sine hjemmesider for å finne artikler basert på ulike levekårsundersøkelser. Vi gjennomgikk også Samfunnsspeilet, tidsskriftet til SSB, for de siste 15 årene.

Videre har vi brukt databaser som omfatter både norske og utenlandske studier; Google Scholar, ISI Web of Science og ERIC. Vi brukte søkeord som levekår, livssituasjon, og funksjonshemming/funksjonsnedsettelse. Vi har koblet disse søkeordene sammen med geografi, geografisk område, landsdel, fylke, kommune. Vi har også søkt på hjemmeområdet til det svenske Statistiska Centrabyrå, den svenske Socialstyrelsen og det danske forskningsinstituttet VIVE (tidligere Socialforskningsinstituttet) for å finne om det er gjort undersøkelser i de to nabolandene som har koblet levekår, funksjonshemming og geografi/landområde. For å lete etter mulig nordisk litteratur har vi dessuten søkt på hjemmesiden til Nordens Velferdssenter.

Videre har vi gått gjennom litteraturlista i vår tidligere gjennomgang av levekår for personer med nedsatt funksjonsevne (Kittelsaa, Wik & Tøssebro, 2015). Vi har dessuten søkt på hjemmesidene til norske forskningsinstitutter som arbeider med levekårsproblematikk for å finne fram til aktuelle rapporter. Dette gjelder Agderforskning, AFI, FAFO, Frischsenteret, Institutt for samfunnsforskning, Nordlandsforskning, NOVA, Rokkansenteret/Uni Research, SINTEF, Telemarksforskning og Trøndelag forskning og utvikling.

Reanalyse av levekårsdata

I den kvantitative delen av denne studien reanalyserer vi data om levekår som finnes tilgjengelig og som er egnet til å undersøke geografisk levekårsvariasjon for personer med funksjonsnedsettelse. Det finnes mange ulike datakilder som kunne vært egnet til dette

formålet. Vi har her konsentrert oss om data om levekår, basert på noen gjennomførte levekårsundersøkelser. En kort presentasjon av disse undersøkelsene gis nedenfor.

At vi reanalyserer levekårsdata vil si at vi gjennomfører statistiske analyser på levekårsdata som allerede finnes og som er tilgjengelig. I disse analysene vil vi søke å få fram statistikk hvor formålet er å sammenligne levekårene for personer med nedsatt funksjonsevne, basert på målet om å se dette i et geografisk perspektiv. Mulighetene for hva vi kan få fram av relevant statistikk ligger i datamaterialet. Tilsvarende ligger det også en del begrensninger i hva vi har tilgang på data til å undersøke. I analysene og framstillingen av det statistiske materialet må vi derfor forholde oss til de levekårsvariablene og de geografiske variablene som er tilgjengelig i de datafilene vi benytter. Analysene er gjort ved bruk av det statistiske dataverktøyet SPSS, og vi har konsentrert oss om å framstille resultatene i form av krysstabeller og deskriptiv statistikk.

Et viktig formål for alle levekårsstudier, inkludert denne, er som oftest å sammenligne levekårene for å se om noen grupper henger etter i levekårsutviklingen i forhold til andre. I denne studien ønsker vi å sammenligne personer med nedsatt funksjonsevne i ulike geografisk avgrensede områder, men også å se denne gruppen opp mot resten av befolkningen. For sistnevnte er det viktig å se hvordan levekårene blant personer med nedsatt funksjonsevne er i forhold til den øvrige befolkningen.

I denne studien vil vi poengtere at når personer med funksjonsnedsettelse sammenlignes med øvrig befolkning, så er ikke det en sammenligning med befolkningen i sin helhet. Dersom vi hadde sammenlignet med hele befolkningen ville det bety at også personer med funksjonsnedsettelser ville inngått i sammenligningsgrunlaget. Dette ville da fått den konsekvensen at eventuelle forskjeller eller differanser blir moderert eller minimalisert. Der hvor dataene i denne studien tillater det er det derfor gjort sammenligninger mellom de med og uten funksjonsnedsettelser, og hvor de uten funksjonsnedsettelser utgjør befolkningen for øvrig.

Datakilder

Nedenfor gir vi en kort beskrivelse av de undersøkelsene som utgjør datagrunlaget for analysene i denne studien. Innledningsvis i prosjektet gjorde vi en vurdering av mulige datakilder. Med dette som utgangspunkt valgte vi å bruke data fra SSBs levekårsundersøkelser, både fordi dette er data som er lett tilgjengelige fra NSD, men også fordi de gir de bredeste levekårsdataene. Vi valgte oss ut Levekårsundersøkelsen om helse fra 2015, og Levekårsundersøkelse EU-SILC 2015 som primærdata. Begge disse undersøkelsene gir mulighet til å skille ut personer med nedsatt funksjonsevne, samt at de gir data om landsdel og størrelse på tettsted. I tillegg ble det vurdert som relevant å bruke data fra Levekårsundersøkelsen til personer med nedsatt funksjonsevne fra 2007. Selv om disse dataene begynner å bli gamle, er de så langt de beste dataene vi har for å si noe om funksjonshemmedes levekår. I og med at det ikke forventes store endringer i levekårene for

personer med funksjonsnedsettelse i løpet av de siste 10 årene, ble de derfor regnet som fortsatt aktuelle til formålet om å se på geografisk variasjon i levekårene for personer med nedsatt funksjonsevne. En kort beskrivelse av datasettene følger nedenfor.

Levekårsundersøkelsen om helse 2015

Levekårsundersøkelsen om helse er gjennomført av Statistisk sentralbyrå (SSB) og inngår i byråets årlige undersøkelser. Undersøkelsen har som mål å følge helsetilstanden i den norske befolkningen, og tar opp sentrale tema som sykdommer, virkninger av sykdom, symptomer på helseproblemer, funksjonsevne, levevaner og bruk av helsetjenester. Med andre ord er det et vidt helsebegrep som kartlegges. I tillegg kartlegges informasjon om husholdningen, arbeid, sosial kontakt og aktivitet for å se helsetilstanden opp mot andre levekårsområder.

Levekårsundersøkelsen om helse er en tverrsnittsundersøkelse, og det er trukket et landsrepresentativt utvalg på 14 000 personer i alderen 16 år og eldre. Svarprosenten var på 59 prosent, og dataene er innhentet høsten 2015. I ettertid kobles det til informasjon om inntekt, utdanning og opplysninger om stønader og trygder fra NAV. SSB har laget en egen dokumentasjonsrapport om undersøkelsen (se Isungset og Lunde 2017).

I SSBs levekårsundersøkelser spørres det om personen har en funksjonshemming eller langvarig plage som følge av skade. Det er dette spørsmålet (subjektiv definering) som er brukt for å avgrense personer med nedsatt funksjonsevne i denne studien.

Datasettet inneholder de geografiske variablene landsdel (Akershus og Oslo, Hedmark og Oppland, Østlandet ellers, Agder og Rogaland, Vestlandet, Trøndelag og Nord-Norge), tettstedsstørrelse og variabelen tett/spredt.

Levekårsundersøkelsen EU-SILC 2015 (boforhold, utsatthet og uro for lovbrudd)

Levekårsundersøkelsen EU-SILC dekker årlig et bredt levekårsområde, med temaroterende syklus på tre år. Det betyr at i løpet av en treårig syklus berøres levekårskomponentene økonomi, boforhold, fritidsaktiviteter, sosialt nettverk, utsatthet og uro for lovbrudd, helse, omsorg, utdanning og arbeidsforhold. Tema for Levekårsundersøkelsen EU-SILC var i 2015 boforhold, utsatthet og uro for lovbrudd, materielle mangler og sosial og kulturell deltakelse. Det inngår i tillegg data om arbeid, utdanning, inntekt mm.

Utvalget er landsrepresentativt og et utvalg på 11 761 personer i alderen 16 år eller eldre er trukket ut til å delta i undersøkelsen. Svarprosenten var på 55,5 prosent, og data ble samlet inn første halvår 2015. Data er komplettert med registeropplysninger, herunder opplysninger om hvem som bor i husholdningen, bosted, arbeidsted, inntekt, utdanning etc. SSB har laget et eget dokumentasjonsnotat om undersøkelsen (se Revold og Holmøy 2016).

Også ved bruk av denne levekårsundersøkelsen benyttes en subjektiv definering av funksjonshemming som avgrensning av personer med nedsatt funksjonsevne. Datasettet inneholder den geografiske variabelen landsdel.

Levekårsundersøkelsen for personer med nedsatt funksjonsevne 2007

Statistisk sentralbyrå (SSB) gjennomførte Levekårsundersøkelse for personer med nedsatt funksjonsevne 2007 (LKF 2007) høsten 2007. Den ble gjennomført på oppdrag fra Sosial- og helsedirektoratet (SHdir, nå Helsedirektoratet), Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA), Nasjonalt dokumentasjonssenter for personer med nedsatt funksjonsevne og NTNU Samfunnsforskning. Det ble av SSB utarbeidet en egen dokumentasjonsrapport som gir en oversikt over gjennomføringen av undersøkelsen (se Bjørshol 2008).

Selv om det var flere formål med undersøkelsen var hovedformålet å kartlegge levekårene til personer med nedsatt funksjonsevne. Spesielt ble levekårsområdet helse og helseutgifter vektlagt, men også andre sentrale områder som boforhold, utdanning, arbeid, transport, fritid og sosiale nettverk for personer med nedsatt funksjonsevne ble kartlagt, inkludert spørsmål om barrierer og hindringer på ulike levekårsområder.

Denne undersøkelsen er nå ti år gammel, og noen vil kanskje derfor hevde at dataene fra denne undersøkelsen begynner å bli utdatert. Argumenter for å bruke data fra LKF i denne studien er at dette er den siste levekårsundersøkelsen som er gjennomført for personer med nedsatt funksjonsevne. Et annet argument for å benytte data fra denne undersøkelsen er at vi antar at levekårene ikke nødvendigvis har forandret seg mye siden undersøkelsen ble gjennomført, og at til formålet om å kunne fange opp eventuelle geografiske levekårsvariasjoner for personer med funksjonsnedsettelse er datamaterialet godt egnet.

Undersøkelsen ble gjennomført ved å trekke et representativt utvalg av hele befolkningen. For disse ble det gjennomført et kort screeningintervju, med den hensikt å identifisere personer som var i målgruppen for undersøkelsen. Et tilfeldig utvalg på 11 000 personer i yrkesaktiv alder (20-67 år) ble trukket fra SSBs befolkningsregister (BeReg). Personer boende i institusjoner var også med i utvalget, noe som ikke er vanlig i slike undersøkelser. Øvre alder på 67 år ble satt for å minimere andelen personer i utvalget med aldersrelaterte sykdommer og funksjonsnedsettelse.

Til sammen 25,5 prosent av screeningens nettoutvalg tilfredsstilte kriteriene for å bli med i hovedundersøkelsen (i målgruppen som var personer med nedsatt funksjonsevne), nærmere bestemt 1948 personer. Det ble oppnådd intervju med 1652 personer av disse (84,8 prosent). At 25,5 prosent av befolkningen i alderen 20-67 år har en funksjonsnedsettelse, tilsvarer omkring 740 000 personer (Molden mfl. 2009).

4. Kunnskapsstatus og tidligere forskning

En gjennomgang av litteratur om geografiske forskjeller i levekår blant personer med nedsatt funksjonsevne i Norge, viser at det finnes svært få studier med en slik tematisk innretning. De studiene som her vil bli presentert, har til felles at alle er undersøkelser av avgrensede geografiske områder, og er derfor begrenset til å si noe om levekårene til personer med nedsatt funksjonsevne innenfor de gitte områdene. Disse studiene har i begrenset grad hatt til hensikt å sammenligne levekårene i disse avgrensede områdene med andre områder, og bidrar derfor i liten grad til formålet med denne studien, nemlig å gjøre sammenligninger på tvers av ulike områder for å se om det finnes variasjon på tvers av ulike landsdeler, fylker, kommuner eller andre geografiske inndelinger.

Avgrensning av funksjonshemming i ulike studier

Begrepet funksjonshemming er bredt og må defineres og operasjonaliseres dersom det skal benyttes som variabel i undersøkelser. Måten dette gjøres på vil ha betydning for hvor mange som inkluderes i undersøkelsen. Dette synliggjøres i en tidligere undersøkelse av funksjonshemmedes levekår i Danmark (Bengtsson 1997) hvor det ble avgrenset både en vid og en snever gruppe av personer med nedsatt funksjonsevne. Den snevre gruppa som besto av 8 prosent av befolkningen, hadde langt dårligere levekår på de fleste områder enn den gruppa som ble omfattet av en vid definisjon. Et annet forhold er at en bruker ulike spørsmål når en skal skille mellom ulike typer av funksjonsnedsettelse slik at for eksempel kognitive funksjonsnedsettelse ikke trenger å bety akkurat det samme i ulike undersøkelser. Det kan dessuten være vanskelig å avgjøre hvor omfattende en funksjonsnedsettelse må være for at en skal regnes som funksjonshemmet. Når de studiene vi har gjennomgått operasjonaliserer funksjonshemming på svært ulike måter, er det derfor vanskelig å sammenlikne på tvers av studier. Under vil vi redegjøre for hvordan avgrensning av funksjonshemming er foretatt i de foreliggende studiene.

I levekårsundersøkelsene fra Nordland har en avgrenset funksjonshemming på omtrent samme måte som SSB gjør i sine levekårsundersøkelser. I undersøkelsen fra 2001 (Hanssen m.fl. 2003) ble deltakere i befolkningsundersøkelsen spurt om de hadde noen sykdom, skade eller lidelse av mer varig natur eller om de hadde en funksjonshemming. De som svarte ja, fikk oppfølgingsspørsmål om arbeidsevne, inntektsgivende arbeid eller husarbeid, om å bevege seg i eller ut av boligen, om deltakelse i foreningsliv og fritidsaktiviteter og om å fungere i jobb. Funksjonsnedsettelsen ble også inndelt etter grad av opplevde begrensninger; sterkt begrenset, noe begrenset og ikke begrenset. Avgrensningen er den samme som i undersøkelsen fra 1994 slik at det er mulig å sammenlikne over tid. Med denne avgrensningen oppga 23 prosent av befolkningen i Nordland at de hadde nedsatt funksjonsevne.

I levekårsundersøkelsen fra 2014 (Fylling m.fl. 2015) var spørsmålsstillingen litt endret, men ikke mer enn at en ville kunne bruke de to foregående undersøkelsene for å sammenlikne utviklingen over tid. Det ble brukt et filterspørsmål om en har noen funksjonsnedsettelse som følge av medfødt eller ervervet skade eller sykdom. Deretter ble det stilt oppfølgingsspørsmål om ulike typer vansker som følge av tilstanden. De som ble definert som funksjonshemmet, var de som svarte ja på filterspørsmålet og deretter svarte i høy grad eller i noen grad på spørsmålet: Medfører sykdommen, skaden eller funksjonsnedsettelsen noen begrensning i din arbeidsevne når det gjelder inntektsgivende arbeid, husarbeid, skolegang/studier? Videre ble det stilt spørsmål om grad av vansker på områder som å bruke boligen, bevege seg ut av boligen, delta i fritidsaktiviteter, på jobben, eller i sosialt liv på fritiden, bruke kollektiv transport. En ble også spurt om vansker med gå i trapper uten besvær, gå fem minutter i raskt tempo, bære en gjenstand på fem kilo over kortere strekning, lese vanlig tekst i aviser, høre normal samtale.

Studiene om levekår fra de samiske områdene både i Norge, Sverige og Finland inkluderer grupper som er knyttet til to kjennetegn – funksjonshemming og det å tilhøre den samiske befolkningen. I studiene om levekår for personer med ulike funksjonsnedsettelser ligger selvrapportering, både om funksjonshemming og om å tilhøre den samiske befolkningen, til grunn for deltakelsen. Deltakerne i studien om personer med utviklingshemming ble til dels rekruttert gjennom hjelpeapparatet eller arbeidstiltak som definerte dem som utviklingshemmet. For deltakerne i dette utvalget var det ikke opplagt at de tilhørte den samiske befolkningen, og det ble derfor konstruert en variabel som inkluderte samisk bakgrunn og identitet. Det vil si at de som svarte at de regnet seg selv som samiske eller at de selv, søsken, foreldre eller besteforeldre snakker samisk, ble ansett å tilhøre den samiske befolkningen.

De øvrige undersøkelsene som er gjengitt her, bruker ikke begrepet funksjonshemming, men tar utgangspunkt i spørsmål om helsetilstand eller mottak av trygdeytelser. Dette er tilfelle for rapporten om levekår i Groruddalen (Nadim 2008) som baserer seg på registerdata over personer som er uføretrygdet eller midlertidig uføretrygdet, langtidssykemeldt eller yrkeshemmet i november et gitt år. I denne studien blir det også stilt spørsmål til respondentene om egenvurdert helsetilstand. Studien om ungdoms bosituasjon og levekår i Oslo (Lie Andersen og Sandlie 2016) og undersøkelsen om levekår i Skien (Gustavsen og Sannes 2009) stiller spørsmål om egenvurdert helse mens undersøkelsen om levekårsutfordringer i Sandefjord (Nielsen 2013) viser til antall personer med uføretrygd. Helseatlasene for henholdsvis Norge og Hordaland (Jørgensen 1998) tar utgangspunkt i eksisterende helse- og levekårsdata og registerdata om helse eller om trygdeytelser.

I denne gjennomgangen trekker vi først fram hvordan studiene er gjennomført. Deretter presenteres noen få sentrale funn fra levekårsundersøkelsene i Nordland og undersøkelsene fra det samiske området. I presentasjonen legger vi vekt på områder som kan sammenliknes med andre studier. Vi presenterer deretter kort de mindre studiene før vi viser hva studiene sier om bruk av tjenester blant personer med nedsatt funksjonsevne.

Metodiske tilnærminger

Levekårsundersøkelser blir ofte forstått som brede befolkningsundersøkelser som viser til levekår på ulike livsområder. Nærliggende eksempler på dette er levekårsundersøkelsen EU-SILC som gjennomføres av Statistisk sentralbyrå i Norge og av tilsvarende byråer i andre europeiske land. Det finnes også eksempler på undersøkelser av ett eller få levekårsområder. Det kan for eksempel gjelde arbeid, bolig eller helse. I vår gjennomgang er det bare undersøkelsene fra Nordland som er basert på brede undersøkelser av hele befolkningen (Hanssen m.fl. 2003; Fylling m.fl. 2014). De øvrige tar utgangspunkt i etnisitet eller alder eller bruker registerdata.

Studiene om levekår i Nordland er basert på en spørreskjemaundersøkelse til et representativt utvalg av befolkningen. I alt svarte 3157 personer på spørreskjemaet, en svarprosent på 40,7 prosent. I studien fra 2001 (Hanssen m.fl. 2003) ble data fra befolkningsundersøkelsen re-analysert for å undersøke om personer med nedsatt funksjonsevne systematisk har dårligere levekår enn befolkningen for øvrig og om det var forskjeller mellom personer med funksjonsnedsettelse ut fra kjønn, alder samt type og grad av funksjonshemming. Data fra undersøkelsen ble sammenliknet med den tidligere undersøkelsen fra 1994 og med generelle levekårsdata. I den siste levekårsundersøkelsen fra Nordland (Fylling m.fl. 2014) ble spørreskjemaet besvart av 3090 personer; en svarprosent på 30. Her stilles det spørsmål i kapitlet om helse for å avgrense gruppa av personer med nedsatt funksjonsevne. Det blir deretter gjort analyser av situasjonen til den delen av respondentene som er definert som funksjonshemmet. Funn fra disse analysene er sammenliknet med personer uten nedsatt funksjonsevne i utvalget, de tidligere levekårsstudiene fra Nordland og nasjonale levekårsundersøkelser.

Studiene fra de samiske områdene er gjennomført som kvalitative intervjustudier med bruk av semi-strukturerte intervjuguider. I den norske studien (Melbøe m.fl. 2016) deltok 31 personer i alderen sju til 88 år. Blant disse var det fire barn, to ungdommer og fem eldre. De øvrige var i voksenalder. Det var fem gutter, 17 menn, to jenter og sju kvinner som deltok i undersøkelsen. Barna og enkelte voksne deltok enten selv sammen med nærpå personer eller ble representert av nærperson. Deltakerne hadde nedsatt funksjonsevne, herunder kognitive vansker /utviklingshemming, fysisk funksjonsnedsettelse (bevegelse-, syn- eller hørselshemming) eller psykiske helseutfordringer. I den svenske studien (Uttjek 2017) deltok 7 voksne informanter mens 9 voksne informanter deltok i den finske studien (Hokkanen 2017).

I studien om levekår i Groruddalen (Nadim 2008) ble registerdata over befolkningen i Oslo benyttet sammen med surveydata fra en levekårskartlegging i Oslo som var gjennomført av Fafo i 2007. Den andre undersøkelsen fra Oslo (Lie Andersen og Sandlie 2016) om Osloungdoms bosituasjon og levekår inngikk i den omfattende undersøkelsen Ung i Oslo som ble gjennomført som en spørreundersøkelse blant 24000 ungdommer i ungdomsskoler og videregående skoler i Oslo. Svarprosenten var høy; 86 prosent på ungdomstrinnet og 72

prosent i videregående skole. Undersøkelsen om levekår i Skien er gjennomført som en survey til et representativt utvalg av befolkningen mens undersøkelsen om levekår i Sandefjord er basert på registerdata fra Statistisk Sentralbyrå og tall fra KOSTRA. Her sammenliknes data fra Sandefjord med tall Vestfold fylkeskommune.

Levekårsstudier i geografiske områder

To av de studiene vi har funnet, peker seg ut som spesielt relevante i denne litteraturgjennomgangen. Relevansen henger sammen med at disse gruppene av studier er konstruert slik at det er mulig å gjøre sammenlikninger med andre studier. Levekårsundersøkelsene fra Nordland har sammenlikning som del av designen for studien; både sammenlikning med de nasjonale levekårsundersøkelsene og sammenlikning over tid. Undersøkelsene fra de samiske områdene i Norge, Finland og Sverige er ikke like direkte sammenliknbare fordi de er ulikt designet, men det er mulig å sammenlikne flere levekårsvariabler på tvers av land. Disse undersøkelsene sammenlikner til dels med tidligere studier men ikke med generelle levekårsundersøkelser.

De øvrige undersøkelsene som i hovedsak er fra byer i det østlige Norge, er ikke egentlige levekårsundersøkelser, men trekker fram enkelte levekårsfaktorer som arbeidsmarkedstilknytning, boligforhold, helse. Enkelte av disse inngår i større studier og sammenlikner funn med den større studien mens andre viser til nasjonal statistikk som antall personer på uføretrygd.

Levekår og livskvalitet i Nordland

Studiene om levekår blant personer med nedsatt funksjonsevne i Nordland (Hanssen m.fl. 2003; Fylling m.fl. 2014) undersøkte en lang rekke levekårstema: utdanning, arbeidsliv, trygdeliv, økonomi, helse og funksjonsnivå, sosialt nettverk, omsorgsyting, fritid og livskvalitet. I undersøkelsen fra 2014 var følgende tema lagt til: levevaner, mediebruk og nærmiljø. Når det gjelder personer med nedsatt funksjonsevne, sammenliknes levekårsutviklingen over tid og med tidligere undersøkelser som har vært gjennomført i Nordland. Det gjøres også noen sammenlikninger med nasjonale levekårsundersøkelser.

Undersøkelsene viser at funksjonshemmede gjennomgående har dårligere levekår og er mindre tilfreds med tilværelsen enn personer uten funksjonsnedsettelse sammenliknet med den øvrige befolkningen i Nordland og med landet som helhet. Dette gjelder både på det materielle området og sosialt og psykisk. Undersøkelsen fra 2003 viser at dette ser ut til å henge sammen med alder og deltakelse i arbeidsmarkedet. Forskjellene til den øvrige befolkningen er noe mindre i undersøkelsen fra 2014, men personer med nedsatt funksjonsevne har fortsatt dårligere levekår enn folk flest.

Personer med nedsatt funksjonsevne rapporterer om dårligere helse enn andre og at de i større grad enn andre bruker helsetjenester. Det framkommer også at de oftere rapporterer at de er ensomme, noe som gjelder oftere for kvinner og for den eldre delen av befolkningen. Personer med funksjonsnedsettelse oppgir også oftere at de er deprimert sammenliknet med befolkningen for øvrig. En høyere andel av befolkningen i Nordland oppgir at de har nedsatt funksjonsevne, 18 prosent, mot 15 prosent i befolkningen for øvrig.

Antall personer med funksjonsnedsettelse som deltok i arbeidsmarkedet i 2001, var større sammenliknet med 1994. Samtidig økte sysselsettingen generelt i perioden, og det så ut til at de relative forskjellene mellom personer med og uten funksjonsnedsettelse var økende, med den følge at et økende antall i yngre aldersgrupper så ut til å være utestengt fra arbeidsmarkedet. I undersøkelsen fra 2014 kom det fram at andelen personer i arbeid har gått ned i befolkningen generelt, men at dette i mindre grad gjelder for personer med funksjonsnedsettelse. Dette betyr at forskjellene mellom personer med og uten funksjonsnedsettelse øker. Personer med funksjonsnedsettelse arbeider også oftere deltid enn andre. Utdanning ser ut til å ha større betydning for sysselsetting for personer med nedsatt funksjonsevne enn for andre. Samtidig er det indikasjoner i datamaterialet på at utfordringene er størst når det gjelder å komme inn på arbeidsmarkedet. Når en først er i arbeid, er det ikke større arbeidsledighet blant personer med funksjonsnedsettelse enn blant befolkningen ellers.

Nordland har tredje laveste andel av befolkningen utenfor arbeidsstyrken sammenliknet med andre fylker og har tredje største andel personer på uføretrygd (15,1 prosent av kvinner og 10,6 prosent menn (18-67 år)). Fylket har også høyest sykefravær av alle fylker (samme som Nord-Trøndelag; 5,7 prosent mot 4,6 prosent for landet som helhet).

Personer med nedsatt funksjonsevne i samiske områder

Tema i de to norske undersøkelsene av personer med nedsatt funksjonsevne og personer med utviklingshemming i det samiske området var opplevelse av egen hverdag, viktige overganger i livet og deltakelse i demokratiske prosesser, sosiale relasjoner og familieband, skole, arbeid, fritid og møte med helsevesenet (Melbøe m.fl. 2016; Gjertsen m.fl. 2017). Et viktig tema var hvordan en i det samiske miljøet forholder seg til sykdom og funksjonsnedsettelse. Det kom fram at samer tradisjonelt ikke tenker i diagnoser eller funksjonsnedsettelse, men ser på personer med nedsatt funksjonsevne som deler av en naturlig variasjon. Tradisjonelt har de også benyttet alternative behandlingsmetoder mens en i dag benytter både skolemedisin og samisk folkemedisin. Det er også vanlig at en snakker indirekte om sykdom og helse. Samlet kan dette gi kommunikasjonsutfordringer i møte med hjelpeapparatet. Tilsvarende funn kom også fram i den svenske og den finske studien. Den finske studien (Hokkonen 2017) har et diskrimineringsperspektiv og viser at den samiske befolkningen har vært og til dels er diskriminert på mange livsområder.

I alle tre land refereres det til skolen som en arena hvor mange samer med funksjonsnedsettelse har sterke og til dels negative erfaringer. Dette går fram i begge de norske rapportene og også i rapportene fra Sverige og Finland. Blant de eldre har mange vært sendt til internatskole hvor de har vært nektet å bruke sitt eget språk mens i yngre generasjoner har de fleste gått på skole i nærmiljøet og har fått undervisning på samisk. For personer i alle aldre er det felles at de har vært utsatt for mobbing i skolen, både på grunn av sin samiske bakgrunn og på grunn av funksjonsnedsettelsen. I den finske studien beskrives internatskolene som en arena for assimilering mens det samtidig framheves at flere av elevene levde ut samiske språk og identitet på sovesalene.

I undersøkelsen av personer med utviklingshemming kommer det fram at de i stor grad har vært utsatt for mobbing og også for seksuell trakassering. Andre forhold som er beskrevet i samtlige studier, er at det oppleves som en viktig verdi å være i arbeid og kunne forsørge seg selv. Til tross for nedsatt funksjonsevne fortsetter mange å arbeide innenfor de tradisjonelle samiske næringene som reindrift, fiske og jordbruk. Personer med utviklingshemming var tidligere ofte tilknyttet det samiske arbeidslivet, men er nå som oftest sysselsatt i ulike former for vernet virksomhet. Personer som faller utenfor arbeidslivet, opplever ofte å bli isolert.

Familie, venner og tilhørighet til det samiske framheves som svært betydningsfullt. Dette kommer særlig tydelig fram i den svenske studien (Uttjek 2016). Her beskrives deltakernes streben etter å bevare den samiske hverdagen sin og sin samiske verden i det svenske samfunnet. Dette ble beskrevet som en drivkraft, som en måte å håndtere funksjonsnedsettelsen på og å få hverdagen til å fungere. Både kvinner og menn mente at det tradisjonelle samiske håndverket og samisk levemåte var en del av denne drivkraften. I tråd med dette beskriver den norske studien (Melbøe m.fl. 2016) at samisk bakgrunn så ut til å bidra til økt engasjement og deltakelse i samfunnslivet mens funksjonsnedsettelsen kunne medvirke til redusert engasjement. Samer med nedsatt funksjonsevne ser likevel ut til å delta i demokratiske prosesser i samme omfang som personer uten funksjonsnedsettelse.

Funn fra de øvrige studiene

Innledningsvis nevner vi en artikkel i Samfunnsspeilet basert på SSB sine levekårsstudier som viser til forskjeller i livskvalitet mellom ulike geografiske områder og kommunegrupper i Norge, selv om befolkningen generelt oppgir å ha god livskvalitet (Sandbu 2009). Av betydning for vår gjennomgang er artikkelens påpekning av geografiske ulikheter i helse og trygdemottak. Artikkelen er basert på levekårsdata om selvopplevd helse og på regionale tall for dødelighet. Her trekker vi fram noen funn fra helseområdet som, uten å ha avgrenset funksjonshemming, kan sies å ha betydning for funksjonshemmedes levekår. På spørsmål om selvopplevd helse sier fire av fem i befolkningen at de har god helse, selv om folk i Nord-Norge generelt opplever noe dårligere helse enn folk i andre regioner. Når det gjelder behov for pleie og omsorg, var det høyest i Hedmark og Oppland og lavest i Oslo og Akershus. Dersom en imidlertid deler befolkningen inn i aldersgrupper, viste det seg at innbyggere over

80 år i Oslo hadde mer behov for pleie og omsorg enn befolkningen i øvrige kommuner, mens Hedmark og Oppland hadde relativt lavere antall som trengte pleie og omsorg blant innbyggere over 80 år.

Artikkelen peker også på at antallet uføretrygdete kan gi en pekepinn om antallet personer med nedsatt funksjonsevne i befolkningen. Sandbu (2009) viser at Oslo har landets laveste antall på uføretrygd, 7,2 prosent av befolkningen. Telemark er det fylket som har høyest antall, 14,4 prosent av innbyggere mellom 18 og 67 år. Høyest antall personer på uføretrygd finnes nord og sør i landet, men også i deler av Østlandet. Dette samsvarer med funn fra undersøkelsen fra Nordland (Hanssen m.fl. 2003) som viser at Nordland har det tredje største antallet innbyggere på uføretrygd sammenliknet med befolkningen for øvrig. I Rogaland, Hordaland og Sogn og Fjordane var andelen personer på uføretrygd lavere; her var mellom 8,5 og 9,9 prosent av befolkningen uføretrygdet.

De øvrige studiene som presenteres her, viser ikke noen bred levekårstilnærming og ingen av dem bruker betegnelser som funksjonshemming eller nedsatt funksjonsevne. Enkelte av dem inngår som del av større studier slik at funn blir relatert til den større studien. Det er tilfelle for studien om levekår i Groruddalen (Nadim 2008) og for undersøkelsen om Osloundoms bosituasjon og levekår (Lie Andersen og Sandlie 2016). Studiene fra henholdsvis Skien (Gustavsen og Sannes 2009) og Sandefjord (Nielsen 2013) er enkeltstående studier som ikke gjør sammenlikninger på tvers av studier eller grupper selv om studien fra Sandefjord viser til antall uføretrygdete i befolkningen.

Studien om levekår i Groruddalen (Nadim 2008) bygger på registerdata over hele Oslos befolkning og med surveydata fra en levekårskartlegging av befolkningen i Oslo som ble gjennomført av Fafo i 2007. Undersøkelsen viser at Groruddalen har Oslos høyeste antall uføre, og en samleindikator kalt redusert funksjonsevne viser at bydelen også er den delen av Oslo hvor befolkningen har dårligst helse. Det er flest kvinner, flest i eldre aldersgrupper og flest med innvandrerbakgrunn som har redusert funksjonsevne. Bydelen er dessuten det området i Oslo som har høyest antall innbyggere som kun har trygdeytelser som inntektskilde. Undersøkelsen viser imidlertid ikke til sammenhenger mellom uførhet eller helse og andre levekårsvariabler.

Undersøkelsen om Osloundoms bosituasjon og levekår (Lie Andersen og Sandlie 2016) inngår som del av undersøkelsen Ung i Oslo som ble gjennomført i 2015. Ungdommenes helse og velvære etter bosituasjon ble undersøkt ved flere variabler og ved et samlemål på velvære. Psykiske plager ble målt med spørsmål om hvor fornøyd eller misfornøyd en er med livet sitt. Det ble stilt spørsmål om subjektivt vurdert helse, men ikke om funksjonshemming eller nedsatt funksjonsevne. Analysene viste systematiske forskjeller i levekår og livskvalitet ut fra hvordan og hvor i Oslo en bor. De ungdommene som har de minst gunstige bosituasjonene – de som bor i leide eller trangbodde boliger, eller som har flyttet hyppig – kommer vanligvis dårligere ut på de indikatorene som har vært benyttet, blant annet når det gjelder velvære, helse, utdanning og sosiale relasjoner. Samtidig viser analysene at mye av

variasjonen i levekår mellom de i ulike bosituasjoner er relatert til ungdommenes familiebakgrunn; for eksempel familieressurser og -struktur.

I undersøkelsen om levekår i Skien (Gustavsen og Sannes 2009) ble det stilt spørsmål om opplevd helse både fysisk og psykisk, men det ble ikke stilt oppfølgingsspørsmål om funksjonshemming. I rapporten finnes et kort avsnitt basert på den kvalitative delen av undersøkelsen som beskriver situasjonen for personer med nedsatt funksjonsevne. Det sies at disse har økonomiske utfordringer og svak tilgang til arbeidsmarkedet. Det som ble løftet fram spesielt, var behovet for en koordinator i kommunen.

Rapporten om levekårsutfordringer i Sandefjord (Nielsen 2013) har ikke spesielt fokus på funksjonshemming, men under avsnittet om inntekt vises det til at Vestfold hadde landets høyeste antall uføre og at tallene for Sandefjord lå litt under dette. Andelen med uførepensjon er særlig høy blant yngre aldersgrupper. Dette gjelder i størst grad personer med lav utdanning. Ut over dette formidles det ingen funn relatert til funksjonshemming eller helse.

I to helseatlas, et nasjonalt og et for Hordaland fylkeskommune, som ble utgitt i 1996, ble geografiske mønstre for helse, levekår og helsetjenester presentert (Jørgensen, 1998). Formålet med atlasene var å presentere helse og helsetjenester samt andre helserelaterte forhold, herunder levekårsinformasjon. Det har ikke vært mulig å finne mer informasjon om Helseatlas for Hordaland. Ved elektronisk søk etter Helseatlas, kommer det fram at det finnes et digitalt Helseatlas for Nord-Norge utgitt av Helse-Nord og de tre nordnorske fylkeskommunene, lansert i 2011. Det heter at atlaset er en kartlegging av helse og påvirkningsfaktorer og at det skal bidra til økt kunnskap om fordeling av helse, levekår og risikofaktorer i Nord-Norge. Levekårstema som trekkes inn er andel med uførepensjon, lav utdanning, frafall i videregående skole og sosiale helseulikheter.

Et generelt søk på Helseatlas viser at det finnes et digitalt interaktivt helseatlas for Norge som redigeres av Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE). Her finnes blant annet interaktive kart som viser utbredelse av ulike helserelaterte forhold og sykdommer. Tema som presenteres særskilt er nyfødtmedisin, KOLS og dagkirurgi, samt at det er egne helseatlas for barn og eldre. Disse gir blant annet geografisk oversikt over bruk av helsetjenester. I de helseatlasene som er tilgjengelige på Internett, er det mest informasjon om helse og sykdom og lite informasjon om levekår ut over dette.

Hva sier studiene om bruk av tjenester?

I levekårsundersøkelser er det vanlig å stille spørsmål om selvpoplevd helse, og dette er også gjort i de større studiene som er gjennomgått her. I noen studier spørres det også om bruk av helsetjenester, eventuelt om andre typer tjenester eller om trygdemottak. I levekårsundersøkelsen fra Nordland (Hanssen m.fl. 2003) er det stilt spørsmål om kontakt med helsevesenet. Det kom fram at personer med nedsatt funksjonsevne bruker helsetjenester noe

oftere enn befolkningen ellers. Dette gjelder først og fremst primærhelsetjenesten mens personer med funksjonsnedsettelse relativt sett ikke bruker spesialisthelsetjenesten mer enn andre. Det kommer ellers fram at personer med nedsatt funksjonsevne er mindre fornøyd med helsetjenestene enn andre, selv om de oppga større grad av fornøydhet med helsetjenestene i 2001 enn i 1994. En grunn til at personer med nedsatt funksjonsevne er mindre fornøyde kan være at de har kroniske helseutfordringer som det ikke alltid er enkelt å behandle. I den siste undersøkelsen om levekår og livskvalitet i Nordland (Fylling m.fl. 2014) er det stilt spørsmål om tannhelse, psykisk helse og om tillit til helsevesenet. Her kommer det fram at personer med funksjonsnedsettelse i mindre grad enn andre oppgir å ha god tannhelse, og disse var også oftere til behandling hos tannlege enn den øvrige befolkningen. Undersøkelsen viste også at personer med funksjonsnedsettelse i større grad enn andre hadde psykiske helseplager. Det kan videre se ut som om tilliten til helsevesenet er noe lavere blant personer med nedsatt funksjonsevne. Mens 76 prosent av personer uten funksjonsnedsettelse svarte at de var sikre på at de ville få hjelp fra sitt sykehus, var andelen personer med funksjonsnedsettelser som svarte det samme 63 prosent.

I rapportene fra det samiske området kommer det fram at det blant samer kan være en vegring mot å benytte det nasjonale hjelpeapparatet. Den norske studien (Melbøe m.fl. 2016) trekker fram at det er vanlig å bruke tradisjonelle behandlingsformer og at det ikke er vanlig å snakke om sykdom og funksjonsnedsettelser. Til tross for dette beskriver flere at de bruker det norske tjenesteapparatet og mange oppgir at de er fornøyd med tjenestene. I den svenske rapporten kommer det fram at det kan være vanskelig å bruke hjelpeapparatet når en ikke møter noen som snakker samisk eller har forståelse for samisk livsstil og levemåte (Uttjek 2016). Studien fra Finland (Hokkanen 2017) viser til at det har blitt mer vanlig å bruke tolk i tjenesteapparatet, men at det også finnes andre hindre for kontakt. Et eksempel er at miljøene ofte er små og derfor blir en lett gjenkjent når en oppsøker hjelp. Det er også eksempler på at det kan være vanskelig å møte ansatte i hjelpeapparatet som kommer fra det samme samiske miljøet som en gjør selv. Vansker med å oppsøke det nasjonale hjelpeapparatet er også nevnt i den norske rapporten (Melbøe 2016) hvor enkelte har fortalt at de får negative tilbakemeldinger fra andre i det samiske miljøet når de benytter norske tjenester.

I en studie hvor ansatte i svenske samiske forvaltningskommuner er intervjuet om tjenester til den samiske befolkningen (Edin-Liljegren & Flykt 2017), kommer det fram at det er vanskelig å tilrettelegge tjenester som treffer den samiske befolkningen. Det sies at kunnskapen om samisk språk og kultur er liten blant ansatte, og det finnes få eksempler på organisatoriske strategier rettet mot det samiske til tross for at samer har fått forsterkede rettigheter. Hovedinntrykket var at det var usikkerhet i kommunene om hvordan en skulle håndtere etnisitet og taushetsplikt samt hva en bør eller ikke bør gjøre. I Sverige har en ikke anledning til å spørre etter eller registrere etnisitet, men samer som tilkjenner sin etnisitet har rett til å få informasjon og støtte ut fra sin tilhørighet. Rapporten etterlyser mer systematiske retningslinjer og strategier dersom samer med funksjonsnedsettelser skal kunne integreres på alle nivå i kommunene.

Rapporten om personer med utviklingshemming i det samiske området (Gjertsen m.fl. 2017) viser til at mange har psykiske helseplager, blant annet som følge av mobbing og at 53 prosent av mennene og 62 prosent av kvinnene oppgir at de har sykdom eller kroppslige plager. I undersøkelsen er det også stilt spørsmål om hjelpebehov. Her svarer 71 prosent at de har behov for hjelp til daglige gjøremål og 54 % oppgir at de trenger hjelp til stell og tilsyn. Det er flere menn enn kvinner og flere som ikke har samisk bakgrunn som oppgir at de trenger hjelp. Blant de som har samisk bakgrunn er det nesten dobbelt så mange som i det øvrige utvalget som oppgir at de får hjelp fra foreldre. De fleste mener at de blir behandlet på en ordentlig måte av de som hjelper dem mens nesten halvparten sier at de ikke synes det er lett å si fra om det er noe de mener at de bør klage på. Det er færre med samisk bakgrunn som sier at de ikke får den hjelpen de har behov for, og det er flere av de med samisk bakgrunn som sier at de er fornøyd med den hjelpen de får sammenliknet med de i utvalget som ikke har samisk bakgrunn.

Oppsummering og vurdering

Undersøkelsene som er gjennomgått her er sprikende på mange måter. De representerer ulike deler av landet, er svært forskjellige i omfang og tematiserer ulike leveforhold. De benytter dessuten ulike metoder; spørreskjema, kvalitative intervjuer og registerdata og ikke minst definerer og avgrensner de funksjonshemming på ulike måter. Dette betyr at det er tilnærmet umulig å sammenlikne funn på tvers av disse studiene. Studiene representerer dessuten bare to deler av landet; det nordlige Norge og enkelte byer i Sør-Norge. Den eneste artikkelen vi har funnet som viser til ulikheter mellom geografiske områder, er basert på levekårsdata fra SSB (Sandbu 2009). Her vises det til geografiske forskjeller i opplevd helse, behov for pleie og omsorg og antall personer som mottar trygdeytelser. Dette kan tyde på at det er mulig å få fram geografiske forskjeller dersom levekårsundersøkelsene til SSB blir mer innrettet mot å synliggjøre slike forskjeller.

Til tross for de store forskjellene mellom de omtalte studiene, er det slående at samtlige studier viser at personer med nedsatt funksjonsevne har dårligere levekår enn personer uten funksjonsnedsettelse. Samtidig er det uklart hvem som er definert som funksjonshemmet i de ulike studiene, og det er derfor grunn til å spørre om bildet av at personer med nedsatt funksjonsevne har dårlige levekår er så entydig som en kan få inntrykk av her. I gjennomgangen av studier om levekår for personer med nedsatt funksjonsevne (Kittelsaa m.fl. 2015) kom det fram at personer med funksjonsnedsettelse er en svært heterogen gruppe hvor noen skiller seg lite fra den øvrige befolkningen mens andre har betydelige levekårsutfordringer. Rapporten konkluderer blant annet med at det er store forskjeller i levekår mellom ulike grupper av personer med nedsatt funksjonsevne og også mellom personer som har ulike grader av vansker. Av den grunn etterspørres et dokumentasjonssystem som kan fange opp slike variasjoner.

Vi slutter oss til forslaget om et slikt dokumentasjonssystem og vurderer at dersom en får på plass et dokumentasjonssystem som tar høyde for variasjon både når det gjelder målgruppe, type funksjonsnedsettelse og grad av vansker, bør det være mulig å inkludere geografiske forskjeller så vel som ulike grupper i befolkningen. Slike grupper kan for eksempel være samer eller personer med innvandrerbakgrunn som har nedsatt funksjonsevne. Den nevnte rapporten viser også til at ikke alle grupper fanges opp i dokumentasjonssystemer som er for alle i befolkningen eller alle med nedsatt funksjonsevne. Blant annet nevnes personer med utviklingshemming som en slik gruppe. At det er vanskelig å inkludere dem i spørreundersøkelser er også illustrert i denne litteraturgjennomgangen. Her vises det til at det er benyttet kvalitative datainnsamlingsmetoder i undersøkelsene rettet mot denne målgruppa og at nærpersoner har vært benyttet som informanter. Vi støtter forslaget i rapporten om at levekår for personer med utviklingshemming må undersøkes med metoder som i større grad enn spørreskjema kan fange opp deres situasjon.

5. Studier av ulike levekårsområder

I dette kapitlet vil vi undersøke nærmere hva levekårsdata kan fortelle oss om hvordan funksjonshemmedes levekårssituasjon er på ulike livsområder. Dette vil bli sett i et geografisk perspektiv, det vil si hvilke utslag vi får når vi deler målgruppen inn etter geografisk tilhørighet eller kjennetegn ved bostedsområdet. Hovedsakelig gir levekårsundersøkelsene oss mulighet til å dele landet inn i landsdeler, dvs. at man kan skille mellom syv på forhånd inndelte geografiske områder. Det er primært av hensyn til anonymitet som at datamaterialet ikke kan brytes ned i mer avgrensede områder. Levekårsundersøkelsene skiller mellom landsdelene Akershus og Oslo, Hedmark og Oppland, Østlandet ellers, Agder og Rogaland, Vestlandet, Trøndelag og til sist Nord-Norge.

Utover dette vil vi også i noen sammenhenger, ut i fra datamaterialets begrensninger, benytte variabelen tettstedsstørrelse som et mål på geografi. Denne variabelen sier ingenting om hvor i landet tettstedet geografisk er plassert, men er mer en indikator på betydningen av det å bo på steder ut i fra størrelse og befolkningstetthet. Et grovt skille som her kan gjøres er å skille mellom motsetningene det er å bo i urbane eller rurale strøk, tettbygd eller spredtbygd eller sentralt eller i distriktet.

I sammenheng med å studere geografiske levekårsvariasjoner for personer med funksjonsnedsettelse er det relevant å undersøke hvilke bosted som er mest vanlig for personer med nedsatt funksjonsevne. Studier viser at personer med funksjonsnedsettelse i større grad bor i rurale strøk enn den øvrige befolkningen (Molden mfl. 2009). Basert på data fra LKF2007 fant denne studien at to av tre med funksjonsnedsettelse (65 prosent) bor i tettbygde strøk (dvs. på steder med mer enn 2000 bosatte). For den øvrige befolkningen gjelder dette for 92 prosent, eller at ni av ti bor i tettbygde strøk. Det er med andre ord bostedsforskjeller mellom personer med funksjonsnedsettelse og de som ikke har funksjonsnedsettelse, og hvor personer med funksjonsnedsettelse oftere bor ruralt eller i distriktet. Dette er noe som også er kjent fra studier av trygd og trygdeordninger og hvor andelen som bor i rurale strøk er høyere (ibid).

Det kan være mange årsaker til at funksjonshemmede i større grad bor spredtbygd, noe vi ikke skal gå nærmere inn på her. Det vi imidlertid kan si er at personer med funksjonsnedsettelse fordeler seg ut over hele landet. Basert på data fra LKU2015 er fordelingen av funksjonshemmede seg på landsdelene slik: 13 prosent i Akershus og Oslo, 11 prosent i Hedmark og Oppland, 21 prosent på Østlandet ellers, 16 prosent i Agder og Rogaland, 15 prosent på Vestlandet, 9 prosent i Trøndelag, 16 prosent i Nord-Norge. Denne variasjonen er nokså lik fordelingen mellom landsdelene for den øvrige befolkningen i datasettet.

I dette kapitlet vil vi se nærmere på noen sentrale levekårsområder for personer med funksjonsnedsettelse. Dette er sysselsetting og arbeid, utdanning, økonomi, helse og hjelpebehov, transport og mobilitet, familie og nettverk, bolig og boforhold, trygghet og diskriminering, kultur og fritid og til sist fysiske omgivelser og friluftsliv.

Sysseletting og arbeid

Arbeidslivet er en viktig arena for samfunnsdeltakelse, og det å være i arbeid er av sentral betydning for så vel de økonomiske som de sosiale levekårene (Molden mfl. 2009). At flest mulig kan delta i arbeidslivet er viktig i et samfunnsperspektiv, og for velferdssamfunnet er høy yrkesdeltakelse et viktig økonomisk fundament. Men også for den enkelte er det å være i arbeid viktig av mange grunner, blant annet i forhold til å ha en god levestandard og det å ha en meningsfull livsutfoldelse.

Vi vet fra andre studier at yrkesdeltakelsen blant personer med nedsatt funksjonsevne har vært vedvarende lav sammenlignet med den øvrige befolkningen (se bla. Molden mfl. 2009, Molden og Tøssebro 2013, Bø og Håland 2016). Det kan være ulike forhold som påvirker funksjonshemmedes tilknytning til arbeidslivet, eksempelvis utdanning, arbeidsmarkedstiltak og innsats for å fremme yrkesdeltakelsen blant personer med funksjonsnedsettelse, teknologisk utvikling, konjunkturer mm. Vi vil her ikke gå nærmere inn på årsaker til at yrkesdeltakelsen blant personer med funksjonsnedsettelse er lav, men heller se hvordan tilknytningen til arbeidslivet er i geografiske sammenhenger.

Å måle sysselsettingsgraden eller andelen yrkesaktive blant personer med nedsatt funksjonsevne kan gjøres på ulike måter. I offentlig statistikk avgrenses som regel yrkesaktivitet slik det gjøres i SSBs Arbeidskraftundersøkelse (AKU). Det å være yrkesaktiv vil da innebære å ha vært i inntektsgivende arbeid av minst en times varighet siste uke. Det er denne målemetoden som her er brukt for å si noe om sysselsetting eller tilknytningen til arbeidslivet blant personer med nedsatt funksjonsevne. Datamaterialet (LKU2015) gir mulighet til å si hvordan sysselsettingsandelen fordeler seg etter landsdel.

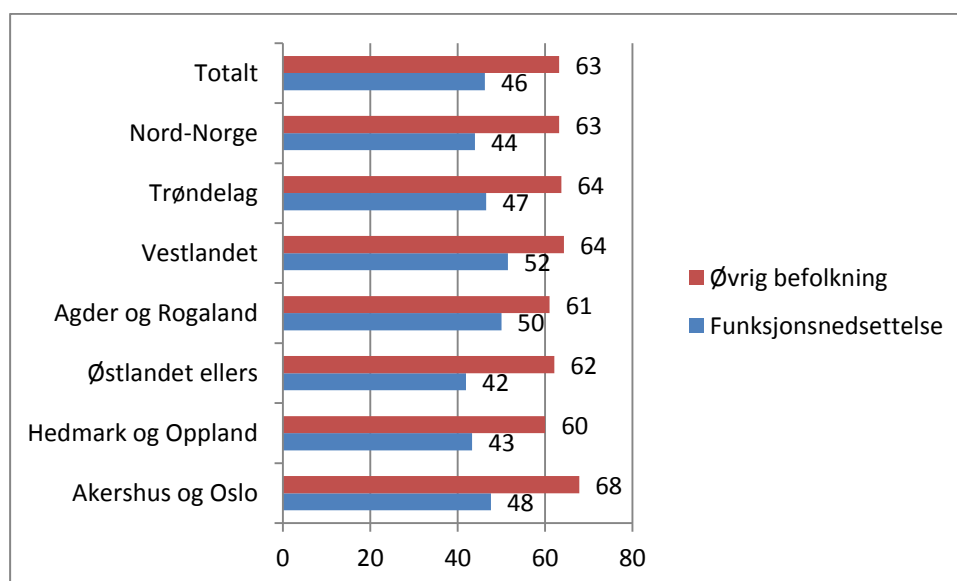


Fig. 5.1. Sysselettingsandel (15-66 år) etter landsdel. Personer med funksjonsnedsettelse (N=1112) og befolkningen for øvrig (N=7052). Prosent. LKU2015

Totalt sett ligger yrkesandelen blant personer med funksjonsnedsettelse på 46 prosent, noe som er omtrent på nivået fra Arbeidskraftundersøkelsene (AKU) (43 prosent). Tabellen viser at for de som ikke har en funksjonsnedsettelse så er yrkesandelen høyere og 63 prosent i den øvrige befolkningen er i arbeid.

Fordelt på landsdel er det på Østlandet ellers at yrkesaktiviteten blant personer med nedsatt funksjonsevne er lavest. I denne landsdelen er rundt 42 prosent yrkesaktive, mens den er høyest på Vestlandet (52 prosent) og i Agder og Rogaland (50 prosent). Man kunne kanskje forventet at sysselsettingen for funksjonshemmede var høyere i Akershus og Oslo, gitt at det er her sysselsettingen i øvrig befolkning er høyest på landsbasis (68 prosent). Hva årsakene til at funksjonshemmede i hovedstadsområdet ikke tar større del i et mer aktivt arbeidsmarked er noe uklart. For øvrig viser sammenligninger fra landsdel til landsdel mellom funksjonshemmede og øvrig befolkning at variasjonen er større for Akershus og Oslo og Østlandet ellers, enn for de andre landsdelene.

Utdanning

Utdanningsnivået i befolkningen er en viktig indikator på levekår. Et av de mest grunnleggende målene i utdanningspolitikken er at alle skal ha lik rett til utdanning. Men en lik rett til utdanning krever også tilrettelegging for de med spesielle behov eller funksjonsnedsettelse. I dette avsnittet vil vi se nærmere på hvordan utdanningsnivået til personer med funksjonsnedsettelse er fordelt utover landet.

Tabell 5.1. Høyeste utdanningsnivå etter landsdel. Personer med funksjonsnedsettelse og befolkningen for øvrig (i parentes). Prosent. LKU2015

	Grunnskole ¹	Videregående skole ²	Høyere utdanning ³
Akershus og Oslo	24 (16)	36 (30)	35 (49)
Hedmark og Oppland	30 (24)	48 (42)	18 (30)
Østlandet ellers	29 (23)	45 (41)	23 (33)
Agder og Rogaland	25 (20)	42 (44)	31 (33)
Vestlandet	22 (21)	55 (43)	22 (33)
Trøndelag	16 (18)	48 (44)	34 (35)
Nord-Norge	35 (27)	44 (39)	20 (30)
Total (N=1112/N=7028)	27 (21)	45 (40)	26 (35)

Tabellen over høyeste utdanningsnivå viser at personer med nedsatt funksjonsevne jevnt over har lavere utdanning enn personer uten funksjonsevne. En større andel personer med nedsatt funksjonsevne har kun grunnskoleutdanning - 27 prosent mot 21 prosent for øvrig befolkning.

¹ Grunnskole = ingen utdanning, barneskole og ungdomsskole

² Videregående skole = videregående grunnutdanning, videregående avsluttet utdanning og påbygging til videregående utdanning

³ Høyere utdanning = høyere utdanning lavere nivå, høyere utdanning høyere nivå og forskerutdanning

Tilsvarende ser vi at av personer med nedsatt funksjonsevne er det bare 26 prosent som har høyere utdanning. Det tilsvarende tallet for befolkningen for øvrig er 35 prosent.

Ser vi utdanningsnivået opp mot landsdel er det ganske store variasjoner. I Nord-Norge er det 35 prosent av personer med funksjonsnedsettelse som kun har grunnskole, noe som er betydelig høyere enn i Trøndelag hvor kun 16 prosent har grunnskole som høyeste utdanningsnivå. Landsdelen med lavest andel med høyere utdanning er Hedmark og Oppland (18 prosent), mens Akershus og Oslo har den største andelen personer med funksjonsnedsettelse med høyere utdanning (35 prosent). Det er også verd å bemerke at for Trøndelags del så er utdanningsnivået for personer med funksjonsnedsettelse og den øvrige befolkningen ganske likt, og at personer med nedsatt funksjonsevne i landsdelen relativt sett har en høy andel med høyere utdanning (34 prosent), og nesten på samme nivå som Akershus og Oslo (35 prosent).

Bolig og boforhold

I dette avsnittet ser vi nærmere på bolig og boforhold ved å trekke fram noen indikatorer som er sentrale for å si noe om boligsituasjonen for personer med funksjonsnedsettelse. Det at alle skal kunne bo godt og trygt er den overordnede målsettingen i norsk boligpolitikk. Boligen og boforholdene er viktig for menneskers livskvalitet, og boligen blir ofte sett på som en viktig velferdspilar i samfunnet. At mennesker har en god og trygg bolig kan bidra til å gi positive gevinster på andre livsområder.

Eierlinja har vært vektlagt i norsk boligpolitikk i hele etterkrigstiden, og i Norge har det vært et mål om at flest mulig skal ha mulighet til å eie boligen de bor i. At personer med funksjonsnedsettelser eier boligen i samme grad som andre er viktig i et likebehandlingsperspektiv, samt at investering i bolig må anses som en av de viktigste formene for sparing. Gitt at nesten all indirekte subsidiering gjennom skattesystemet tilfaller eiere av bolig, er det også mer gunstig å eie framfor å leie bolig. Data fra LKF2007 viser at de aller fleste med nedsatt funksjonsevne bor i en eid bolig (83 prosent), og tilsvarende tall for befolkningen for øvrig var på samme tidspunkt 82 prosent (Molden mfl. 2009). Ser vi imidlertid på forskjeller mellom hvor personer med funksjonsnedsettelse bor er det en noe lavere andel som leier bolig på steder med færre enn 200 bosatte (15 prosent), enn for de som bor på tettsteder med flere innbyggere. Høyest leierandel finner vi blant de som bor på et tettsted med innbyggertall mellom 200 og 1999 (19 prosent). Videre ser vi at for de som bor på steder med 2000-19 999 innbyggere er leierandelen 18 prosent, for steder med mellom 20 000 og 99 999 innbyggere leier 16 prosent og for byer på 100 000 innbyggere eller mere er andelen som leier bolig på 18 prosent.

Tabellen under viser hvilken type bolig personer med nedsatt funksjonsevne bor i.

Tabell 5.2. Andel boende i ulike hustyper fordelt på landsdel. Personer med funksjonsnedsettelse og befolkningen forøvrig (i parentes). Prosent. LKU EU-SILC 2015.

	Frittliggende bolig	Rekkehus	2-, 3- eller 4-mannsbolig	Boligblokk/bygård
Akershus og Oslo	42 (35)	11 (13)	11 (11)	37 (40)
Hedmark og Oppland	64 (83)	9 (5)	14 (5)	12 (7)
Østlandet ellers	62 (69)	8 (8)	12 (10)	18 (13)
Agder og Rogaland	64 (72)	5 (10)	16 (7)	14 (11)
Vestlandet	63 (65)	8 (9)	11 (12)	18 (14)
Trøndelag	57 (61)	5 (11)	16 (10)	21 (19)
Nord-Norge	66 (70)	9 (7)	11 (9)	13 (14)
Totalt (N=800/N=5503)	58 (61)	8 (10)	13 (9)	21 (20)

Tabellen over viser at totalt sett er det mest vanlig å bo en frittliggende bolig i Norge. Dette gjelder for både personer med nedsatt funksjonsevne (58 prosent) og for øvrig befolkning (61 prosent). Deretter er det hustypen boligblokk eller bygård som er mest vanlig, nær 20 prosent bor i denne hustypen, noe som gjelder både de med en funksjonsnedsettelse og den øvrige befolkningen. En litt større andel personer med funksjonsnedsettelse (13 prosent) bor i en flermannsbolig enn hva gjelder for den øvrige befolkningen (9 prosent). Rekkehus er den hustypen det bor færrest i, 8 prosent for personer med nedsatt funksjonsevne bor rekkehus eller kjedet hus, mot 10 prosent av den øvrige befolkningen.

Ser vi hvordan dette fordeler seg på ulike landsdeler så er det Akershus og Oslo som skiller seg fra de andre landsdelene ved at andelen som bor i frittliggende bolig er vesentlig lavere enn for de andre landsdelene. Tilsvarende bor en langt større andel i denne landsdelen i boligblokk eller bygård. Noe av forklaringen til dette henger nok sammen med både boligstruktur og boligpriser i hovedstadsområdet. Likevel er det i Akershus og Oslo en høyere andel personer med funksjonsnedsettelse som bor i frittliggende bolig (42 prosent) sammenlignet med øvrig befolkning (35 prosent), samtidig som andelen personer med funksjonsnedsettelse som bor i boligblokk eller bygård (37 prosent) er noe lavere enn for øvrig befolkning (40 prosent). At personer med funksjonsnedsettelse ikke i like stor grad bor i boligblokk eller bygård kan henge sammen med at slike typer boliger ofte er av eldre dato, og ikke har en utforming eller tilgjengelighet god nok til at funksjonshemmede kan bo i disse boligene.

Av de som deltok i LKF2007 bor en tredjedel på steder med mindre enn 2000 innbyggere. Dette har betydning for hvilke type bolig man bor i. De som bor ruralt (på et sted med færre enn 2000 innbyggere), er frittliggende hus eller enebolig den boligtypen nesten alle bor i (87 prosent). Fem prosent bor i flermannsbolig og tre prosent bor i rekke- eller kjedehus. For de som bor i tettsteder eller byer (med flere enn 2000 innbyggere) er fordelingen på boligtype noe annerledes. Her bor halvparten (49 prosent) i enebolig eller frittliggende hus, 14 prosent bor i rekke- eller kjedehus, 11 prosent bor i flermannsbolig, og 26 prosent bor i boligblokk eller bygård. Om man bor ruralt eller urbant er derfor en faktor som betyr mye for hvilke hustype man bor i. At boligstrukturen er varierende mellom tettbygde og spredtbygde strøk er

naturlig nok en forklaring til dette. En tilsvarende sammenligning for befolkningen viser et relativt likt bilde av type bolig fordelt på bostedsstrøk (Molden mfl. 2009).

Romsligheten i boligen og trangbodddhet er viktige kjennetegn ved en persons eller husholdnings boligstandard. Boligstørrelse og boareal henger som oftest sammen med antall medlemmer i husholdningen. Data fra LKF2007 viser at forskjellene i boligstørrelse generelt sett er relativt små for personer med funksjonsnedsettelse og andre (Molden mfl. 2009). Rundt 5 prosent av befolkningen bor i en bolig som er mindre enn 50 kvadratmeter, det samme gjelder for personer med funksjonsnedsettelse. Tilsvarende bor nær hver tredje person med nedsatt funksjonsevne (31 prosent) i en bolig som er mellom 50 og 100 kvadratmeter, de samme gjelder for befolkningen for øvrig (28 prosent). Omtrent en tredjedel (31 prosent) av personer med funksjonsnedsettelse bor i en bolig på mellom 100 og 150 kvadratmeter, noe som også gjelder for øvrig befolkning (29 prosent).

Tabell 5.3. Andel personer med funksjonsnedsettelse etter boligstørrelse og tettstedsstørrelse. Prosent. LKF2007.

	0-49 kvm	50-99 kvm	100-149 kvm	150-199 kvm	200+ kvm
Under 199 bosatte	2	20	36	20	21
200 - 1999 bosatte	3	27	27	20	13
2 000 - 19 999 bosatte	6	27	34	16	18
20 000 - 99 999 bosatte	3	37	30	17	13
100 000+ bosatte	8	43	23	13	13
Total (N=1595)	5	31	31	17	17

Ser vi boligstørrelse opp mot tettstedsstørrelse finner vi at bildet er som ovenfor. Tendensen er at de som bor ruralt eller på steder med få innbyggere jevnt over bor i boliger med flere kvadratmeter enn de som bor på steder med flere innbyggere. Sagt med andre ord har de som bor landlig gjennomsnittlig mere plass i boligene enn de som bor på større tettsteder og byer.

Økonomi

Som vi har sett tidligere har personer med nedsatt funksjonsevne lavere sysselsettingsgrad enn den øvrige befolkningen. Yrkesinntekt er derfor ikke nødvendigvis den primære inntektskilden for personer med nedsatt funksjonsevne. Dette kan ha konsekvenser for deres økonomi.

Den økonomiske situasjonen har betydning for hvordan man opplever mulighetene er for å sikre hverdagens nødvendigheter, og som handler om å ha råd til å dekke faste utgifter til mat, bolig, strøm osv. Den økonomiske situasjonen handler også om hvilke muligheter den enkelte har for å delta i sosiale og kulturelle aktiviteter, da samfunnsdeltakelse kan henge sammen med den enkeltes økonomi til å delta i aktiviteter som koster penger (som f.eks. konserter, gå på kafé, svømmehall o.l.).

Om vi ser på netto månedlig inntekt for husholdningen kan vi få fram et bilde av hvordan den økonomiske situasjonen for personer med nedsatt funksjonsevne fordeler seg på ulike landsdeler.

Tabell 5.4. Husholdningers netto månedlig inntekt i kroner (gruppert) fordelt på landsdel. Personer med funksjonsnedsettelse og befolkningen forøvrig (i parentes). Prosent. LKU 2015.

	0 - 39 999	40 000 - 79 999	80 000+
Akershus og Oslo	47 (41)	40 (43)	13 (15)
Hedmark og Oppland	44 (42)	51 (51)	5 (7)
Østlandet ellers	48 (39)	45 (52)	7 (10)
Agder og Rogaland	42 (36)	49 (51)	9 (14)
Vestlandet	47 (37)	49 (49)	5 (14)
Trøndelag	42 (38)	53 (51)	5 (12)
Nord-Norge	43 (38)	50 (52)	8 (11)
Totalt (N=1106/N=7019)	45 (39)	48 (50)	8 (12)

Totalt sett er det en relativt jevn fordeling mellom de to laveste inntektsgruppene. Det er 45 prosent av de med nedsatt funksjonsevne som er i en husholdning med månedlig inntekt på under 40 000 kroner. Tilsvarende er det nær 48 prosent som bor i en husholdning med månedsinntekt mellom kr. 40 000 og kr. 80 000. Nær 8 prosent av de med funksjonsnedsettelse bor i en husholdning med månedlig inntekt på over 80 000 kroner. For den øvrige befolkningen er andelen med månedlig husholds inntekt i den laveste inntektsgruppen lavere enn for funksjonshemmede, og høyere for de to høyeste inntektsgruppene. Husholdninger med personer med funksjonsnedsettelse har med andre ord jevnt over en lavere netto månedlig inntekt.

Fordelt på landsdeler kan man merke seg at Akershus og Oslo skiller seg ut ved å være den landsdelen som har høy andel i den laveste inntektsgruppen, samtidig som de også er den landsdelen som har størst andel i den høyeste inntektsgruppen. Dette indikerer en større polarisering i inntektssituasjonen i Akershus og Oslo enn i de andre landsdelene, og hvor det er en større andel med lavere inntekt samtidig som landsdelen har en større andel med høy inntekt enn i andre landsdeler. Østlandet ellers er den landsdelen som har mange funksjonshemmede i de to laveste inntektsgruppene, noe som indikerer et lavere inntektsnivå i denne landsdelen sammenlignet med de andre. Dette er også den landsdelen med lavest sysselsettingsandel blant personer med nedsatt funksjonsevne. (jfr. fig. 5.1). For Østlandet ellers gjelder ikke den samme tendensen for den øvrige befolkningen. Videre ser vi at det er en viss variasjon mellom landsdelene for de tre inntektsgruppene uten at det peker seg ut noen klare tendenser å fremheve utover det som er nevnt ovenfor.

Vi kan også se på inntektsdata fra Levekårsundersøkelsen for personer med nedsatt funksjonsevne i 2007 og se hvordan inntektssituasjonen fordeler seg på bosted i form av tettstedsstørrelse.

Tabell 5.5. Andel med årlig inntekt (kr.) etter skatt fordelt på tettstedsstørrelse. Personer med nedsatt funksjonsevne. Prosent. LKF 2007.

	<100 000	100 000-199 999	200 000-299 999	300 000-399 999	400 000-499 999	500 000+
Mindre enn 199	9	49	33	6	2	1
200-1 999	6	35	42	14	2	1
2 000-19 999	8	40	38	12	2	0
20 000-99 999	7	38	42	10	2	1
100 000+	8	30	42	13	4	2
Total (N=1646)	8	39	39	11	2	1

Tabellen over viser at de som bor på tettsteder med få innbyggere (mindre enn 199 beboere) har en relativt sett lavere inntekt enn de som bor på plasser med flere innbyggere. Tendensen er også at de som bor i større norske byer, dvs. på steder med mer enn 100 000 innbyggere, har størst andel i de høyeste inntektsgruppene, men forskjellene er ikke store.

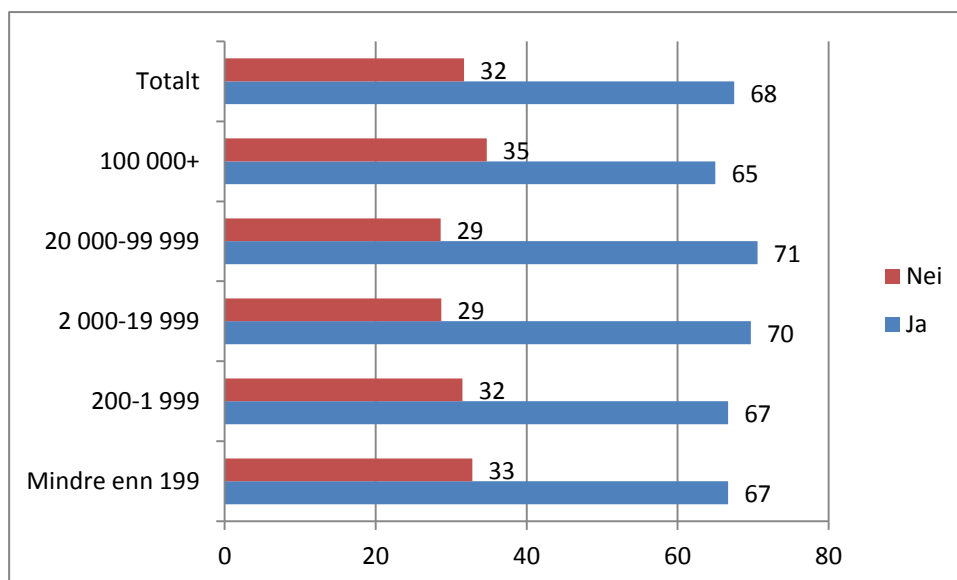


Fig. 5.2. Andel personer med nedsatt funksjonsevne som kan klare en uforutsett utgift på 10 000 kroner i løpet av en måned fordelt på tettstedsstørrelse. Prosent. LKF2007.

Spørsmålet om man kan klare en uforutsett regning på 10 000 kroner brukes ofte som en indikasjon på hvor sårbar privatøkonomien er i en husholdning. Omtrent to av tre personer med funksjonsnedsettelse (68 prosent) svarer at de klarer dette. Tilsvarende tall for befolkningen forøvrig er at dette gjelder for fire av fem (81 prosent) personer. Dette indikerer at personer med nedsatt funksjonsevne har en noe mer sårbar økonomisk situasjon enn andre (Molden mfl. 2009). Det er vanskelig å se at det er betydelige geografiske variasjoner i evnen til ikke å klare uforutsette økonomiske utgifter. Men figuren viser en svak polarisering og at det er flere blant de som bor på store steder (over 100 000 innbyggere) og på små steder (med mindre enn 199 innbyggere) som oppgir å ha vansker med å takle en uforutsett utgift.

Helse og hjelpebehov

I dette avsnittet vil vi se på noen indikatorer for helse og hjelpebehov. Det å ha en god helse og en helsetilstand med fravær av sykdom er viktig for opplevelsen av å ha god livskvalitet, og en viktig verdi i blant folk i sin alminnelighet. Helse kan måles på mange ulike måter, og i sammenheng med funksjonsnedsettelse kan grenseflaten mellom helseproblemer og funksjonsnedsettelse være uklar (Kittelsaa mfl. 2015). Det er derfor viktig å ta høyde for at det blant personer med funksjonsnedsettelse er mange som har dårligere helse eller større helsemessige utfordringer enn i den øvrige befolkning. At det finnes gode og tilgjengelige helsetjenester er derfor spesielt viktig for mange av disse.

Et ofte brukt helsemål er å spørre om den enkeltes subjektive opplevelse av egen helse. I levekårsundersøkelsene stilles ofte et spørsmål hvor respondenten bes om å vurdere sin egen generelle helse. Denne indikatoren blir her benyttet for å si noe om hvordan helsetilstanden blant personer med funksjonsnedsettelse fordeler seg omkring i landet.

Tabell 5.6. Andel som vurderer egen helse som svært dårlig eller dårlig etter landsdel. Personer med funksjonsnedsettelse og befolkningen for øvrig. Prosent. LKU2015

	Funksjons- nedsettelse	Øvrig befolkning	Differanse
Akershus og Oslo	21	4	17
Hedmark og Oppland	18	5	13
Østlandet ellers	19	6	13
Agder og Rogaland	20	5	15
Vestlandet	17	4	13
Trøndelag	21	5	16
Nord-Norge	18	4	14
Totalt	19	5	14
N	(1112)	(7052)	

Andelen som svarer at de har en dårlig eller svært dårlig helse er betydelig høyere blant personer med funksjonsnedsettelse (19 prosent) enn i den øvrige befolkningen (5 prosent). For den øvrige befolkningen er det små forskjeller mellom landsdelene i andelen som vurderer egen helse som dårlig, men på Østlandet ellers (6 prosent) og Hedmark og Oppland og Agder og Rogaland (begge 5 prosent) er det en litt høyere andel som oppgir dårlig helse enn for de andre landsdelene.

For personer med nedsatt funksjonsevne er som sagt andelen som vurderer egen helsetilstand som dårlig eller svært dårlig langt høyere, og nær hver femte oppgir å ha dårlig helse. Fordelingen mellom landsdelene viser relativt små geografiske variasjoner. Det er i Trøndelag (21 prosent) og i Akershus og Oslo (21 prosent) at andelen med dårligst egenvurdert helse er høyest, mens Vestlandet (17 prosent) har lavest andel med dårlig helse.

En indikasjon på at man har hjelpebehov er om man kan utføre vanlige aktiviteter i hverdagen på egen hånd. Dette kan være en indikasjon på hva man kan klare uten hjelp fra andre, og

hvor mye hjelpebehov man eventuelt kan ha. I levekårsundersøkelsen bes respondentene om å oppgi begrensninger i forhold til å utføre alminnelige hverdagsaktiviteter, og tabellen under viser hvordan dette fordeler seg for personer med funksjonsnedsettelse og øvrig befolkning i ulike landsdeler.

Tabell 5.7. Andel som oppgir å ha begrensninger ift. å utføre alminnelige hverdagsaktiviteter fordelt etter landsdel. Personer med funksjonsnedsettelse og befolkningen forøvrig. Prosent. LKU2015

	Funksjons- nedsettelse	Øvrig befolkning	Differanse
Akershus og Oslo	54	36	18
Hedmark og Oppland	61	40	21
Østlandet ellers	60	39	21
Agder og Rogaland	52	43	9
Vestlandet	51	33	18
Trøndelag	62	35	27
Nord-Norge	56	42	14
Totalt	56	38	14
N	(1112)	(2090)	

Andelen som har begrensninger i å utføre vanlige hverdagsaktiviteter er større blant personer med nedsatt funksjonsevne (56 prosent) enn blant øvrig befolkning (38 prosent). En forklaring til dette ligger nok i at personer med funksjonsnedsettelse har større utfordringer i hverdagen, blant annet som følge av å ha nedsatt funksjonsevne. Dersom omgivelsene, som boligen utforming eller hjemmets innretning ikke er tilrettelagt, vil gjerne det skape begrensninger. Det er naturlig å se for seg at dette i større grad gjelder for personer med nedsatt funksjonsevne. Likevel er det overraskende høy andel i den øvrige befolkningen som oppgir å ha begrensninger i å utføre alminnelige hverdagsaktiviteter.

Fordelingen etter landsdel viser at det er høyere andel som opplever begrensninger i Trøndelag (62 prosent), Hedmark og Oppland (61 prosent) og på Østlandet ellers (60 prosent). Andelen som opplever begrensninger er lavest på Vestlandet (51 prosent). Hva som gjør at Vestlandet og Agder og Rogaland skårer lavt blant funksjonshemmede på begrensninger i hverdagen er noe uklart. For Vestlandet sin del kan det henge sammen med at helsetilstanden vurderes som noe bedre der, slik vi har sett tidligere. Samme forklaring kan ikke brukes om Agder og Rogaland, og hvor helsetilstanden ikke er vurdert som bedre enn i andre landsdeler.

Data fra LKF2007 viser at det er en liten andel personer med nedsatt funksjonsevne som mottok hjemmesykepleie (2,2 prosent). Imidlertid er det relativt sett en viss forskjell i andel mottakere av hjemmesykepleie for de som bor i tettsteder under 2000 innbyggere (2,8 prosent) og de som bor på tettsteder med flere enn 2000 innbyggere (1,9 prosent).

Transport og mobilitet

Levekårsområdet transport må anses som viktig også for andre levekårsområder. Om en mangler transportmidler eller har transportvansker så kan dette redusere muligheter for å være i arbeid, studere eller delta i ulike sosiale aktiviteter. Norges topografi og bosettingsmønster stiller krav til infrastruktur, materiell og vedlikehold innenfor transportområdet. Og for å kunne delta i arbeidsliv og sosialt liv er det nødvendig at man kan forflytte seg fra et sted til et annet. Et velfungerende transporttilbud er også en viktig forutsetning for at man skal kunne utføre daglige gjøremål. Til dette brukes både offentlige og private transportmidler. Og det gjelder uavhengig av hvor i landet man bor.

Når man skal ut på en reise så består den gjerne av flere etapper med bruk av flere framkomstmidler fra reisens start til man er fremme ved målet. At tilgjengeligheten er god gjennom hele reisen er derfor en viktig forutsetning for en problemfri gjennomføring. Ikke alle transportmidler er universelt utformet og for personer med funksjonsnedsettelse kan det være mange hindringer som skaper vansker som reisende, alt etter type og grad av funksjonsnedsettelse til transportmidlets tilgjengelighet for personer med nedsatt funksjonsevne. Og vanskene man møter på kan være knyttet til alt fra manglende informasjon, automatisering av billettering, adkomsten til transportmiddelet eller til tilgjengeligheten inne i selve transportmiddelet.

I dette avsnittet vil vi se på noen indikatorer knyttet til transport og mobilitet for personer med nedsatt funksjonsevne i lys av geografiske inndelinger i landet.

Tabell 5.8. Andel som har reist med kollektivtransport siste 12 mnd. Fordelt etter landsdel. Personer med funksjonsnedsettelse og øvrig befolkning. Prosent. LKU 2015

	Funksjons- nedsettelse	Øvrig befolkning	Differanse
Akershus og Oslo	90	94	4
Hedmark og Oppland	67	77	10
Østlandet ellers	76	81	5
Agder og Rogaland	80	85	5
Vestlandet	78	84	6
Trøndelag	81	84	3
Nord-Norge	75	79	4
Totalt	78	84	6
N	(1112)	(7051)	

De fleste har i løpet av det siste året benyttet seg av et kollektivt transportmiddel (tog, buss, trikk, t-bane eller båt). Av personer med funksjonsnedsettelse er det nær fire av fem (78 prosent) som sier at de har reist kollektivt de siste 12 månedene. Dette er litt lavere enn andelen i den øvrige befolkningen, og hvor 84 prosent har reist kollektivt det siste året. Dette må anses som en noe vid avgrensning av bruk av kollektivtransport, og vi vet ikke hvor ofte det er foretatt en reise utover at man har reist med kollektivtransport en eller flere ganger de siste 12 månedene.

Tilbudet av kollektivtransport vil variere ut i fra hvor man bor. På steder hvor det er høy befolkningstetthet vil det være et bedre kollektivtransporttilbud enn på steder med få innbyggere. Dette gjenspeiler nok fordelingen i bruk av kollektivtransport etter landsdel. I tillegg vil det være en variasjon i hvilke transportmiddel som hovedsakelig benyttes avhengig av hvor i landet man befinner seg. Hvilke transportmiddel som benyttes fanges ikke opp her da kollektivtransport er en samlekategori for tog, buss, trikk, t-bane og båt. Likevel er det naturlig å se for seg at eksempelvis de i Hedmark og Oppland reiser oftere med tog enn med båt, og motsatt for de som bor i Nord-Norge. Gjennom et år vil antakelig også mange bruke ulike typer av kollektivtransport, slik at det her er mer snakk om i hvor stor grad man reiser kollektivt heller enn hvilke transportmiddel som er benyttet.

For personer med nedsatt funksjonsevne er det i Akershus og Oslo (90 prosent) at andelen som har reist kollektivt er høyest. Forklaringen til dette ligger nok i et godt utbygd tilbud av kollektivtransport i hovedstadsområdet. Beveger vi oss til Hedmark og Oppland er det en langt lavere andel som har reist kollektivt siste året, 67 prosent har reist kollektivt de siste 12 månedene. Vi ser også at for Hedmark og Oppland er prosentdifferansen i forhold til den øvrige befolkningen høyere enn for de andre landsdelene (10 prosentpoeng i Hedmark og Oppland, mot rundt 5 prosentpoeng for de andre landsdelene). Dette indikerer at funksjonshemmede i denne landsdelen reiser relativt mindre med kollektivtransport, enn i de andre landsdelene.

Tall fra LKF2007 viser at det er liten forskjell i bruk av kollektivtransport mellom de som bor i tettsted eller by, og de som er bosatt på mindre befolkede steder. Mens 94 prosent av personer med funksjonsnedsettelse bosatt på et tettsted eller i en by benyttet kollektivtransport siste året, var tilsvarende tall for de som ikke bor i et tettsted 89 prosent. Man kunne antatt at forskjellene i bruk av kollektivtransport mellom by og bygd var mye større i og med at kollektivtilbudet antas å være bedre i byer og på tettsteder. En forklaring kan ligge i at målene for bruk av kollektivtransport må ses som grove (Molden mfl. 2009). Det spørres om man har benyttet kollektivtransport det siste året, noe de fleste vil ha gjort i stor eller liten grad.

Videre kan vi se på opplevde vansker eller hindringer ved å reise kollektivt.

Tabell 5.9. Andel som opplever at noe hindrer dem i bruk av kollektivtransport (siste 12 mnd.) fordelt etter landsdel. Personer med funksjonsnedsettelse og øvrig befolkning. Prosent. LKU 2015.

	Funksjons- nedsettelse	Øvrig befolkning	Differanse
Akershus og Oslo	60	25	35
Hedmark og Oppland	41	29	12
Østlandet ellers	23	23	0
Agder og Rogaland	28	24	4
Vestlandet	46	23	23
Trøndelag	37	29	8
Nord-Norge	31	25	6
Totalt	35	25	10
N	(234)	(1102)	

Av de som har reist kollektivt opplever nær en av tre (35 prosent) av personer med nedsatt funksjonsevne at noe hindrer de i å bruke kollektivtransport. Dette er noe høyere enn for øvrig befolkning hvor hver fjerde (25 prosent) opplever at noe hindrer dem. At forskjellen mellom personer med funksjonsnedsettelse og den øvrige befolkningen ikke er større er kanskje noe overraskende.

For personer med funksjonsnedsettelse er opplevelsen av hindringer varierende ut i fra landsdel. De i Akershus og Oslo (60 prosent) har en mye høyere andel som opplever hindringer i bruk av kollektivtransport enn de på Østlandet ellers (23 prosent). Dette henger nok sammen med bruken av kollektivtransport også (jfr. forrige tabell), og hvor de som benytter kollektivtransport mest også er de som i størst grad vil oppleve hindringer eller vansker. Variasjon mellom landsdelene kan også ha en sammenheng med hvilke kollektivtransportmiddel som benyttes, og at kollektivtransport er en samlekategori for ulike transportmidler med ulike karakteristika. I distriktene vil kanskje buss, tog og båt være de alternativene som finnes, mens i byene kan trikk, t-bane og buss være de mest brukte transportmidlene. En svakhet med slike spørsmål er også at de som ikke har benyttet kollektivtransport, kanskje fordi transportmidler er for dårlig tilrettelagt, ikke har fått spørsmål om hindringer i bruken av kollektivtransport. Man kan derfor anta en viss underrapportering av opplevde hindringer i slike undersøkelser (jfr. Molden mfl. 2009).

Tabell 5.10. Andel som oppgir helseproblemer/nedsett funksjonsevne som hinder i bruk av kollektivtransport (siste 12 mnd.) etter landsdel. Personer med funksjonsnedsettelse og øvrig befolkning. Prosent. LKU 2015.

	Funksjons- nedsettelse	Øvrig befolkning	Differanse
Akershus og Oslo	90	71	19
Hedmark og Oppland	50	38	12
Østlandet ellers	75	38	37
Agder og Rogaland	33	28	5
Vestlandet	66	29	37
Trøndelag	86	24	62
Nord-Norge	69	23	46
Totalt	65	33	32
N	(82)	(277)	

Et tilsvarende bilde tegner seg når vi ser på de som oppgir helseproblemer eller nedsatt funksjonsevne som hinder i bruk av kollektivtransport. I utgangspunktet vil vi mene denne indikatoren er noe problematisk, men velger å ta den med her. Grunnen til dette er at spørsmålet som er brukt peker på helseproblemer eller funksjonsnedsettelse som årsak til at det er vanskelig å benytte offentlige kollektivtransportmidler, og ikke kollektivtransportmiddelets utforming og tilpasninger som hindringsskapende. Spørsmålet skiller heller ikke mellom helseproblem og nedsatt funksjonsevne. Det gjør det vanskelig å tolke hva som oppleves om hovedutfordringen ved å reise kollektivt, er det et helseproblem eller en funksjonsnedsettelse?

Det er få som har besvart spørsmålet om helseproblemer og funksjonsnedsettelser skaper hindringer i bruk av kollektivtransport, og av de som har svart er det en betydelig variasjon fordelt på landsdeler. Av personer med funksjonsnedsettelse er det i Akershus og Oslo (89 prosent) det er høyest andel som oppgir at helseproblemer eller funksjonsnedsettelse hindrer de i å bruke kollektivtransport, motsatsen er i Agder og Rogaland hvor kun 33 prosent svarer det samme. For den øvrige befolkningen er bildet noe mer jevnt fordelt, men hvor Akershus og Oslo (71 prosent) peker seg ut med en markant høyere andel enn i resten av landet.

Familie og nettverk

Kontakt med familie og venner er viktig for alle, og det å ha et sosialt nettverk er betydningsfullt uavhengig av om man har en funksjonsnedsettelse eller ikke. I dagens samfunn er det blitt langt lettere å holde kontakt med andre på ulike måter, og spesielt har den teknologiske utviklingen gjort det lett å kommunisere med andre uten å treffes fysisk. Likevel er det å møte andre mennesker fysisk en viktig del av det å ha et sosialt hverdagsliv. Spesielt det å treffe sine nærmeste, som ha kontakt med familie og venner gjennom det å møtes er en viktig del av dette.

Tabell 5.11. Andel som oppgir å ha vært på besøk hos familie eller venner siste 12 mnd. fordelt etter landsdel. Personer med funksjonsnedsettelse og øvrig befolkning. Prosent. LKU 2015.

	Funksjons- nedsettelse	Øvrig befolkning	Differanse
Akershus og Oslo	94	98	4
Hedmark og Oppland	96	99	3
Østlandet ellers	96	97	1
Agder og Rogaland	97	98	1
Vestlandet	97	98	1
Trøndelag	98	99	1
Nord-Norge	94	98	4
Total	96	98	2
N	(1112)	(7052)	

Nesten alle oppgir å ha vært på besøk hos familie eller venner det siste året. Andelen er litt høyere for befolkningen for øvrig (98 prosent) enn for personer med nedsatt funksjonsevne (96 prosent). Det er også få forskjeller i det å gå på besøk når vi ser på den regionale fordelingen.

Som vi ser av neste tabell har de fleste en person eller venn de kan snakke fortrolig med. For den øvrige befolkningen gjelder dette neste alle (97 prosent), mens nær ni av ti (93 prosent) av personer med nedsatt funksjonsevne har en fortrolig venn. Blant funksjonshemmede har kvinner i litt større grad fortrolige venner enn menn (Molden mfl. 2009).

Tabell 5.12. Andel som oppgir å ha fortrolige, fordelt etter landsdel. Personer med funksjonsnedsettelse og befolkningen for øvrig. Prosent. LKU 2015.

	Funksjons- nedsettelse	Øvrig befolkning	Differanse
Akershus og Oslo	93	97	4
Hedmark og Oppland	97	92	5(-)
Østlandet ellers	92	97	5
Agder og Rogaland	96	96	0
Vestlandet	93	97	4
Trøndelag	97	98	1
Nord-Norge	94	97	3
Totalt	94	97	3
N	(1112)	(7052)	

Ser vi på fordelingen på landsdeler så er andelen med fortrolige venner høy over hele landet, med noen små variasjoner. Dette gjelder i befolkningen for øvrig og for funksjonshemmede, og sammenligner vi disse to gruppene er det kun små forskjeller. For personer med nedsatt funksjonsevne så finner vi høyest andel som oppgir å ha fortrolige venner i Hedmark og Oppland og i Trøndelag (97 prosent), og lavest på Østlandet ellers (92 prosent). Også hva gjelder fortrolige venner så er det likhetene som dominerer, både mellom personer med funksjonsnedsettelse og øvrig befolkning, men også mellom landsdelene.

Manglende eller sjelden kontakt med familie og venner kan føre til en opplevelse av ensomhet. Tall fra LKU2015 viser at blant personer med nedsatt funksjonsevne er det rundt en fjerdedel (26 prosent) som oppgir at de er litt, ganske mye eller veldig mye plaget av ensomhet. For den øvrige befolkningen gjelder tilsvarende for 13 prosent. Det er lite variasjon mellom landsdelene i følelsen av å være ensom blant funksjonshemmede, men i Oslo og Akershus er det en litt større andel som oppgir at de er litt plaget av ensomhet. Tilsvarende gjelder ikke for den øvrige befolkningen.

Sosiale relasjoner, vennskap og det å ha gode venner er viktig for de fleste. Og, som vi ser av tabellen nedenfor har de fleste gode venner i nærheten av der de bor.

Tabell 5.13. Andel som oppgir å ha gode venner på stedet der en bor, fordelt etter landsdel. Personer med funksjonsnedsettelse og befolkningen forøvrig. Prosent. LKU 2015.

	Funksjons- nedsettelse	Øvrig befolkning	Differanse
Akershus og Oslo	79	85	6
Hedmark og Oppland	88	89	1
Østlandet ellers	81	86	5
Agder og Rogaland	83	90	7
Vestlandet	89	88	1(-)
Trøndelag	83	91	8
Nord-Norge	88	93	5
Totalt	84	89	5
N	(1112)	(7052)	

For personer med funksjonsnedsettelse oppgir 84 prosent at de har gode venner på bostedet sitt, for øvrige befolkning gjelder dette en litt større andel (89 prosent). For personer med nedsatt funksjonsevne er det lavest andel i Akershus og Oslo (79 prosent) med gode venner på bostedet, og høyest andel på Vestlandet (89 prosent). Variasjonen mellom landsdelene er små, og noe som også gjelder for den øvrige befolkningen.

Et tilsvarende bilde kan vi få fram rundt sosiale relasjoner til beboere i nærmiljøet og nabolaget. Tabellen nedenfor viser antallet familier eller husstander i nabolaget som funksjonshemmede besøker, fordelt på landsdeler.

Tabell 5.14. Andel med funksjonsnedsettelse som oppgir å ha familier/husstander i nabolaget som de besøker (etter antall) fordelt på landsdel. Prosent. LKU 2015.

	Ingen	1	2	3-4	5+
Akershus og Oslo	43	15	15	18	10
Hedmark og Oppland	28	15	18	20	18
Østlandet ellers	34	14	16	26	9
Agder og Rogaland	24	17	18	21	18
Vestlandet	23	13	17	28	20
Trøndelag	28	20	10	23	18
Nord-Norge	17	15	21	28	17
Total (N=1112)	28	15	17	24	15

Andelen i Akershus og Oslo (43 prosent) som ikke har noen i nabolaget de besøker er høyere enn i de andre landsdelene. Dette kan forklares med at i store byer eller tett befolkede områder har man kanskje et annet besøksmønster enn andre steder. Man har ikke så tette bånd til sine nærmeste naboer, og man kan ha venner eller andre man besøker i nærheten, men som ikke nødvendigvis bor i nabolaget. Utover dette tegner tabellen et bilde av at det er en relativt jevn fordeling i antall familier og husstander man kan besøke i nabolaget, men at det er i Akershus og Oslo og på Østlandet ellers at funksjonshemmede oppgir å ha færre de besøker i nabolaget enn det som ellers gjelder for andre landsdeler. Dette kan indikere at det er litt flere ensomme i Akershus og Oslo enn i landet ellers.

Det å gå ut sammen med venner er også en del av det å ha et sosialt nettverk, og treffe andre på arenaer utenfor hjemmet. Det å gå på kafé, restaurant eller bar med andre er en del av det å ha et aktivt sosialt liv.

Tabell 5.15. Andel som oppgir å ha vært på kafé, restaurant/bar sammen med andre siste 12 mnd. fordelt etter landsdel. Personer med funksjonsnedsettelse og befolkningen forøvrig. Prosent. LKU 2015.

	Funksjons- nedsettelse	Øvrig befolkning	Differanse
Akershus og Oslo	90	97	7
Hedmark og Oppland	91	94	3
Østlandet ellers	86	94	8
Agder og Rogaland	91	94	3
Vestlandet	90	93	3
Trøndelag	93	96	3
Nord-Norge	90	93	3
Totalt	90	94	4
N	(1112)	(7052)	

I befolkningen går nesten alle (97 prosent) ut på kafé, restaurant eller bar sammen med andre. Blant funksjonshemmede er andelen noe lavere, men ni av ti (90 prosent) er ute sammen med andre på kafé, restaurant og bar. Dette fordeler seg ganske likt på ulike landsdeler, med en litt lavere andel på Østlandet ellers. Av de som har vært på kafé, restaurant/bar sammen med andre er det rundt en av ti som oppgir at de har opplevd å møte hindringer.

Trygghet og diskriminering

Trygghet kan forstås på forskjellige måter. I levekårsundersøkelser brukes sosial trygghet både om forhold som utrygghet i forbindelse med inntektstap eller om det å kjenne seg trygg i hverdagen (Kittelsaa mfl. 2015). Dette avsnittet dreier seg om sistnevnte form for trygghet, dvs. engstelse for at det skal skje en noe, eller at man blir utsatt for noe uønsket utenfor hjemmet. En tilværelse av å være redd for å bevege seg ute blant andre er uheldig, og kan i verste fall føre til sosial isolasjon.

I levekårsundersøkelser er det vanlig å spørre om man frykter vold eller trusler om vold når man er ute blant andre mennesker. Vi ser her på de som oppgir å være svært eller noe urolig for å bli utsatt for vold eller trusler når de beveger seg alene utendørs.

Tabell 5.16. Andel som oppgir i den siste tiden å være svært eller noe urolig for å bli utsatt for vold eller trusler når de går alene, fordelt etter landsdel. Personer med funksjonsnedsettelse og befolkningen forøvrig. Prosent. LKU 2015.

	Funksjons- nedsettelse	Øvrig befolkning	Differanse
Akershus og Oslo	20	11	9
Hedmark og Oppland	11	5	6
Østlandet ellers	14	6	8
Agder og Rogaland	6	7	1(-)
Vestlandet	6	5	1
Trøndelag	10	5	5
Nord-Norge	8	5	3
Totalt	11	7	4
N	(1112)	(7052)	

Litt over en av ti (11 prosent) med nedsatt funksjonsevne er svært eller noe urolig for å bli utsatt for vold eller trusler om vold når de går alene. Dette er høyere andel enn for befolkningen for øvrig (7 prosent). Det er i Akershus og Oslo at andelen som opplever engstelse for å bli utsatt for vold og trusler er størst, og dette gjelder både for personer med funksjonsnedsettelse (20 prosent) og for øvrig befolkning (11 prosent). For funksjonshemmede varierer andelen noe i landsdelene, og etter Akershus og Oslo er det Østlandet ellers (14 prosent) og Hedmark og Oppland (14 prosent) og Trøndelag (10 prosent) som er de landsdelene hvor andelen med engstelige er høyest. Et trekk er at andelen som er engstelige for å bli utsatt for ubehagelige situasjoner utendørs eskalerer i landsdelene rundt hovedstadsområdet og er markant høyest i Akershus og Oslo.

Diskriminerings- og tilgjengelighetsloven skal sikre at alle behandles likt og at det ikke skal forekomme forskjellsbehandling eller diskriminering, blant annet som følge av nedsatt funksjonsevne. I levekårsundersøkelsen stilles det spørsmål om opplevd diskriminering det siste året.

Tabell 5.17. Andel som oppgir å ha blitt diskriminert siste 12 mnd. etter landsdel. Personer med funksjonsnedsettelse og befolkningen forøvrig. Prosent. LKU 2015.

	Funksjons- nedsettelse	Øvrig befolkning	Differanse
Akershus og Oslo	14	9	5
Hedmark og Oppland	11	5	6
Østlandet ellers	13	7	6
Agder og Rogaland	15	7	8
Vestlandet	14	7	7
Trøndelag	12	6	6
Nord-Norge	12	6	6
Totalt	13	7	6
N	(1112)	(7052)	

Det er 13 prosent av personer med funksjonsnedsettelse som har opplevd å ha blitt diskriminert i løpet av de siste 12 månedene. Tilsvarende gjelder dette for 7 prosent i den øvrige befolkningen. For personer med funksjonsnedsettelse er det relativt liten variasjon mellom landsdelene i opplevd diskriminering, og det er i Agder og Rogaland at andelen er høyest (15 prosent), etterfulgt av Akershus og Oslo og Vestlandet (14 prosent).

Av de 13 prosentene som oppgir å ha blitt diskriminert som følge av helseproblemer, sykdom eller funksjonsnedsettelse fordeler dette seg på landsdel som vist under.

Tabell 5.18. Andel som oppgir å ha blitt diskriminert som følge av helseproblemer, sykdom eller funksjonsnedsettelse siste 12 mnd. etter landsdel. Prosent. LKU 2015.

	Ja	Nei
Akershus og Oslo	40	60
Hedmark og Oppland	46	54
Østlandet ellers	52	45
Agder og Rogaland	42	58
Vestlandet	39	61
Trøndelag	42	58
Nord-Norge	55	40
Totalt (N=145)	46	53

Diskrimineringsgrunnlaget er her delt mellom helseproblemer, sykdom og funksjonsnedsettelse, og det er derfor vanskelig å si hvor mye dette gjelder for funksjonsnedsettelse spesielt. Vi kan likevel se at det er i Nord-Norge (55 prosent) at andelen som opplever å ha blitt diskriminert på dette grunnlaget er høyest, etterfulgt av Østlandet ellers (52 prosent).

Deltakelse i kultur- og fritidsaktiviteter

Det å kunne delta aktivt i et levende og mangfoldig fritids- og kulturliv er en vesentlig side av å ha et sosialt liv. Det er et mål å skape gode vilkår for at alle skal kunne være deltakere på ulike kulturelle og sosiale arenaer.

Å delta i kulturlivet er en viktig del av dette. Det finnes en rekke ulike kultur- eller fritidsaktiviteter man kan delta i, fra å gå på kino, teater, konserter, opera og lignende, til å delta i sports- eller idrettsaktiviteter. For at personer med nedsatt funksjonsevne skal ha like muligheter til å delta på ulike kultur- eller fritidsarenaer er det vesentlig at disse er gjort tilgjengelige. I neste avsnitt ser vi nærmere på deltakelsen i kulturelle aktiviteter før vi videre ser på deltakelsen i sports- eller idrettsaktiviteter.

Tabell 5.19. Andel som oppgir å ha deltatt i kulturelle aktiviteter (kino, teater, opera, konserter etc.) siste 12 mnd. etter landsdel. Personer med funksjonsnedsettelse og befolkningen forøvrig. Prosent. LKU 2015.

	Funksjons- nedsettelse	Øvrig befolkning	Differanse
Akershus og Oslo	75	88	13
Hedmark og Oppland	71	80	9
Østlandet ellers	72	82	10
Agder og Rogaland	81	82	1
Vestlandet	76	82	6
Trøndelag	76	85	9
Nord-Norge	71	77	6
Totalt	74	82	8
N	(1112)	(7052)	

Personer med funksjonsnedsettelse (74 prosent) deltar noe sjeldnere i kulturelle aktiviteter enn øvrig befolkning (82 prosent). Variasjoner på landsbasis viser at Agder og Rogaland (81 prosent) har en langt høyere andel av personer med nedsatt funksjonsevne som har deltatt i kulturelle aktiviteter, nesten på samme nivå med øvrig befolkning i landsdelen. Dette er en langt høyere andel enn i Nord-Norge som er den landsdelen med lavest deltakelse (71 prosent). Spriket i kulturdeltakelsen mellom landsdelene kan henge sammen med at kulturtilbud er variert rundt om i landet. I tillegg kan geografiske avstander til kulturarenaer være av betydning.

Vi skal videre se på hindringer til å delta i kulturelle aktiviteter.

Tabell 5.20. Andel som oppgir at det er noe som hindrer en i å delta i kulturelle aktiviteter (siste 12 mnd.) etter landsdel. Personer med nedsatt funksjonsevne og befolkningen forøvrig. Prosent. LKU 2015.

	Funksjons- nedsettelse	Øvrig befolkning	Differanse
Akershus og Oslo	41	19	22
Hedmark og Oppland	35	18	17
Østlandet ellers	26	19	7
Agder og Rogaland	29	22	7
Vestlandet	21	16	5
Trøndelag	33	23	10
Nord-Norge	45	18	27
Totalt	33	19	14
N	(275)	(1218)	

En tredjedel (33 prosent) av funksjonshemmede opplever at noe hindrer dem i å delta i kulturelle aktiviteter. Tilsvarende gjelder for en av fem (19 prosent) i den øvrige befolkningen. For funksjonshemmede er det i Nord-Norge (45 prosent) at andelen som opplever hindringer er størst, men også i Akershus og Oslo (41 prosent) er det en høy andel som opplever hindringer. Vi vet lite om hva disse hindringene innebærer utover at det er noe som gjør at det er vanskelig å delta i kulturelle aktiviteter. Slike hindringer kan være så mangt, alt fra lite tilgjengeliggjorte arenaer, lokaler til mangel på bistand, følge eller transport til aktiviteten.

I tillegg til kulturelle aktiviteter er det å delta i sports- eller idrettsaktiviteter noe som er like viktig for funksjonshemmede som andre. Neste tabell ser nærmere på hvordan denne aktiviteten fordeler seg på landsdeler.

Tabell 5.21. Andel som oppgir å delta i sports- eller idrettsaktiviteter siste 12 mnd. etter landsdel. Personer med nedsatt funksjonsevne og befolkningen forøvrig. Prosent. LKU 2015.

	Funksjons- nedsettelse	Øvrig befolkning	Differanse
Akershus og Oslo	39	53	14
Hedmark og Oppland	32	40	8
Østlandet ellers	32	44	12
Agder og Rogaland	40	48	8
Vestlandet	34	45	11
Trøndelag	33	47	14
Nord-Norge	31	39	8
Totalt	34	45	11
N	(1112)	(7052)	

Funksjonshemmede deltar i sports- eller idrettsaktiviteter i noe mindre grad enn den øvrige befolkningen (34 prosent mot 45 prosent). Differansen mellom funksjonshemmede og øvrig befolkning i deltakelse er størst i Akershus og Oslo, og i Trøndelag. Mest aktive er personer med funksjonsnedsettelse i Agder og Rogaland (40 prosent) og Akershus og Oslo (39 prosent). Det er i Nord-Norge at andelen aktive er lavest (31 prosent).

Ser vi på de som opplever hindringer i å delta i sports- eller idrettsaktiviteter er bildet som under. Det er i Akershus og Oslo (64 prosent) at flest opplever hindringer, og i Agder og Rogaland (54 prosent). Det er i disse to landsdelene at deltakelsen i sports- og idrettsaktiviteter også er høyest. En kan spørre seg om disse to landsdelene har flere hindringer i forhold til sports- eller idrettsaktiviteter, eller om det handler om en relativ forskjell som følge av at deltakelsen er høy.

Tabell 5.22. Andel som opplever hindringer i å delta i sports- eller idrettsaktiviteter (siste 12 mnd.) etter landsdel. Personer med funksjonsnedsettelse og befolkningen for øvrig. Prosent. LKU 2015.

	Funksjons- nedsettelse	Øvrig befolkning	Differanse
Akershus og Oslo	64	22	42
Hedmark og Oppland	43	23	20
Østlandet ellers	47	23	24
Agder og Rogaland	54	23	31
Vestlandet	44	19	25
Trøndelag	47	20	27
Nord-Norge	46	19	27
Totalt	49	21	28
N	(720)	(3823)	

Deltakelse i fritidsaktiviteter kan også handle om å dra på utflukter, helgeturer eller ferieturer med andre. Selv om 86 prosent av funksjonshemmede gjør dette, er det i mindre grad enn den øvrige befolkningen (91 prosent).

Tabell 5.23. Andel som har vært på utflukter, helgeturer, ferieturer sammen med andre siste 12 mnd. etter landsdel. Personer med funksjonsnedsettelse og befolkningen for øvrig. Prosent. LKU 2015.

	Funksjons- nedsettelse	Øvrig befolkning	Differanse
Akershus og Oslo	85	93	8
Hedmark og Oppland	88	89	1
Østlandet ellers	85	91	6
Agder og Rogaland	90	92	2
Vestlandet	84	90	6
Trøndelag	88	92	4
Nord-Norge	86	88	2
Totalt	86	91	5
N	(1112)	(7052)	

Fordelingen på landsdeler viser at det er relativt små variasjoner mellom de ulike landsdelene. Det er i Agder og Rogaland (90 prosent) at flest drar på turer, mens det er noen færre som gjør dette på Vestlandet (84 prosent) og Østlandet ellers (85 prosent).

Andre fysiske omgivelser og friluftsområder

Det å komme seg ut i skog og mark, og det å ha et aktivt friluftsliv kan ha en positiv effekt på helse og velvære. Tilrettelegging av friluftaktiviteter er derfor viktig for at personer med funksjonsnedsettelse skal ha gode muligheter for å komme seg ut i naturen, og kunne delta i ulike friluftaktiviteter. Dette fordrer at friluftsområder gjøres tilgjengelig og at det tilrettelegges i de fysiske omgivelsene slik at de også kan brukes av funksjonshemmede.

Levekårsdata har begrenset informasjon om tilrettelegging av fysiske omgivelser og friluftsområder. Det finnes noe informasjon om hvordan omgivelsene er tilrettelagt i forhold til adkomst til og rundt boligen i LKF2017. Det er få som oppgir at de bor i en bolig det er vanskelig å komme seg inn eller ut av. Nær 4 prosent av alle med nedsatt funksjonsevne har vansker med å komme seg inn eller ut av bygningen de bor i, og hovedsakelig skyldes dette dørterskler, trapper, trinn, bratte partier, grus eller kantstein (Molden mfl. 2009).

Norges kartverk har på sitt nettsted *Norgeskart.no* gjennomført kartlegginger av tilgjengeligheten på ulike steder i Norge. Dette er primært et verktøy som viser tilgjengeligheten på tettsteder og i friluftsområder rundt omkring i landet. I denne sammenhengen nevnes det fordi dette er et visuelt verktøy som viser hvor fysiske omgivelser og friluftsområder er gjort tilgjengelig, og derigjennom kan gi en indikasjon på hvordan tilgjengeligheten kan variere geografisk i landet. Tilgjengelighetstiltak er markert på norgeskartet med markører, og hvor man kan undersøke nærmere helt inn til hva hvert enkelttiltak er. Kartet deler ikke landet inn i landsdeler, men man kan se kart over hele Norge, eller gå nærmere inn på ulike steder og helt ned på ganske detaljerte områder.

Verktøyet deler ikke inn i landsdeler slik vi har gjort i denne analysen, men man får et visuelt inntrykk av hvor i landet det er utført og gjennomført tilgjengelighetstiltak. Et umiddelbart inntrykk av dette digitale verktøyet viser at tettheten i tilgjengelighetstiltak er høyere i urbane strøk enn rurale strøk. Med forbehold om at dette handler om hvor god kartleggingen er utført over hele landet, viser det at fysiske omgivelser og friluftsområder i større grad er gjort tilgjengelig i urbane strøk og der hvor befolkningstettheten er størst.

Nettstedet er interaktivt og man kan ved å se på et kart over Norge få fram tilgjengelige tettsteder og friluftsområder. Ved å zoome seg nærmere inn i detalj på nærområder for å se hvordan tilgjengeligheten og tilretteleggingen er på ulike tettsteder med hensyn til rullestolbruk, bruk av elektrisk rullestol eller for synshemmede. Kartet illustrerer hvordan vei, parkeringsområder, HC-parkering eller inngang til bygg er tilrettelagt eller tilgjengeliggjort for bevegelseshemmede eller synshemmede.

Tilsvarende kan man se hvordan friluftsområder er tilrettelagt for bruk av rullestol, elektrisk rullestol eller synshemmede. Dette gjelder tilgjengelighet til turvei, baderampe, fiskeplass, friluftsområde, turisthytte, gapahukhytte, grillbål plass, sittegruppe, toalett ol. i tillegg til HC-parkering og parkeringsområder.

Oppsummering og vurdering

Gjennom en reanalyse av levekårsdata har vi i dette kapitlet undersøkt geografiske levekårsvariasjoner for personer med nedsatt funksjonsevne. Framgangsmåten har vært å se nærmere på et utvalg indikatorer innenfor noen av de mest sentrale levekårsområdene. Disse indikatorene er valgt ut basert på de mulighetene som er gitt i levekårsundersøkelsenes datagrunnlag. Datamaterialet har begrensninger i forhold til å dele inn i geografiske områder, og vi har derfor brukt landsdel og tettstedsstørrelse som inndelinger for å få fram et geografisk sammenligningsgrunnlag. De levekårsområdene som her er valgt ut og undersøkt nærmere anses som sentrale for å belyse levekårene til funksjonshemmede og er sysselsetting, utdanning, bolig, helse, transport, familie og sosiale nettverk, trygghet, diskriminering, kultur- og fritidsdeltakelse, fysisk omgivelser og friluftsområder.

Oppsummert gir disse analysene et generelt inntrykk av at personer med funksjonsnedsettelse jevnt over har dårligere levekår enn den øvrige befolkningen. Det er så å si gjennomgående at personer med funksjonsnedsettelse skårer dårligere for alle indikatorene som her er brukt. Dette er verken nytt eller oppsiktsvekkende, og føyer seg inn i en rekke studier som viser at funksjonshemmede som gruppe kommer dårligere ut levekårsmessig enn de uten funksjonsnedsettelser (se f.eks. Kittelsaa mfl. 2015). Selv om dette ikke har vært denne studiens primære fokus er likevel denne rapporten nok et bidrag til dokumentasjon på at funksjonshemmede som gruppe generelt henger etter i levekårsutviklingen i Norge.

Analysenes primære hensikt har vært å se om det finnes geografisk levekårsvariasjon blant personer med nedsatt funksjonsevne. Dette gjennom å sammenligne ulike levekårsindikatorer innenfor geografisk avgrensede områder i Norge. Resultatene sett under ett viser at det ikke er store variasjoner ut i fra de geografiske inndelingene som her er benyttet. Hovedsakelig er landsdel brukt for å dele landet inn i ulike geografiske områder, og hvor sammenligningsgrunnlaget er syv landsdeler. I tillegg har vi brukt tettstedsstørrelse som et sammenligningsgrunnlag, fortrinnsvis der hvor vi ikke har hatt mulighet til å dele inn i landsdeler (LKF2007).

I gjennomgangen av resultatene er det vanskelig å se at det er store levekårsforskjeller mellom de geografiske områdene som her undersøkt. Resultatene viser at mye er ganske likt og at forskjellene er små. Likevel kan man se en viss variasjon innenfor enkelte tematiske områder. Det generelle inntrykket er derfor at det ikke er grunnlag for å si at det kommer fram et mønster eller en tendens til systematiske levekårsvariasjoner for personer med funksjonsnedsettelser i ulike landsdeler eller etter bostedets tettstedsstørrelse. Om dette skyldes at det faktisk ikke er variasjon i levekårene, eller om det kan ha med at datagrunnlaget som her er brukt ikke godt nok til å fange opp en eventuell variasjon, er vanskelig å si. For å svare på dette trengs enten ytterligere og grundigere undersøkelser, fortrinnsvis på andre data og med muligheter for å gjøre mer detaljering i geografisk inndeling i områder som sammenlignes.

Til tross for små forskjeller så vil vi trekke fram noen tendenser som kan leses ut av resultatene. Det er to landsdeler man kan vie litt ekstra oppmerksomhet ut fra dette. Landsdelen Østlandet ellers skårer relativt sett dårlig på mange av levekårsindikatorerne sammenlignet med de andre landsdelene. Dette handler om at landsdelen jevnt over skårer lavt på en del av levekårsindikatorerne. Det er ikke lett å peke på hva årsaken til dette er, og vi skal være forsiktig med å spekulere i hvorfor landsdelen i mange sammenligninger ligger i det nedre sjiktet blant landsdelene. En mulig forklaring kan være at deler av landsdelen ligger tett på og i randsonen av hovedstadsområdet. Vi har ikke grunnlag for å si at noen velger eller er tvunget til å bosette seg utenfor hovedstaden som følge av høye boligpriser, press i arbeidsmarkedet osv., men det kan være en plausibel forklaring både for personer med funksjonsnedsettelse og andre, og sees i sammenheng med levekårene.

Det er også verd å trekke fram Akershus og Oslo som en landsdel med noen særtrekk, og som i denne gjennomgangen viser seg ofte å komme relativt dårlig ut sammenlignet med andre landsdeler (som f.eks. for yrkesdeltakelse, helsetilstand, engstelse, diskriminering, naboskap). Noe av dette kan henge sammen med at landsdelen inngår i hovedstadsområdet, noe som også kan medføre en viss opphopning av levekårsutfordringer. På motsatt side er dette et område med et godt utbygd kollektivtilbud, et omfattende kulturtilbud, aktivitetstilbud osv., noe som gir mange muligheter. En kan merke seg at resultatene fra denne analysen kan tyde på en polarisering blant funksjonshemmede i Akershus og Oslo sammenlignet med andre landsdeler. Et tegn på dette finner man om man ser på inntektsfordelingen blant funksjonshemmede. Her er andelen som ligger i den laveste inntektsgruppen høyest, men også andelen i den gruppen med mest inntekt. Sett i lys av at andelen yrkesaktive i landsdelen er lav sammenlignet med andre landsdeler kan dette indikere at det blant personer med funksjonsnedsettelse i Akershus og Oslo er en tendens mot større polarisering av levekårene innad blant funksjonshemmede.

Datagrunnlaget brukt til reanalysene har hatt begrensninger. Dette har spesielt handlet om mulighetene til å dele inn i geografisk avgrensede områder. Det er uvisst om dette har ført til for grove geografiske inndelinger, og ført til at man ikke klarer å fange opp eventuelle variasjoner i levekår. I tillegg har analysene hatt begrensninger i det å undersøke variasjoner i knyttet til kommunale tjenestetilbud, noe som kan være av betydning for funksjonshemmedes levekår. Vi vil anta at data fra offentlige registre eller kommunal rapportering er bedre egnet som grunnlag til formålet om å få fram slik informasjon.

6. Avslutning

Formålet for denne rapporten har vært å framskaffe et bedre kunnskapsgrunnlag om geografiske levekårsvariasjoner for personer med funksjonsnedsettelse. Geografisk variasjon i levekårene for personer med nedsatt funksjonsevne har i liten grad blitt undersøkt tidligere, og hensikten med denne studien har derfor vært å få et bedre grunnlag for å si noe om levekårene for funksjonshemmede i Norge sett i et geografisk perspektiv.

Denne rapporten bygger på en todelt studie. For det første har vi hatt til hensikt å gjennomføre en litteraturstudie som kan syntetisere noe av den kunnskapen som allerede finnes i Norge om levekår for funksjonshemmede når geografi eller sammenligning av ulike områder inngår som del av studiene. I denne delen av rapporten har vi funnet fram til, og gått igjennom ulike studier og forskningsprosjekter som kan kaste lys over hvordan levekårene for personer med funksjonsnedsettelse kan variere i Norge. Dette med et mål om å finne fram til studier som har et geografisk perspektiv eller vinkling på funksjonshemmedes levekår.

For det andre har hensikten vært å få fram ny kunnskap om temaet gjennom å reanalysere tidligere levekårsdata, og da begrenset til å benytte eksisterende data fra levekårsundersøkelser. Målet med dette har vært å undersøke et utvalg av sentrale levekårsindikatorer for personer med nedsatt funksjonsevne, og i analysene se disse i sammenheng med geografiske avgrensede områder. Analysene har hatt som mål å undersøke om det finnes forskjeller i levekårene til funksjonshemmede ut i fra hvor i landet personer med funksjonsnedsettelse bor.

Funnene i denne studien kan oppsummeres i følgende hovedpunkter:

- Det er gjennomført få studier i Norge hvor levekår for personer med funksjonsnedsettelse og geografi er tematisert. Disse undersøkelsene er varierte med hensyn til omfang, metodisk tilnærming, avgrensning av målgruppen og tematiserte leveforhold, og funnene er derfor vanskelig å sammenligne på tvers av studiene.
- De studiene som finnes tar for seg geografisk avgrensede områder og undersøker levekårene for funksjonshemmede innenfor disse. Sammenligninger med andre geografiske områder er stort sett fraværende, og de studiene som finnes bidrar derfor lite til formålet om å gjøre sammenligninger på tvers av geografiske områder for å si noe om eventuelle levekårsforskjeller for funksjonshemmede.
- Resultatene fra analyser av levekårsdata viser at det er marginale geografiske levekårsforskjeller for funksjonshemmede fordelt etter landsdel eller tettstedsstørrelse. Mye viser seg å være ganske likt fordelt, og forskjellene i levekår er relativt små. Det er derfor ikke grunnlag for å si at det er tydelige

levekårsvariasjoner for personer med funksjonsnedsettelse i landet når vi ser dette i sammenheng med landsdeler eller tettstedsstørrelser.

- Analysene avdekker at det er marginale forskjeller mellom landsdeler, og at sett under er forskjellene relativt små. Vi har heller ikke grunnlag for å si at det finnes klare mønster eller tydelige tendenser til systematiske levekårsforskjeller for personer med funksjonsnedsettelse mellom landsdelene.
- Resultatene viser at det er grunn til å vie litt ekstra oppmerksomhet på landsdelene Østlandet ellers (Østfold, Vestfold, Buskerud og Telemark) og Akershus og Oslo. Disse geografiske områdene ligger oftest i det laveste sjiktet på en del levekårsindikatorer sammenlignet med de andre landsdelene. En videre analyse av noen utvalgte variabler kan gi et bedre grunnlag for å si noe om hvorfor det er slik at disse landsdelene skårer lavt på flere av levekårsindikatorer.
- Personer med funksjonsnedsettelse har jevnt over dårligere levekår sammenlignet med de uten funksjonsnedsettelse, noe som gjelder uavhengig av geografisk tilhørighet.

Summen av disse funnene er at vi i denne studien ikke har grunnlag for å si at det er tydelige eller systematiske geografiske levekårsforskjeller for personer med funksjonsnedsettelse i Norge. Samtidig er det viktig å påpeke at denne studien kan ha hatt noen begrensninger i data som gjør at man antakelig ikke klarer å få fram eventuelle levekårsforskjeller godt nok. Grunnen til dette kan ligge i levekårsdataene. De geografiske variablene som er tilgjengelige i levekårsdataene er av anonymitetshensyn ganske grove, og gir kun muligheter til å dele inn befolkningen etter landsdel eller tettstedsstørrelse. Vi kan ikke utelukke at dette gjør det vanskelig å få fram en eventuell geografisk variasjon i levekårene godt nok, og inndelingen av store geografiske områder som landsdel kan dekke over eller utjevner mulige forskjeller som kunne kommet fram dersom den geografiske inndelingen var mer detaljert.

Videre har datamaterialet begrensninger rundt det å si noe om tjenestetilbudet som gis lokalt, eksempelvis tjenester som gis på kommunalt nivå. Slike tjenester kan ha stor betydning for funksjonshemmedes livssituasjon, og også levekårene. I denne rapporten undersøker vi ikke mulige variasjoner i det kommunale tjenestetilbudet overfor personer med nedsatt funksjonsevne, primært fordi datagrunnlaget valgt for studien ikke gir anledning til det.

For å belyse eventuelle variasjoner i kommunalt tjenestetilbud bør man derfor vurdere å se nærmere på hvilke muligheter som finnes ved å bruke andre kilder til analyseformål enn data fra levekårsundersøkelser. Dette kan være kilder som offentlige og nasjonale registre, og som inneholder en betydelig mengde med informasjon med relevans for levekår, enten direkte eller indirekte.

Til dette formålet finnes flere aktuelle registre som kan vurderes, som eksempelvis registre som FD-Trygd, IPLOS, KPR, KOSTRA, NPR. Men det å bruke slike registerdata har også

noen implikasjoner. Vi vet fra andre studier at bruk av registerdata til formålet om å se på levekår for personer med funksjonsnedsettelse har visse begrensninger (se f.eks. Kittelsaa mfl. 2015, Molden mfl. 2016). Dette handler som oftest om mulighetene for, eller vansker med å skille ut personer med nedsatt funksjonsevne som en egen gruppe innenfor registrene. Registerdata kan derfor ha mest nytte til formålet om å si noe om hva som ytes av tjenester, for eksempel på kommunalt nivå, og videre belyse eventuelle variasjoner av hva personer med nedsatt funksjonsevne har av tjenestetilbud rundt om i landet. Og dette kan, enten direkte eller indirekte, bidra til å illustrere geografiske variasjoner av betydning for livs- og levekårene for funksjonshemmede på forskjellige steder i Norge.

Referanser

- Andersen, P.L. & Sandlie, H.C. (2016): *Osloundoms bosituasjon og levekår – sosiale og geografiske forskjeller Oversikt over spørsmål om bosituasjon fra Ung i Oslo 2015*. Notat. Oslo: NOVA
- Bengtsson, S. (1997): *Handicap og funksjonshemming i halvfemserne*. SFI-rapport 97:1. København: Socialforskningsinstituttet
- Bjørshol, E. (2008): *Levekårsundersøking blant personar med nedsett funksjonsevne 2007. Dokumentasjonsrapport 2008/65*. Oslo: Statistisk sentralbyrå
- Bliksvær, T. & Gjertsen, H. (2015): *Levekår i Bodø 2014*. Notat. Bodø: Nordlandsforskning
- Bø, T. P. & Håland I. (2016): *Funksjonshemma på arbeidsmarknaden i 2016. Rapport 2016/33*. Oslo: Statistisk sentralbyrå
- Edin-Liljegren, A. & Flykt, K. (2017): *Förutsättningar och villkor för samer med funktionsnedsättning i de samiska förvaltningskommunerna i Sverige*. Stockholm: Nordens Välfärdscenter
- Fylling, I., Bliksvær, T., Gjertsen, H. & Lundhaug, K. (2014): *Levekår og livskvalitet i Nordland, 2014*. Bodø: Nordlandsforskning
- Gjertsen, H., Melbøe, L., Fedreheim, G.E. & Fylling, I. (2017): *Kartlegging av levekårsituasjonen til personer med utviklingshemming i samiske områder*. Tromsø: Norges Arktiske Universitet, Avd. for vernepleie Campus Harstad
- Grönvik, L. (2007): *Definitions of Disability in Social Sciences. Methodological Perspectives*, Acta Universitatis Upsaliensis, Digital Comprehensive Summaries of Uppsala Dissertations from the Faculty of Social Sciences 29, Uppsala: Uppsala Universitet.
- Gustavsen, K. & Sannes, J. (2009): *Kartlegging av levekår i Skien*. Skien: Telemarksforskning
- Hanssen, J.-I., Bliksvær, T. & Berg, E. (2003): *Funksjonshemmet i Nordland*. Bodø: Nordlandsforskning
- Hokkanen, L. (2017): *Experiences of inclusion and welfare services among Finnish Sámi with disabilities*. Stockholm: Nordic Welfare Centre (Nordens Velferdssenter)
- Isungset, M. A. & E. S. Lunde (2017): *Levekårsundersøkelsen om helse 2015. Dokumentasjonsrapport. Notater 2017/9*. Oslo/Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå

- Johanson, S. (1970): *Om levnadsnivåundersökongen. Låginkomstutredningen*. Stockholm: Almenna Förlaget
- Jørgensen, S. (1998): Geografisk mønstre for helse, levekår og helsetjenester i Norge. *Norsk Epidemiologi*, 8 (1): 91-98
- Kittelsaa, A. S. Wik & J. Tøssebro (2015): *Levekår for personer med nedsatt funksjonsevne: Fellestrekk og variasjon*. Trondheim: NTNU Samfunnsforskning
- Lie Andersen, P. & Sandlie, H.C. (2016): Osloungdoms bosituasjon og levekår – sosiale og geografiske forskjeller. Oversikt over spørsmål om bosituasjon fra Ung i Oslo 2015. Oslo: NOVA
- Melbøe, L., B.E. Johnsen, G.E. Fedreheim & K.L. Hansen (2016): *Situasjonen til samer med funksjonsnedsettelse*. Stockholm: Nordens Välfärdscenter
- Molden, T. H. & J. Tøssebro (2009): Definisjoner av funksjonshemming i empirisk forskning. I J. Tøssebro (red.): *Funksjonshemming - politikk, hverdagsliv og arbeidsliv*. Oslo: Universitetsforlaget
- Molden, T. H., C. Wendelborg & J. Tøssebro (2009): *Levekår blant personer med nedsatt funksjonsevne. Analyse av levekårsundersøkelsen blant personer med nedsatt funksjonsevne*. Trondheim: NTNU Samfunnsforskning
- Molden, T. H. og J. Tøssebro (2011): Disability Measurements: impact on research results. *Scandinavian Journal of Disability Research*, 2011: 11-18, iFirst article
- Molden, T. H. (2012): *Funksjonshemming - definisjoner, operasjonaliseringer og konsekvenser i empirisk forskning*. Doktoravhandling ved NTNU 2012:249. Trondheim, NTNU.
- Molden, T. H. og J. Tøssebro (2013): Yrkesdeltakelsen blant personer med nedsatt funksjonsevne 1973-2010. *Tidsskrift for Velferdsforskning*, vol. 16, nr. 1 (2013)
- Molden, T. H., C. Wendelborg og J. Tøssebro (2016): *Bruk av statistiske indikatorer i rapportering til CRPD*. Trondheim: NTNU Samfunnsforskning
- Nadim, M. (2008): *Levekår i Groruddalen*. Oslo: Fafo
- Nielsen, R.A. (2013): *Levekårsutfordringer i Sandefjord*. Oslo: Fafo

Nordland fylkeshelsetjeneste: Helseatlas for Nord-Norge.

<https://www.nfk.no/tjenester/folkehelse/helseatlas-for-nord-norge-nettside-lansert.83849.aspx> (lastet 24.10.2017)

NOU 2001:22 (2001): *Fra bruker til borger. En strategi for nedbygging av funksjonshemmende barrierer*. Oslo: Sosial- og helsedepartementet

Revold, M. K. & A. Holmøy (2016): Levekårsundersøkelsen EU-SILC 2015. Tema: boforhold, utsatthet og uro for lovbrudd. Dokumentasjonsnotat. *Notater 2016/03*. Oslo/Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå

Sandbu, N. (2009): Langstrakt land – ulik livskvalitet. *Samfunnsspeilet 5-6*. Oslo: Statistisk sentralbyrå

Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering: Helseatlas. Helseatlas.no (lastet 24.10.2017)

Tøssebro, J. (2010): *Hva er funksjonshemming?* Oslo: Universitetsforlaget

Uttjek, M. (2016): *Levnadsförhållanden bland samer med funktionsnedsättning i Sverige*. Stockholm: Nordens Välfärdscenter

