



IDRÆT, FRITID OG HELBRED FOR MENNESKER MED FUNKTIONSNEDSÆTTELSE

Karsten Østerlund, Kamilla Ryding og Ejgil Jespersen

2014:9



Idræt, fritid og helbred for mennesker med funktionsnedsættelse

Karsten Østerlund

Kamilla Ryding

Ejgil Jespersen

Idræt, fritid og helbred for mennesker med funktionsnedsættelse

Karsten Østerlund, Kamilla Ryding og Ejgil Jespersen
Center for Handicap og Bevægelsesfremme,
Institut for Idræt og Biomekanik, Syddansk Universitet

Udgivet 2014

ISBN 978-87-93192-13-3

Serie: Movements, 2014:9

Serieudgiver: Institut for Idræt og Biomekanik

Forsidefoto: Getty Images

Forsidelayout: UniSats

Opsætning: Lone Bolwig

Tryk: Print & Sign, Odense

Indholdsfortegnelse

Indledning og sammenfatning	5
Metode	8
Datagrundlaget	8
Spørgeskemaet.....	9
Analyser	11
De uafhængige variable.....	12
Handicap og funktionsnedsættelse	13
Forekomst af de tre typer af funktionsnedsættelser	16
Idræt	19
Generelt om idræt	19
Idræt og funktionsnedsættelse.....	23
Forklaringer på forskelle i idræt	27
Fritid	34
Generelt om fritid	35
Fritid og funktionsnedsættelse	40
Forklaringer på forskelle i fritid	43
Helbred	47
Generelt om helbred.....	47
Helbred og funktionsnedsættelse	52
Forklaringer på forskelle i helbred.....	55
Litteraturliste	60
Bilag	64
Bilag 1 – deskriptiv statistik på de uafhængige socioøkonomiske variable	64
Bilag 3 – besvær ved livet.....	67
Bilag 4 – overlap mellem handicap, helbredsproblemer og psykiske lidelser.....	68
Bilag 5 – inklusion af mennesker med funktionsnedsættelse i idrætten	69
Bilag 6 – faktoranalyse på fritid.....	70

Indledning og sammenfatning

Denne rapport er ikke den første, der interesserer sig for mennesker med funktionsnedsættelse, deres levevilkår og deres deltagelse i hverdags- og fritidslivet. På den måde er rapportens tema ikke unikt. Når rapporten alligevel bidrager med væsentlig ny indsigt på området, sker det med udgangspunkt i analyser, der bygger på et meget stort datamateriale, som, fordi det inkluderer både mennesker med og uden funktionsnedsættelse, er velegnet til at analysere betydningen af funktionsnedsættelse. Datamaterialet er tilvejebragt af SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd, som derfor fortjener en stor tak for at have muliggjort rapporten.

Rapporten skiller sig ud fra mængden ved at levere en hidtil uset grundig analyse af betydningen af funktionsnedsættelse på tre udvalgte områder – idræt, fritid og helbred. Idræt indgår som et særskilt fokusområde, fordi der er en udbredt mangel på viden om betydningen af funktionsnedsættelse for såvel hyppighed af deltagelse i idræt som organiseringen heraf. Det samme gælder til dels for fritid, hvor den store mangfoldighed af deltagelsesformer, som indgår i undersøgelsen, gør det muligt at skelne mellem betydningen af funktionsnedsættelse for deltagelsen på en række forskellige områder. Helbred indgår som det sidste fokusområde, fordi ulighed i sundhed ofte bliver forbundet med sociale uligheder som følge af fx uddannelse, indtægt, beskæftigelse og lign. Ved at inddrage funktionsnedsættelse tilføjer rapporten et mindst ligeså væsentligt element til diskussionen om ulighed i sundhed.

Endelig bidrager rapporten ikke alene med procenttal for repræsentationen af mennesker med og uden funktionsnedsættelse i idræt og fritid, samt når det gælder helbred. Den tilføjer et element af proportionssans til diskussionerne ved at estimere befolkningstal for graden af inklusion af mennesker med funktionsnedsættelse i idræts- og fritidsliv.

Funktionsnedsættelse er i rapporten underopdelt i tre former: 1) et længerevarende fysisk handicap, 2) et længerevarende fysisk helbredsproblem og 3) en psykisk lidelse. Det sker med udgangspunkt i den måde, der er spurgt i undersøgelsen, hvor det netop er ud fra de betegnelser, voksne danskere har skullet vurdere, om de har en funktionsnedsættelse. Den substantielle begrundelse for at bibeholde denne skelnen i rapporten er, at handicap i daglig tale fortrinsvist associeres med fysiske fejl og mangler, der indebærer aktivitetsbegrænsninger, og ikke så meget med konsekvenser af fysiske helbredsproblemer (kroniske sygdomme) og psykiske lidelser.

Rapporten præsenterer generelle tendenser i den voksne befolkning på hvert af de tre hovedområder – idræt, fritid og helbred. Derudover bidrager rapporten med viden om betydningen af funktionsnedsættelse og socioøkonomiske forhold og medvirker dermed til at nuancere de generelle tendenser. Tabel 1, som er placeret til sidst i dette kapital, præsenterer rapportens væsentligste resultater i tråd med ovenstående opdeling i generelle tendenser, betydningen af funktionsnedsættelse og betydningen af socioøkonomiske forhold. I det følgende bliver enkelte centrale pointer om betydningen af funktionsnedsættelse fremhævet.

Når det gælder deltagelse i idræt viser rapporten, at mennesker med funktionsnedsættelse er mindre tilbøjelige til at dyrke idræt end mennesker uden. Sammenhængen er dog på ingen måde deterministisk. Faktisk er rigtig mange mennesker med funktionsnedsættelse idrætsaktive. Således er 645.000 mennesker med en mindre eller større funktionsnedsættelse idrætsaktive, og heraf dyrker de 265.000 foreningsidræt. Der sker med andre ord en 'stille

inklusion' i idrætten generelt og foreningsidrætten specifikt. Det samme er tilfældet i motionscentre, som faktisk er den idrætsarena, der, sammen med idræt på egen hånd, ser ud til at være mest tilgængelig for mennesker med funktionsnedsættelse.

Således er der nok barrierer for deltagelse i idræt, men ikke barrierer som forhindrer flertallet af mennesker med funktionsnedsættelse i at være idrætsaktive. Der ser med andre ord ud til at være gode muligheder for yderligere inklusion af mennesker med funktionsnedsættelse i den almindelige idræt, hvad enten den foregår på egen hånd, i et motionscenter eller i en forening. Der vil stadig kunne være behov for segregerede handicapidrætstilbud i regi af foreninger under Dansk Handicap Idræts-Forbund (DHIF), som i dag tæller rundt regnet 10.000 aktive, men det store flertal af mennesker med funktionsnedsættelser foretrækker inklusion i den almindelige idræt.

Når det gælder deltagelse i fritidslivet ligner resultaterne på mange måde de idrætsspecifikke. Funktionsnedsættelse har generelt en svag negativ effekt på deltagelsen, men i særlig høj grad på det, der i rapporten bliver betegnet som uformelle former for deltagelse. Hertil hører det samvær med venner, bekendte og familie, som foregår uden for organiserede rammer i fx en forening eller en frivillig organisation. Derimod er funktionsnedsættelse ikke i samme grad hæmmende for de formelle samværsformer i foreninger og organisationer. Mennesker med handicap og helbredsproblemer er ligefrem en smule mere tilbøjelige til at deltage i formelle sider af fritidslivet end mennesker uden funktionsnedsættelse. Mennesker med psykiske lidelser er den gruppe, der er mindst deltagende i fritidslivet. Noget som gør sig gældende både i formelle og uformelle former for deltagelse.

Hvor der var tale om svage negative effekter af funktionsnedsættelse på deltagelsen i idræt og forskellige fritidsaktiviteter, er sagen en anden, når det gælder selvvurderet helbred. Mennesker med funktionsnedsættelse vurderer således deres helbred til at være markant dårligere end mennesker uden funktionsnedsættelse. Den negative effekt som følge af funktionsnedsættelse er tilmed langt større end effekten af socioøkonomiske forhold, som ellers traditionelt er dem, der er blevet fremhævet i diskussioner om ulighed i sundhed. Resultaterne her viser, at mennesker med funktionsnedsættelse bærer klart den tungeste sundhedsbyrde.

Derudover viser resultaterne, at helbred overvejende bliver associeret med noget fysisk og ikke noget psykisk. Således er mennesker med handicap og helbredsproblemer mere tilfredse med deres liv end mennesker med psykiske lidelser på trods af, at mennesker med handicap og helbredsproblemer vurderer deres helbred til at være dårligere end mennesker med psykiske lidelser.

Resultaterne fortæller samlet set både en positiv og en negativ historie. Den negative er, at mennesker med funktionsnedsættelse oplever barrierer for deltagelse i idræts- og fritidslivet, ligesom de kæmper med dårligere helbred og mindre livstilfredshed. Den positive historie er, at mange mennesker med funktionsnedsættelse alligevel deltager aktivt i idræts- og fritidslivet og lever gode liv til trods for dårlige selvvurderede helbred. Således er der nok brug for politisk handling for at forbedre vilkårene for mennesker med funktionsnedsættelse, men resultaterne giver samtidig anledning til optimisme ved at vise, at der er potentiale for en høj grad af inklusion af mennesker med funktionsnedsættelse i ordinære idræts- og fritidstilbud.

Tabel 1. Oversigt over rapportens væsentligste resultater.

	Idrætsdeltagelse	Fritidsaktiviteter	Helbred
Generelle tendenser	<p>Idræt er i Danmark næsten for alle voksne</p> <p>Knap fire ud af fem voksne danskere (79 pct.) dyrker idræt</p> <p>Knap tre ud af fire (74 pct.) dyrker idræt på egen hånd</p> <p>Idræt i motionscenter har en højere andel af aktive (46 pct.) end idræt i idrætsforeninger (40 pct.)</p>	<p>Danskernes fritidsaktiviteter fordeler sig teoretisk og empirisk i to hovedgrupper: Uformelle og formelle</p> <p>Til de uformelle aktiviteter hører samvær med venner og bekendte og samvær med familie. Disse aktiviteter deltager danskerne hyppigst i</p> <p>Til de formelle aktiviteter hører deltagelse i foreninger, organisationer og frivilligt arbejde. Her er deltagelsen lavere end i uformelle aktiviteter, men dog stadig høj i international målestok</p>	<p>Hovedparten af danskerne er tilfredse med deres helbred</p> <p>Godt otte ud af ti (83 pct.) er overvejende tilfredse med deres liv</p> <p>Syv ud af ti er overvejende tilfredse med deres helbred</p> <p>Hver femte dansker lever med hyppige smerter</p>
Betydning af funktionsnedsættelse	<p>Funktionsnedsættelse har generelt en svag negativ effekt på idrætsdeltagelsen</p> <p>Psykiske lidelser er mest hæmmende for idrætsdeltagelsen, men forskellene til de andre former for funktionsnedsættelse er ikke store</p> <p>Foreningsidrætten inkluderer mange voksne med funktionsnedsættelse, men er relativt set dårligst til det. Inklusionen sker tilsyneladende lettere i motionscenter eller på egen hånd</p>	<p>Funktionsnedsættelse har generelt en svag negativ effekt på deltagelsen i fritidslivet</p> <p>Psykiske lidelser har den største negative effekt på deltagelsen i fritidslivet</p> <p>Det uformelle samvær med venner og bekendte bliver ramt hårdest af funktionsnedsættelse, mens de formelle bliver ramt mindre hårdt. Handicap og helbredsproblemer har ligefrem en positiv effekt på deltagelsen i formelle fritidsaktiviteter</p>	<p>Funktionsnedsættelse har generelt en stærk negativ effekt på helbredet</p> <p>Psykiske lidelser har en stærk negativ effekt på den generelle livstilfredshed, men kun en svag negativ effekt på selvvurderet helbred og smerter</p> <p>Handicap og til dels også helbredsproblemer har en stærk negativ effekt på selvvurderet helbred og smerter, men kun en svag negativ effekt på den generelle livstilfredshed</p>
Betydning af socioøkonomiske forhold	<p>Socioøkonomiske forhold har nogen betydning for idrætsdeltagelsen</p> <p>Alder har en negativ effekt på idrætsdeltagelsen, mens der generelt er en positiv effekt af uddannelse, beskæftigelse og indtægt</p> <p>Foreningsidrætten er den form for idræt, hvor socioøkonomiske forhold har mindst betydning for deltagelsen. Idræt i motionscenter er omvendt der, hvor socioøkonomiske forhold betyder mest</p>	<p>Socioøkonomiske forhold har nogen betydning for deltagelsen i fritidsaktiviteter</p> <p>Deltagelsen i fritidsaktiviteter falder med alderen, men stiger med uddannelse, beskæftigelse og indtægt, samt graden af urbanisering i lokalområdet</p> <p>Effekten af uddannelse, beskæftigelse og indtægt er størst i kontekst til de formelle aktiviteter, mens effekten på de uformelle aktiviteter er mere begrænset</p>	<p>Socioøkonomiske forhold har en meget begrænset betydning for helbredet</p>

Metode

Denne rapport tager sigte på at undersøge voksne danskeres idrætsdeltagelse, fritidsaktiviteter og helbred samt forskellene heri som følge af funktionsnedsættelse. Datagrundlaget er en stor spørgeskemaundersøgelse, der bærer navnet SHILD (*Survey of Health, Impairment and Living Conditions in Denmark*). Som navnet afslører, tager undersøgelsen sigte på bredt at afdække helbred, funktionsnedsættelse og levevilkår. Undersøgelsen er den nyeste i en række af studier, idet SFI, Det Nationale Forskningscenter for Velfærd, tidligere har gennemført undersøgelser med samme fokus i 1961, 1995 og 2006. Denne rapport anvender udelukkende data fra den nyeste undersøgelse, SHILD-undersøgelsen.

Datagrundlaget

SHILD-undersøgelsen blev gennemført fra oktober 2012 til februar 2013, overvejende i form af websurveys, som udgør godt fire femtedele (81 pct.) af det samlede antal besvarelser, men suppleret af telefoninterviews, som udgør den resterende femtedel (19 pct.). I begge tilfælde har respondenterne svaret på et omfattende spørgeskema, som berører en lang række emner, herunder bl.a. livskvalitet, helbred, handicap, personlighed, sundhedsadfærd, arbejdsliv, arbejdssevne, socioøkonomiske forhold, fritidsaktiviteter og diskrimination.

Spørgeskemaet er blevet sendt ud til et repræsentativt udsnit af voksne danskere i alderen 16 til 64 år. Det er foregået på den måde, at der fra CPR-registret er udtrukket en tilfældigt udvalgt stikprøve på 32.810 voksne danskere i den ønskede alder. Heraf endte 18.957 med at besvare spørgeskemaet, hvilket giver en pæn samlet svarprocent for undersøgelsen på 58 pct.

Udvælgelsesmetoden kombineret med det høje antal respondenter sikrer en høj grad af repræsentativitet i den udvalgte stikprøve. Erfaringer fra andre undersøgelser viser imidlertid, at det ikke er alle befolkningsgrupper, der er lige villige til at besvare spørgeskemaer. Denne undersøgelse er ingen undtagelse, hvorfor der er foretaget vægtning af data på en række kendte parametre. Det gælder for køn, alder, bopælsregion og indkomst.

Selv efter vægtning er der fortsat en overrepræsentation af personer med længerevarende uddannelser og personer, der ikke er i beskæftigelse. Omvendt er indvandrere og efterkommere underrepræsenterede. I den forbindelse er det dog vigtigt at bemærke, at forskellene mellem befolkning og stikprøve generelt er små.

Derudover må vi forvente en vis underrepræsentation af personer, der har en svær psykisk lidelse, hjerneskade eller udviklingshæmning. Dertil kommer personer, der er vanskelige at nå, fordi de bor på institutioner eller lever uden en fast bopæl. Vi må med andre ord forvente, at det har været svært for undersøgelsen at nå dele af målgruppen, særligt den del med svære funktionsnedsættelser.

Undersøgelsens potentiale ligger i, at den, qua det store og forholdsvis repræsentative udsnit af befolkningen, som indgår i undersøgelsen, bidrager med et solidt indblik i voksnes helbred, funktionsnedsættelse og levevilkår. Det store antal respondenter sikrer desuden, at der er tilstrækkeligt med respondenter med funktionsnedsættelser, herunder handicap, helbredsproblemer og psykiske lidelser, til at det er muligt at undersøge betydningen af funktionsnedsættelse, generelt og i de ovennævnte grupperinger, for idræt, fritid og helbred. En begrænsning ved undersøgelsen følger omvendt også af det brede fokus på voksne, som ikke åbner mulighed for at differentiere betydningen af forskellige former for funktionsnedsættelse ud over i de overordnede grupperinger, der er nævnt ovenfor.

Spørgeskemaet

Det er altid let at kritisere et spørgeskema, fordi det er så godt som umuligt at konstruere et perfekt spørgeskema. Der er utroligt mange hensyn at tage og kompromiser at indgå. I overvejelserne indgår bl.a. hensynet til muligheden for sammenligning med tidligere undersøgelser, hensynet til den samfundsmæssige kontekst, hensynet til målgruppen og ikke mindst hensynet til den måde, hvorpå spørgsmål bliver forstået forskelligt. Sidstnævnte er en markant udfordring for alle spørgeskemaundersøgelser, idet respondenter er markant sprogsensitive, hvilket betyder, dels at den konkrete formulering af spørgsmål kan påvirke respondenternes svar, dels at ikke alle respondenter forstår det samme spørgsmål på nøjagtig samme måde (Olsen, 2006).

Dertil kommer, at selvrapporterede mål for handlinger og holdninger er et vilkår for spørgeskemaundersøgelser. Anvendelsen af selvrapporterede mål er omdiskuterede, fordi vi, selv om vi spørger dem, der antageligt ved mest om deres egen livssituation, ikke kan vide os sikre på, at folk svarer ærligt eller er i stand til selv at vurdere deres nuværende livssituation på en 'korrekt' måde.

Nogle respondenter svarer i tråd med det, de tror, der bliver forventet af dem, snarere end det, der reelt afspejler deres handlinger eller holdninger. Ønsket om at svare i overensstemmelse med det, respondenterne opfatter som socialt acceptabelt, bliver i litteraturen om spørgeskemaundersøgelser omtalt som 'social desirability'. Et problem der har vist sig at spille en rolle i de fleste former for spørgeskemaundersøgelser, om end problemet generelt ser ud til at være mest udtalt ved interviews og mindst ved papirspørgeskemaer og websurveys. Desuden er socialt ønskelig svaradfærd særlig udbredt på følsomme områder (Bryman, 2004).

De to generelle udfordringer med hhv. socialt ønskelig og korrekt svaradfærd på den ene side og sprogsensitivitet på den anden bliver i det følgende anvendt som baggrund for en diskussion af de muligheder og begrænsninger, som er til stede ved anvendelsen af det spørgeskema, der indgår i SHILD-undersøgelsen, og som dermed har relevans for denne rapports analyser og konklusioner.

Når vi i denne rapport tager sigte på at kortlægge voksnes idrætsdeltagelse, deltagelse i fritidsaktiviteter og helbred, kan vi ikke udelukke, at nogle respondenter svarer påvirkede af ønsket om at svare socialt ønskeligt. Det kunne eksempelvis ske ved at rapportere en højere deltagelse i idræt og fritidsaktiviteter end den reelle samt måske også et bedre helbred (Jørgensen & Rosenlund, 2005). I og med at undersøgelsen overvejende er foretaget gennem websurveys og givet at idrætsdeltagelse og deltagelse i fritidsaktiviteter samt til dels også helbred for de fleste ikke vil være følsomme områder, må vi imidlertid antage, at det ikke er et stort problem.

Konkret i forhold til idræt, som er præget af forskelle i deltagelsen afhængig af kalenderåret, er det ydermere værd at bemærke, at undersøgelsen er foretaget i efterårs- og vinterhalvåret, hvor idrætsdeltagelsen traditionelt er lavere end i forårs- og sommerhalvåret. Noget som potentielt kan have haft en negativ effekt på den selvrapporterede hyppighed af idrætsdeltagelsen. I givet fald virker denne modsat eventuelle tendenser til overrapportering af idrætsdeltagelsen som følge af respondenteres ønske om at fremvise socialt ønskelig adfærd.

En anden dimension af de problemer, der kan være med selvrapporterede mål, handler om, hvorvidt respondenterne er i stand til korrekt at vurdere eksempelvis deres helbred og eventuelle funktionsnedsættelser. Analyser baseret på forskellige helbredsundersøgelser viser i den

forbindelse, at selv om der ofte bliver stillet spørgsmålstejn ved validiteten af subjektive mål for helbred, så er der generelt en god sammenhæng mellem såkaldte subjektive og objektive mål for helbred.¹ Det er derfor konklusionen, at de selvvalgte mål er meget anvendelige, når man skal kortlægge befolkningens helbredstilstand (Kristensen et al., 1998).

Fra at have skitseret og diskuteret problemer med socialt ønskelig og korrekt svaradfærd, vender vi nu fokus mod sprogsensitivitet. Som tidligere nævnt er sprogsensitivitet en udfordring i stort set alle spørgeskemaundersøgelser. Her vil vi dog koncentrere os om de særlige udfordringer, der er med den måde, respondenterne er blevet spurgt til deres idrætsdeltagelse, da der i spørgeskemaet ser ud til at være truffet nogle u hensigtsmæssige formuleringsmæssige valg.

Ud af de i alt fem spørgsmål, som er konstrueret til at undersøge idrætsdeltagelse, handler det ene generelt om deltagelse i sport eller motion, mens de fire andre søger at indkredse forskellige måder at dyrke idræt på. Den ene er idræt 'på egen hånd', som potentielt kommer til at fungere som en overordnet kategori, der indfanger stort set alle former for idrætsdeltagelse. Således vil idræt i et motionscenter i mange tilfælde foregå på egen hånd, og det samme gælder i nogle tilfælde også for idræt i idrætsforeninger. I det omfang respondenterne dyrker sin idræt på egen hånd, hvilket parentes bemærket godt kan foregå sammen med andre, så er der givetvis mange, der har rapporteret deltagelse her, selv om formålet med spørgsmålet var at indfange idrætsdeltagelse uden for idrætsforeninger og motionscentre.

I kontekst til sidstnævnte er det også u hensigtsmæssigt, at det spørgsmål, der har til formål at indkredse deltagelse i motionscentre indeholder tilføjelsen 'og lign.', for det er et åbent spørgsmål, hvad respondenterne har lagt deri og dermed inkluderet i deres besvarelse. Muligvis er problemet ikke stort, men vi kan reelt ikke vide det.

Endelig er der et spørgsmål, som forsøger at indkredse deltagelsen specifikt i handicapidrætsforeninger. Her er det dog problematisk, at der i stedet bliver spurgt til hyppigheden, hvormed respondenterne dyrker idræt i en 'handicapidrætsorganisation'. En handicapidrætsorganisation er således den overordnede organisatoriske enhed, som samler en stor del af handicapidrætsforeningerne i Danmark, men det er ikke en enhed, der selvstændigt udbyder handicapidræt. Det sker gennem medlemsforeningerne. Vi ved derfor ikke, om alle dem, der er aktive i en handicapidrætsforening, har rapporteret sig selv som aktive i det konkrete spørgsmål. Grundet den store usikkerhed om netop dette spørgsmål, er det udeladt af rapporten.

Betragtningerne omkring de konkrete spørgsmålsformuleringer, der omhandler idræt, illustrerer, hvordan det er vigtigt at formulere så præcise og entydige spørgsmål som muligt, da der ellers kan opstå tvivl om, hvad vi reelt måler. Nogle af betragtningerne er givetvis også relevante i kontekst til spørgsmålene omkring helbred og deltagelse i fritidsaktiviteter. Her tjener eksemplet med spørgsmålene angående idræt dog som en illustration på de generelle udfordringer.

Når man læser rapportens analyser og konklusioner, kan man med fordel have ovenstående udfordringer og diskussioner heraf in mente. Det gælder for udfordringerne med såvel socialt ønskelig og korrekt svaradfærd som sprogsensitivitet. I de følgende afsnit af rapporten vil spørgsmålene dog, uagtet de skitserede udfordringer, blive anvendt som grundlag for ana-

1 Analyserne viser desuden at det vanskeligt lader sig gøre at skelne mellem subjektive og objektive mål, da selv såkaldt objektive lægefaglige diagnoser har en subjektiv dimension i form af den lægelige vurdering (Kristensen, Bjørner, Smith-Hansen, Borg, & Skov, 1998).

lyser af voksne danskeres idrætsdeltagelse, deltagelse i fritidsaktiviteter og helbred. Det sker, fordi spørgsmålene i altovervejende grad er velegnede hertil og giver et solidt indblik heri uagtet de udfordringer, der måtte være med enkelte spørgsmål.

Analyser

Rapporten er inddelt således at hvert af de tre hovedafsnit, som indeholder analyser af hhv. idrætsdeltagelse, deltagelse i fritidsaktiviteter og helbred, først indeholder frekvensfordelinger, dernæst krydstabeller og endelig regressionsanalyser. Frekvensfordelingerne har til formål at give et overblik over voksne danskeres idrætsdeltagelse, deltagelse i fritidsaktiviteter og helbred. De har form af enten tabeller eller forskellige typer af diagrammer. Krydstabellerne, som i de fleste tilfælde har karakter af figurer, har til formål at illustrere forskelle i deltagelsen mellem danskere henholdsvis med og uden forskellige former for funktionsnedsættelser.

Det gælder for frekvenstabellerne, såvel som for krydstabellerne, at procentfordelingerne ofte bliver suppleret af estimerede tal for antallet af mennesker, der fx tilhører forskellige helbredsgrupper eller besidder forskellige former for funktionsnedsættelser. De tal er behæftet med en vis usikkerhed, da de bygger på en omregning af knap 19.000 voksne danskeres besvarelser til tal for alle voksne i alderen 16-64 år. Ikke desto mindre er tallene det bedste bud, vi kan komme med på baggrund af data, og de er i mange tilfælde relevante som en påmindelse om, at selv små procenttal potentielt dækker over ganske mange mennesker.

Regressionsanalyserne har til formål at undersøge, hvor stor en del af forskellene mellem voksne med og uden funktionsnedsættelser, der skyldes de forskellige former for funktionsnedsættelser. I den forbindelse bliver socioøkonomiske forhold inddraget i analyserne for at kontrollere for indflydelsen herfra på sammenhængene mellem forskellige former for funktionsnedsættelser på den ene side og idrætsdeltagelse, deltagelse i fritidsaktiviteter og helbred på den anden. Derudover er det i sig selv interessant at undersøge, i hvilket omfang socioøkonomiske forhold spiller ind på voksnes idrætsdeltagelse, deltagelse i fritidsaktiviteter og helbred.

To typer af regressionsanalyser bliver anvendt i rapporten. I afsnittet om idrætsdeltagelse bliver en logistisk regressionsanalyse anvendt, og det, der bliver undersøgt, er således betydningen af funktionsnedsættelser for at være idrætsaktiv. Der bliver med andre ord ikke skelnet mellem grader af aktivitet, men udelukkende skelnet mellem idrætsaktive og ikke-idrætsaktive. Det sker ud fra en betragtning om, at det væsentligste i denne sammenhæng er at undersøge i hvor høj grad forskellige former for funktionsnedsættelser afholder voksne fra at være idrætsaktive, snarere end at finde ud af, om de bruger en time mere eller mindre på idræt end andre voksne.

I afsnittene om deltagelse i fritidsaktiviteter og helbred bliver lineære regressionsanalyser anvendt, og det, der bliver undersøgt, er således den indflydelse funktionsnedsættelser har på graden af voksnes deltagelse i fritidsaktiviteter og tilfredshed med deres selvvalgte helbredstilstand. Det sker ud fra en betragtning om, at det centrale her er forskelle i grader af tilfredshed med en helbredstilstand og grader af smerte snarere end en skelnen i henholdsvis godt og dårligt helbred eller sjældne og hyppige smerter. Analyserne på deltagelse i fritidsaktiviteter kunne meningsfuldt have været gennemført som logistiske regressionsanalyser, men i nogle tilfælde ville det have resulteret i en meget lille gruppe, der fx aldrig så sin familie og

sine venner og bekendte. Her er det mere hyppigheden af samværet, der er interessant.

I læsningen af regressionstabellerne er der truffet et generelt metodisk valg om at rapportere ustandardiserede regressionskoefficienter. Ulempen i forhold til standardiserede koefficienter er, at ustandardiserede koefficienter er vanskeligere at sammenligne, fordi de er afhængige af enhederne på både uafhængige og afhængige variable. Fordelen er omvendt, at de udtrykker ændringer i afhængige variable, som man substantielt kan tolke og forholde til de oprindelige enheder på variablene. Noget der er lagt stor vægt på i de tre afsnit med regressionsanalyser, da det ikke blot er vigtigt, om der er en signifikant sammenhæng mellem eksempelvis funktionsnedsættelse og helbred – det er mindst ligeså vigtigt at tolke på størrelsen af sammenhængen. Derudfra kan man slutte ikke kun om en sammenhæng er statistisk sikker, men også om den har praktisk betydning.

De uafhængige variable

I rapportens hovedafsnit, som omhandler idræt, fritid og helbred, bliver de variable, der senere bliver anvendt som afhængige variable i regressionsanalyserne, præsenteret. Det samme gør variablene for funktionsnedsættelse i det afsnit af rapporten, som tegner et generelt billede af udbredelsen af forskellige former for funktionsnedsættelser i den voksne danske befolkning. De socioøkonomiske forhold bliver ikke gennemgået særskilt, men i bilag 1 indgår en tabel, der præsenterer de uafhængige socioøkonomiske variable.

Efter denne kortfattede gennemgang af de væsentligste metodiske overvejelser i forbindelse med både undersøgelsen og rapporten, vender fokus nu mod substansen. I første omgang i form af en begrebsafklaring og en beskrivelse af udbredelsen af forskellige former for funktionsnedsættelser blandt voksne i alderen 16-64 år.

Handicap og funktionsnedsættelse

Ordet 'handicap' (eng. *disability*) er ved at blive udskiftet med ordet 'funktionsnedsættelse' (eng. *impairment*) som overordnet term for fejl og mangler ved kroppen, mens handicap i stedet (bare) bliver anvendt i samfundspolitiske sammenhænge eller omdøbt til 'funktionsnedsættelse'.

I en udredning fra Institut for Menneskerettigheder (Kofod Olsen, Liisberg, & Kærum, 2005) om personer med funktionsnedsættelser begrundes valget af ordet 'funktionsnedsættelse' frem for ordet 'handicap' således: *"Formålet med at anvende betegnelsen funktionsnedsættelse er at understrege, at der er tale om en bredt defineret gruppe af mennesker, som ikke begrænser sig til gruppen af personer med handicap, som denne betegnelse traditionelt er blevet forstået i Danmark. Ved at anvende begrebet 'funktionsnedsættelser' understreges endvidere, at der ikke behøver at være opstået aktivitets- eller deltagelsesbegrænsninger."*

Også i SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd er man overgået fra handicap (Bengtsson, 2008) til at anvende funktionsnedsættelse som generel term. Således rapporteres der på grundlag af SHILD-undersøgelsen om 'Hverdagsliv og levevilkår for mennesker med funktionsnedsættelse' (Damgaard, Steffensen, & Bengtsson, 2013).

I FN's handicapkonvention opereres der imidlertid både med handicap og funktionsnedsættelse på følgende måde: *"Personer med handicap omfatter personer, der har en langvarig fysisk, psykisk, intellektuel eller sensorisk funktionsnedsættelse, som i samspil med forskellige barrierer kan hindre dem i fuldt og effektivt at deltage i samfundslivet på lige fod med andre"*.²

Personer med en langvarig fysisk, psykisk, intellektuel eller sensorisk funktionsnedsættelse er altså ikke nødvendigvis personer med handicap, men bliver det såfremt en given funktionsnedsættelse indebærer barrierer for aktivitetsdeltagelse i samfundet. Det Centrale Handicapråd (2005) forbinder denne sondring mellem funktionsnedsættelse og handicap med et miljø- eller samfundsrelateret handicapbegreb og opstiller følgende ligninger (Wiederholt, 2005):

$$\begin{aligned} \text{Funktionsnedsættelse} + \text{Barriere} &= \text{Handicap} \\ \text{Funktionsnedsættelse} + \text{Kompensation} &= \text{Lige muligheder} \end{aligned}$$

Dette handicapbegreb kan også betegnes som både funktionalistisk og samfundspolitisk, idet det centrale ikke er den biologiske defekt eller funktionsnedsættelse i forhold til normalstandard, men den manglende funktion i samfundet og samfundets mulighed for at kompensere for dette funktionstab (Bøttcher & Dammeyer, 2010). Kompenseres der fuldt ud for funktionstab, er der ikke noget handicap tilbage, eller, udtrykt på en anden måde, i det fuldt tilgængelige samfund for alle er der ingen mennesker med handicap tilbage, men derimod nok mennesker med funktionsnedsættelser.

2 Læs mere om konventionsteksten her: <http://www.dch.dk/content/konventionsteksten>.

Regeringens handicappolitiske handleplan fra 2013 understreger dette perspektiv under overskriften: 'Et samfund for alle' (Regeringen, 2013). De kommunale handicapråd hævder også handicapbegrebet, og det samme gælder Danske Handicaporganisationer, der blev stiftet i 1934 som 'De Samvirkende Invalideorganisationer' og i dag dækker alle typer af handicap – også som følge af fysiske helbredsproblemer og psykiske lidelser.

Sondringen mellem handicap og funktionsnedsættelse er nærmere bestemt udtryk for henholdsvis en social model og en medicinsk model i handicap- og rehabiliteringsforskning. Når perspektivet er samfundsdeltagelse, er der en tilbøjelighed til at opfatte handicap som et samfundsskabt problem, der kræver samfundspolitiske løsninger inden for alle områder af det sociale liv. Det bliver derfor et politisk spørgsmål om holdninger, ideologi og menneskerettigheder. Heroverfor står et medicinsk perspektiv, der snarere vil anskue funktionsnedsættelse som et problem knyttet til individet og forårsaget af sygdom, skade eller andre helbredsforhold. Her bliver det i første række et spørgsmål om behandling med sigte på helbredelse eller personens tilpasning og adfærdsændring (ICF, 2003).

Terminologien kompliceres yderligere af, at handicapbegrebet er blevet afskaffet i den nye internationale WHO-klassifikation på området: *International Classification of Functioning, Disability and Health*, der på dansk er oversat til: *International Klassifikation af Funktionsevne, Funktionsevnenedsættelse og Helbredstilstand* (ICF, 2003). Her bliver 'disability' altså oversat til funktionsevnenedsættelse og ikke til handicap, som tilfældet er i handicapkommissionen.

Når sundhed og perfektion bliver målestokke i ICF, vil alle i en epidemiologisk kontekst kunne blive anset som 'mindre end perfekte' og udstyret med en eller flere ICF-funktionsevnenedsættelse(r) (Bickenbach, 2012; WHO/ESCAP, 2008). Denne problematik vil vi dog lade ligge i denne sammenhæng. Vigtigere er det at komme overens med den danske sprogbrug, der er benyttet i SHILD-spørgeskemaet om levevilkår, helbred og handicap.

De centrale spørgsmål, der bliver anvendt til at afgrænse mennesker med funktionsnedsættelse, er følgende to grupper:

- 1) *Har du et længerevarende fysisk helbredsproblem eller handicap? Er det et mindre helbredsproblem eller større helbredsproblem? Hvad er dit alvorligste fysiske helbredsproblem eller handicap?* Der skal her svares i forhold til 19 typer af helbredsproblemer eller handicap.
- 2) *Har du én eller flere psykiske lidelser? Er det en mindre psykisk lidelse eller større psykisk lidelse? Hvad er din alvorligste psykiske lidelse?* Der skal her svares i forhold til 9 typer af psykiske lidelser.

Selv om der i den første gruppe af spørgsmål spørges ind til handicap, bliver begrebet 'handicap' i undersøgelsens afrapportering (Damgaard et al., 2013) bare benyttet som paraplybetegnelse for tema, forskningsemne, politikområde osv., samt relateret til helbred, funktionsnedsættelse, funktionsevne og funktionshindring.

Et længerevarende fysisk helbredsproblem eller handicap bliver på den baggrund kaldt for en 'fysisk funktionsnedsættelse', mens én eller flere psykiske lidelser forbindes med en 'psykisk funktionsnedsættelse'. Når der er forskelle mellem personer med og uden funkti-

onsnedsættelse, peger det på, at personer med funktionsnedsættelse møder barrierer for samfundsdeltagelse, mens forskelle mellem personer med henholdsvis fysisk og psykisk funktionsnedsættelse tyder på, at barrierer for samfundsdeltagelse kommer til udtryk på forskellig vis.

Vi vil i denne rapport om idræt, fritid og helbred for mennesker med funktionsnedsættelse gå et skridt videre og skelne mellem tre typer af funktionsnedsættelser: 1) et længerevarende fysisk handicap, 2) et længerevarende fysisk helbredsproblem og 3) en psykisk lidelse. Begrundelsen er, at handicap i daglig tale (stadig) fortrinsvist associeres med fysiske fejl og mangler, der indebærer aktivitetsbegrænsninger, og (endnu) ikke så meget med konsekvenser af fysiske helbredsproblemer (kroniske sygdomme) og psykiske lidelser.

Her er en kort oversigt over de former for funktionsnedsættelser, der indgår i de tre hovedgrupper:

- 1) **Et længerevarende fysisk handicap** omfatter de personer, som har forbundet deres alvorligste fysiske helbredsproblem eller handicap med problemer med arme eller hænder, problemer med ben eller fødder, problemer med ryg eller nakke, blindhed eller synsnedsættelse trods briller eller kontaktlinser, døvhed, nedsat hørelse trods høreapparat eller Cochlear implant, talebesvær, udviklingshæmmethed, CP, spasticitet, hjerneskade eller ordblindhed.
- 2) **Et længerevarende fysisk helbredsproblem** omfatter de personer, som har forbundet deres alvorligste fysiske helbredsproblem eller handicap med hudlidelse, allergi, åndedrætsproblemer, problemer med hjerte, blodtryk eller kredsløb, problemer med mave, lever, nyrer eller fordøjelse, sukkersyge/diabetes, epilepsi, andre fremadskridende sygdomme, fx kræft, sklerose, hiv og Parkinsons syge
- 3) **Psykisk lidelse** omfatter de personer, som har forbundet deres alvorligste psykiske lidelse med brug af alkohol eller euforiserende stoffer som årsagen til lidelsen, stemmehøring, skizofreni og psykose, depression, mani og bipolar lidelse (manio-depressiv), stress, fobier, forskellige former for angst, OCD og posttraumatisk stresssyndrom (PTSD), personlighedsforstyrrelse, herunder borderline, autisme, Aspergers syndrom og lign., ADHD, ADD, og lign., spiseforstyrrelse eller anden psykisk lidelse.

Denne rapport går ikke i detaljer med de enkelte former for funktionsnedsættelser og henviser derfor i den forbindelse til SFI's rapport (Damgaard et al., 2013) samt til bilag 2, hvor fordelingen på de alvorligste funktionsnedsættelser er angivet. Her skal det dog kort nævnes, at de mest udbredte handicap er problemer med ryg eller nakke (48 pct.), problemer med ben eller fødder (28 pct.) eller problemer med arme eller hænder (15 pct.). De mest udbredte helbredsproblemer er problemer med hjerte, blodtryk eller kredsløb (22 pct.), sukkersyge/diabetes (18 pct.), problemer med mave, lever, nyrer eller fordøjelse (15 pct.), samt åndedrætsproblemer (13 pct.). Endelig er de mest udbredte psykiske lidelser depression, mani og bipolar lidelse (37 pct.), stress, fobier, angst, OCD og PTSD (32 pct.) og stemmehøring, skizofreni og psykose (10 pct.).

Ud over spørgsmål om forskellige former for funktionsnedsættelse bliver der i undersøgelsen også spurgt ind til hyppigheden af forskellige former for besvær ved livet. Hertil hører besvær relateret til både fysiske og psykiske forhold. En komplet oversigt over de forskellige

former for besvær indgår i bilag 3. Her skal det blot nævnes, at den mest udbredte form for besvær relaterer sig til at se, hvilket 34 pct. har mindre eller større besvær med. Derefter følger koncentrationsbesvær (16 pct.), besvær med at udføre husarbejde (10 pct.), besvær med at klare økonomiske anliggender og administrative opgaver (10 pct.) og besvær med at høre (9 pct.) som de mest udbredte former for besvær ved livet.

Besvær vil i rapporten ikke blive behandlet som en særskilt form for funktionsnedsættelse, da den går på tværs af de tre ovennævnte hovedgrupper – handicap, helbredsproblemer og psykiske lidelser. Derimod indgår besvær som en forklarende variabel i regressionsanalyserne senere i rapporten. Årsagen hertil er, at besvær indfanger såvel den gruppe af voksne, der har en funktionsnedsættelse og oplever at have besvær ved at udføre gøremål i hverdagen, som den gruppe, der oplever besvær uden at de betegner sig selv som mennesker med en funktionsnedsættelse. Særligt interessant er det at få den sidstnævnte gruppe med i analyserne, da man meget vel kunne forestille sig, at det besvær, de oplever i hverdagen, hæmmer deres idrætsdeltagelse og deltagelse i fritidslivet samt fører til dårligere selvvaluerede helbred på trods af, at de ikke ser sig selv som mennesker, der lever med en funktionsnedsættelse.

Forekomst af de tre typer af funktionsnedsættelser

I dette afsnit og i resten af rapporten bliver der gennemgående refereret til tre hovedgrupper af funktionsnedsættelser – handicap, helbredsproblemer og psykiske lidelser. I den forbindelse bliver de beskrevet som adskilte grupper til trods for, at der er et mindre overlap mellem grupperne i den forstand, at enkelte lever med eksempelvis et handicap og en psykisk lidelse på samme tid. De præcise overlap mellem de tre grupper er gengivet i bilag 4, men den lave forekomst af overlap gør, at betydningen heraf ikke vil blive forfulgt yderligere i rapporten.

I alt er der 30 pct., som lever med et handicap, et helbredsproblem eller en psykisk lidelse. Det er flere end de 25 pct. af den voksne befolkning, der i tidligere SFI-undersøgelser i 1962, 1995 og 2006 angav at være handicappede eller funktionsnedsatte (Bengtsson, 2009). Definitionen af handicap eller funktionsnedsættelse ser ud til at være afgørende for hyppigheden heraf, idet forekomsten varierer mellem undersøgelser på området.

I tabel 2 er de konkrete tal for udbredelsen af funktionsnedsættelse i denne undersøgelse angivet. Hertil hører forekomsten af de tre hovedgrupper af funktionsnedsættelser, sværhedsgraden og synligheden af funktionsnedsættelserne, alder ved funktionsnedsættelsernes opståen samt varighed og prognose for funktionsnedsættelserne. Det er vigtigt at understrege, at tallene beror på selvrapporterede mål.

Tabel 2. Centrale forhold knyttet til udbredelsen af de tre hovedgrupper af funktionsnedsættelser.

Forekomst af funktionsnedsættelse		Handicap	Helbredsproblem	Psykisk lidelse
Ingen	Antal	2.542.286	2.699.962	2.680.493
	Pct.	86	92	91
Mindre	Antal	265.526	167.421	177.540
	Pct.	9	6	6
Større	Antal	139.703	80.133	79.972
	Pct.	5	3	3

Handicap og funktionsnedsættelse

Synlighed af funktionsnedsættelse:

'Vil en fremmed i løbet af fem minutter lægge mærke til, at du har en funktionsnedsættelse?'

		Handicap	Helbredsproblem	Psykisk lidelse
Altid / Nogen gange	Antal	141.370	52.578	70.445
	Pct.	35	21	27
Nej	Antal	263.189	194.473	186.100
	Pct.	65	79	73

Alder da alvorligste funktionsnedsættelse indtraf

		Handicap	Helbredsproblem	Psykisk lidelse
0-15 år	Antal	55.708	53.558	51.624
	Pct.	14	22	20
16-30 år	Antal	104.716	53.084	92.922
	Pct.	26	22	36
31-45 år	Antal	137.435	65.650	70.712
	Pct.	34	26	28
46+ år	Antal	107.242	75.135	42.254
	Pct.	26	30	16

Varighed af alvorligste funktionsnedsættelse

		Handicap	Helbredsproblem	Psykisk lidelse
0-5 år	Antal	144.824	83.710	97.901
	Pct.	36	34	38
6-10 år	Antal	88.615	46.632	54.099
	Pct.	22	19	21
11-20 år	Antal	91.645	61.719	54.894
	Pct.	23	25	21
21+ år	Antal	77.946	53.488	51.387
	Pct.	19	22	20

Prognose for funktionsnedsættelse

		Handicap	Helbredsproblem	Psykisk lidelse
Jeg får det formentlig bedre	Antal	57.075	39.018	119.275
	Pct.	14	16	47
Situationen vil formentlig være uændret	Antal	185.810	141.484	102.284
	Pct.	46	57	40
Jeg får det formentlig dårligere	Antal	128.883	49.373	11.328
	Pct.	32	20	4
Jeg har ikke fået besked fra lægerne	Antal	31.555	16.740	23.081
	Pct.	8	7	9

Et længerevarende fysisk handicap, som vi i det følgende blot kalder handicap, er den mest udbredte form for funktionsnedsættelse. 14 pct. af den voksne befolkning, svarende til omkring 400.000 personer, angiver at have et handicap, men for hovedparten (9 pct.) er det et mindre handicap. Hertil kommer 9 pct., eller godt 250.000 personer, med et længerevarende fysisk helbredsproblem, som vi i det følgende blot kalder helbredsproblem. For de fleste (6 pct.) er det dog et mindre helbredsproblem. Der er intet overlap mellem handicap og helbredsproblem i undersøgelsen, fordi den distinktion oprindeligt ikke var lavet i spørgeskemaet. Den måde, vi har konstrueret de to kategorier på, gør, at der ikke er noget overlap.

Endelig er der ligeledes 9 pct., eller godt 250.000 personer, som oplyser, at de har en eller flere psykiske lidelser, men for de flestes vedkommende (6 pct.) er der tale om en mindre psykisk lidelse. Her er der overlap mellem såvel handicap og psykisk lidelse (godt 2 pct. eller godt 66.000 personer) som mellem helbredsproblem og psykisk lidelse (godt 1 pct. eller godt 32.000 personer). I alt er op mod 100.000 personer med psykisk lidelse også ramt af et handicap eller helbredsproblem. Se bilag 4 for en skematisk oversigt over overlappene.

Dette giver en baggrundsforståelse dels for SFI's forskning, der viser, at psykiske lidelser begrænser menneskers deltagelse i samfundet langt mere end fysiske handicap og helbredsproblemer (Bengtsson, 2009), dels for at personer med psykisk sygdom dør 15-20 år tidligere end andre (Wahlbeck, Westman, Nordentoft, Gissler, & Laursen, 2011).

Alligevel tænker knap 50 pct. af personer med psykiske lidelser, at de formentlig får det bedre, mens bare 4 pct. af dem tænker, at de formentlig får det dårligere. Dette står i skærende kontrast især til personer med handicap, hvor de tilsvarende tal er 14 pct. og 32 pct., men også til personer med helbredsproblem, hvor tallene er henholdsvis 16 pct. og 20 pct.

Derimod er der ikke væsentlige forskelle mellem de tre typer af funktionsnedsættelse, når det gælder synlighed, alder ved funktionsnedsættelsens opståen samt funktionsnedsættelsens varighed. Fysiske handicap er ganske vist generelt lidt mere synlige, men hovedparten af alle typer af funktionsnedsættelser er usynlige og nuancerer dermed det ikoniske handicapbillede af tabt førlighed på grund af lammelser. Førligheden kan derudover være svækket af andre former for handicap såvel som af et helbredsproblem eller en psykisk lidelse. Dette er vigtigt at tage med i betragtning, når vi i det følgende skal se på nærmere på idrætsdeltagelse, fritidsaktiviteter og helbredsforhold for mennesker med funktionsnedsættelser.

Idræt

Under den danske overskrift 'idræt for alle' og den internationale 'sport for all' har det længe været en politisk målsætning at fremme idrætsdeltagelse i fritiden uanset de meget forskellige interesser og livsvilkår, som er til stede i befolkningen. Forskningen peger på, at idræt fremmer sundheden og i et vist omfang også den sociale integration. Førstnævnte kvaliteter tilskriver man bredt idræt og motion, mens sidstnævnte kvaliteter især bliver knyttet til foreningsidrætten. Af samme grund er det foreningsidrætten, der traditionelt set har haft politikernes interesse, men den stigende deltagelse i selvorganiseret og kommercielt organiseret idræt har medført et større fokus på mulighederne heri, uden at det dog har ændret på, at den offentlige støtte langt overvejende tilfalder foreningsidrætten.

Der er meget, der tyder på, at vi i Danmark er godt på vej mod at nå målet om idræt for alle. Således viser den seneste undersøgelse af danskernes idrætsvaner, at 86 pct. af alle børn mellem 7 og 15 år normalt dyrker sport eller motion, mens det tilsvarende tal for voksne er 64 pct. (Laub, 2013). Således er næsten alle børn idrætsaktive, mens det er tilfældet for knap to tredjedele af de voksne.

I sammenligning med andre europæiske lande ligger vi også højt, når man ser på andelen af befolkningen, der er idrætsaktiv. Faktisk bliver vi i sammenligning med andre europæiske lande kun overgået af Sverige. Således er det angiveligt 86 pct. af danskerne, der i et eller andet omfang dyrker sport eller motion, mens 68 pct. er regelmæssigt aktive. Begge tal ligger noget over gennemsnittet i EU's medlemslande, hvor 58 pct. er aktive og 41 pct. regelmæssigt aktive (Europa-Kommissionen, 2014).

I Danmark er idrætten med andre ord næsten for alle. Der er dog fortsat relevante forskelle i deltagelsen. Socioøkonomiske faktorer, herunder især uddannelse, spiller fortsat en væsentlig rolle for tilbøjeligheden til at dyrke idræt. Idrætsdeltagelsen stiger signifikant med uddannelsesniveau, og særligt den del af befolkningen, der udelukkende har en grundskoleuddannelse, er underrepræsenteret i idrætten (Laub, 2013). Dertil kommer, at bestemte sociale grupper, som etniske minoriteter og mennesker med funktionsnedsættelse, er væsentligt mindre tilbøjelige til at være idrætsaktive end hhv. etniske danskere og mennesker uden funktionsnedsættelse (Breddeidrætsudvalget, 2009).

Særligt er gruppen af danskere med funktionsnedsættelse af interesse i denne rapport, og, som vi skal se senere i dette kapitel, bekræfter undersøgelsen billedet af funktionsnedsættelse som hæmmende for idrætsdeltagelsen, men samtidig nuancerer den også billedet og påpeger en række andre faktorer med betydning herfor. Først skal vi dog se nærmere på nogle generelle tal for danskernes idrætsdeltagelse, som de fremtræder i undersøgelsen.

Generelt om idræt

Hvis vi lægger ud med at undersøge voksne danskeres tilbøjelighed til at dyrke sport eller motion, så viser resultaterne, at næsten fire ud af fem voksne (79 pct.) er idrætsaktive. Det er således et mindretal bestående af godt hver femte voksne (21 pct.), som ikke er idrætsaktiv, men trods alt et mindretal, der svarer til ca. 625.000 inaktive voksne i alderen 16-64 år.

Når undersøgelsen viser, at 79 pct. af de voksne er idrætsaktive, så ligger det lidt under det tilsvarende tal fra EU's Eurobarometer på 86 pct. Omvendt ligger de 79 pct. knap femten procentpoint højere end tallet fra den seneste undersøgelse af danskernes idrætsvaner, hvor andelen af idrætsaktive voksne blev estimeret til 64 pct. Forklaringen på forskellene skal

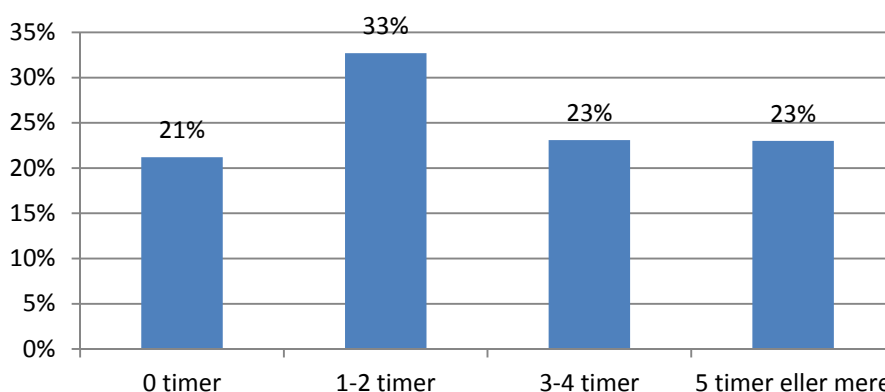
blandt andet findes i de forskellige formuleringer, som er anvendt til at undersøge idrætsdeltagelsen, og som gør det vanskeligt at sammenligne resultaterne direkte.

I denne undersøgelse er deltagerne blevet stillet spørgsmålet: ‘Hvor mange timer om ugen dyrker du normalt sport eller motion, så du bliver varm og forpustet? (Cykling, gymnastik, holdspil og lign.)’. Alle der bruger minimum en time om ugen er blevet regnet som idrætsaktive. Formuleringen omkring motion og sport går igen i alle tre undersøgelser, men tilføjelsen ‘normalt’ indgår udelukkende i denne undersøgelse og i idrætsvaneundersøgelsen. Det kan muligvis forklare den lidt lavere deltagelse i de danske undersøgelser sammenlignet med EU-undersøgelsen, hvor de 86 pct. aktive inkluderer både de, der er regelmæssigt aktive, og de der angiver, at de sjældent er aktive (Europa-Kommissionen, 2014).

Når der, på trods af relativt enslydende spørgsmål,³ er femten procentpoints forskel i andelen af voksne idrætsaktive mellem denne undersøgelse og idrætsvaneundersøgelsen, skyldes det muligvis, at deltagerne i idrætsvaneundersøgelsen kunne angive, at de normalt dyrker motion/sport, *men ikke for tiden*. Den mulighed var ikke til stede i denne undersøgelse. Regner man i idrætsvaneundersøgelsen gruppen, der normalt er aktiv, men som ikke er det for tiden, til gruppen af aktive, når vi op på en andel, der stort set er identisk med denne undersøgelse, nemlig at 78 pct. af de voksne danskere er idrætsaktive.⁴

Gruppen af idrætsaktive inkluderer i denne undersøgelse som nævnt alle, der dyrker minimum en times ugentlig sport eller motion, men det tal ligger langt fra Sundhedsstyrelsens anbefalinger om en halv times fysisk aktivitet hver dag.⁵ Følger man disse anbefalinger, bør voksne danskere som minimum dyrke tre en halv times sport eller motion om ugen. Fordi der i undersøgelsen er spurgt til hele timetal, inkluderer vi her alle danskere, der dyrker minimum tre timers sport eller motion om ugen i den gruppe, der lever op til Sundhedsstyrelsens anbefalinger. Den gruppe inkluderer lidt mindre end halvdelen (46 pct.) af de voksne. Omtrent en tredjedel (33 pct.) er således aktive, men lever ikke op til anbefalingerne om fysisk aktivitet.

Figur 1. Voksnes tidsforbrug på sport eller motion.



3 I idrætsvaneundersøgelsen blev danskerne spurgt: ‘Dyrker du normalt motion/sport?’ (Laub, 2013).

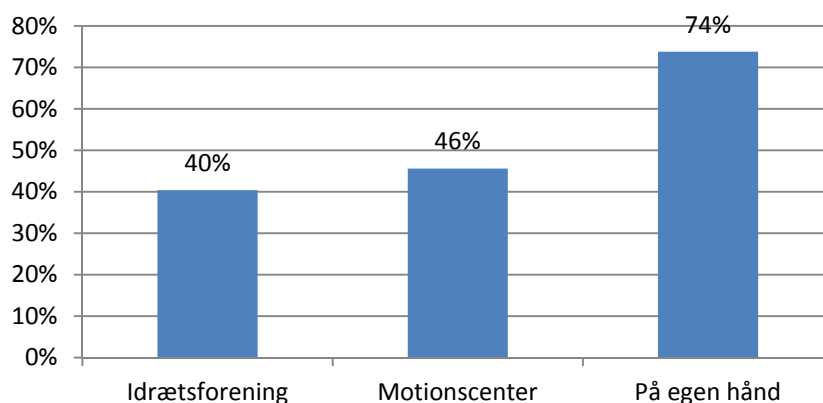
4 En yderligere potentiel forklaring på forskellen mellem de to undersøgelser kunne være, at denne undersøgelse som nævnt kun inkluderer voksne i alderen 16-64 år. Her inkluderer idrætsvaneundersøgelsen desuden voksne mellem 65 og 92 år, som er mærkbart mindre aktive end de yngre aldersgrupper (Laub, 2013).

5 Anbefalingerne er tilgængelige på Sundhedsstyrelsens hjemmeside: <http://www.sundhedsstyrelsen.dk>.

Gennemsnitligt anvender voksne danskere ca. tre timer på sport eller motion om ugen,⁶ men det er et gennemsnitstal, der dækker over, at en mindre gruppe er meget aktiv og trækker gennemsnittet op. Mediantallet på to timer viser således, at halvdelen af danskerne er idrætsaktive to timer om ugen eller mindre. Frasorterer man de ikke-idrætsaktive i analysen, bliver det gennemsnitlige tidsforbrug blandt aktive danskere tæt på fire timer, hvilket flugter med en tilsvarende beregning i idrætsvaneundersøgelsen (Laub, 2013). Gennemsnitstallet ser med andre ord ud til at være troværdigt.

En ting er, hvor meget danskerne er idrætsaktive, noget andet er, hvor de er idrætsaktive. I den forbindelse viser figur 2, hvor stor en andel af de voksne danskere, der i et eller andet omfang har været aktive i henholdsvis idrætsforeninger, motionscentre og på egen hånd inden for det seneste år. Årsagen til at procenttallene i figuren summer til mere end hundrede procent er, at mange, som vi skal se senere, er aktive på flere forskellige måder.

Figur 2. Andelen af voksne, der er idrætsaktive i hhv. idrætsforeninger, motionscentre og på egen hånd.



Næsten alle dem, der dyrker idræt (79 pct.), dyrker i et eller andet omfang idræt på egen hånd (74 pct.). Den næstmest udbredte motionsform er at gå i motionscentre *og lign.*, som det hedder i spørgsmålsformuleringen. Lidt under halvdelen af de voksne danskere (46 pct.) benytter sig af denne mulighed. Selv om det er lidt uklart, hvad de adspurgte kan have lagt i tilføjelsen ‘og lign.’, er det oplagt, at kategorien indeholder både individuelle og holdbaserede aktiviteter, der foregår inden for rammerne af et motionscenter.

Endelig dyrker fire ud af ti voksne idræt i en idrætsforening eller idrætsklub. Relativt set udgør det dermed den mindst udbredte af de tre ovennævnte organisationsformer for voksne danskers idrætsudøvelse. Det ser med andre ord ud til, at motionscentret har overhalet idrætsforeningerne. Resultatet falder fint i tråd med en generel udvikling inden for idrætten, hvor den kraftigste vækst finder sted i individuelle og fleksible motionsidrætter, som man typisk finder i alle motionscentre, men kun i nogle idrætsforeninger.

⁶ Alle respondenter, der har angivet mere end 37 timers tidsforbrug på idræt om ugen, er blevet udelukket, så de ikke skævrider gennemsnittet.

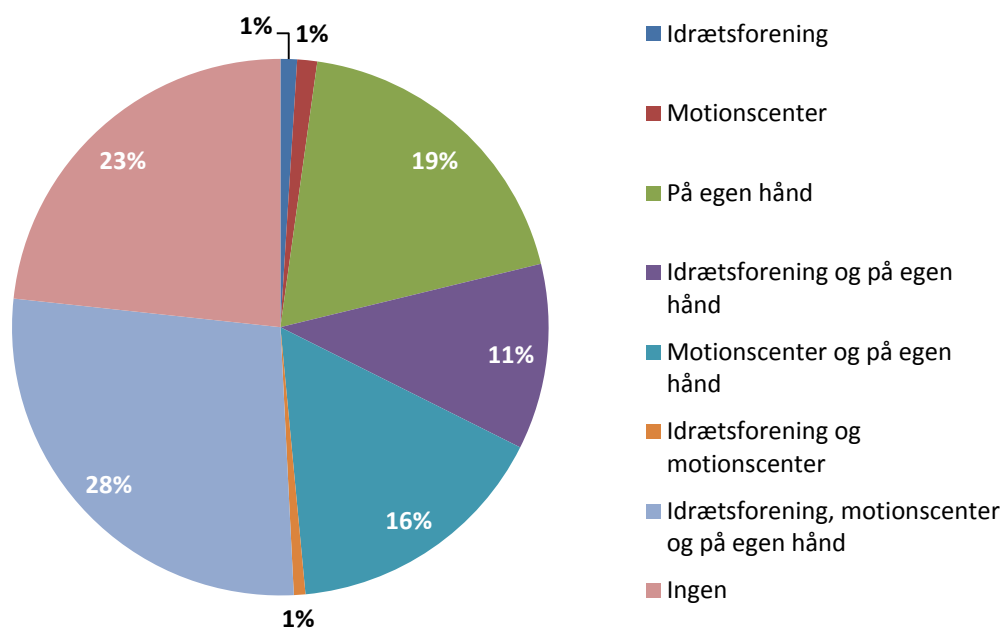
I undersøgelsen er der i motionscenterkategorien ikke skelnet mellem kommerciel og ikke-kommerciel organisering, og tallene er derfor ikke sammenlignelige med idrætsvaneundersøgelsens. Det er derfor muligt, at en del af de adspurgte har sat kryds ved, at de dyrker idræt i et motionscenter, men at dette motionscenter er frivilligt organiseret i foreningsregi. Således er der ikke blot vækst i kommercielt organiserede fitnesscentre, men også i foreningsorganiserede. Relativt set er der dog fortsat langt flere danskere, der dyrker idræt i et kommercielt fitnesscenter end i et foreningsorganiseret (Kirkegaard & Østerlund, 2010). Antageligt vil det derfor kun være et mindretal blandt de 46 pct., der dyrker idræt i et motionscenter, som er frivilligt organiseret.

Hvor idrætsvaneundersøgelsens kategorisering af motionscentre adskiller sig fra kategoriseringen i denne undersøgelse, er den til gengæld mere ensartet, når det gælder idrætsdeltagelse i hhv. forening og på egen hånd. Sammenlignet med idrætsvaneundersøgelsen står idræt på egen hånd noget stærkere i denne undersøgelse set relativt til idræt i foreninger. Det tyder med andre ord på, at den højere andel af idrætsaktive i denne undersøgelse udgøres af voksne danskere, der dyrker idræt på egen hånd.

Ser vi på, hvor ofte danskerne dyrker deres idræt i henholdsvis en idrætsforening, et motionscenter og på egen hånd, så er der flest, der er aktive minimum en gang om ugen på egen hånd. Det gælder for halvdelen. De tilsvarende tal for motionscentre og idrætsforeninger ligner hinanden med hhv. 29 og 28 pct., der er aktive mindst en gang om ugen.

Som nævnt er der rigtig mange danskere, der er idrætsaktive på flere forskellige måder. Det viser figur 3, hvor der er taget hensyn til overlappene mellem danskernes aktivitet i de forskellige organisatoriske sammenhænge. Derfor summer figuren til hundrede procent.

Figur 3. Andelen af voksne, der er idrætsaktive i kombinationer af idræt i hhv. idrætsforeninger, motionscentre og på egen hånd.



Næsten ingen danskere dyrker idræt udelukkende i en idrætsforening og/eller i et motionscenter. Årsagen hertil er, at næsten alle idrætsaktive som tidligere nævnt dyrker idræt på egen hånd. Det skyldes ganske givet, at idræt på egen hånd er den mest udbredte måde at dyrke idræt på, hvilket idrætsvaneundersøgelsen også kommer frem til (Laub, 2013). Samtidig kan man forestille sig, at nogle har sat kryds ved, at de dyrker idræt på egen hånd, også i tilfælde hvor de udelukkende dyrker idræt i eksempelvis et motionscenter eller en idrætsforening. I de tilfælde hvor aktiviteten heri foregår på egen hånd, noget som især er udbredt i motionscentret, vil det være oplagt, at mange af de adspurgte har sat kryds ved, at de både er aktive på egen hånd og i henholdsvis et motionscenter eller en idrætsforening.

Af denne årsag er det interessante primært at se på de organisatoriske kombinationer, hvori idræt på egen hånd indgår. Ud af disse kombinationer er den hyppigst forekommende at dyrke idræt under alle tre organisationsformer. Det gør mere end hver fjerde voksne dansker (28 pct.). Knap hver femte (19 pct.) dyrker udelukkende idræt på egen hånd, mens 16 pct. kombinerer idræt på egen hånd med træning i et motionscenter. Den mindst hyppige kombination, som indeholder idræt på egen hånd, er kombinationen med foreningsidræt. Kun godt hver tiende (11 pct.) dyrker idræt i præcis de to organisatoriske sammenhænge. Samlet set illustrerer tallene, at et tilvalg af én bestemt organisationsform ikke er lig et fravalg af andre. Voksne dyrker i vidt omfang idræt på flere forskellige måder.

Samlet set viser resultaterne, at idrætten i Danmark næsten er for alle. Knap fire femtedele (79 pct.) af voksne i alderen 16-64 år er aktive, og de er det på en række forskellige måder. Næsten alle aktive dyrker idræt på egen hånd (74 pct.), mens 46 pct. er aktive i et motionscenter og 40 pct. i en idrætsforening. De fleste kombinerer to eller flere af organisationsformerne.

Tallene viser dog også, at godt hver femte voksne dansker (21 pct.) er inaktiv, svarende til ca. 625.000. Det interessante i det følgende er at undersøge, om der er forskelle mellem de aktive og ikke-aktive. Fokus vil i den forbindelse særligt være på betydningen af funktionsnedsættelse i form af handicap, helbredsproblemer og psykiske lidelser for idrætsdeltagelsen, hvilket det følgende afsnit vil afdække grundigt. Analyser af betydningen af socioøkonomiske forhold indgår desuden i kapitlets sidste delafsnit.

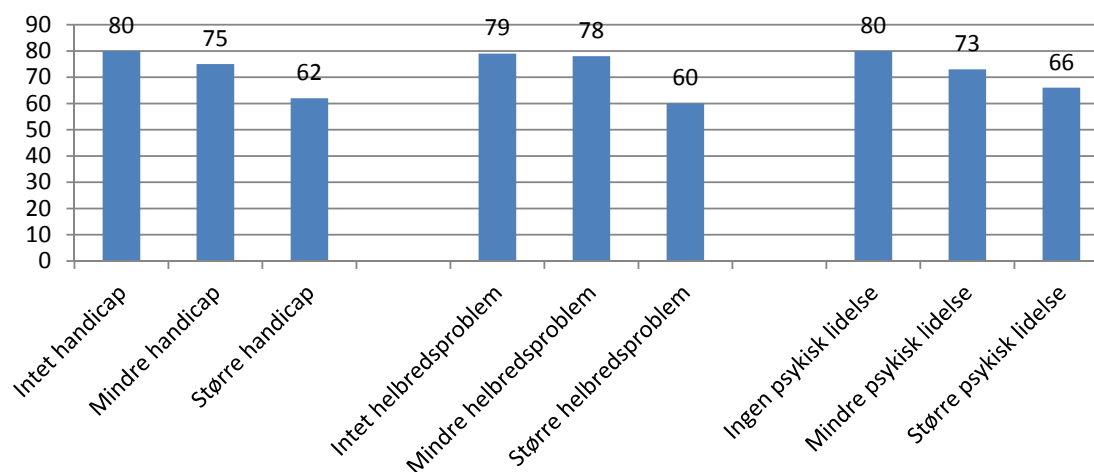
Idræt og funktionsnedsættelse

Der er en klar sammenhæng mellem idrætsdeltagelse og funktionsnedsættelse i den forstand, at den andel, der dyrker sport eller motion, er mindre blandt mennesker med funktionsnedsættelse end blandt mennesker uden funktionsnedsættelse. Det gælder for alle tre hovedgrupper af funktionsnedsættelser såvel som for graden af funktionsnedsættelse, således at mennesker med større handicap, større helbredsproblemer eller større psykiske lidelser er de mindst aktive grupper.

Som det fremgår af figur 4 dyrker omtrent otte ud af ti mennesker uden funktionsnedsættelse sport eller motion, mens omtrent tre ud af fire med mindre funktionsnedsættelser er aktive. Det tal falder til godt seks ud af ti, når det gælder mennesker med større funktionsnedsættelser.

Ud fra princippet om lige muligheder ser det således ud til, at nogle mennesker med funktionsnedsættelse er udsatte for flere barrierer for idrætsdeltagelse end mennesker uden funktionsnedsættelse. Udenlandske undersøgelser af sammenhængen mellem fysisk aktivitetsdeltagelse og funktionsnedsættelse viser lignende resultater (Martin, 2013; Rimmer, Braddock, & Pitetti, 1996).

Figur 4. Andel der dyrker sport eller motion, fordelt på graden af funktionsnedsættelse (pct.).



Forestiller vi os nu, at der i Danmark skulle gøres en ekstra og målrettet indsats for at hæve alle minoritetsgrupper med funktionsnedsættelse op på niveau i idrætsdeltagelse med mennesker uden funktionsnedsættelse, taler vi om 79.000 personer med funktionsnedsættelse fordelt med 38.000 med handicap, 17.000 med helbredsproblemer og 24.000 med psykiske lidelser. De 79.000 personer med funktionsnedsættelse udgør knap 13 pct. af de knap 625.000 voksne i alderen 16-64 år, der fortsat er inaktive i sport eller motion.⁷

Omvendt kan vi også bide mærke i, at mange mennesker med funktionsnedsættelse er aktive i sport eller motion på trods af barrierer og andre vanskeligheder, hvad enten de nu får hjælp til det eller ej – det være sig af det offentlige og/eller i de sammenhænge, de er aktive. I alt taler vi om 645.000 personer med funktionsnedsættelse, som er aktive i sport eller motion fordelt med 286.000 med handicap og 179.000 med helbredsproblemer samt 180.000 med psykiske lidelser.

Hvis det forekommer at være overraskende mange, er der grund til at bemærke, at funktionsnedsættelse ikke nødvendigvis udgør en barriere for idrætsdeltagelse. For det første kan en funktionsnedsættelse være mindre, fx vil mindre problemer med arme eller hænder ikke i alle aktiviteter være en hindring for deltagelse, eller funktionsnedsættelsen kan være helt uden betydning for deltagelse, fx ordblindhed. For det andet kan en funktionsnedsættelse forde fysisk aktivitet i behandlingsøjemed, fx når det gælder ryg- eller nakkelidelser, diabetes og depression. For det tredje kan en funktionsnedsættelse, som fx ADHD, i visse idræts-sammenhænge endog udgøre en 'ulempefordel' (Lüders, 2014).

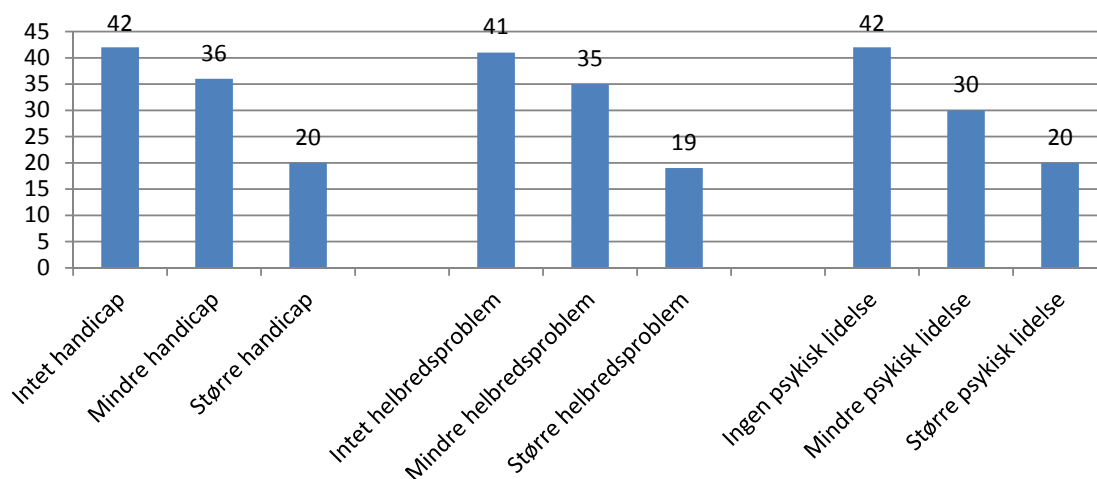
Frem for alt hører det med i billedet, at mennesker med funktionsnedsættelse er meget andet og mere end deres funktionsnedsættelse. Vi skal derfor være varsomme med både stigmatisering og normaliseringstiltag. Mennesker med og uden funktionsnedsættelse er forskellige for ikke at sige unikke, så ved siden af at skabe lige muligheder for idrætsdeltagelse må der være plads til forskellighed og hensyntagen til den enkeltes forudsætninger, behov og interesser.

⁷ De estimerede tal for inklusion af mennesker med funktionsnedsættelse i idrætten og tal for det estimerede behov for inklusion af samme gruppe fremgår i tabelform i bilag 5.

Figur 5 viser, hvordan den klare sammenhæng mellem idrætsdeltagelse og funktionsnedsættelse går igen i alle tre kontekster for idrætsdeltagelse, der opereres med her. Mest udtalt er forskellen mellem mennesker med og uden funktionsnedsættelse i idrætsforeninger. Kun omkring hver femte med et større handicap, et større helbredsproblem eller en større psykisk lidelse dyrker idræt i idrætsforening mod to ud af fem uden funktionsnedsættelse. Her ind imellem ligger mennesker med en mindre funktionsnedsættelse, hvor mennesker med en psykisk lidelse er mindst aktive relativt set.

Hvis alle tre minoritetsgrupper af funktionsnedsættelser skulle op på niveau med mennesker uden funktionsnedsættelse i forhold til idrætsforeningsdeltagelse, taler vi om inkludering af i alt 114.000 mennesker fordelt med 47.000 med handicap, 28.000 med helbredsproblem og 39.000 med psykisk lidelse.

Figur 5. Andel der dyrker idræt i en idrætsforening, fordelt på graden af funktionsnedsættelse (pct.).



Inden for idrætten har der hidtil fortrinsvist været fokus på fysiske handicap og segregerede handicapidrætstilbud i regi af foreninger under Dansk Handicap Idræts-Forbund (DHIF). Men i og med DHIF blot tæller godt og vel 10.000 medlemmer, bliver det klart, at mennesker med funktionsnedsættelse i langt større antal finder vej til de almindelige idrætsforeninger. Der er således 265.000 mennesker med funktionsnedsættelse, der dyrker idræt i en idrætsforening, heraf 122.000 med handicap, 74.000 med helbredsproblemer og 69.000 med psykiske lidelser.

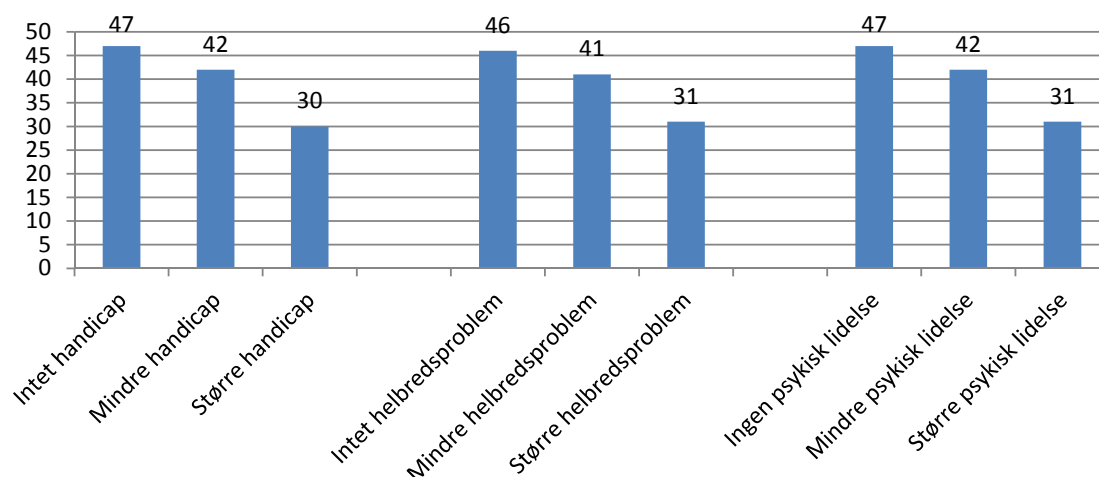
En af forklaringerne på den relativt store inklusion af mennesker med funktionsnedsættelse i den ordinære foreningsidræt kan være, at de almindelige idrætsforeninger ikke rummer krav om mindstehandicap som tilfældet er inden for handicapidrætten (DHIF, 2011; IPC, 2007).⁸ Åbenheden i den almindelige idræt gælder i særdeleshed for mennesker med helbredsproblemer og psykiske lidelser, som DHIF's internationale søjler i forhold til Paralymp-

⁸ Mindstehandicap er den funktionsnedsættelse, der som minimum skal være til stede, for at en idrætsudøver må deltage i en pågældende handicapidrætsgren.

pics, Special Olympics and Deaflympics ikke inkluderer.⁹

Når det gælder idræt i et motionscenter, viser figur 6, hvordan flere mennesker med funktionsnedsættelse er aktive her end i idrætsforeninger, men de udgør dog stadig en mindre andel sammenlignet med mennesker uden funktionsnedsættelse. Dette gælder i nogenlunde samme omfang for alle tre typer af funktionsnedsættelse, ligesom mennesker med en større funktionsnedsættelse skiller sig ud som den mindst aktive fitnessgruppe.

Figur 6. Andel der dyrker idræt i et motionscenter, fordelt på graden af funktionsnedsættelse (pct.).



Hvis alle tre minoritetsgrupper af funktionsnedsættelser skulle op på niveau med mennesker uden funktionsnedsættelse i forhold til at gå i motionscenter, taler vi om ekstra kunde- eller foreningstilbud til alt 79.000 mennesker fordelt med 37.000 med handicap, 20.000 med helbredsproblem og 22.000 med psykisk lidelse.

For mange mennesker med funktionsnedsættelse kan fysisk træning i fitnessøjemed fremstå som en nødvendighed, der kan bidrage til at holde kroppen i gang og afbøde skavanker og smerter. Der kan mærkes og måles efter, hvor der trænges til en ekstra selvbehandlingsindsats, ligesom andre former for handicap, helbredsproblemer eller psykiske lidelser kan forebygges. I det hele taget kan fysisk træning bidrage til at fremme den enkeltes rehabilitering.

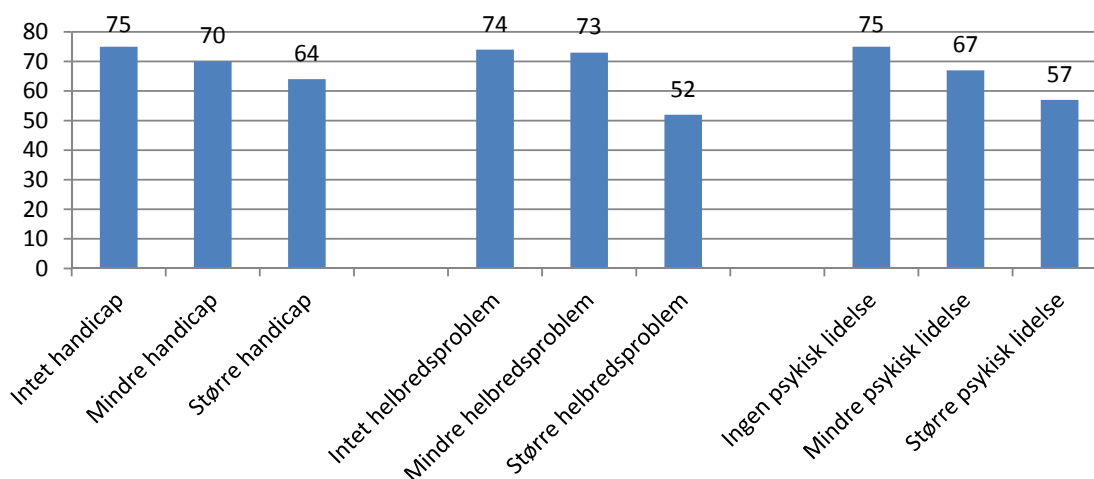
Der er imidlertid normalt ingen sundhedsfaglig ekspertise forbundet med fitnessvirksomheden. Kommunerne bør derfor overveje på hvilke måder de bedst kan imødekomme den store interesse for fysisk træning, som mennesker med funktionsnedsættelse udviser, og hvorledes de kan sikres muligheder for at gå til fitness efter behov i rehabiliteringsøjemed, jf. Vejledning om kommunal rehabilitering (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2011).

Når det gælder restkategorien 'idræt på egen hånd' er mennesker med funktionsnedsættelser også mindre aktive end mennesker uden funktionsnedsættelser. Samtidig er de dog

9 DHIF betragter 'medicinsk handicappede' (fx sukkersyge, hjertesyg, astmatikere) generelt som ikke-handicappede, mens mennesker med psykiske lidelser udelades af betragtning, fordi DHIF alene opererer med permanente handicaps og ikke med funktionsnedsættelser, hvor der er mulighed for recovery. Dansk Arbejder Idrætsforbund har til gengæld igennem mange år gjort en behjertet indsats med idræt for sindslidende (Staal, 2014).

relativt godt med, viser figur 7. Mere end to tredjedele med mindre funktionsnedsættelser og over halvdelen med større funktionsnedsættelser er aktive. Tal man skal holde op mod de tre fjerdedele af mennesker uden funktionsnedsættelser, der dyrker idræt på egen hånd.

Figur 7. Andel der dyrker idræt på egen hånd, fordelt på graden af funktionsnedsættelse (pct.).



Alt i alt kan det konstateres, at mennesker med funktionsnedsættelse, uanset type og idræts-sammenhæng, er mindre aktive end mennesker uden funktionsnedsættelse, og at der er behov for ekstra indsats i form af kompensation og hjælp til at overkomme barrierer for idræts- og motionsdeltagelse, når det politiske mål om idræt for alle skal indfries. Handicapidrætstiltag der bygger på krav om mindstehandicap, vil her have en meget begrænset rækkevidde, og hovedfokus må derfor rettes mod inkludering af flere mennesker med funktionsnedsættelser i almindelige idræts- og motionstilbud i forenings- såvel som i kommunalt og privat regi.

Forklaringer på forskelle i idræt

De foregående afsnit har vist, at voksne danskere med funktionsnedsættelse er markant mindre tilbøjelige til at dyrke idræt end voksne danskere uden funktionsnedsættelse. Det gælder uanset om der er tale om handicap, helbredsproblemer eller psykiske lidelser. Ligeledes gælder det for idrætsdeltagelse generelt og på tværs af de tre forskellige organisationsformer, som indgår i analysen, nemlig idrætsforeninger, motionscentre og idræt på egen hånd.

Det, de hidtidige analyser imidlertid ikke har kunnet vise, er, hvor stor en del af de fundne forskelle, der skyldes funktionsnedsættelse, og om væsentlige socioøkonomiske forhold, som fx køn, alder og uddannelse, har betydning for de fundne sammenhænge. Formålet med dette afsnit er at nå nærmere en besvarelse af dette spørgsmål ved at undersøge den relative indflydelse af de forskellige funktionsnedsættelser på tilbøjeligheden til at være idrætsaktiv, når man samtidig inddrager betydningen af en række væsentlige socioøkonomiske forhold.

Tabel 3 samler resultaterne af analyserne for generel idrætsdeltagelse og idrætsdeltagelse

i idrætsforening, motionscenter og på egen hånd. Generelt kan man hæfte sig ved, at alle uafhængige variable, herunder både funktionsnedsættelsesvariable og socioøkonomiske baggrundvariable, har en betydning for idrætsdeltagelsen, som er signifikant i en statistisk forstand. Vi kan med andre ord vide os ret sikre på, at både de udvalgte funktionsnedsættelser og de socioøkonomiske baggrundvariable har betydning for idrætsdeltagelsen.

Tabel 3. Forskelle i danskernes idrætsvaner. Resultater fra logistiske regressionsanalyser.

	Idrætsdeltagelse		Idrætsforening		Motionscenter		På egen hånd	
	Ustand. koef.		Ustand. koef.		Ustand. koef.		Ustand. koef.	
Konstant	2,760	***	1,945	***	1,125	***	2,394	***
Funktionsnedsættelsesvariable								
Handicap	-,060	***	-,235	***	,006	***	-,060	***
Helbredsproblemer	-,159	***	-,296	***	-,074	***	-,167	***
Psykiske lidelser	-,164	***	-,328	***	-,175	***	-,131	***
Besvær	-1,195	***	-,752	***	-,766	***	-1,325	***
Socioøkonomiske baggrundvariable								
Køn (kvinde)	,314	***	-,107	***	,312	***	,346	***
Alder	-,020	***	-,016	***	-,029	***	-,019	***
Uddannelsesniveau	,210	***	,055	***	,053	***	,236	***
Under uddannelse/i beskæftigelse (ja)	,118	***	,255	***	,073	***	,127	***
Månedlig indkomst (i tusinder)	,003	***	,000	***	,004	***	,004	***
Kæreste/partner/ægtefælle (ja)	-,020	***	,034	***	-,033	***	,054	***
Barn/børn (ja)	-,276	***	,096	***	-,262	***	-,271	***
Urbaniseringsgrad	,132	***	-,049	***	,178	***	,100	***
Model karakteristika^a								
R ² (funktionsnedsættelsesvariable)	,049		,040		,024		,055	
R ² (alle variable)	,101		,058		,115		,107	

***p<0.001, **p<0.01, *p<0.05

^a Nagelkerke R2 er rapporteret som indikator på model karakteristika.

En ting er, at funktionsnedsættelse og socioøkonomiske forhold har betydning for idrætsdeltagelsen, noget andet er hvilken form for effekt, der er tale om, og hvor stor effekten er. Her gør tabel 3 os noget klogere i og med, at den angiver retningen på de fundne sammenhænge og en værdi for størrelsen af effekterne.¹⁰ I den forbindelse er det værd at bemærke, at de forskellige funktionsnedsættelser stort set uden undtagelse har en negativ effekt på idrætsdeltagelsen.

10 De angivne koefficienter for effekterne af de uafhængige variable er ustandardiserede. Det er med andre ord ikke muligt direkte at sammenligne koefficienterne, da deres størrelse er afhængig af måleenheden på de enkelte uafhængige variable.

Den negative effekt af funktionsnedsættelse gælder uanset organisatorisk regi, når man ser bort fra den svage positive effekt, som handicap har for tilbøjeligheden til at dyrke idræt i et motionscenter. Noget som muligvis kan forklares ved, at netop den form for idræt er særlig fleksibel og hensyntagende for folk, der af fysiske årsager har behov for, at der bliver taget særlige hensyn. Idræt i motionscenter er da også den form for idræt, hvor de øvrige funktionsnedsættelser har den mindste negative effekt på deltagelse. Noget som både ses i de relativt lave koefficienter og den relativt lave forklaringskraft, som funktionsnedsættelsesvariablene til sammen har på tilbøjeligheden til at dyrke idræt i et motionscenter.¹¹

Fordi ustandardiserede koefficienter i logistiske regressionsanalyser kan være vanskelige at tolke meningsfuldt som udtryk ændringer i idrætsdeltagelsen, er de i det følgende blevet omsat til sandsynligheder for tre konkrete persontyper tilbøjelighed til at være idrætsaktive, fordelt på de forskellige funktionsnedsættelser. På den måde bidrager de på en og samme tid til en forståelse af, hvad socioøkonomiske forhold og forskellige funktionsnedsættelser betyder for voksne danskeres tilbøjelighed til at dyrke idræt.

I tabel 4 er de socioøkonomiske karakteristika for de tre persontyper opstillet. Der er tale om tre idealtypiske fremstillinger af personer, som bliver beskrevet med ord nedenfor tabellen.

Tabel 4. Karakteristika for de tre udvalgte persontyper.

	Person 1	Person 2	Person 3
Køn	Kvinde	Mand	Kvinde
Alder	35 år	65 år	23 år
Højeste fuldførte uddannelse	Lang VU	Faglært	Folkeskole el.lign.
I arbejde el. under uddannelse	Ja	Nej	Nej
Indtægt (pr. md.)	35.000 kr.	9.000 kr.	12.000 kr.
Partner	Ja	Ja	Nej
Barn/børn	Nej	Ja	Ja
Bopæl	I storbyen	I en mindre by	På landet

Person 1 er en højtuddannet, yngre kvinde på 35 år, som har et relativt velbetalt job. Hun bor i storbyen og har en kæreste, men ingen børn. Hun står som et billede på en yngre, ressourcerstærk kvinde.

Person 2 er en faglært, ældre mand på 65 år, der netop er gået på pension, og som har folkepension som eneste indtægtskilde. Han bor i en mindre by, er gift og har to børn, som begge er flyttet hjemmefra. Han står som et billede på en ældre mand, som gennem mange år har haft et stabilt familieliv og et aktivt arbejdsliv, men som nu har fået mere tid til andre gøremål grundet hans nylige pension.

Person 3 er en ung kvinde på 23 år, der ikke har fuldført en uddannelse, og som ikke er i beskæftigelse. Hun modtager uddannelseshjælp som enlig forsørger og bor for øjeblikket hos sine forældre på landet. Hun står som et billede på en resourcesvag ung kvinde, som endnu

¹¹ Jf. bl.a. den relativt lave Nagelkerke R2-værdi på 0,024.

ikke har fået fodfæste på arbejdsmarkedet, og som desuden står alene med ansvaret for et mindre barn.

Som tabel 5 viser, er der store forskelle på de tre persontypers tilbøjelighed til at dyrke idræt. Det viser, at socioøkonomiske forhold har betydning herfor. Derudover falder sandsynligheden for at dyrke idræt, når personerne har en funktionsnedsættelse, men, som det også fremgår af tabellen, er der dels visse forskelle på betydningen af de forskellige funktionsnedsættelser, dels forskelle på hvor hæmmende funktionsnedsættelserne er for idrætsdeltagelsen for de forskellige persontyper.¹²

Tabel 5. De tre persontypers sandsynlighed (i pct.) for at deltage i de forskellige former idræt afhængig af deres funktionsnedsættelse.

		Ingen funktionsnedsættelse	Handicap	Helbredsproblemer	Psykiske lidelser
Idrætsdeltagelse	Person 1	93%	89%	87%	86%
	Person 2	64%	50%	45%	44%
	Person 3	81%	70%	66%	65%
Idrætsforening	Person 1	46%	28%	26%	25%
	Person 2	33%	19%	17%	16%
	Person 3	46%	28%	26%	25%
Motionscenter	Person 1	69%	63%	59%	54%
	Person 2	22%	17%	15%	13%
	Person 3	52%	45%	41%	36%
På egen hånd	Person 1	91%	85%	82%	83%
	Person 2	58%	42%	37%	38%
	Person 3	75%	61%	55%	57%

Hvis vi i første omgang ser på den generelle idrætsdeltagelse og specifikt på forskellene mellem de tre persontyper, så ser vi, at den yngre, veluddannede kvinde (person 1) har hele 93 pct. sandsynlighed for at dyrke idræt, forudsat hun ikke har en funktionsnedsættelse. Det tal er tolv procentpoint lavere for den unge kvinde uden uddannelse og beskæftigelse (person 3), som dog stadig har 81 pct. sandsynlighed for at dyrke idræt. Et tal der forekommer højt givet den markante negative indflydelse, som studier af danskernes idrætsvaner viser, at særligt uddannelse, men til dels også beskæftigelse, spiller for idrætsdeltagelsen (Laub, 2013; Pilgaard, 2009).

Den pensionerede mand (person 2) ligger lavest af de tre persontyper med 64 pct. sandsynlighed for at være idrætsaktiv. Et tal der er henholdsvis 29 og 17 procentpoint lavere end

¹² Besværet indgår ikke særskilt i analysen, da de forskellige typer af besværet, der indgår i det samlede indeks, indeholder besværet relateret til både fysisk og psykisk funktionsnedsættelse. Det lader sig derfor ikke meningsfuldt gøre at skelne eksempelvis det at have et handicap fra det besværet, det medfører. Der er derfor indsat en fast værdi for besværet i analyserne på 1,4 for folk med handicap, hvilket indikerer, at der med et handicap, uanset typen, følger en vis grad af besværet ved livet.

de to yngre, kvindelige persontyper. Det afspejler bl.a. den væsentlige negative effekt, som alder i denne undersøgelse har for tilbøjeligheden til at være idrætsaktiv. En tendens vi finder i undersøgelser af danskernes idrætsvaner,¹³ selv om effekten af alder over en årrække er blevet mindre i den forstand, at danske seniorer er blevet markant mere idrætsaktive end tidligere (Laub, 2013; Pilgaard, 2009).

De beskrevne sammenhænge går i store træk igen på tværs af de forskellige organisationsformer for idræt, som indgår i tabel 4. Den største socioøkonomiske ulighed i deltagelsen finder vi dog i motionscentret, hvor særligt den pensionerede mand er markant mindre tilbøjelig til at dyrke idræt. Derimod ser socioøkonomiske forhold ud til relativt set at betyde mindst for persontypernes tilbøjelighed til at være aktive i foreningsidrætten. Det falder ganske fint i tråd med resultater fra undersøgelser af danskernes idrætsvaner, som ligeledes viser, at den største socioøkonomiske skævhed findes i de private centre (altovervejende kommercielle fitnesscentre), mens forskellene er mindre i idrætsforeninger (Laub, 2013; Pilgaard, 2009).

En ting er forskelle i idrætsdeltagelse som følge af socioøkonomiske forhold, noget andet er den negative betydning af funktionsnedsættelse, som ganske vist går igen uanset persontype og organisationsform, men hvor der også er interessante forskelle i størrelsen af den negative effekt. Generelt ser psykiske lidelser ud til at være den form for funktionsnedsættelse, der er mest hæmmende for idrætsdeltagelsen, tæt forfulgt af helbredsproblemer og handicap. Den rækkefølge går stort set uden undtagelse igen uanset organisationsform og persontype. Det er dog værd at bemærke, at der som oftest ikke er markante forskelle på de forskellige funktionsnedsættelsers indvirkning på idrætsdeltagelsen.

På tværs af persontyperne er der imidlertid store forskelle i, hvor hårdt de forskellige funktionsnedsættelser rammer idrætsdeltagelsen. Eksempelvis har tilstedeværelsen af en funktionsnedsættelse ikke så stor en effekt på den yngre, veluddannede kvindes (person 1) generelle idrætsdeltagelse, som det har på den unge kvinde uden uddannelse og beskæftigelse (person 3). Således har den yngre, veluddannede kvinde uden en funktionsnedsættelse 93 pct. sandsynlighed for at dyrke idræt. Et tal der falder med fire procentpoint til 89 pct., hvis hun har et handicap. For den unge kvinde uden uddannelse og beskæftigelse er de tilsvarende tal henholdsvis 81 pct. uden en funktionsnedsættelse og 70 pct. med et handicap. En noget større forskel på elleve procentpoint.

Ovenstående eksempel viser, at et menneskes generelle livstilstand og levevilkår har betydning for, i hvor høj grad funktionsnedsættelse hæmmer idrætsdeltagelse. Af samme grund kan det være vanskeligt at sige noget generelt om størrelsen af den negative effekt, som funktionsnedsættelse beviseligt har på idrætsdeltagelsen. Den er i høj grad kontekstafhængig og bestemt bl.a. af de socioøkonomiske forhold knyttet til den person, som har den pågældende funktionsnedsættelse.

Endelig er der også forskel på den negative effekt af funktionsnedsættelse på tværs af de tre organisationsformer for idræt, som indgår i analysen, nemlig idrætsforening, motionscenter og på egen hånd. Tager vi eksempelvis udgangspunkt i den yngre, veluddannede kvinde (person 1) og sammenligner betydningen af at have et helbredsproblem for idrætsdeltagelsen i de tre organisatoriske regi, så falder sandsynligheden for deltagelse mest i idrætsforeningen. Helbredsproblemet medfører et fald på tyve procentpoint fra 46 pct. til 26 pct. i idrætsfor-

13 Det gælder særligt når vi inkluderer den gruppe, der normalt dyrker motion/sport, men som ikke er aktive for tiden i gruppen af aktive (Laub, 2013: 52).

eningen mod fald på henholdsvis ti og ni procentpoint i motionscentret og på egen hånd.

Størrelsen af faldet i sandsynlighed varierer noget på tværs af persontyper og typer af funktionsnedsættelse, men det ændrer ikke ved, at tallene samlet set indikerer, at foreningsidrætten er den organisationsform inden for idrætten, der har sværest ved at rumme folk med funktionsnedsættelse. Det viser, at det kan være rimeligt nok, når bl.a. politikerne og handicaporganisationer argumenterer for, at der er behov for en større opmærksomhed på inklusion af mennesker med funktionsnedsættelse i foreningsidrætten.

Omvendt angiver tretten procent af foreningerne under Danmarks Idrætsforbund (DIF), at de har særlige hold eller aktiviteter for handicappede (Østerlund, 2010). Såfremt tallet er repræsentativt for idrætsforeninger i Danmark svarer det rundt regnet til, at ca. 2000 foreninger ud af samlet population på ca. 16.000 foreninger har særlige hold eller aktiviteter for handicappede. Noget som indikerer, at mange foreninger har tilbud til mennesker med funktionsnedsættelse. Der sker da også, som tidligere beskrevet, en 'stille inklusion' af mennesker med funktionsnedsættelse i foreningsidrætten i den forstand, at mange ser ud til at finde vej til foreningen, uden at det sker gennem projekter, puljer og partnerskaber med fokus på mennesker med funktionsnedsættelse som en specifik målgruppe.

Uagtet den bestemt ikke uvæsentlige 'stille inklusion' i foreningsidrætten er det som nævnt fortsat den idrætsarena, som ser ud til at have sværest ved at inkludere mennesker med funktionsnedsættelse. Det ser ud til at foregå mere naturligt i form af idræt på egen hånd og i motionscentret. De præcise årsager hertil er det ikke muligt at komme meget nærmere i denne rapport, men et godt bud på en årsag kunne være, at den type af aktiviteter, der foregår i motionscentre og på egen hånd, som oftest har et mere individuelt og fleksibelt udgangspunkt, som gør det lettere at tilpasse dem den enkeltes fysiske og psykiske forudsætninger. Desuden har den type aktiviteter ikke det samme fokus på hold- og konkurrenceelementet, som store dele af foreningslivet har.

Et vigtigt skridt videre i processen med at forstå, hvordan foreningen kan blive en mere inkluderende ramme om aktiviteter for mennesker med funktionsnedsættelse, kunne med andre ord gå gennem en mere dybdegående undersøgelse af, hvilken betydning forskellige aktiviteter og deres praktiske organisering har på muligheder for og lyst til at tage del i aktiviteterne for mennesker med funktionsnedsættelse. En viden der kan danne baggrund for handlingsinitiativer til at igangsætte aktiviteter, der tiltaler mennesker med funktionsnedsættelse, uden at de nødvendigvis tager specifikt fokus på dem som en særlig målgruppe. Det vil antageligt fremme den 'stille inklusion' i foreningsidrætten.

Ovenstående gennemgang har vist, at funktionsnedsættelse har en vis negativ betydning for idrætsdeltagelse, både set i forhold til foreningsidræt, idræt i motionscenter og idræt på egen hånd. Det er ikke muligt på baggrund af data at give præcise forklaringer på, hvorfor det er sådan, men der er en række udfordringer og barrierer, som kan have en negativ betydning for idrætsdeltagelsen blandt personer med funktionsnedsættelse.

Trods den store fleksibilitet og individuelle tilpasning man, som tidligere nævnt, kan opnå og imødekomme ved idræt i motionscenter og på egen hånd, kan der stadig være tale om yderligere barrierer for deltagelsen blandt personer med funktionsnedsættelse. Særligt i forhold til personer med et handicap kan spørgsmålet om tilgængelighed være af betydning. Det være sig om et motionscenter fx er tilgængeligt for kørestolsbrugere, eller om træningsmaskinerne kan betjenes af personer med et synshandicap.

Det faktum, at man ofte skal et sted hen for at dyrke idræt – i motionscenteret, i idrætsforeningen eller lignende – kan derudover i sig selv også have en begrænsende effekt på idrætsdeltagelsen blandt personer med funktionsnedsættelse. Det kan det fx ses i forhold til personer med handicap, hvor transporten i sig selv kan kræve meget energi, tid og ledsagelse, men også for personer med forskellige psykiske lidelser kan det kræve meget bare at skulle uden for egen dør.

Dertil vil idrætsdeltagelse for personer med funktionsnedsættelse, både når det gælder idræt på egen hånd og i en forening, ofte kræve, at aktiviteten bliver tilpasset til personens funktionsevne. Det kan være en udfordring at finde idrætstilbud, der dels er, eller kan blive, tilpasset til den enkelte udøver i tilstrækkelig grad og dels hvor trænere, frivillige osv. har den fornødne viden og uddannelse til at tilbyde et hensigtsmæssigt idrætstilbud (Breddeidrætsudvalget, 2009).

Ydermere kan der også være tale om en holdningsmæssig udfordring. Der kan dels være tale om lave forventninger fra omverdenen til personer med funktionsnedsættelses idrætsevner, og dels en manglende motivation til at dyrke motion hos personerne selv (Breddeidrætsudvalget, 2009; Rimmer, Riley, Wang, Rauworth, & Jurkowski, 2004).

Opsummerende er der således ingen tvivl om, at funktionsnedsættelse har en hæmmende effekt på idrætsdeltagelse. Det gælder generelt, men i særlig høj grad for foreningsidrætten, hvorimod forskellene er mindre, når det gælder idræt i motionscenter eller på egen hånd. Den negative effekt af funktionsnedsættelse på idrætsdeltagelse er på ingen måde deterministisk, og der er da også mange mennesker med funktionsnedsættelse, som dyrker idræt – også i foreninger. Det viser, at der sker en 'stille inklusion' af mennesker med funktionsnedsættelse i idrætten.

Endelig har funktionsnedsættelse ikke samme negative effekt på idrætsdeltagelsen for en yngre, veluddannet kvinde, som det eksempelvis har for en ung kvinde uden uddannelse eller beskæftigelse eller for den sags skyld for en pensioneret mand. Det er derfor væsentligt at inddrage betydningen af menneskers livsvilkår og livssituation, når man skal forstå, hvorfor det at have en funktionsnedsættelse virker mere hæmmende for idrætsdeltagelsen på nogle mennesker end på andre.

Fritid

Den seneste undersøgelse af voksne danskeres tidsforbrug viste, at vi har mellem fem og syv timers fritid¹⁴ på en gennemsnitlig hverdag, mens tallet på en gennemsnitlig dag i weekenden ligger mellem ti og fjorten timer. Omtrent tre fjerdele af fritiden bliver anvendt på det, der i undersøgelsen bliver defineret som 'passive' fritidsaktiviteter. Hertil hører aktiviteter som læsning, socialt samvær, medier, it/computer, telefon og lignende. Omvendt fylder såkaldt 'aktive' fritidsaktiviteter som foreningsliv, frivilligt arbejde, sport eller motion, underholdning, kultur, fritidssysler og hobbies omtrent en fjerdel af fritiden (Bonke, 2012).

Omdrejningspunktet for dette afsnit er netop danskernes fritid, eller rettere anvendelsen heraf. Fokus er i den forbindelse overvejende på de såkaldt 'aktive' fritidsaktiviteter, som relativt set udgør den mindste del af fritiden. Socialt samvær er imidlertid også inkluderet i analyserne, herunder både den fysiske og computermedierede kontakt, og analyserne giver således et rigtig godt indblik i voksnes fritid, når man fraregner den del, som bliver anvendt på medier som tv og radio, der optager mere end to timer af danskernes fritid hver dag, men som ikke er inkluderet i rapportens analyser.

Generelle tal for voksnes deltagelse i og tidsforbrug på fritidsaktiviteter er interessante i sig selv, men, som tidsundersøgelsen peger på, så har en række socioøkonomiske forhold, herunder særligt køn, beskæftigelse og arbejdstid, betydning for omfanget af den forhåndenværende fritid (Bonke, 2012). Socioøkonomiske forhold har også væsentlig indflydelse på valget mellem forskellige fritidsaktiviteter. Kulturministeriets gentagne kultur- og fritidsundersøgelser har igennem en årrække stillet skarpt på dette og fundet dels store ændringer i danskernes fritidsaktiviteter over tid og dels store forskelle mellem kønnene og på tværs af forskellige aldersgrupper, uddannelsesniveauer og beskæftigelsesforhold (Bak, Madsen, Henriksen, & Trolborg, 2012; Bille, Fridberg, Storgaard, & Wulff, 2005).

Ud over socioøkonomiske forhold har funktionsnedsættelse vist sig at have betydning for, hvordan fritiden bliver anvendt. En rapport fra Servicestyrelsen konkluderer i den forbindelse, at mennesker med funktionsnedsættelse er *"markant underrepræsenterede som aktive deltagere i kultur-, fritids- og idrætslivet"* (Sandø, 2009: 5). Rapporten har specifikt fokus på foreningslivet og konklusionen gælder derfor udelukkende for det, man kan kalde deltagelse i formelle fritidsaktiviteter forstået på den måde, at aktiviteten har en organisatorisk forankring, der som oftest har form af et formelt medlemsforhold mellem deltager og organisation.

En rapport fra Statens Institut for Folkesundhed finder i tilgift, at den lavere deltagelse i fritidslivet blandt mennesker med funktionsnedsættelse også gør sig gældende i kontekst til uformelle fritidsaktiviteter. Uformelle aktiviteter forstås i denne sammenhæng som aktiviteter, der, modsat de formelle, ikke har en organisatorisk forankring. Undersøgelsen peger i den forbindelse på, at mennesker med funktionsnedsættelse sjældnere har kontakt til familie og venner og oftere føler sig uønsket alene og mangler nogen at snakke med end voksne uden en funktionsnedsættelse (Christensen, Davidsen, Ekholm, Pedersen, & Juel, 2014).

Der er således indikationer i litteraturen om fritid på, at mennesker med funktionsnedsættelse er mindre tilbøjelige til at leve aktive fritidsliv, både når det gælder deltagelse i formelle og uformelle aktiviteter. Noget som dette afsnit af rapporten vil undersøge nærmere. I den

14 Fritid er her defineret som vågne timer eksklusiv arbejdstid, tid anvendt på transport til og fra arbejde, hentning og bringning af børn, spisning og tid anvendt på personlig hygiejne (Bonke, 2012: 86).

forbindelse stiller rapporten skarpt på betydningen af både funktionsnedsættelse og socioøkonomiske forhold for voksnes deltagelse i fritidsaktiviteter. Begge perspektiver bliver inddraget i kapitlets sidste afsnit, som omhandler forskelle i danskernes fritidsaktiviteter. Først vil fokus dog være på kort at skabe overblik over deltagelsen i forskellige fritidsaktiviteter, herunder idræt, socialt samvær (med forskellige grupper og under forskellige former), aften-skoleundervisning, foreninger og frivilligt arbejde.

Generelt om fritid

I den følgende tabel er deltagelsen i en række forskellige fritidsaktiviteter angivet både som en procentdel af befolkningen mellem 16 og 64 år og som et absolut tal, der estimerer antallet af voksne danskere, der er aktive henholdsvis passive i en række forskellige aktiviteter. Idrætsdeltagelse indgår som en fritidsaktivitet i tabellen, men vil primært blive behandlet i kontekst til de øvrige former for deltagelse i fritidslivet, da rapporten tidligere har beskæftiget sig specifikt med idrætsdeltagelse og forskellene heri som følge af funktionsnedsættelse og socioøkonomiske forhold.

Det er næppe overraskende, at der er store variationer i hyppigheden af deltagelse på tværs af forskellige fritidsaktiviteter. De aktiviteter, der foregår mest hyppigt, kan man, i tråd med den tidligere kategorisering, betegne som uformelle, fordi de ikke er organisatorisk forankrede, fx i form af et formelt medlemsforhold mellem deltager og organisation.

Inden for gruppen af uformelle aktiviteter er deltagelsen højest i de fritidsaktiviteter, hvor der er tale om socialt samvær, men hvor indholdet ikke er beskrevet nærmere. Hertil hører samvær med familie, venner og bekendte. Godt syv ud af ti (71 pct.) voksne danskere tilbringer mindst en gang om ugen tid med den nærmeste familie (børn og/eller forældre) og godt halvdelen (51 pct.) tilbringer tilsvarende ofte tid sammen med venner. Dertil kommer, at næsten tre fjerdedele (73 pct.) mindst en gang om ugen har kontakt med familie og venner over internettet.

Mindre hyppig er deltagelsen i uformelle aktiviteter, hvor det konkrete indhold i samværet er beskrevet, og hvor aktiviteterne implicerer en udadvendthed. Hertil hører biografbesøg, koncerter, teaterbesøg, sportsbegivenheder og lign. samt besøg på café, bar, restaurant og diskotek. Disse fritidsaktiviteter deltager mere end ni ud af ti voksne danskere i et eller andet omfang i, blot foregår det for det store flertals vedkommende en gang om måneden eller sjældnere. Det gælder for 76 pct. i kontekst til ture i biografen, til koncerter, i teatret, til sportsbegivenheder og lign., og for 68 pct. når det gælder besøg på café, bar, restaurant eller diskotek.

Tredje hovedgruppe af fritidsaktiviteter er samtidig den, som flest voksne står helt udenfor. Der er tale om formelle former for samvær i aftenskoler, foreninger, organisationer og i form af frivilligt arbejde. Knap otte ud af ti (79 pct.) har aldrig været til aftenskole- eller fritidsundervisning, 56 pct. udfører aldrig frivilligt arbejde, og 53 pct. er aldrig aktivt deltagende i forenings- og organisationsmøder.

Det er næppe overraskende, at de uformelle aktiviteter, herunder særligt den nære kontakt med familie og venner, er den mest hyppige, og der er da heller ikke grund til at tolke den lavere deltagelse i formelle former for samvær i fx aftenskoler, foreninger og organisationer som noget negativt. Tværtimod er Danmark i international sammenligning et af de lande, hvor forenings- og organisationsdeltagelsen samt udbredelsen af det frivillige arbejde er hø-

jest (Curtis, Baer, & Grabb, 2001; McCloughan, Batt, Costine, & Scully, 2011). Blot er pointen her, at den form for formel deltagelse er udbredt, men i mindre grad end uformelt samvær og med en lavere deltagelsesfrekvens.

Tabel 6. Hyppigheden af voksnes deltagelse i forskellige fritidsaktiviteter.

Hvor mange timer om ugen...		0 timer	1-2 timer	3-4 timer	5 timer eller mere	Total
Dyrker du normalt sport eller motion, så du bliver varm og forpustet	Antal	625.314	966.265	680.994	678.869	2.951.442
	Pct.	21	33	23	23	100
Hvor ofte har du inden for det seneste år...		Aldrig	En gang om måneden eller sjældnere	Flere gange om måneden	Mindst en gang om ugen	Total
Dyrket idræt i en idrætsforening eller idrætsklub	Antal	1.753.335	262.775	91.561	835.842	2.943.513
	Pct.	60	9	2	28	99
Dyrket idræt i motionscenter og lign.	Antal	1.603.859	352.973	138.785	851.705	2.947.322
	Pct.	54	12	5	29	100
Dyrket idræt eller motion på egen hånd	Antal	772.247	391.074	300.071	1.484.322	2.947.714
	Pct.	26	13	10	50	99
Tilbragt tid med børn og/eller forældre	Antal	171.028	325.451	369.487	2.084.185	2.950.152
	Pct.	6	11	13	71	101
Tilbragt tid med anden familie	Antal	49.831	1.256.911	760.364	816.480	2.883.585
	Pct.	2	44	26	28	100
Tilbragt tid med venner	Antal	10.338	634.231	778.807	1.504.521	2.927.897
	Pct.	<1	22	27	51	100
Tilbragt tid med bekendte (fra fx forening, klub, netcafé, etc.)	Antal	132.851	1.088.932	532.447	1.118.026	2.872.257
	Pct.	5	38	19	39	101
Været i biografen, til koncerter, i teatret eller været til sportsbegivenheder og lign.	Antal	262.373	2.237.415	361.952	89.702	2.951.442
	Pct.	9	76	12	3	100
Været på café/bar/restaurant eller diskotek med kolleger, venner eller familie	Antal	161.312	2.006.862	526.124	257.011	2.951.309
	Pct.	5	68	18	9	100
Brugt internet til at have kontakt med familie og venner	Antal	277.077	337.280	181.340	2.155.745	2.951.442
	Pct.	9	11	6	73	99
Været til aftenskoleundervisning eller anden fritidsundervisning	Antal	2.328.389	399.999	56.225	166.512	2.951.126
	Pct.	79	14	2	6	101
Deltaget i forenings- eller organisationsmøder	Antal	1.568.372	1.148.148	131.173	103.495	2.951.188
	Pct.	53	39	4	4	100
Udført frivilligt arbejde (hjælp til familie og nære venner regnes ikke for frivilligt arbejde)	Antal	1.647.412	898.955	157.486	247.084	2.950.936
	Pct.	56	30	5	8	99
Medlemskab og tillidshverv...		Nej		Ja		Total
Medlem af en eller flere foreninger eller organisationer	Antal	1.625.257		1.325.571		2.950.829
	Pct.	55		45		100
Har et tillidshverv i en eller flere foreninger eller organisationer	Antal	2.557.156		394.003		2.951.160
	Pct.	87		13		100

Med hensyn til idrætsdeltagelsen, så følger den det generelle mønster. Næsten tre fjerdedele af voksne danskere er idrætsaktive i uformelle sammenhænge (på egen hånd), mens mindre end halvdelen er aktive i formelt regi i henholdsvis et motionscenter (46 pct.) eller i en forening (40 pct.).

Efter at have gennemgået hyppigheden af deltagelse i enkelte fritidsaktiviteter er formålet i det følgende at undersøge, om der er en form for mønster i deltagelsen forstået på den måde, at voksne er mere tilbøjelige til at kombinere nogle fritidsaktiviteter end andre. Til det formål er udført en faktoranalyse, som inkluderer alle de seksten fritidsaktiviteter, der indgår i tabel 6.

Proceduren for faktoranalysens gennemførelse er gengivet i bilag 6 sammen med dens resultater og fremgangsmåden for den efterfølgende indeksskonstruktion. Tabel 7 viser de fire dimensioner, som fremkom af analysen, sammen med de variable, der knytter sig til hver af de fire dimensioner. Der blev også konstrueret et samlet deltagelsesindeks, som indeholder alle seksten fritidsaktiviteter i tabel 6. Det bliver anvendt fremadrettet i rapportens analyser sammen med de øvrige fire indeks, men det er ikke gengivet i tabel 7.

Tabel 7. Oversigt over de fire dimensioner i voksnes fritidsaktiviteter, som fremkom gennem faktoranalyse.

Idrætsdeltagelse (formel og uformel)

- Sport eller motion generelt
 - Idræt i en idrætsforening eller idrætsklub
 - Idræt i motionscenter og lign.
 - Idræt eller motion på egen hånd
-

Deltagelse i foreninger, organisationer og frivilligt arbejde (formel)

- Deltaget i forenings- eller organisationsmøder
 - Udført frivilligt arbejde (hjælp til familie og nære venner regnes ikke for frivilligt arbejde)
 - Medlem af en eller flere foreninger eller organisationer
 - Har et tillidshverv i en eller flere foreninger eller organisationer
-

Samvær med venner og bekendte (uformel)

- Tilbragt tid med venner
 - Tilbragt tid med bekendte (fra fx forening, klub, netcafé, etc.)
 - Været i biografen, til koncerter, i teatret eller været til sportsbegivenheder og lign.
 - Været på café/bar/restaurant eller diskotek med kolleger, venner eller familie
 - Brugt internet til at have kontakt med familie og venner
-

Samvær med familie (uformel)

- Tilbragt tid med børn og/eller forældre
 - Tilbragt tid med anden familie
-

De fire dimensioner bekræfter overvejende opdelingen i formelle og uformelle fritidsaktiviteter. Således er der en stærk sammenhæng mellem voksne danskernes deltagelse i formelle aktiviteter, herunder deltagelse i foreninger, organisationer og frivilligt arbejde. Den samme stærke sammenhæng finder vi for uformelle aktiviteter, men med en opdeling i samvær med familie og samvær med venner og bekendte.¹⁵

Specifikt i forhold til idrætsdeltagelse bryder opdelingen med den opstillede skelnen mellem formelle og uformelle aktiviteter i den forstand, at begge måder at dyrke idræt på indgår i en fælles idrætsdimension. Det er med andre ord mere normalt at kombinere eksempelvis idræt i en forening med idræt på egen hånd, end det er at kombinere idræt i en forening med

¹⁵ Undtaget herfra er spørgsmålet om internetbrug til at holde kontakt med familie og venner. Teoretisk set hører den til i begge former for uformelt samvær, men empirisk hænger den stærkest sammen med samvær med venner og bekendte. Noget som indikerer, at internettet særligt hyppigt bliver anvendt til kontakt med venner.

andre former for formel deltagelse i foreninger, organisationer og frivilligt arbejde. På den baggrund kan man lidt populært sige, at der inden for idrætten eksisterer en stærkere 'idrætskultur' end 'organisationskultur', da idrætten ser ud til at være en stærkere fællesnævner end opdelingen i formelle og uformelle fritidsaktiviteter.

Når det alligevel er interessant at anvende opdelingen i formelle og uformelle fritidsaktiviteter og forskellene heri, er det dels fordi den ser ud til at være relevant på andre områder af fritidslivet end idræt, dels fordi de to typer af aktiviteter teoretisk kan kobles til to forskellige persontyper, som får stillet deres sociale behov på forskellige måder.

Den amerikanske politolog Robert D. Putnam skelner i den forbindelse mellem 'machers' og 'schmoozers'. 'Machers' er meget aktive i formelle sociale sammenhænge (foreninger, organisationer, møder, frivilligt arbejde og lign.), og det er i grove træk dem, som får ting til at ske i lokalsamfundet. 'Schmoozers' er ligesom 'machers' socialt aktive, men de er det overvejende i uformelle sociale sammenhænge. De dyrker samværet med deres familie, venner og bekendte, men på en mere fleksibel og spontan måde i form af fx ture i biografen, middage i hjemmet og lign.

I forlængelse heraf viser Putnam, hvordan det ikke kun teoretisk, men også empirisk, giver mening at skelne mellem de to sociale personlighedstyper. Ganske vist er mange mennesker aktive i både formelle og uformelle sammenhænge, ligesom der er en del, som er meget lidt aktive i begge sammenhænge. Der er dog også mange, som overvejende er 'machers' eller 'schmoozers', viser Putnams analyser. Han viser i den forbindelse, at der blandt 'machers' er en højere andel af midaldrende, veluddannede mennesker med en høj indtægt, som har partner og børn. Anderledes forholder det sig for 'schmoozers', som typisk er yngre mennesker med kortere uddannelse og lavere indtægt, som lever uden partner og børn (Putnam, 2000).

I kapitlets sidste afsnit vil Putnams socioøkonomiske karakteristik af 'machers' og 'schmoozers' blive undersøgt med udgangspunkt i de formelle og uformelle deltagelsesformer, som indgår i kapitlet. Først vil vi dog undersøge, om det i en dansk kontekst giver mening at tale om 'machers' og 'schmoozers' som adskilte sociale personlighedstyper. Til det formål er tabel 8 fremstillet. Den indeholder sammenhængsmål for de fem deltagelsesdimensioner, som indgår i analysen.¹⁶ Kort fortalt skal målene tolkes på den måde, at jo højere og tættere værdien er på én, desto stærkere er sammenhængen mellem to deltagelsesdimensioner.

Tabel 8. Sammenhængsmål for de forskellige dimensioner af danskernes fritidsdeltagelse.

	Samlet aktivitetsindeks	Idrætsdeltagelse	Deltagelse i foreninger, organisationer og frivilligt arbejde	Samvær med venner og bekendte	Samvær med familie
Samlet aktivitetsindeks	-				
Idrætsdeltagelse	,808**	-			
Deltagelse i foreninger, organisationer og frivilligt arbejde	,335**	,090**	-		
Samvær med venner og bekendte	,752**	,393**	,149**	-	
Samvær med familie	,334**	,099**	,013**	,114**	-

**P<0,01

¹⁶ Tabellen viser Pearsons korrelationskoefficienter, som udtrykker styrken af den bivariante, lineære sammenhæng parvis mellem de fem dimensioner.

Med udgangspunkt i Putnams argumentation, burde vi umiddelbart finde en stærkere sammenhæng mellem de to former for uformelt samvær, end mellem den formelle deltagelse og de to former for uformelt samvær. Det gør vi kun til dels. Således er den stærkeste sammenhæng den, vi finder mellem formel deltagelse i foreninger, organisationer og frivilligt arbejde og det uformelle samvær med venner og bekendte. Omvendt finder vi som forventet den svageste sammenhæng mellem formel deltagelse i foreninger, organisationer og frivilligt arbejde og det uformelle samvær med familien. Samlet set er der således kun tentativ støtte til Putnams opdeling i ‘machers’ og ‘schmoozers’ i en dansk kontekst, når vi udelukkende ser på de fritidsaktiviteter, som indgår i kapitlet.

Sammenhænge mellem de tre ovennævnte dimensioner, sammensat udelukkende af henholdsvis formelle og uformelle fritidsaktiviteter, er i det hele taget relativt beskedne. Det indikerer, at der reelt er tale om tre adskilte former for deltagelse i fritidslivet. De har ganske vist en svag positiv indflydelse på hinanden, men samtidig viser de relativt lave sammenhængsmål, at det er normalt at være socialt deltagende på en dimension (fx i form af samvær med venner og bekendte) uden at være det på en anden (fx samvær med familien).

Specifikt i forhold til idræt er det værd at bemærke, at sammenhængen mellem det at dyrke idræt og det at være social med venner og bekendte er relativt stærk, mens sammenhængen mellem idrætsdeltagelse og det at deltage i foreninger, organisationer og frivilligt arbejde er noget svagere. Idrætsdeltagelsen ser med andre ord ud i højere grad at hænge sammen med ‘schmoozing’ end med ‘maching’. Mere lavpraktisk vidner sammenhængen givetvis om, at mange socialiserer med venner og bekendte, når de dyrker idræt.

Endelig viser tabel 8, at hyppigheden af deltagelse i alle former for fritidsaktiviteter har en gensidig positiv indflydelse. Det udtrykker, hvad andre studier på området også har fundet, at deltagelse i fritidslivet avler deltagelse i fritidslivet – og det endda på forskellige områder. Det viser både analyser specifikt med fokus på deltagelse i idrætsforeninger (Østerlund, 2013), men også mere generelle analyser af deltagelse i fritidslivet (Allardt, Jartti, Jyrkilä, & Littunen, 1958).

Specifikt i forhold til mennesker med handicap fandt Anne-Merete Kissow samme positive sammenhæng mellem forskellige aspekter af deltagelse i fritidslivet, som denne rapport finder. Hun stiller i den forbindelse skarpt på betydningen af idrætsdeltagelse og beskriver, hvordan mennesker med handicap gennem deltagelse i idræt *”opnår erfaring og handleevne, som kan forandre og udvikle deres måde at deltage i andre sociale sammenhænge”* (Kissow, 2013: 91). Noget som på et mere generelt niveau bliver bekræftet i tabel 8, hvor idrætsdeltagelse relativt set har den stærkeste sammenhæng med det samlede aktivitetsindeks. Det viser, at aktive inden for idrætten typisk også er aktive i andre områder af fritidslivet. Imidlertid kan vi ikke ud fra denne undersøgelse konkludere, at det er idrætsdeltagelsen, som fremmer deltagelsen i andre fritidsaktiviteter, om sammenhængen er den omvendte, eller om der er tale om et mere komplekst samspil.

Fra hidtil generelt at have analyseret voksne danskers deltagelse i fritidsaktiviteter, vil denne rapport nu dykke mere specifikt ned i deltagelse i fritidslivet blandt mennesker med funktionsnedsættelse. Tidligere rapporter på området har, som tidligere nævnt, vist, at mennesker med funktionsnedsættelse i mindre grad end voksne danskere uden en funktionsnedsættelse deltager i såvel formelle som uformelle fritidsaktiviteter. Med opdelingen i forskellige former for fritidsaktiviteter er der i denne rapport mulighed for at undersøge nuancerne

i det generelle mønster, dels ved at differentiere mellem formelle og uformelle aktiviteter, og dermed mellem betydningen af funktionsnedsættelse for 'maching' og 'schmoozing', dels ved at inddrage betydningen af socioøkonomiske forhold i sammenhæng hermed.

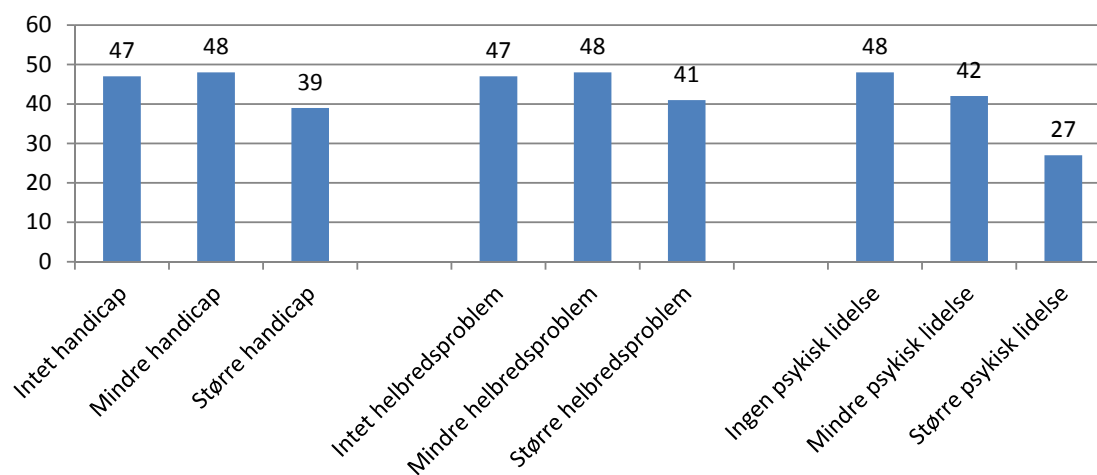
Det følgende afsnit fokuserer specifikt på betydningen af forskellige former for funktionsnedsættelse for deltagelsen i forskellige aspekter af fritidslivet, mens de socioøkonomiske forhold bliver inddraget i en mere samlet analyse i kapitlets sidste afsnit.

Fritid og funktionsnedsættelse

I det følgende bliver der fremdraget eksempler på funktionsnedsættelses betydning for både formelle og uformelle former for deltagelse knyttet til henholdsvis 'maching' og 'schmoozing'. Som det fremgår af figur 8, er mennesker med et mindre handicap eller et mindre helbredsproblem fuldt på højde med mennesker uden funktionsnedsættelse, når det gælder deltagelse i foreningsmøder. For begge grupper er det knap halvdelen, der deltager. Et mindre handicap eller helbredsproblem er altså ingen hindring for at være 'macher'.

Mennesker med et større handicap eller helbredsproblem er til gengæld mindre med på foreningsmøder. Her er det omtrent fire ud af ti, som deltager. Mennesker med psykiske lidelser skiller sig klart ud som den minoritetsgruppe, der gør sig mindst gældende på foreningsmøder. Således er det 42 pct. med en mindre psykisk lidelse, der deltager, mens deltagelsen er helt nede på 27 pct. blandt mennesker med en større psykisk lidelse. Når det gælder deltagelse i foreningsmøder, spiller altså såvel type som grad af funktionsnedsættelse en væsentlig rolle.

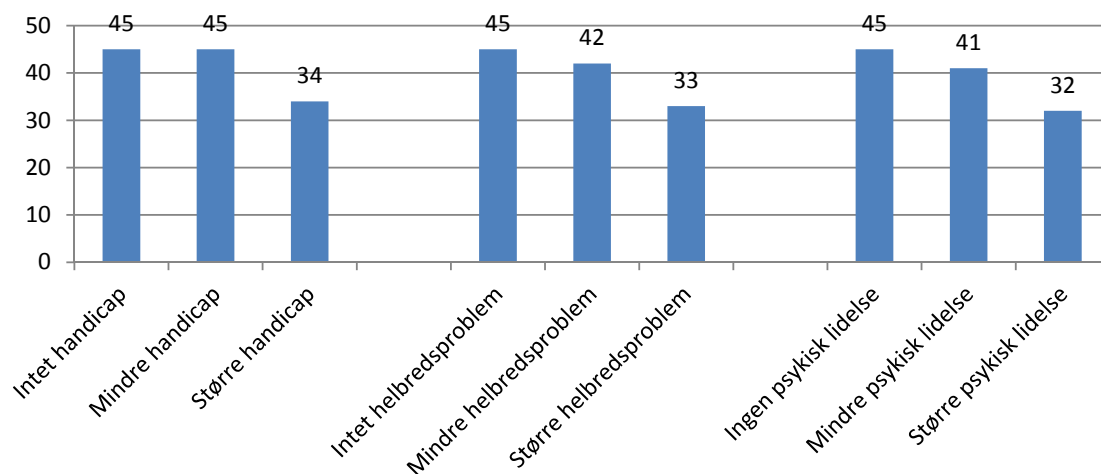
Figur 8. Andel der deltager i foreningsmøder, fordelt på graden af funktionsnedsættelse (pct.).



Dette mønster går igen for mennesker med handicap, når det drejer sig om udførelse af frivilligt arbejde, mens mennesker med henholdsvis helbredsproblemer og psykiske lidelser mere ligner hinanden på dette punkt. Som det fremgår af figur 9 falder deltagelsen for alle tre hovedgrupper af funktionsnedsættelse til omkring hver tredje ved en større funktionsnedsættelse. Blandt mennesker med mindre funktionsnedsættelser varierer deltagelsen. For mennesker med mindre handicap er deltagelsen fuldt på højde med de 45 pct. for mennesker uden funktionsnedsættelser, mens deltagelsen blandt mennesker med mindre helbredsproblemer eller psykiske lidelser er en anelse lavere med henholdsvis 42 og 41 pct.

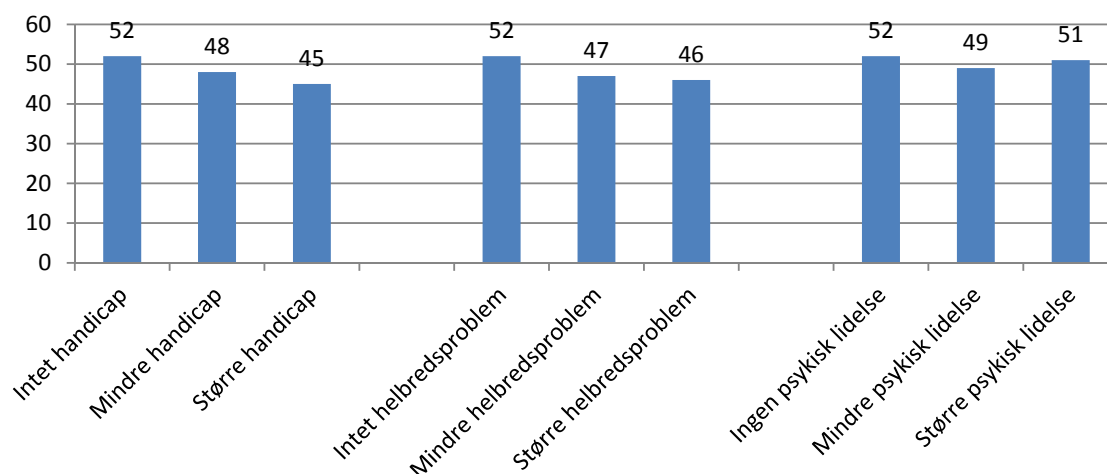
En anden undersøgelse har vist, at mennesker med psykiske lidelser har stor interesse på sigt for deltagelse i frivilligt idrætsarbejde (Lüders & Jespersen, 2013). Den relativt lave deltagelse blandt mennesker med funktionsnedsættelse er derfor givetvis et udtryk for en udbredt mangel på personligt overskud her og nu til frivilligt arbejde, ligesom det kan være et udtryk for en mangel på tilbud om at arbejde frivilligt, som matcher mennesker med psykiske lidelsers personlige ressourcer.

Figur 9. Andel der udfører frivilligt arbejde, fordelt på graden af funktionsnedsættelse (pct.).



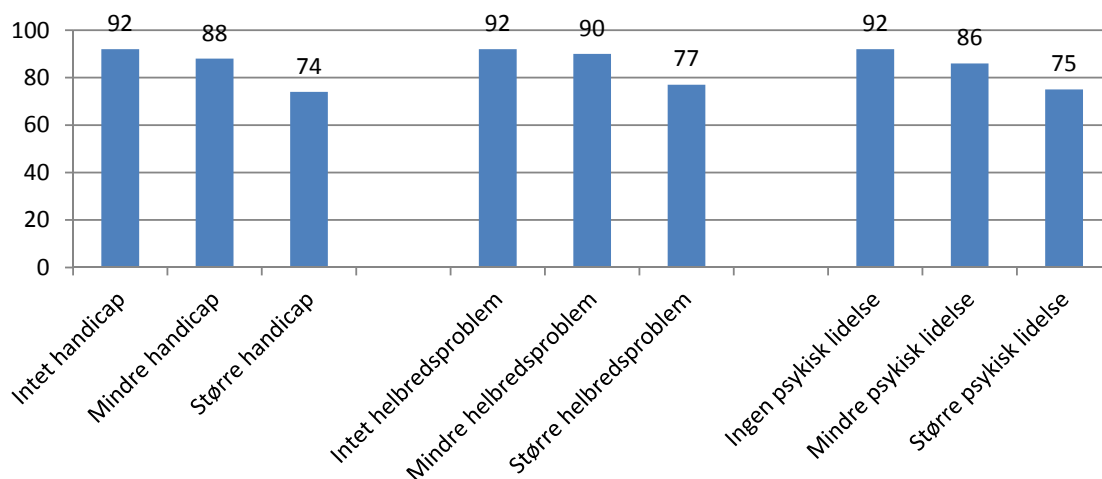
Når vi går over til at se på de deltagelsesformer, der knytter sig til 'schmoozing' og mere specifikt det sociale samvær med venner, ser alle tre grupper med funktionsnedsættelser ud til at være rimeligt godt med, når det gælder andelen, der tilbringer tid med sine venner mindst en gang om ugen. Forskellene mellem mennesker med og uden funktionsnedsættelser er, som det fremgår af figur 10, således ikke markante. Det er bemærkelsesværdigt, især når det gælder mennesker med psykiske lidelser, der ellers er tilbøjelige til at skille sig ud som de mest ensomme (Holt-Lunstad, Smith, & Layton, 2010).

Figur 10. Andel der tilbringer tid med venner mindst en gang om ugen, fordelt på graden af funktionsnedsættelse (pct.).



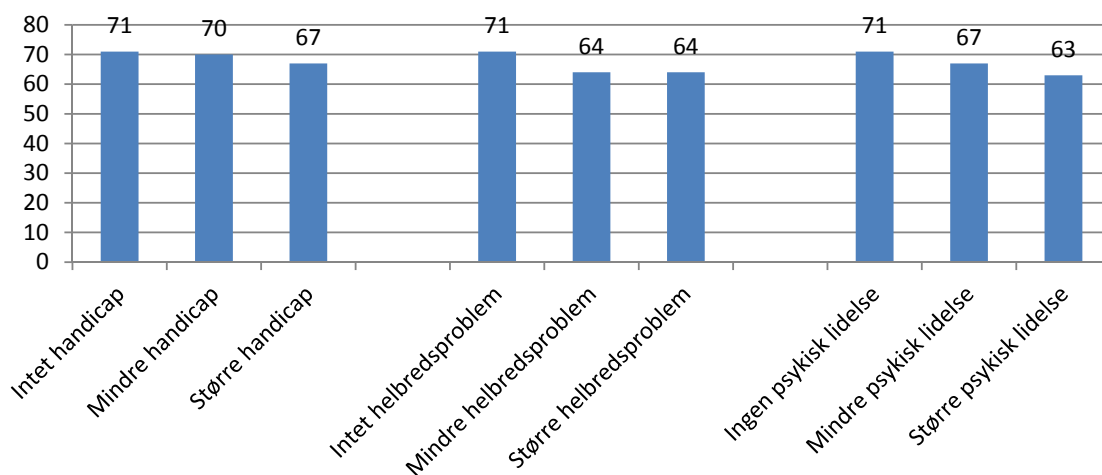
Til gengæld viser figur 11, at de tre grupper af mennesker med funktionsnedsættelse er lidt mindre tilbøjelige til at gå ud på offentlige steder eller være sammen i større forsamlinger, hvilket kan have med manglende tilgængelighed at gøre. Således går 92 pct. af mennesker uden funktionsnedsættelser i biografen, til koncerter, i teatret, til sportsbegivenheder eller lignende. En deltagelse som falder til omtrent tre ud af fire for mennesker med en større funktionsnedsættelse.

Figur 11. Andel der går i biografen, til koncerter, i teatret eller været til sportsbegivenheder og lign., fordelt på graden af funktionsnedsættelse (pct.).



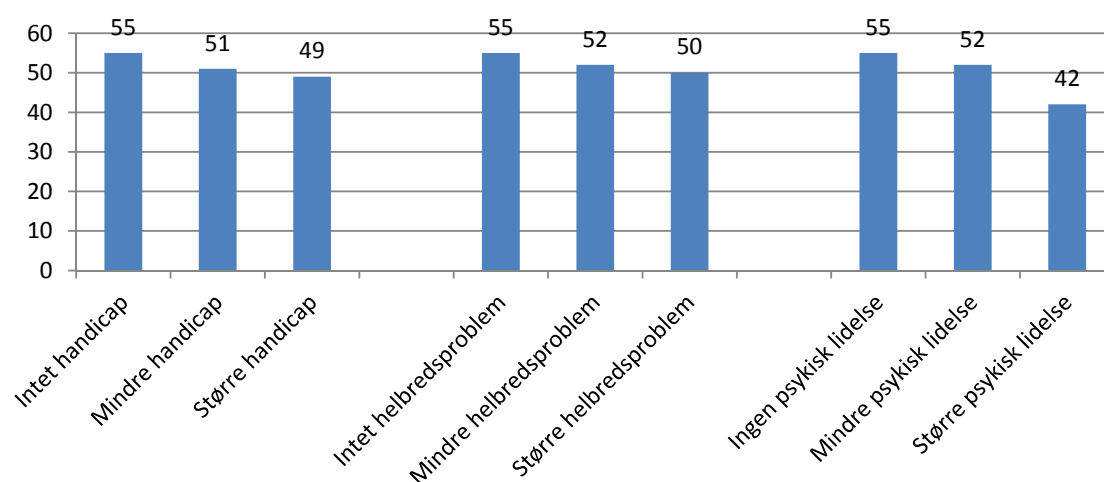
Endelig er det relevant at se på den del af 'schmoozing', som handler om at tilbringe tid med familien. Ser vi i den forbindelse først på den nærmeste familie, som her er defineret som egne børn og forældre, så er der en svag tendens til, at mennesker med funktionsnedsættelse ser familien mindre end folk uden. Det gælder mest markant for mennesker med helbredsproblemer eller psykiske lidelser, viser figur 12. For disse grupper falder andelen, der ser sin nærmeste familie mindst en gang om ugen, fra 71 pct. for dem, der ikke har en funktionsnedsættelse, til 64 og 63 pct. for mennesker med større helbredsproblemer henholdsvis større psykiske lidelser.

Figur 12. Andel der tilbringer tid med deres børn eller forældre mindst en gang om ugen, fordelt på graden af funktionsnedsættelse (pct.).



Den svage tendens til mindre hyppigt samvær med familien for mennesker med funktionsnedsættelse går igen, når det gælder den øvrige familie. Således fremgår det af figur 13, at 55 pct. af mennesker uden funktionsnedsættelse ser deres øvrige familie flere gange om måneden eller oftere. Et tal der falder særlig markant for mennesker med psykiske lidelser til først 52 pct. for dem med mindre psykiske lidelser og 42 pct. for mennesker med større psykiske lidelser. For mennesker med handicap eller helbredsproblemer ligger deltagelsen på omkring halvdelen, både når det gælder mindre og større funktionsnedsættelser.

Figur 13. Andel der tilbringer tid med anden familie end børn eller forældre flere gange om måneden eller oftere, fordelt på graden af funktionsnedsættelse (pct.).



I forbindelse med deltagelse i fritidslivet antyder resultaterne fra den rapport, som SFI har udarbejdet med udgangspunkt i resultaterne fra SHILD-undersøgelsen, at det ikke udelukkende er et menneskes egen funktionsnedsættelse, der spiller en – ofte negativ – rolle for deltagelsen i fritidslivet (Damgaard et al., 2013). Det ser ud til også at hæmme deltagelsen i fritidslivet, hvis et menneske har et barn eller en partner med en funktionsnedsættelse. I den forbindelse kan man tale om 'handicap by association'. Selv om dette er relevant, bliver betydningen heraf udeladt af denne rapport, som udelukkende har fokus på betydningen af funktionsnedsættelse for den person, som har funktionsnedsættelsen.

Forklaringer på forskelle i fritid

Mennesker med funktionsnedsættelse er mindre tilbøjelige til at deltage i fritidslivet, end voksne danskere uden en funktionsnedsættelse. Det gælder uanset, om der er tale om handicap, helbredsproblemer eller psykiske lidelser. Ligeledes gælder det på tværs af de forskellige former for fritidsaktiviteter, herunder idrætsdeltagelse, de formelle aktiviteter i foreninger, organisationer og frivilligt arbejde, samt det uformelle samvær med enten familien eller venner og bekendte. På nogle parametre er forskellene store, men der er også flere parametre, hvor forskellene er små.

Vi mangler i den forbindelse fortsat at få svar på, hvor stor en del af de fundne forskelle, der skyldes funktionsnedsættelse, og om væsentlige socioøkonomiske forhold, som fx køn, alder og uddannelse, har betydning for sammenhængene. Formålet med dette afsnit er at nå

nærmere en besvarelse af dette spørgsmål ved at undersøge den relative indflydelse af forskellige former for funktionsnedsættelse på deltagelsen i fritidsaktiviteter, når man samtidig inddrager betydningen af en række væsentlige socioøkonomiske forhold.

Tabel 9 samler resultaterne for samlet deltagelse i fritidslivet, idrætsdeltagelse, deltagelse i foreninger, organisationer og frivilligt arbejde, samvær med venner og bekendte, samt samvær med familien.

Tabel 9. Forklaringer på forskelle i voksne danskeres fritidsaktiviteter. Resultater fra lineære regressionsanalyser.

	Samlet aktivitetsindeks		Idrætsdeltagelse		Deltagelse i foreninger, organisationer og frivilligt arbejde		Samvær med venner og bekendte		Samvær med familie	
	Ustan. koef.		Ustan. koef.		Ustan. koef.		Ustan. koef.		Ustan. koef.	
Konstant	4,050	***	4,969	***	1,761	***	5,367	***	6,405	***
Funktionsnedsættelsesvariable										
Handicap	,001		-,030	***	,131	***	,013	***	-,003	*
Helbredsproblemer	-,034	***	-,151	***	,130	***	,003	*	-,019	***
Psykiske lidelser	-,099	***	-,171	***	-,045	***	-,119	***	-,103	***
Besvær	-,468	***	-,938	***	-,279	***	-,512	***	-,245	***
Socioøkonomiske baggrundsvariable										
Køn (kvinde)	,001		,070	***	-,253	***	-,030	***	,065	***
Alder	-,015	***	-,018	***	,014	***	-,021	***	-,046	***
Uddannelsesniveau	,043	***	,070	***	,185	***	,050	***	-,098	***
Under uddannelse/i beskæftigelse (ja)	,020	***	,044	***	,155	***	,006	***	-,013	***
Månedlig indkomst (i tusinder)	,001	***	,000	***	,003	***	,001	***	,001	***
Kæreste/partner/ægtefælle (ja)	-,069	***	-,064	***	,007	***	-,178	***	-,038	***
Barn/børn (ja)	,018	***	-,227	***	-,064	***	-,273	***	1,533	***
Urbaniseringsgrad	,032	***	,087	***	-,065	***	,105	***	-,117	***
Model karakteristika										
R ² (funktionsnedsættelsesvariable)	,058		,041		,007		,040		,011	
R ² (alle variable)	,167		,096		,061		,261		,297	

***p<0.001, **p<0.01, *p<0.05

Generelt kan man hæfte sig ved, at næsten alle uafhængige variable, herunder både funktionsnedsættelsesvariable og socioøkonomiske baggrundsvariable, har en betydning for deltagelsen i fritidsaktiviteter, som er signifikant i statistisk forstand. Vi kan med andre ord vide os ret sikre på, at både de udvalgte former for funktionsnedsættelse og de socioøkonomiske forhold har betydning for voksne danskeres deltagelse i fritidslivet. Der er dog enkelte undtagelser, og de vil, hvor det er relevant, blive behandlet nedenfor.

Set over en bred kam har funktionsnedsættelse relativ begrænset indflydelse på voksnes danskernes deltagelse i fritidslivet.¹⁷ Sammenhængene er som forventet overvejende negative i den forstand, at funktionsnedsættelse hæmmer deltagelse i fritidslivet, men med den væsentlige nuance, at det overvejende er psykiske lidelser, der, sammen med oplevelsen af besvær ved livet, hæmmer deltagelsen, og selv her er effekten begrænset. Eksempelvis scorer en person med en større psykisk lidelse i gennemsnit 0,2 point lavere på det samlede aktivitetsindeks end en person uden en psykisk lidelse. Et tal der skal ses i sammenhæng med, at det konstruerede indeks går fra et til syv. Effekten af besvær er numerisk set større, men da der er tale om et indeks for besvær, er det ikke muligt direkte at sammenligne effekten af besvær med effekten af de øvrige former for funktionsnedsættelse.

Helbredsproblemer og handicap betyder relativt set mindst for deltagelse i fritidslivet. Således har handicap ingen signifikant effekt på den samlede deltagelse i fritidslivet, mens helbredsproblemer har en signifikant, men meget svag negativ indvirkning herpå.

Selv om effekten af funktionsnedsættelse på deltagelse i fritidslivet er begrænset, er der interessante forskelle i betydningen af de forskellige former for funktionsnedsættelse for deltagelse i forskellige fritidsaktiviteter. Den negative effekt af psykiske lidelser og besvær træder således tydeligst frem i kontekst til idrætsdeltagelse og det uformelle samvær med venner og bekendte. Effekten er mindre, men stadig negativ, når det gælder uformelt samvær med familien og den formelle deltagelse i foreninger, organisationer og frivilligt arbejde.

Tendenserne for helbredsproblemer og handicap er overvejende de samme som for psykiske lidelser og besvær, dog uden at førstnævnte har en negativ effekt på samværet med venner og bekendte. Lidt overraskende har helbredsproblemer og handicap en meget svag positiv effekt på hyppigheden af samværet med venner og bekendte og endda en noget større positiv effekt på den formelle deltagelse i foreninger, organisationer og frivilligt arbejde efter kontrol for socioøkonomiske forhold. Noget som muligvis hænger sammen med, at mennesker med funktionsnedsættelse organiserer sig i foreninger og organisationer, som varetager deres specifikke interesser, men som potentielt også kan afspejle et større samfundsmæssigt engagement blandt voksne med funktionsnedsættelse.

Socioøkonomiske forhold betyder en del for voksne danskernes deltagelse i fritidsaktiviteter. Den samlede deltagelse varierer ikke med køn, men falder med alderen og stiger med uddannelsesniveau, beskæftigelse og indkomst, samt med graden af urbanisering i bopælsområdet. Generelle resultater som i store træk er i tråd med tendenserne i undersøgelser af danskernes kultur- og fritidsvaner¹⁸ (Bak et al., 2012; Bille et al., 2005). Tendenserne vidner om, at mennesker fra højere sociale lag, som er velintegrerede på arbejdsmarkedet, også er mere aktive i fritiden end mennesker fra lavere sociale lag uden beskæftigelse. Tilmed har det en selvstændig positiv effekt at bo i et byområde, noget som muligvis hænger sammen med det større udbud af fritidsaktiviteter i nærområdet.

Inden for den generelle ramme er der flere interessante forskelle på tværs af forskellige fritidsaktiviteter. Flere af forskellene knytter an til Putnams socioøkonomiske karakteristika af 'machers' og 'schmoozers'. I tråd med Putnams karakteristika af 'machers' har uddannelse, beskæftigelse og indtægt en særlig stor positiv effekt på den formelle deltagelse i forenin-

17 Det ses bl.a. i de som oftest relativt lave R²-værdier og ustandardiserede regressionskoefficienter for handicapvariablene.

18 Om end der også her er store variationer mellem forskellige typer af kultur- og fritidsaktiviteter.

ger, organisationer og frivilligt arbejde. Effekten af de tilsvarende variable på det uformelle samvær med venner og bekendte samt familie er relativt set noget mindre. Uddannelse og beskæftigelse har ligefrem en negativ effekt på hyppigheden af samværet med familien.

En anden interessant sammenhæng er, at det at have en kæreste, partner eller ægtefælle generelt hæmmer deltagelse i fritidslivet, om end udelukkende den uformelle deltagelse, herunder i særlig høj grad samværet med venner og bekendte. Samvær med partneren ser med andre ord ud til at ske på bekostning af samværet med vennerne. En tendens der bliver forstærket, når der kommer børn til. Omvendt har det at have børn en stærk positiv effekt på hyppigheden, hvormed voksne danskere ser deres familie. Et resultat der ikke er overraskende givet at samværet med børn indgår som et aspekt af samvær med familien.

Endelig er det værd at bemærke sig, at det sted, voksne danskere bor, har betydning for, hvordan de primært engagerer sig i fritidslivet. Folk der bor i tættere bebyggede områder ser i højere grad deres venner og bekendte, end folk der bor i mindre urbaniserede områder, mens det omvendte er tilfældet, når det gælder samvær med familien. Folk fra mindre urbaniserede områder er i tilgift en anelse mere tilbøjelige til at engagere sig i foreninger, organisationer og frivilligt arbejde. Det samme er i øvrigt mænd, som også mere hyppigt end kvinder ser deres venner og bekendte. Kvinder er omvendt mere idrætsaktive og bruger mere tid med familien.

Samlet set giver resultaterne anledning til både at underbygge og nuancere en generel opfattelse af, at funktionsnedsættelse hæmmer deltagelse i fritidslivet. Det er generelt set tilfældet, men i begrænset grad og for psykiske lidelser i højere grad end for handicap og helbredsproblemer. Dertil kommer, at funktionsnedsættelse relativt set hæmmer uformelle former for samvær, det der tidligere blev betegnet 'schmoozing', mere end formel deltagelse, 'maching'. I tråd med Putnams karakteristik af 'machers' og 'schmoozers' er det desuden værd at bemærke, at uddannelse, beskæftigelse og indtægt er højere blandt deltagerne i de aktiviteter, der knytter sig til 'maching' end til 'schmoozing'.

Helbred

Det hænder ganske ofte, at vi hører nyt om vores fælles helbredstilstand i Danmark. De fleste gange er det dårligt nyt. Vi lever ikke så længe som mennesker i lande, vi normalt sammenligner os med, vi ryger for meget, og så dyrker vi for lidt motion, spiser for usundt og af samme grund er mange danskere overvægtige. Dertil kommer resultater fra forskellige undersøgelser, som viser, dels at livsstilsrelaterede sygdomme koster samfundet milliarder i behandlinger, dels at der er store sociale skævheder i sundheden på tværs af forskellige samfundsgrupper (Christensen et al., 2014; Christensen et al., 2009).

Ind imellem kommer der dog også positive nyheder. Eksempelvis går det angiveligt fremad på områder som rygning, hvor antallet af især unge rygere er faldende, og alkohol, hvor færre drikker over Sundhedsstyrelsens anbefalede lavrisikogrænse på fjorten og syv genstande om ugen for henholdsvis mænd og kvinder (Christensen et al., 2014; Christensen et al., 2009). Dertil kommer den positive historie om udviklingen i danskernes idrætsvaner, som vi bl.a. berørte i det foregående afsnit af rapporten. Flere danskere end nogensinde før dyrker sport og motion. Faktisk viser denne undersøgelse, at næsten fire ud af fem voksne (79 pct.) er idrætsaktive, blot er det mindre end halvdelen (46 pct.), der lever op til Sundhedsstyrelsens anbefalinger til voksne om minimum en halv times motion om dagen.

Ovenstående illustrerer, at man kan anlægge mange betragtninger på helbred, og på hvordan man bedst måler helbred. Ud over det man med en vis ret kan kategorisere som objektivt målbare indikatorer, herunder rygning, kost, motion og BMI, er der også en række mere subjektive indikatorer, som kan hjælpe til med at indkredse danskernes helbredstilstand. Hertil hører selvvaluerede mål for generel livstilfredshed, helbred og smerter, som bliver behandlet i denne rapport.

I det følgende er fokus på selvvaluerede helbredsmål i forsøget på at indkredse voksnes helbredstilstand og ikke mindst forskellene heri. Til det formål bliver betydningen af socioøkonomiske forhold inddraget, fordi disse forhold i andre undersøgelser har vist sig at have stor betydning for helbredstilstanden (Christensen et al., 2014). Det samme gælder for betydningen af funktionsnedsættelse, som ser ud til at spille en væsentlig negativ rolle for den selvvaluerede helbredstilstand (Johnsen, Davidsen, Michelsen, & Juel, 2014). Til at begynde med er formålet dog at tegne et billede af voksne danskernes generelle helbredstilstand for dernæst at undersøge forskellene heri.

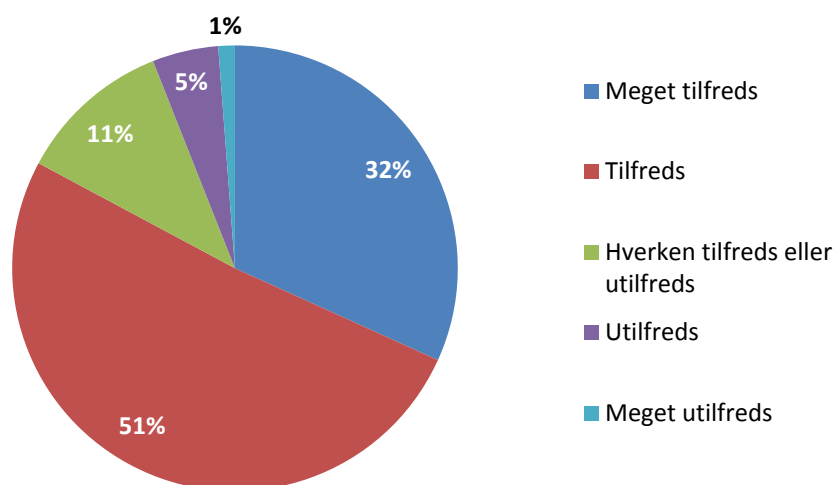
Generelt om helbred

Et mål for helbred er den generelle livstilfredshed, som lægger sig fint i forlængelse af WHO's sundhedsdefinition som et, om end noget bredt, helbredsmål. Således definerer WHO sundhed som *”en tilstand af fuldkommen fysisk, mentalt og socialt velbefindende”*.¹⁹ En formulering der er så tilpas bred og omfattende, at man nærmest kan opfatte den ikke kun som en sundhedsdefinition, men også som en slags livstilfredshedsdefinition.

I et forsøg på at indkredse voksnes generelle livstilfredshed, er de, i forbindelse med denne undersøgelse, blevet stillet spørgsmålet: ‘Alt taget i betragtning – hvor tilfreds eller utilfreds er du for tiden med dit liv?’. Svarfordelingen fremgår af figur 14 nedenfor.

19 Formuleringen kan findes på WHO's hjemmeside: <http://www.who.int>.

Figur 14: Voksnes selvvalgte tilfredshed med deres liv for tiden.



Som figur 14 viser, er mere end fire ud af fem voksne (83 pct.) overvejende tilfredse med deres liv for tiden, mens kun godt en ud af tyve (6 pct.) er overvejende utilfredse. Således ser det ikke umiddelbart ud til, at de tidligere beskrevne livsstilsproblemer, bl.a. med for megen rygning, alkohol og usund kost, forhindrer den langt overvejende del af danskerne i at leve gode liv. I den forbindelse er det dog værd at nævne to nuancer. Den første er, at selv en relativ lav procentdel som 6 pct. repræsenterer godt 175.000 voksne i alderen 16-64 år, som er utilfredse med deres liv. Den anden er, at det ‘kun’ er knap en tredjedel (32 pct.), der er meget tilfredse med deres liv. Der er med andre ord grundlag for forbedring i livstilfredsheden hos godt to ud af tre voksne.

At måle generel livstilfredshed har en del til fælles med at måle lykke, fordi tilfredshed og lykke er beslægtede begreber. Danskerne er flere gange blevet kåret til verdens lykkeligste folk (Helliwell, Layard, & Sachs, 2013), og i studier, hvor både måling af lykke og livstilfredshed indgår, er der en tæt sammenhæng mellem svarfordelingen på de to spørgsmål.²⁰ Derfor kommer det ikke som nogen stor overraskelse, at danskerne også i denne undersøgelse oppebærer en stor livstilfredshed.

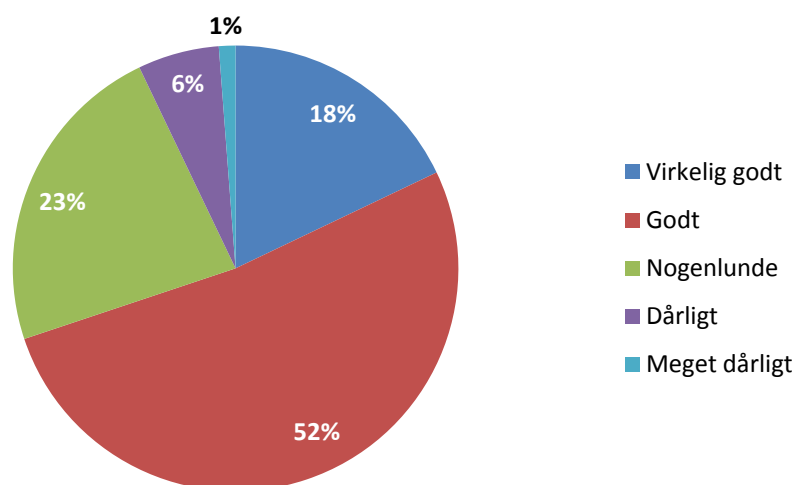
Livstilfredshed er et meget overordnet begreb, hvori der kan indgå mange forskellige elementer. Elementer som givetvis varierer meget fra person til person, idet vi ikke tilskriver de samme livsforhold lige stor vægt, når vi skal bedømme vores liv. Målinger af livstilfredshed bliver da også ofte kritiseret netop for, at det er uklart, hvad vi måler. Ikke desto mindre synes det rimeligt at antage, at helbred er et livsforhold, mange ser som væsentligt, når de skal vurdere deres generelle livstilfredshed. Noget som underbygges af, at der er en relativ stærk statistisk sammenhæng mellem livstilfredshed og lykke.²¹

Af figur 15 fremgår voksnes danskeres fordeling på spørgsmålet om, hvordan de alt i alt vurderer deres helbred, og selv om fordelingen som forudsagt har meget til fælles med fordelingen, når det gælder livstilfredshed, så er der væsentlige forskelle.

20 Det gælder eksempelvis for World Values Survey. Se mere herom på <http://www.worldvaluessurvey.org>.

21 De to mål korrelerer i denne undersøgelse med en Pearsons R2-værdi på 0,48.

Figur 15: Voksnes selv vurderede helbred.



Således er det ‘kun’ syv ud af ti danskere, der vurderer deres helbred som overvejende godt mod de godt otte ud af ti (83 pct.), der var overvejende tilfredse med deres liv. Det betyder ikke, at andelen, der overvejende har et dårligt helbred (7 pct.) er mærkbart større end andelen, der er overvejende utilfredse med deres liv (6 pct.). Til gengæld er der en relativ stor gruppe (23 pct.), som placerer sig midt imellem og vurderer deres helbred til at være nogenlunde. Dertil kommer, at gruppen med et virkelig godt helbred (18 pct.) er markant mindre end andelen, der var meget tilfredse med deres liv (32 pct.).

Forskellene mellem de to fordelinger viser, at mange voksne har et godt liv til trods for et mindre godt helbred. Samtidig viser tallene dog også, at den overvejende del af befolkningen er ganske tilfredse med deres helbred. Mulighederne for direkte sammenligninger med andre undersøgelser lider under forskelle i spørgsmålsformuleringer og ikke mindst i svarkategorier,²² hvilket har betydning for svarfordelingen. Erfaringen viser, at selv små ændringer i spørgsmålsformuleringer og svarkategorier kan medføre store ændringer i svarfordelingerne (Olsen, 2006).

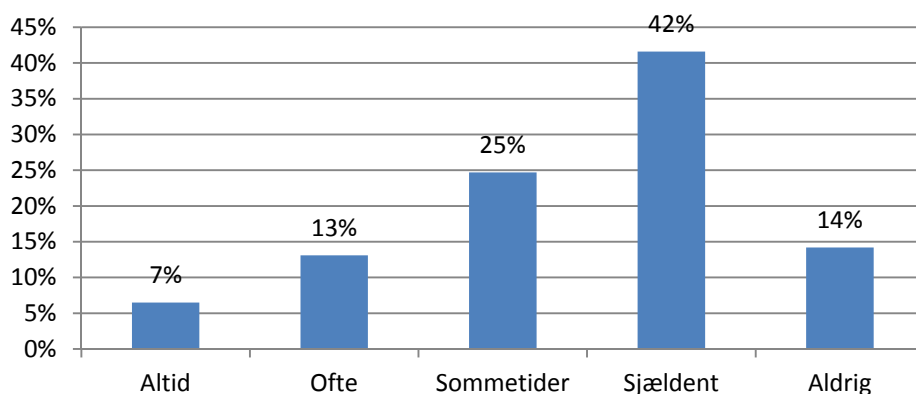
KRAM-undersøgelsen er en af de undersøgelser, hvori der er spurgt til selv vurderet helbred blandt voksne med stort set samme spørgsmålsformulering, som i denne undersøgelse og med identiske svarkategorier. Resultaterne herfra flugter da også stort set med resultaterne i denne undersøgelse, idet 73 pct. af de voksne på 18 år og derover, som indgik i KRAM-undersøgelsen, havde et overvejende godt helbred (Christensen et al., 2009). Et tal som ligger meget tæt på denne undersøgelses tal på 70 pct., som på den baggrund må antages at være pålideligt.

Et væsentligt element i det at have et godt helbred og et godt liv vil for de fleste være et liv uden smerter, eller i hvert fald uden hyppigt tilbagevendende og voldsomme smerter. I undersøgelsen er voksne derfor blevet spurgt både til hyppigheden, hvormed de oplever smerter, og til det værste oplevede smerteniveau. Figur 16 viser hyppigheden af smerterne.²³

22 Flere undersøgelser opererer således med følgende fem kategorier: Fremragende – vældig godt – godt – mindre godt – dårligt (Christensen et al., 2014; Johnsen et al., 2014).

23 Vel at mærke smerter som ikke stammer fra ‘et fald, ulykke eller lign.’, som der står i spørgsmålsformuleringen.

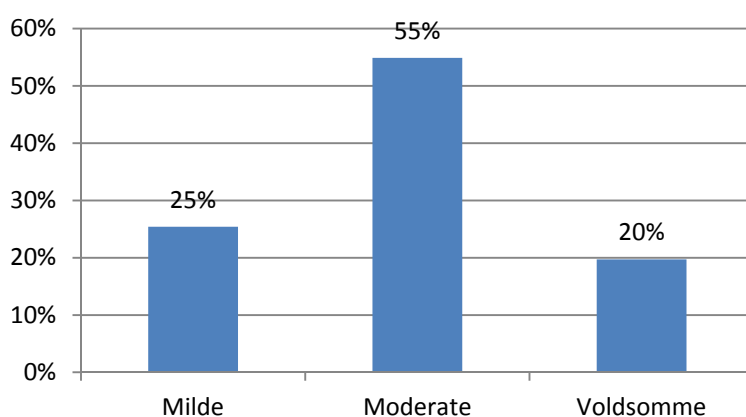
Figur 16: Hyppighed af smerter blandt voksne.



Hver femte voksne lever et liv, hvor de enten altid eller ofte oplever smerter. Heraf angiver de 7 pct. at leve med konstante smerter. Det svarer til, at 575.000 voksne lever med hyppige smerter, hvoraf smerterne for de 190.000 er konstante. Kun 14 pct. er helt smertefrie, men dertil kommer 42 pct., som sjældent oplever smerter. Sidstnævnte er dermed den mest udbredte svarmulighed, hvilket giver god mening i og med, at det for de fleste vil være svært at gå gennem livet uden at opleve smerter af og til.

En ting er, hvor ofte voksne oplever smerter, noget andet er voldsomheden af smerterne. Sidstnævnte gør figur 17 os klogere på. I den forbindelse er det værd kort at nævne, at procentsatserne i figuren udelukkende bygger på svarene fra de voksne, der jævnligt oplever smerter. Det er med andre ord kun dem, der har angivet, at de oplever smerter sommetider, ofte eller altid, der indgår i figuren.

Figur 17: Voksnes værste oplevede smerteniveau.

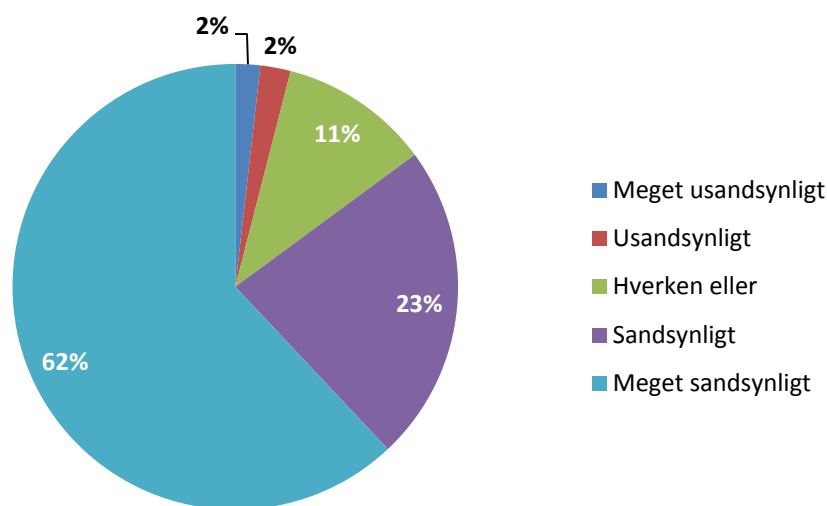


Som figur 17 viser, er smerterne for fire ud af fem af de voksne, der jævnligt oplever smerter, enten milde eller moderate i karakteren. Det er således et mindretal, der oplever voldsomme

smerter jævnligt, men et mindretal, der samlet set udgør godt 250.000 danskere. Det viser, at smerter er et alvorligt problem for en relativt lille andel af den voksne befolkning, men en lille andel, som dog svarer til et stort antal voksne.

De foregående spørgsmål omhandler udelukkende den nuværende helbredstilstand blandt voksne. Det er imidlertid relevant også at beskæftige sig med den forventede fremtidige helbredstilstand, fordi det kan fortælle noget om, hvorvidt den nuværende helbredstilstand er en midlertidig tilstand, eller om der er udsigt til henholdsvis forbedring eller forværring. For at indkredse dette, blev de voksne danskere bedt om at vurdere sandsynligheden for, at deres helbred om tre år er mindst ligeså godt som i dag.²⁴ Svarene på dette spørgsmål fremgår af figur 18.

Figur 18: Voksnes vurdering af, hvorvidt deres helbred om tre år vil være ligeså godt som i dag.



Langt hovedparten af de adspurgte (85 pct.) finder det overvejende sandsynligt, at deres helbred vil være mindst ligeså godt om tre år. Kun et mindretal på 4 pct. finder det tilsvarende overvejende usandsynligt, mens 11 pct. ikke kan vurdere, om det er overvejende sandsynligt eller usandsynligt. Fordelingen viser, at det er en mindre gruppe af voksne, der vurderer deres helbredsudsigter negativt. En hypotese kunne være, at denne gruppe bl.a. består af voksne med en form for funktionsnedsættelse med en negativ prognose, fx en livstruende sygdom eller en progressiv lidelse. Dertil kommer naturligvis et aldersaspekt i den forstand, at det alt andet lige er mere sandsynligt for en 25-årig, at vedkommendes helbred vil være mindst ligeså godt om tre år, end det er for en 85-årig.

Det er netop betydningen af en række baggrundskaraktistika for voksne danskere helbred, som vil være i fokus i de kommende afsnit. Først med et specifikt fokus på betydningen af funktionsnedsættelse, dernæst med fokus på betydningen af både funktionsnedsættelse

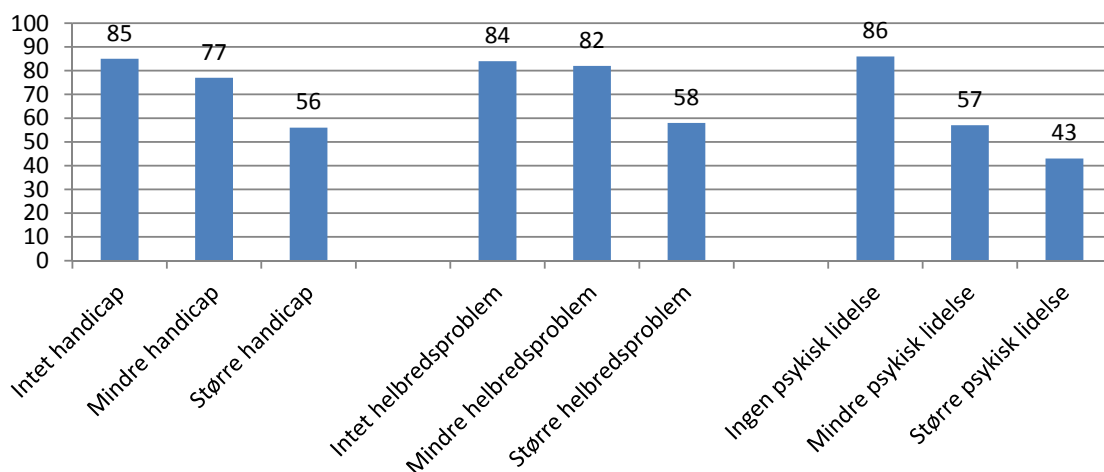
²⁴ Det blev de bedt om at gøre på en skala med ti svarmuligheder. Her er svarene for overskuelighedens skyld slået sammen symmetrisk omkring den midterste svarmulighed, så de nu udgør en fempunktsskala.

og socioøkonomiske forhold. Disse analyser kan være med til at fremdrage uligheder i danskernes helbredstilstand, som ikke er fremkommet i den generelle præsentation. Således kan det godt være, at danskerne generelt set har et godt helbred, og at det er et mindretal af den voksne befolkning, som har helbredsproblemer, men hvis denne gruppe udgør et bestemt segment af befolkningen, kan det udgøre et problem, som kræver politisk handling.

Helbred og funktionsnedsættelse

Mens langt hovedparten (omtrent 85 pct.) af mennesker uden funktionsnedsættelse er tilfredse eller meget tilfredse med deres liv, gælder dette betydeligt færre med større handicap eller helbredsproblemer og alle med psykiske lidelser uanset sværhedsgrad, som det fremgår af figur 19. Blandt mennesker med større handicap og helbredsproblemer er det således henholdsvis 56 og 58 pct., der er tilfredse eller meget tilfredse med deres liv. Blandt mennesker med større psykiske lidelser er det tal helt nede på 43 pct. Der er med andre ord en klar sammenhæng mellem mangel på livstilfredshed og funktionsnedsættelse.

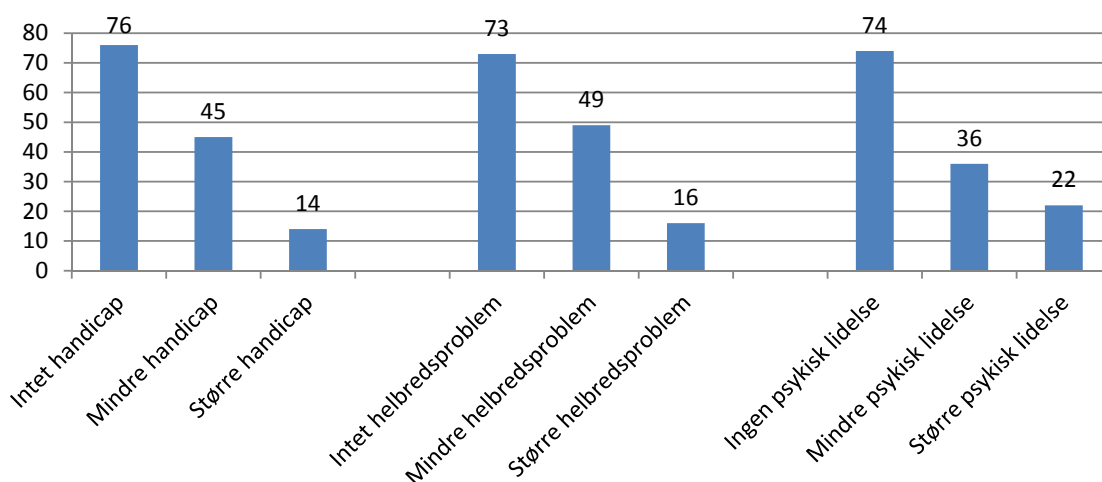
Figur 19. Andel der er tilfredse eller meget tilfredse med deres liv, fordelt på graden af funktionsnedsættelse (pct.).



Sammenhængen mellem funktionsnedsættelse og helbred bliver, som det fremgår af figur 20, endnu tydeligere, når forekomsten af et godt eller virkelig godt helbred sammenholdes med de tre hovedgrupper af funktionsnedsættelse. Noget som gælder over en bred kam uanset graden af funktionsnedsættelse. Mennesker med handicap, helbredsproblemer og psykiske lidelser finder i meget ringere grad end mennesker uden funktionsnedsættelse, at de har et godt eller virkelig godt helbred. På tværs af de forskellige former for funktionsnedsættelse falder andelen med et godt eller virkelig godt helbred fra omkring tre ud af fire for mennesker uden funktionsnedsættelse til under halvdelen for mennesker med en mindre funktionsnedsættelse. For mennesker med en større funktionsnedsættelse falder andelen med et godt eller virkelig godt helbred til mellem 14 pct. for handicap og 22 pct. for psykiske lidelser.

Umiddelbart er det markant dårligere selvvaluerede helbred ikke så mærkeligt for to af grupperne, idet mennesker med helbredsproblemer eller psykiske lidelser for de flestes vedkommende har en sygdomsdiagnose og derfor er både syge og funktionsnedsatte. Problemet er, at der i handicappolitikken gøres meget ud af at distancere sig fra 'lægevældet' og alene fokusere på sociale kompensationsordninger.²⁵ Problemet bliver derfor så meget desto mere prekært, når vi ser det samme mønster for mennesker med handicap. Kun 14 pct. af dem med et større handicap anser som nævnt deres helbred for at være godt eller virkelig godt.

Figur 20. Andel der vurderer deres helbred til at være godt eller virkelig godt, fordelt på graden af funktionsnedsættelse (pct.).

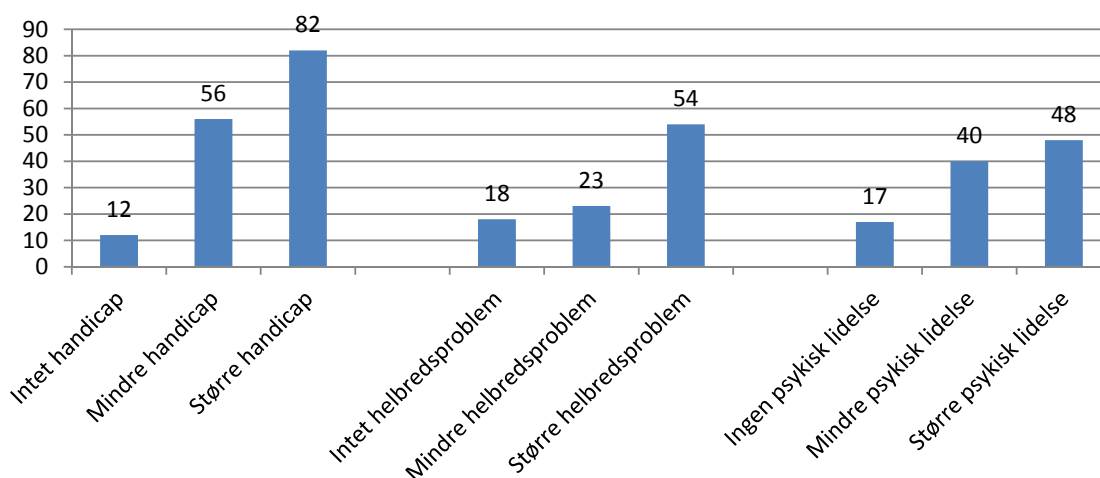


Mindre livstilfredshed og dårligt helbred for mennesker med funktionsnedsættelse hænger også sammen med smerter i dagligdagen, og det gælder især for mennesker med mindre eller større handicap, viser figur 21. Godt hver tiende uden et handicap (12 pct.) har altid eller ofte smerter. Et tal der stiger til 56 pct. for mennesker med et mindre handicap og 82 pct. for mennesker med et større handicap.

Mennesker med helbredsproblemer eller psykiske lidelser er imidlertid også ramt af hyppige smerter oftere end mennesker uden funktionsnedsættelse. 54 pct. med større helbredsproblemer og 48 pct. med større psykiske lidelser har således altid eller ofte smerter.

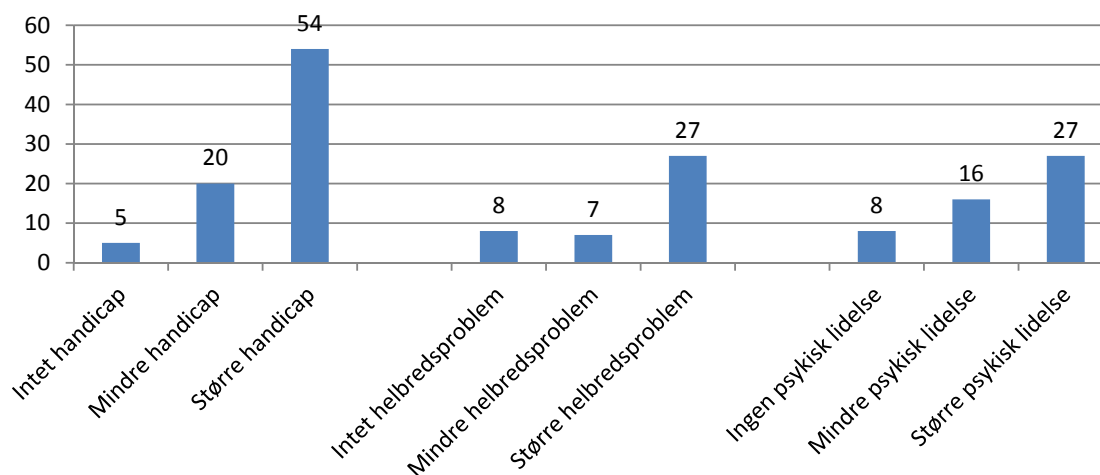
²⁵ Det Centrale Handicapråd (2005) fremstiller således kompensationsprincippet ”som et opgør med det lægevælde, der konservativt fastholdt, at en funktionsnedsættelse er en sygdomstilstand, der skal behandles, frem for at forstå funktionsnedsættelsen som en tilstand, der ikke nødvendigvis kan kureres, men kan kompenseres gennem forskellige hjælpeforanstaltninger” (Wiederholt, 2005).

Figur 21. Andel der altid eller ofte har smerter, fordelt på graden af funktionsnedsættelse (pct.).



Det samme mønster går igen, når vi tager voldsomheden af smerter med i betragtning. Det fremgår af figur 22, hvor det er mindre end hver tiende uden funktionsnedsættelse, der oplever at have voldsomme smerter. Det oplever til gengæld hele 54 pct. af mennesker med større handicap at have. For mennesker med større helbredsproblemer eller psykiske lidelser er det tilfældet for godt hver fjerde (27 pct.).

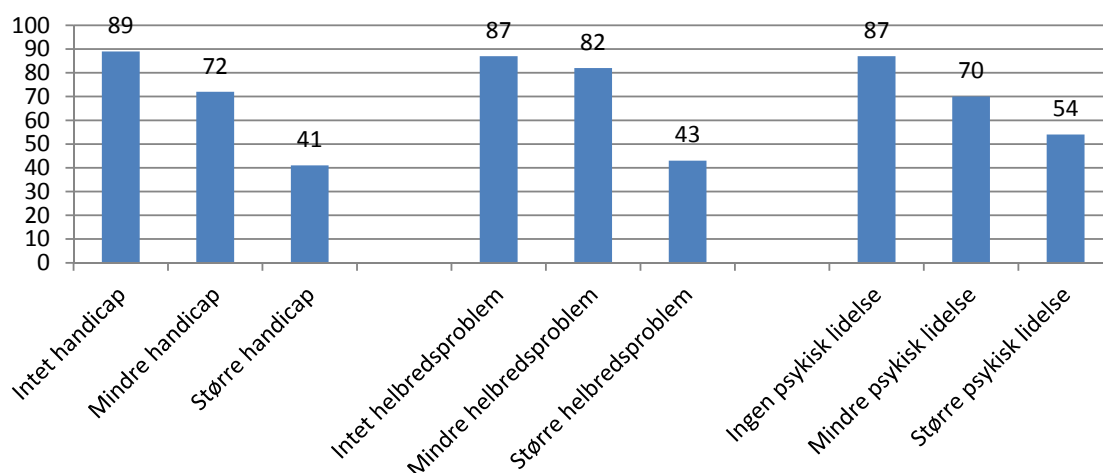
Figur 22. Andel der oplever at have voldsomme smerter, fordelt på graden af funktionsnedsættelse (pct.).



Endelig viser figur 23, at der er betydeligt færre i alle grupper af funktionsnedsættelse, som finder, at deres helbred om tre år vil være mindst lige så godt som i dag. Tæt på ni ud af ti mennesker uden funktionsnedsættelse er således optimister, når det gælder deres fremtidige

helbred. Et tal der falder til omtrent syv eller otte ud af ti for mennesker med mindre funktionsnedsættelse og helt ned til omkring fire eller fem ud af ti for mennesker med større funktionsnedsættelse. Hårdest ramt er i den forbindelse mennesker med større handicap eller helbredsproblemer.

Figur 23. Andel der er overvejende enige i, at deres helbred om tre år vil være mindst ligeså godt som i dag, fordelt på graden af funktionsnedsættelse (pct.).



Resultaterne i dette afsnit understreger betydningen af at tage helbredstilstand og behandlingsmuligheder, herunder idræt og fysisk træning, meget mere med i de handicappolitiske overvejelser, end der har været tradition for.²⁶

Forklaringer på forskelle i helbred

De foregående afsnit har vist, at voksne med funktionsnedsættelse har markant dårligere helbred end voksne uden funktionsnedsættelse. Det gælder uanset, om der er tale om handicap, helbredsproblemer eller psykiske lidelser. Ligeledes gælder det på tværs af de forskellige selvvalgte mål for helbred, som indgår i analysen, nemlig generel livstilfredshed, selvvalgt helbred, smerter og vurdering af fremtidigt helbred.

Det, de hidtidige analyser imidlertid ikke har kunnet vise, er, hvor stor en del af de fundne forskelle, der skyldes funktionsnedsættelse, og om væsentlige socioøkonomiske forhold, som fx køn, alder og uddannelse, har betydning for de fundne sammenhænge. Formålet med dette afsnit er at nå nærmere en besvarelse af dette spørgsmål ved at undersøge den relative indflydelse af de forskellige former for funktionsnedsættelse på helbred, når man samtidig inddrager betydningen af en række væsentlige socioøkonomiske forhold.

Tabel 10 samler resultaterne af analyserne for generel livstilfredshed, selvvalgt helbred, smerter og vurdering af fremtidigt helbred.

²⁶ Danske Handicaporganisationer har på det seneste taget et par vigtige skridt, dels med et projekt om forebyggelse, sundhedsfremme og rehabilitering for personer med handicap (Sørensen & Stenbæk, 2013) og med udsendelse af en lille hvidbog om 'Veje til lighed i sundhed for mennesker med handicap' (LIF/DH, 2014).

Tabel 10. Forklaringer på forskelle i danskernes helbredstilstand. Resultater fra lineære regressionsanalyser.

	Generel livstilfredshed		Selvvurderet helbred		Hyppighed af smerter		Værste smerteniveau		Fremtidigt helbred	
	Ustan. koef.	***	Ustan. koef.	***	Ustan. koef.	***	Ustan. koef.	***	Ustan. koef.	***
Konstant	5,521	***	6,216	***	-,573	***	-,784	***	6,441	***
Funktionsnedsættelsesvariable										
Handicap	-,113	***	-,427	***	,809	***	,724	***	-,352	***
Helbredsproblem	-,139	***	-,469	***	,337	***	,334	***	-,299	***
Psykisk lidelse	-,334	***	-,290	***	,164	***	,159	***	-,130	***
Besvær	-,883	***	-1,027	***	,961	***	,783	***	-1,043	***
Socioøkonomiske baggrundsvariable										
Køn (kvinde)	,028	***	,019	***	,214	***	,212	***	,043	***
Alder	,001	***	-,003	***	,009	***	,006	***	-,009	***
Uddannelsesniveau	-,043	***	,021	***	-,041	***	-,056	***	,052	***
Under uddannelse/i beskæftigelse (ja)	,080	***	,072	***	,020	***	-,026	***	,111	***
Månedlig indkomst (i tusinder)	,001	***	,002	***	-,003	***	-,003	***	,002	***
Kæreste/partner/ægtefælle (ja)	,239	***	,030	***	,093	***	,084	***	,063	***
Barn/børn (ja)	-,056	***	-,056	***	,061	***	,038	***	,031	***
Urbaniseringsgrad	-,008	***	,009	***	-,033	***	-,033	***	,009	***
Model karakteristika										
R ² (funktionsnedsættelsesvariable)	,135		,318		,290		,238		,228	
R ² (alle variable)	,152		,325		,323		,266		,255	

***p<0.001, **p<0.01, *p<0.05

Generelt kan man hæfte sig ved, at alle uafhængige variable, herunder både funktionsnedsættelsesvariable og socioøkonomiske baggrundsvariable, har en betydning for helbredet, som er signifikant i statistisk forstand. Vi kan med andre ord vide os ret sikre på, at både de udvalgte former for funktionsnedsættelse og de socioøkonomiske baggrundsvariable har betydning for voksnes vurdering af deres helbred.

Funktionsnedsættelsesvariablene skiller sig ud fra de socioøkonomiske variable ved relativt set at have den største betydning for variationerne i voksne danskernes helbred.²⁷ Når det gælder lighed i sundhed, har det hidtil i alt væsentligt været den sociale ulighed i sundhed, der har været i fokus. Et af de syv nationale mål for danskernes sundhed er da også, at den sociale ulighed i sundhed skal mindskes (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 2013). Men der er ingen af de syv mål for ‘Sundere liv for alle’, der vedrører de mennesker med funktionsned-

27 Baggrunden for denne konklusion er, at de socioøkonomiske variable ikke bidrager med særlig høj forklaringskraft ift. variationen i de fem helbredsvariable. Det ses bl.a. i den begrænsede stigning i R²-værdier ved inklusion af socioøkonomiske variable og i de overvejende lave ustandardiserede regressionskoefficienter for de socioøkonomiske variable.

sættelse, der bærer den tungeste sundhedsbyrde.²⁸ Heller ikke regeringens handicappolitiske handlingsplan 2013 om 'Et samfund for alle' har særligt blik for sundhedsbyrden for mennesker med funktionsnedsættelse (Regeringen, 2013).

Forventeligt har alle de inkluderede former for funktionsnedsættelse og besvær negativ indflydelse på helbredstilstanden på tværs af de fem opstillede mål.²⁹ Det bekræfter det tidligere fremstillede billede af, at voksne med funktionsnedsættelse og besvær ved livet, har et markant dårligere helbred end voksne uden. Effekterne er endda i flere tilfælde ret markante.

Eksempelvis scorer en person med et alvorligt helbredsproblem i gennemsnit næsten en hel kategori lavere på selv vurderet helbred end en person uden et helbredsproblem. Det svarer fx til forskellen mellem et nogenlunde og et dårligt helbred. Et andet eksempel på den negative effekt af funktionsnedsættelse på helbred fremtræder ved at sammenligne hyppigheden af smerter for en person med et større handicap med en person uden et handicap. Her scorer førstnævnte mellem en og to kategorier højere på smertehyppighed svarende til forskellen mellem et liv med sjældne smerter og et liv med smerter sommetider eller ligefrem ofte.

Der er en vis variation i effekten af de forskellige former for funktionsnedsættelse afhængig af hvilket aspekt af helbred, som bliver undersøgt. Psykiske lidelser har relativ stor negativ indflydelse på den generelle livstilfredshed, mens indflydelsen på de øvrige helbredsvariable relativt set er noget mindre. Det omvendte gør sig gældende for handicap og helbredsproblemer. Her er den negative effekt på generel livstilfredshed relativt lille, mens effekten på selv vurderet helbred, smerter og vurdering af fremtidigt helbred er relativt stor. Specifikt i forhold til smerter er det især handicap, som har en negativ effekt, mens effekten af helbredsproblemer relativt set er noget mindre, om end stadig større end effekten af psykiske lidelser.

Resultaterne giver anledning til mindst tre interessante betragtninger. Den første betragtning knytter sig til den relativt store negative effekt, som psykiske lidelser har på livstilfredshed, men ikke på helbred. En sammenhæng som er omvendt for handicap og helbredsproblemer. Det er nærliggende at tolke det som et udtryk for, at voksne danskere, når de skal vurdere deres helbred, særligt har fokus på den fysiske helbredstilstand, mens den psykiske dimension af helbred ikke bliver tillagt samme vægt. Noget man muligvis kan tolke ind i en traditionel skelnen mellem krop og sind, hvor helbredet ofte bliver tolket snævert i sammenhæng med førstnævnte. En tolkning som overser betydningen af psykiske forhold i kontekst til helbred.

Den anden betragtning knytter sig til samme observation som den første, men med fokus på den relativt store negative indflydelse, som psykiske lidelser har på livstilfredshed, set relativt til handicap og helbredsproblemer. Sammenhænge som indikerer, at voksne i langt højere grad inkluderer psykisk velbefindende som et væsentligt element i vurderingen af livstilfredshed end i vurderingen af helbred. Noget som giver anledning til at skrive både en negativ og en positiv historie om funktionsnedsættelses betydning for helbred.

28 På foranledning af Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse har Statens Institut for Folkesundhed for nylig udsendt en rapport om helbredsrelateret aktivitetsbegrænsning og fysisk funktionsnedsættelse (Johnsen et al., 2014), men der er behov for en mere gennemgribende og tilbunds gående undersøgelse af helbredstilstanden for mennesker med funktionsnedsættelse.

29 De positive sammenhænge mellem handicap og besvær på den ene side og hyppighed af smerter og værste smerteniveau på den anden indikerer også en negativ effekt på helbredet. Den positive sammenhæng er udtryk for at handicap og besvær medfører øget hyppighed af smerter og forhøjet værste smerteniveau.

Den negative historie er, at mennesker med psykiske lidelser lever markant dårligere liv end andre voksne danskere til trods for den begrænsede selvvaluerede effekt af psykiske lidelser på helbred (Nordentoft, 2013). Den positive historie er omvendt, at mennesker med handicap eller helbredsproblemer, trods den relativt store negative effekt, som disse funktionsnedsættelser har på helbredstilstanden, ikke oplever en tilsvarende stærkt nedsat livstilfredshed. Det ser med andre ord ud til i højere grad at være muligt at leve et godt liv med et handicap eller et helbredsproblem end med en psykisk lidelse.

Den tredje betragtning knytter sig til handicap som den form for funktionsnedsættelse, der medfører de hyppigste og værste smerter. Mennesker med handicap oplever i højere grad end mennesker med helbredsproblemer og især psykiske lidelser en mærkbar fysisk manifestation af deres funktionsnedsættelse i form af smerter. Noget som givetvis er en kilde til konstant påmindelse om de pågældende menneskers funktionsnedsættelse, og som formentlig spiller ind i forhold til den negative vurdering af eget helbred hos mennesker med handicap.

De ovenstående afsnit har forholdt sig til handicap og psykiske lidelser samt helbredsproblemer, men ikke besvær. Det er da heller ikke muligt direkte at sammenligne effekten af besvær med de tre nævnte former for funktionsnedsættelse grundet forskelligheden mellem de anvendte variable. Generelt er det dog værd at hæfte sig ved, at besvær har en nogenlunde ensartet negativ indflydelse på helbred på tværs af de forskellige mål. Det giver god mening i og med, at der i operationaliseringen heraf indgår besvær relateret til både fysiske og psykiske forhold.

Socioøkonomiske forhold har begrænset betydning for voksne danskeres helbred på tværs af de anvendte mål. Af samme grund vil effekterne ikke blive gennemgået for alle variable, men i form af eksempler på substantielt interessante sammenhænge. I den forbindelse er det værd at hæfte sig ved effekten af alder, som ikke overraskende er større for vurderingen af fremtidigt helbred end for vurderingen af nuværende helbred. Når det ikke er overraskende, er det fordi risikoen for helbredsproblemer alt andet lige stiger med alderen. Noget som giver udslag i en dårligere prognose for fremtidigt helbred blandt ældre uagtet deres nuværende helbredstilstand. Ligeledes stiger hyppigheden af smerter svagt med alder.

Uddannelse har generelt en svag positiv effekt på helbred, men noget overraskende ikke på livstilfredshed, hvor sammenhængen er svagt negativ. Således vurderer mennesker med en højere uddannelse generelt set deres helbred til at være bedre end folk uden en uddannelse eller med en korterevarende uddannelse, men de bliver tilsyneladende ikke mere tilfredse med deres liv af den grund. Et resultat som endnu engang understreger den tidligere fremsatte påstand om, at helbred ikke determinerer livstilfredshed, men blot er et element heri, om end for mange et væsentligt element.

Det er også værd at hæfte sig ved den positive effekt af uddannelse og beskæftigelse på helbred og livstilfredshed. Særligt markant er effekten på vurderingen af livstilfredshed og fremtidigt helbred. Noget som gør sig gældende selv efter kontrol for alder, og som derfor er udtryk for andet og mere end at mennesker, der er under uddannelse eller i beskæftigelse, er yngre end mennesker, der ikke er i beskæftigelse.

Endelig er det værd at bemærke, at det at have en kæreste, partner eller ægtefælle generelt set har en svag positiv effekt på nuværende og fremtidigt helbred trods et liv med lidt flere og værre smerter. Det rigtig interessante er dog, at den positive effekt af at have en kæreste, partner eller ægtefælle er klart mest udtalt, når det gælder livstilfredshed. Det ser med andre

ord ud til, at vi generelt set er mere tilfredse med vores liv, når vi har en person at dele vores liv med.

Opsummerende viser dette afsnit, at voksne med funktionsnedsættelse og besvær ved livet er væsentligt mindre tilfredse med deres helbred end voksne uden funktionsnedsættelse. Samtidig viser afsnittet, at forskellige typer af funktionsnedsættelse har forskellige effekter på helbredet. Handicap og helbredsproblemer har relativt set en større negativ effekt på helbredsbedømmelsen (nuværende og fremtidigt) end psykiske lidelser. Til gengæld er mennesker med psykiske lidelser mere utilfredse med deres liv end mennesker med handicap eller helbredsproblemer. Endelig har besvær en nogenlunde ensartet negativ effekt på både helbred og livstilfredshed, hvilket formentlig skyldes, at der hertil hører både fysisk og psykisk besvær.

Væsentligt er det afsluttende at nævne, at funktionsnedsættelse og besvær ser ud til at være en vigtigere forklarende faktor, når det kommer til helbred og livstilfredshed, end socioøkonomiske forhold, som generelt set ser ud til at betyde relativt lidt for voksnes helbred.

Litteraturliste

- Allardt, E., Jartti, P., Jyrkilä, F., & Littunen, Y. (1958). On the Cumulative Nature of Leisure Activities. *Acta Sociologica*, 3(1), 165-172.
- Bak, L., Madsen, A. S., Henrichsen, B., & Troldborg, S. (2012). *Danskernes kulturvaner 2012*. Viborg: Specialtrykkeriet Viborg.
- Bengtsson, S. (2008). *Handicap og samfundsdeltagelse*. København: SFI - Det Nationale Forskningscenter for Velfærd.
- Bengtsson, S. (2009). Handicap – levevilkår og personlig velfærd. In U. Haahr & O. Karlsson (Eds.), *Danmarksbilleder – SFIs forskning gennem 50 år*. København: SFI - Det Nationale Forskningscenter for Velfærd.
- Bickenbach, J. (2012). The International Classification of Functioning, Disability and Health and Its Relationship to Disability Studies. In N. Watson, A. Roulstone & C. Thomas (Eds.), *Routledge Handbook of Disability Studies*. London and New York: Routledge.
- Bille, T., Fridberg, T., Storgaard, S., & Wulff, E. (2005). *Danskernes kultur- og fritidsaktiviteter 2004 - med udviklingslinjer tilbage til 1964*. København: Akf forlaget.
- Bonke, J. (2012). *Har vi tid til velfærd? Om danskernes brug af deres tid ude og hjemme*. København: Gyldendal.
- Breddeidrætsudvalget. (2009). *Idræt for alle: Breddeidrætsudvalgets rapport: baggrund og analyse*. København: Kulturministeriet.
- Bryman, A. (2004). *Social research methods* (Vol. 2. ed.). Oxford: Oxford University Press.
- Böttcher, L., & Dammeyer, J. (2010). *Handicappsykologi*. Frederiksberg: Samfundslitteratur.
- Christensen, A. I., Davidsen, M., Ekholm, O., Pedersen, P. V., & Juel, K. (2014). *Danskernes sundhed. Den nationale sundhedsprofil 2013*. København: Rosendahls.
- Christensen, A. I., Severin, M., Holmberg, T., Eriksen, L., Toftager, M., Zachariassen, A., Curtis, T. (2009). *KRAM-undersøgelsen i tal og billeder*. København: Kailow Graphic A/S.
- Curtis, J. E., Baer, D. E., & Grabb, E. G. (2001). Nations of Joiners: Explaining Voluntary Association Membership in Democratic Societies. *American Sociological Review*, 66(6), 783-805.
- Damgaard, M., Steffensen, T., & Bengtsson, S. (2013). *Hverdagsliv og levevilkår for mennesker med funktionsnedsættelse. En analyse af sammenhæng mellem hverdagsliv, samliv, udsathed og type og grad af funktionsnedsættelse*. København: SFI - Det Nationale Forskningscenter for Velfærd.
- DHIF. (2011). *Klassifikationsstrategi for Dansk Handicap Idræts-Forbund*. Brøndby: Dansk Handicap Idræts-Forbund.

- Europa-Kommissionen. (2014). *Special Eurobarometer 412. Sport and physical activity*. Bruxelles: TNS Opinion & Social.
- Helliwell, J., Layard, R., & Sachs, J. (2013). *World happiness report*. New York: Columbia University.
- Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., & Layton, J. B. (2010). Social relationships and mortality risk: a meta-analytic review. *PLoS Med*, 7(7).
- ICF. (2003). *International klassifikation af funktionsevne, funktionsevnenedsættelse og helbreds-tilstand*. København: Sundhedsstyrelsen.
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet. (2011). *Vejledning om kommunal rehabilitering*. København: Indenrigs- og Sundhedsministeriet.
- IPC. (2007). *IPC Classification Code and International Standards*. Bonn: International Paralympic Committee.
- Johnsen, N. F., Davidsen, M., Michelsen, S. I., & Juel, K. (2014). *Sundhedsprofil for voksne med helbredsrelateret aktivitetsbegrænsning og fysisk funktionsnedsættelse*. København: Statens Institut for Folkesundhed.
- Jørgensen, M. E., & Rosenlund, M. (2005). *National monitorering af den officielle anbefaling om fysisk aktivitet. Et metodestudie*. København: Statens Institut for Folkesundhed.
- Kirkegaard, K. L., & Østerlund, K. (2010). *Fitnesskultur mellem forening og forretning: aktive fitnessudøveres træningsmotiver, tilfredshed og selvvaluerede sundhed*. København: Idrættens Analyseinstitut.
- Kissow, A.-M. (2013). *Idræt, handicap og social deltagelse*. (Ph.d. afhandling). Roskilde: Roskilde Universitet.
- Kofod Olsen, B., Liisberg, M. V., & Kærum, M. (2005). *Personer med funktionsnedsættelser i Danmark*. København: Institut for Menneskerettigheder.
- Kristensen, T. S., Bjørner, J., Smith-Hansen, L., Borg, V., & Skov, T. (1998). *Selvvalueret helbred og arbejdsmiljø. Er selvvalueret helbred et frugtbar og nyttigt begreb i arbejdsmiljøforskning og forebyggelse?* København: Arbejdsmiljøfondet.
- Laub, T. B. (2013). *Danskernes motions- og sportsvaner 2011*. København: Idrættens Analyseinstitut.
- LIF/DH. (2014). *Veje til lighed i sundhed for mennesker med handicap*. Høje Taastrup: Lægemedelindustriforeningen og Danske Handicaporganisationer.
- Lüders, K. (2014). *Sprækker i ADHD-diskursen*. Odense: Center for Handicap og Bevægelsesfremme.
- Lüders, K., & Jespersen, E. (2013). *Idrætsdeltagelse blandt unge voksne med sindslidelser*. Odense: Center for Handicap og Bevægelsesfremme.

- Martin, J. J. (2013). Benefits and barriers to physical activity for individuals with disabilities: a social-relational model of disability perspective. *Disabil Rehabil*, 35(24), 2030-2037.
- McCloughan, P., Batt, W. H., Costine, M., & Scully, D. (2011). *Second European Quality of Life Survey - Participation in volunteering and unpaid work*. Ireland: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions.
- Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse (2013). *Sundere liv for alle. Nationale mål for danskerne sundhed de næste 10 år*. København: Rosendahl Schultz Grafisk A/S.
- Nordentoft, M. (2013). Aktuelt bedste viden om livsstilsændringer på psykiatriområdet – Et forskningsoverblik. In J. Gullacksen, L. Hovind & M. H. Jørgensen (Eds.), *Det gør en forskel. Om livsstilsændringer i socialpsykiatrien*. København: Socialstyrelsen.
- Olsen, H. (2006). *Guide til gode spørgeskemaer*. København: Socialforskningsinstituttet.
- Pilgaard, M. (2009). *Sport og motion i danskernes hverdag*. København: Idrættens Analyseinstitut.
- Putnam, R. D. (2000). *Bowling alone: the collapse and revival of American community*. New York: Simon & Schuster.
- Regeringen. (2013). *Handicappolitisk handlingsplan 2013. Et samfund for alle*. København: Social-, Børne- og Integrationsministeriet.
- Rimmer, J. H., Braddock, D., & Pitetti, K. H. (1996). Research on physical activity and disability: an emerging national priority. *Med Sci Sports Exerc*, 28(11), 1366-1372.
- Rimmer, J. H., Riley, B., Wang, E., Rauworth, A., & Jurkowski, J. (2004). Physical activity participation among persons with disabilities. *American Journal of Preventive Medicine*, 26(5), 419-425.
- Sandø, M. (2009). *Handicap og foreningsliv 2009. Muligheder og barrierer for inklusion af mennesker med handicap i foreningslivet*. Odense: Servicestyrelsen.
- Staal, A. (2014). *Unge, idræt og recovery. Evaluering af udviklingsprojekt om idræt for sindslidende*. Odense: Center for Handicap og Bevægelsesfremme.
- Sørensen, J., & Stenbæk, M. (2013). *Borgeren i centrum. Afrapportering af projekt om forebyggelse, sundhedsfremme og rehabilitering for personer med handicap*. Høje Taastrup: Danske Handicaporganisationer.
- Wahlbeck, K., Westman, J., Nordentoft, M., Gissler, M., & Laursen, T. M. (2011). Outcomes of Nordic mental health systems: life expectancy of patients with mental disorders. *Br J Psychiatry*, 199(6), 453-458.
- WHO/ESCAP. (2008). *Training Manual on Disability Statistics*. Bangkok: United Nations.
- Wiederholt, M. (2005). *Dansk handicappolitiks grundprincipper*. København: Det Centrale Handicapråd.

- Østerlund, K. (2010). *Udvalgte tal fra undersøgelsen af frivilligt arbejde i DIF's medlemsforeninger*. Center for forskning i Idræt, Sundhed og Civilsamfund. Syddansk Universitet. Odense.
- Østerlund, K. (2013). *Foreningsidrættens sociale kvaliteter. En social kapital-inspireret undersøgelse af danske idrætsforeninger og deres medlemmer*. (Ph.d. afhandling). Odense: Syddansk Universitet.

Bilag 1 – deskriptiv statistik på de uafhængige socioøkonomiske variable

I dette bilag indgår deskriptiv statistik på de uafhængige socioøkonomiske variable, som indgår i rapportens analyser. Tabel 11 viser fordeling, minimums- og maksimumsværdier, middelværdier og standardafvigelse.

Tabel 11. Deskriptiv statistik på de uafhængige socioøkonomiske variable.

Variabel	Kodning	Fordeling (pct.)	Min-værdi	Max-værdi	Middelværdi	Standardafvigelse
Køn	1: Mand 2: Kvinde	50,4 49,6	1	2	1,50	,500
Alder	Kontinuert		16	65	41,01	14,29
Uddannelsesniveau	1: Folkeskole el.lign. 2: Studentereksamen/faglært 3:Kort eller mellemlang VU 4: Lang VU	23,0 31,7 34,1 11,2	1	4	2,33	,95
Under uddannelse/ i beskæftigelse	0: Nej 1: Ja	17,5 82,5	0	1	,82	,38
Månedlig indkomst (i tusinder)	Kontinuert		0	200	24,66	18,63
Kæreste/partner/ ægtefælle	0: Nej 1: Ja	25,2 74,8	0	1	,75	,43
Barn/børn	0: Nej 1: Ja	40,0 60,0	0	1	,60	,49
Urbaniseringsgrad	1: På landet eller i by m. (<2000 indb.) 2: I mindre by (2.000-20.000) 3: I mellemstor by (20.000-100.000) 4: I stor by (over 100.000)	22,5 25,8 25,4 26,3	1	4	2,56	1,11

Bilag 2 – alvorligste funktionsnedsættelse

I dette bilag indgår tre tabeller, som bidrager til at skabe overblik over fordelingen af de mennesker med funktionsnedsættelse, som indgår i undersøgelsen, på karakteren af deres alvorligste funktionsnedsættelse. I tabel 12 er fordelingen på alvorligste funktionsnedsættelse angivet for handicap.

Tabel 12. Oversigt over fordelingen på de forskellige former for handicap.

Alvorligste handicap		Mindre	Større	Mindre og større
Arme eller hænder	Antal	37.167	21.971	59.138
	Pct.	14	16	15
Ben eller fødder	Antal	82.755	30.066	112.821
	Pct.	31	22	28
Ryg eller nakke	Antal	119.052	76.141	195.193
	Pct.	45	54	48
Blindhed eller synsnedsættelse	Antal	7.495	3.926	11.421
	Pct.	3	3	3
Døvhed eller nedsat hørelse	Antal	10.182	2.161	12.343
	Pct.	4	1	3
Talebesvær	Antal	1.051	594	1.645
	Pct.	<1	<1	<1
Udviklingshæmmethed	Antal	220	289	509
	Pct.	<1	<1	<1
CP / spasticitet / hjerneskade	Antal	2.637	4.078	6.715
	Pct.	1	3	2
Ordblindhed	Antal	3.700	477	4.177
	Pct.	1	<1	1
I alt	Antal	264.259	139.703	403.962
	Pct.	99	99	100

I tabel 13 er fordelingen på alvorligste funktionsnedsættelse angivet for helbredsproblemer.

Tabel 13. Oversigt over fordelingen på de forskellige former for helbredsproblemer.

Alvorligste helbredsproblem				
		Mindre	Større	Mindre og større
Hudlidelse	Antal	12.359	2.152	14.511
	Pct.	7	3	6
Allergi	Antal	20.536	2.471	23.007
	Pct.	12	3	9
Åndedrætsproblemer	Antal	38.010	10.622	48.632
	Pct.	23	13	20
Hjerte / blodtryk / kredsløb	Antal	41.693	17.969	59.662
	Pct.	25	22	24
Mave / Lever / Nyre / Fordøjelse	Antal	17.683	12.360	30.043
	Pct.	11	15	12
Sukkersyge / Diabetes	Antal	26.090	14.514	40.604
	Pct.	16	18	16
Epilepsi	Antal	4.975	2.576	7.551
	Pct.	3	3	3
Andre fremadskridende sygdomme	Antal	4.807	17.469	22.276
	Pct.	3	22	9
I alt	Antal	166.153	80.133	246.286
	Pct.	100	99	99

I tabel 14 er fordelingen på alvorligste funktionsnedsættelse angivet for psykiske lidelser.

Tabel 14. Oversigt over fordelingen på de forskellige former for psykiske lidelser.

Alvorligste psykiske lidelse				
		Mindre	Større	Mindre og større
Opstået ved brug af alkohol eller euforiserende stoffer	Antal	2.152	1.098	3.250
	Pct.	1	1	1
Stemmehøring, skizofreni og psykose	Antal	3.299	7.646	10.945
	Pct.	2	10	4
Depression, mani og bipolar	Antal	68.010	29.289	97.299
	Pct.	39	37	38
Stress, fobier, angst, OCD og PTSD	Antal	65.434	25.721	91.155
	Pct.	37	32	35
Personlighedsforstyrrelse	Antal	2.212	3.942	6.154
	Pct.	1	5	2
Autisme, Aspergers og lign.	Antal	3.923	1.585	5.508
	Pct.	2	2	2
ADHD, ADD og lign.	Antal	8.348	2.414	10.762
	Pct.	5	3	4
Spiseforstyrrelse	Antal	3.044	950	3.994
	Pct.	2	1	2
Anden psykisk lidelse	Antal	20.390	7.185	27.575
	Pct.	12	9	11
I alt	Antal	176.812	79.830	256.642
	Pct.	101	100	99

Bilag 3 – besvær ved livet

I dette bilag indgår en oversigt over de forskellige former for besvær ved livet, som de voksne, der har deltaget i undersøgelsen, oplever i deres hverdag. Tabel 15 viser hyppigheden af de forskellige former for besvær ved livet.

Tabel 15. Oversigt over hyppigheden af de forskellige former for besvær ved livet.

Besvær med...		Intet besvær	Mindre besvær	Større besvær	I alt
B1: At se	Antal	1.936.505	745.639	268.097	2.950.241
	Pct.	66	25	9	100
B2: At høre	Antal	2.666.340	248.854	35.046	2.950.240
	Pct.	90	8	1	99
B3: At gå i fladt terræn	Antal	2.793.007	107.188	50.044	2.950.239
	Pct.	95	4	2	101
B4: At gå op og ned	Antal	2.711.936	172.776	65.530	2.950.242
	Pct.	92	6	2	100
B5: Koncentration og hukommelse	Antal	2.484.014	403.647	62.579	2.950.240
	Pct.	84	14	2	100
B6: At spise selv	Antal	2.930.771	13.754	5.653	2.950.241
	Pct.	99	1	<1	100
B7: At tage tøj af og på	Antal	2.852.211	85.070	12.961	2.950.242
	Pct.	97	3	<1	100
B8: At købe ind	Antal	2.800.635	110.299	39.067	2.950.001
	Pct.	95	4	1	100
B9: At udføre husarbejde	Antal	2.656.313	213.781	79.902	2.949.996
	Pct.	90	7	3	100
B10: At benytte bus og tog	Antal	2.691.418	155.512	99.309	2.946.239
	Pct.	91	5	3	99
B11: At klare økonomiske anliggender og administrative opgaver	Antal	2.666.926	224.078	58.468	2.949.472
	Pct.	90	8	2	100
B12: At strukturere hverdagen	Antal	2.772.951	148.258	28.553	2.949.762
	Pct.	94	5	1	100
B13: At læse eller stave	Antal	2.782.365	132.249	35.626	2.950.240
	Pct.	94	5	1	100

Bilag 4 – overlap mellem handicap, helbredsproblemer og psykiske lidelser

I dette bilag indgår to tabeller, som viser overlappet mellem de tre angivne hovedgrupper af funktionsnedsættelse – handicap, helbredsproblemer og psykiske lidelser. Grundet den tidligere beskrevne operationalisering af handicap og helbredsproblemer under samlebetegnelsen fysiske funktionsnedsættelser i spørgeskemaet er det ikke muligt at undersøge overlappet mellem disse to grupper.

Derimod er det muligt at undersøge overlappet mellem henholdsvis handicap og psykiske lidelser samt helbredsproblemer og psykiske lidelser. Tabel 16 viser overlappet mellem personer med handicap og psykiske lidelser.

Tabel 16. Overlap mellem personer med handicap og psykiske lidelser.

		Ingen psykisk lidelse	Mindre eller større psykisk lidelse
Intet handicap	Antal	2.342.318	190.475
	Pct.	80	7
Mindre eller større handicap	Antal	334.848	66.438
	Pct.	11	2

Tabel 17 viser overlappet mellem personer med helbredsproblemer og psykiske lidelser.

Tabel 17. Overlap mellem personer med helbredsproblemer og psykiske lidelser.

		Ingen psykisk lidelse	Mindre eller større psykisk lidelse
Intet helbredsproblem	Antal	2.464.343	224.717
	Pct.	84	8
Mindre eller større helbredsproblem	Antal	212.823	32.195
	Pct.	7	1

Bilag 5 – inklusion af mennesker med funktionsnedsættelse i idrætten

I dette bilag er det forsøgt estimeret, hvor mange voksne i alderen 16-64 år med funktionsnedsættelse generelt og handicap, helbredsproblemer og psykiske lidelser specifikt, der dyrker idræt på de forskellige undersøgte måder. Det er ligeledes forsøgt estimeret, hvor mange flere voksne i alderen 16-64 år med funktionsnedsættelse, der skal inkluderes i de forskellige idrætsformer for at nå det samme deltagelsesniveau, som undersøgelsen finder for mennesker uden funktionsnedsættelse.

Tabel 18 viser, hvor mange mennesker med funktionsnedsættelse, der dyrker idræt.

Tabel 18. Oversigt over antallet med funktionsnedsættelse, der dyrker idræt under forskellige former.

	Handicap	Helbredsproblem	Psykisk lidelse	Funktionsnedsættelse
Sport eller motion	286.000	179.000	180.000	645.000
Idrætsforening	122.000	74.000	69.000	265.000
Motionscenter	152.000	94.000	99.000	345.000
På egen hånd	260.000	164.000	164.000	588.000

Tabel 19 viser, hvor mange flere mennesker med funktionsnedsættelse, der skal inkluderes i idrætten for at nå samme deltagelsesniveau som for mennesker uden funktionsnedsættelse.

Tabel 19. Oversigt over antallet med funktionsnedsættelse, der skal inkluderes i idrætten for at nå samme deltagelsesniveau som for mennesker uden funktionsnedsættelse.

	Handicap	Helbredsproblem	Psykisk lidelse	Funktionsnedsættelse
Sport eller motion	38.000	17.000	24.000	79.000
Idrætsforening	47.000	28.000	39.000	114.000
Motionscenter	37.000	20.000	22.000	79.000
På egen hånd	29.000	21.000	29.000	79.000

Der er i de ovenstående beregninger ikke taget højde for, at nogle mennesker, som det fremgik af bilag 4, på samme tid har både et handicap og en psykisk lidelse eller et helbredsproblem og en psykisk lidelse. Da overlappet er af mindre karakter, vil det ikke medføre markante ændringer af de tal, som er angivet i tabellerne i dette bilag, hvis overlappet bliver indregnet.

Bilag 6 – faktoranalyse på fritid

Med det formål at undersøge om voksne er tilbøjelige til i højere grad at kombinere nogle former for fritidsaktiviteter end andre blev foretaget en faktoranalyse, som blev gennemført i statistikprogrammet SPSS. Forud for analysen blev variablene vendt ens, så højere værdi angav højere deltagelse for alle variable. I forbindelse med analysen blev der foretaget oblique (oblimin) rotation for at skabe klarere faktor loadings. Disse faktor loadings fremgår af tabel 20.

Tabel 20. Resultat af faktoranalyse på voksne danskeres fritidsaktiviteter.

Fritidsaktivitet	Dimension			
	1	2	3	4
Sport eller motion generelt	,858	,068	-,324	-,003
Ildræt i en idrætsforening eller idrætsklub	,665	,236	-,210	,137
Ildræt i motionscenter og lign.	,685	-,010	-,328	-,029
Ildræt eller motion på egen hånd	,770	,082	-,192	,037
Tilbragt tid med børn og/eller forældre	,021	-,014	,116	,804
Tilbragt tid med anden familie	,098	,042	-,197	,777
Tilbragt tid med venner	,270	,085	-,713	,140
Tilbragt tid med bekendte (fra fx forening, klub, netcafé, etc.)	,385	,378	-,498	,144
Været i biografen, til koncerter, i teatret eller været til sportsbegivenheder og lign.	,256	,161	-,689	-,021
Været på café/bar/restaurant eller diskotek med kolleger, venner eller familie	,205	,004	-,781	-,113
Brugt internet til at have kontakt med familie og venner	,225	,082	-,504	,021
Været til aftenskoleundervisning eller anden fritidsundervisning	,094	,198	-,155	-,132
Deltaget i forenings- eller organisationsmøder	,089	,750	-,132	,092
Udført frivilligt arbejde (hjælp til familie og nære venner regnes ikke for frivilligt arbejde)	,137	,648	-,222	,095
Medlem af en eller flere foreninger eller organisationer	,069	,657	,019	-,109
Har et tillidshverv i en eller flere foreninger eller organisationer	,032	,762	,004	-,028

Faktoranalysen fandt fire dimensioner (med en eigenvalue på over en) for deltagelse i fritidsaktiviteter svarende til de fire, som er angivet i tabel 20, og hvor de tilhørende variable til hver dimension er markeret med forskellige farver. Deltagelse i aftenskole- og fritidsundervisning viste sig ikke at være stærkt korreleret med andre former for deltagelse og indgår derfor ikke i de fire fundne dimensioner. De fire dimensioner har efterfølgende dannet udgangspunkt for konstruktionen af et tilsvarende antal indeks.

Forud for indekskonstruktionen blev alle variables skalaer tilpasset til at gå fra et til syv, sådan som tolv af de femten relevante variable gjorde i forvejen. Deltagelsen blev i disse tolv variable målt på følgende skala:

- 1: Aldrig
- 2: Sjældnere end en gang om måneden
- 3: En gang om måneden
- 4: Flere gange om måneden
- 5: En gang om ugen
- 6: Flere gange om ugen
- 7: Dagligt

De tre variable, der ikke i forvejen havde denne skala blev inddelt på følgende måde:

Dyrker du normalt sport eller motion, så du bliver varm og forpustet

- 1: 0 timer
- 2: 1 time
- 3: 2 timer
- 4: 3 timer
- 5: 4-5 timer
- 6: 6-7 timer
- 7: 8 timer eller mere

Medlem af en eller flere foreninger eller organisationer

- 1: Nej
- 7: Ja

Har et tillidshverv i en eller flere foreninger eller organisationer

- 1: Nej
- 7: Ja

De fire indeks blev konstrueret således, at indeksværdien repræsenterer gennemsnittet af værdierne på de variable, der indgår i hvert indeks. I tilgift hertil blev konstrueret et femte indeks, som opsamler gennemsnittet af deltagelse på tværs af alle de seksten aktiviteter, der indgår i tabellen. Tabel 21 indeholder en oversigt over de fem indekskonstruktioner, deres reliabilitet (repræsenteret ved deres Cronbachs alpha-værdi) og antallet af variable, der indgår i hvert enkelt indeks.

Tabel 21. De fem konstruerede deltagelsesindeks.

Indeks	Antal variable	Cronbachs alpha
Samlet deltagelsesindeks	16	0,710
Idrætsdeltagelse (formel og uformel)	4	0,738
Deltagelse i foreninger, organisationer og frivilligt arbejde (formel)	4	0,617
Samvær med venner og bekendte (uformel)	5	0,613
Samvær med familie (uformel)	2	0,478

Selv om de konstruerede indeks ikke alle er lige reliable, ligger Cronbachs alpha-værdien dog over 0,7 for både det samlede indeks og indekset for idrætsdeltagelse og over 0,6 for deltagelsen i foreninger, organisationer og frivilligt arbejde samt samvær med venner og bekendte, hvilket er pænt. Det endda trods relativt få variable (henholdsvis 4 og 5). Endelig ligger det sidste indeks for samvær med familien lidt lavere, hvilket formentlig hænger sammen med, at indekset kun består af to variable. I det lys er værdien på 0,478 acceptabel.

Serien MOVEMENTS

Se de tidligere udgivelser i rapportserien på CISC's hjemmeside: www.sdu.dk/cisc

- 2014:8 Jens Høyer-Kruse og Bjarne Ibsen: Undersøgelse af Farum Arena.
- 2014:7 Rikke Agnete Andersen: Stemmer i Idrætshuset.
- 2014:6 Karsten Østerlund: Undersøgelse af 'DM i foreningsudvikling' 2012-2013.
- 2014:5 Jens Høyer-Kruse og Lau Tofft-Jørgensen: Undersøgelse af idrætfaciliteter i Skanderborg Kommune.
- 2014:4 Kurt Lüders: Sprækker i ADHD-diskursen.
- 2014:3 Peter Mindegaard og Bjarne Ibsen: Brugerundersøgelse af AquaPunkt-vandtræning.
- 2014:2 Bjarne Ibsen: 10 års forskning i bevægelser - CISC 2004-2014: Staturrapport for Center for forskning i Idræt, Sundhed og Civilsamfund - baggrund, undersøgelser og publikationer.
- 2014:1 Anna Staal: Unge, idræt og recovery: Evaluering af udviklingsprojekt om dræt for sindslidende.
- 2013:12 Maja Ahler: Lars Legemester og HandiLeg.
- 2013:11 Bjarne Ibsen, Malene Thøgersen og Klaus Levinsen: Kontinuitet og forandring i foreningslivet: Analyser af foreningslivets udbredelse, sammensætning og karakteristika i 00'erne.
- 2013:9 Peter Mindegaard, Bjarne Ibsen, Anne-Merete Kissow og Jan Sau Johansen: Brugerundersøgelse af undervisning i varmtvandsbassin.
- 2013:8 Sigrid Alison Rytz, Lars Elbæk og Bjarne Ibsen: Matematik- og læsetræning i en fodboldklub: Evaluering af Projekt Helhed i B 1909.
- 2013:7 Jens Høyer-Kruse og Bjarne Ibsen: Undersøgelse af 'DM i foreningsudvikling'
- 2013:6 Michael Fehsenfeld, Peter Mindegaard og Bjarne Ibsen: YOUR GAM3: Gadeidræt i udsatte boligområder.
- 2013:5 Jan Toftegaard Støckel: Fysisk aktivitet i skolefritidsordninger: En analyse af institutionsstrukturer og kulturer under forandring.
- 2013:4 Kurt Lüders og Ejgil Jespersen: Idrætsdeltagelse blandt unge voksne med sindslidelser.
- 2013:3 Charlotte Skau Pawlowski, Lars Breum Christiansen, Jasper Schipperijn og Jens Troelsen: EN GOD OMVEJ – Bevægelse i lokalområdet: Samlet evaluering af otte kommunale anlægsprojekter til fremme af rekreativ fysisk aktivitet.
- 2013:2 Jan Toftegaard Støckel: Evaluering af Anbragte Børn i Bevægelse.
- 2013:1 Bjarne Ibsen, Malene Thøgersen og Lau Tofft-Jørgensen: Fritidsfaciliteterne i Fredensborg Kommune.
- 2012:17 Charlotte Skau Pawlowski, Lars Breum Christiansen, Jasper Schipperijn og Jens Troelsen: Naturparken Mellem Bakkedrag og Dalstrøg - Evaluering af en omdannet græsmark ved boligbebyggelse i Sønderborg.
- 2012:16 Charlotte Skau Pawlowski, Lars Breum Christiansen, Jasper Schipperijn og Jens Troelsen: En Voldsom Omvej - Evaluering af en omdannet støjvold i Solrød.
- 2012:15 Charlotte Skau Pawlowski, Lars Breum Christiansen, Jasper Schipperijn og Jens Troelsen: Pixlpark - En Digital Legeplads - Evaluering af en omdannet plads i en ny bydel i Roskilde.
- 2012:14 Charlotte Skau Pawlowski, Lars Breum Christiansen, Jasper Schipperijn og Jens Troelsen: Et bevægelseksperimentarium - Evaluering af en omdannet park ved Sundhedscentret i Nykøbing Sjælland.
- 2012:13 Charlotte Skau Pawlowski, Lars Breum Christiansen, Jasper Schipperijn og Jens Troelsen: Sidesporet - Evaluering af en omdannet asfaltplads ved Nørre Aaby station.

- 2012:12 Charlotte Skau Pawlowski, Lars Breum Christiansen, Jasper Schipperijn og Jens Troelsen: Opfordring til udfordring - Evaluering af omdannede restarealer i Kolding Bycentrum.
- 2012:11 Charlotte Skau Pawlowski, Lars Breum Christiansen, Jasper Schipperijn og Jens Troelsen: Byens Arena - Evaluering af en omdannet parkeringsplads ved boligbebyggelse i Høje Gladsaxe.
- 2012:10 Charlotte Skau Pawlowski, Lars Breum Christiansen, Jasper Schipperijn og Jens Troelsen: Dronningens Bastion - Evaluering af en omdannet bastion på et historisk voldanlæg i Fredericia.
- 2012:9 Thomas Skovgaard, Kurt Lüders, Jesper von Seelen, Mette Munk Jensen, Bjarne Ibsen, Casper Due Nielsen og Tobias Marling: Svømning i den danske folkeskole.
- 2012:8 Bjarne Ibsen, Venka Simovska og Henrik M. Larsen: Tilgængelighed til og deltagelse i idræt blandt børn og unge på Vesterbro: Evaluering af DGI-byens børne- og ungeprojekt Go-Active.
- 2012:7 Bjarne Ibsen ... et al.: Idrættens outsiders - Inklusion eller eksklusion af vanskeligt stillede børn og unge i idræt: Evaluering af puljen til idræt for vanskeligt stillede børn og unge.
- 2012:6 Jan Arvidsen, Karen Dalgaard Pedersen og Søren Andkjær: Rum og rammer for Aktivt Udeliv: Et litteraturstudie om naturlige omgivers betydning for Aktivt Udeliv.
- 2012:5 Bjarne Ibsen: Human Resource Management for Volunteers in Sports Organisations in Europe.
- 2012:4 Charlotte Skau Pawlowski og Jens Troelsen: EN GOD OMVEJ - Bevægelse i lokalområdet: Kvalitativ analyse af den kommunale planlægnings- og implementeringsproces forbundet med projektet.
- 2012:3 Louise Kamuk Storm, Simon Madsen og Bjarne Ibsen: Evaluering af projekt Grib Chancen.
- 2012:2 Louise Bæk Nielsen og Bjarne Ibsen: Idrætsdeltagelse og idrætsfaciliteter i Vordingborg Kommune.
- 2012:1 Thomas Gjelstrup Bredahl: Slutevaluering af Greve Kommunes metodeudviklingsprojekt "MultiMinen" - For 6-8 årige børn med overvægt.
- 2011:6 Peter Lund Kristensen: Evaluering af 'Sunde vaner fra barnsben': Den kvantitative del - Vejle Kommune.
- 2011:5 Louise Kamuk Storm, Simon Madsen og Bjarne Ibsen: Evaluering af 'Bevæg dig sund og glad: Et projekt i Esbjerg Kommune for overvægtige børn og deres familier.
- 2011:4 Jan Toftegaard Støckel: Evaluering vedrørende projekt Idrætszen.
- 2011:3 Bjarne Ibsen og Louise Bæk Nielsen: Idræt og idrætsfaciliteter på Bornholm.
- 2011:2 Jakob Haahr og Søren Andkjær (red.): Muligheder og begrænsninger for friluftsliv: Konferencerapport - artikler og abstracts.
- 2011:1 Ejgil Jespersen: Evaluering af Krop og Kontor forsøgsprojekter.
- 2010:7 Pernille Andreassen: Evaluering af 'Sunde vaner fra barnsben' - Vejle Kommune.
- 2010:6 Forskningsenheden for 'Bevægelse, Idræt og Samfund' (BIS): Forskningsprofil og udviklingsplaner for 2010-2014.
- 2010:5 Bjarne Ibsen, Anne Mette Walmar Hansen og Eva Vennekilde: Ændringer i kommunal idætspolitik efter kommunalreformen.
- 2010:4 Karsten Østerlund: Gå i Gang: Slutevaluering.
- 2010:3 Lise Specht Petersen: Rum for idræt og leg på Vesterbro.
- 2010:2 Bjarne Ibsen og Carsten Hvid Larsen: Aktivitet eller idrætspolitisk arbejde? Frivilligt arbejde i DGI Vestsjælland og DGI Nordsjælland.
- 2010:1 Bjarne Ibsen, Jan Toftegaard Støckel og Charlotte Klinker: Børn og fysisk aktivitet på Vesterbro.
- 2009:7 Lise Specht Petersen og Bjarne Ibsen: København – en by i bevægelse: evaluering af Københavns Kommunes motionsstrategi.

- 2009:6 Ole Lund: Evaluering af projekt 'Sund Cirkel'.
- 2009:5 Carsten Hvid Larsen og Bjarne Ibsen: Frivilligt arbejde i Gigtforeningen.
- 2009:4 Ole Lund: Sund indskoling – evaluering af sundhedsfremmende indsatser i SFO og indskoling i Frederikshavn Kommune.
- 2009:3 Kirsten Kaya Roessler: Gruppesamtaler som psykologisk behandling af kroniske smerter: erfaringer fra projektet "Tilbage til arbejdet".
- 2009:2 Lars Breum Christiansen og Jens Troelsen: Bevægelsesmuligheder i Kolding By 2008.
- 2009:1 Ole Lund: Rend og Hop – Vi si'r stop: et sundhedsprojekts bestræbelser på at skabe bedre betingelser for det sunde liv i Varde Kommune.
- 2008:10 Lars Breum Christiansen og Jens Troelsen: Bevægelsesmuligheder i Roskilde By.
- 2008:9 Per Jørgensen: Idrætspolitik i Gentofte Kommune gennem 100 år.
- 2008:8 Jens Høyer-Kruse, Malene Thøgersen, Jan Toftegaard Støckel og Bjarne Ibsen: Offentlige-frivillige partnerskaber omkring børn og fysisk aktivitet.
- 2008:7 Pernille Vibe Rasmussen: Foreninger og integration: Undersøgelse af foreningers vilkår for integrationsarbejde i Københavns Kommune.
- 2008:6 Thomas Gjelstrup Bredahl: Ekstern evaluering af Motion på Recept i Frederiksberg Kommune: September 2007.
- 2008:5 Thomas Gjelstrup Bredahl: Evaluering af Motion på Recept i Nordjylland 2007.
- 2008:4 Jens Troelsen, Kirsten Kaya Roessler, Gert Nielsen og Mette Toftager: De bolignære områders betydning for sundhed: hvordan indvirker bolignære områder på sundheden? – og hvordan kan udformningen gøres bedre?
- 2008:3 Ole Lund og Pernille Andreassen: Gå i gang: evalueringsrapport.
- 2008:2 Jan Toftegaard Støckel (red.): Parallel leg eller integreret leg? – partnerskaber om børn, leg og bevægelse.
- 2008:1 Pernille Vibe Rasmussen og Kirsten Kaya Roessler: Stofmisbrug og fysisk aktivitet: Evaluering af "Krop og læring – Mere styr på eget liv".
- 2007:1 Bjarne Ibsen: Børns idrætsdeltagelse i Københavns Kommune 2007.