

# BØRN MED EN FUNKTIONSNEDSÆTTELSE OG DERES FAMILIER

DEN FØRSTE KORTLÆGNING I NORDEN



11:09

STEEN BENGTSOON  
HELLE HANSEN  
MARIA RØGESKOV



11:09

BØRN MED EN  
FUNKTIONSNEDSÆTTELSE  
OG DERES FAMILIER

DEN FØRSTE KORTLÆGNING I NORDEN

STEEN BENGTSSON  
HELLE HANSEN  
MARIA RØGESKOV

KØBENHAVN 2011  
SFI – DET NATIONALE FORSKNINGSCENTER FOR VELFÆRD

BØRN MED EN FUNKTIONSNEDSÆTTELSE OG DERES FAMILIER. DEN FØRSTE  
KORTLÆGNING I NORDEN

Afdelingsleder: Anne-Dorthe Hestbæk  
Afdelingen for børn og familie

Undersøgelsens følgegruppe:

Tina Hansen, Handicapkontoret, Socialministeriet  
Rigmor Lond, Kommunernes Landsforening  
Gitte Madsen, Danske Handicaporganisationer  
Julie Trøjborg, Børnekontoret, Socialministeriet

ISSN: 1396-1810

ISBN: 978-87-7119-008-3

Layout: Hedda Bank

Forsidefoto: EVA fotografie

Oplag: 600

Tryk: Rosendahls – Schultz Grafisk A/S

© 2011 SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd

SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd

Herluf Trolles Gade 11

1052 København K

Tlf. 33 48 08 00

[sfi@sfi.dk](mailto:sfi@sfi.dk)

[www.sfi.dk](http://www.sfi.dk)

SFI's publikationer kan frit citeres med tydelig angivelse af kilden.  
Skrifter, der omtaler, anmelder, henviser til eller gengiver SFI's  
publikationer, bedes sendt til centret.

# INDHOLD

	<b>FORORD</b>	<b>7</b>
	<b>RESUMÉ</b>	<b>9</b>
<b>1</b>	<b>HOVEDRESULTATER</b>	<b>11</b>
	Funktionsnedsættelse er mange ting	11
	Betydningen for barn og familie	13
	Barnet tilpasser sig lettere end familien	14
	Fremtiden	17
<b>2</b>	<b>METODE OG TEORI</b>	<b>19</b>
	Undersøgelse af børn med funktionsnedsættelse	20
	Analysemetoder	24
	Teori: Barnet som individ og social aktør	26
	Børn og opdragelse	28
	Normalisering og børn med funktionsnedsættelse	29

	Litteratur om børn med funktionsnedsættelse og deres familier	30
	Opsummering	33
<b>3</b>	<b>BESKRIVELSE AF BØRNE</b>	<b>35</b>
	Børnenes funktionsnedsættelse	36
	Mors vurdering af barns funktionsnedsættelse	38
	Børnenes helbred	39
	Børnenes vurdering af deres helbred og trivsel	41
	Opsummering	44
<b>4</b>	<b>FORÆLDRENE SITUATION</b>	<b>45</b>
	Familiens sammensætning	45
	Forældrenes uddannelse og beskæftigelse	49
	Mødrenes helbred og trivsel	52
	Offentlig støtte	58
	Opsummering	60
<b>5</b>	<b>FAMILIELIV</b>	<b>63</b>
	Relationen mellem mor og barn	63
	Forældrenes samvær uden børn	67
	Arbejde og familieliv	68
	Opsummering	73
<b>6</b>	<b>SKOLELIV</b>	<b>75</b>
	Børnenes trivsel i klassen	79
	Opsummering	82
<b>7</b>	<b>FRITIDSLIV OG SOCIALE RELATIONER</b>	<b>83</b>
	Fritidsaktiviteter	83
	Venner og kammerater	86

Sociale relationer blandt børn med funktionsnedsættelse	91
Mobning	93
Risikoadfærd	97
Opsummering	98
<b>LITTERATUR</b>	<b>99</b>
<b>SFI-RAPPORTER SIDEN 2010</b>	<b>105</b>





# FORORD

Denne rapport præsenterer resultaterne af den første repræsentative undersøgelse, i hvert fald fra et nordisk land, som sammenligner 11-årige børn med en funktionsnedsættelse med 11-årige børn i almindelighed. Undersøgelsen sammenligner også børnenes familier.

Undersøgelsen bygger på telefoninterview med alle de børn med en funktionsnedsættelse fra årgang 1998, som vi har kunnet identificere og få kontakt med, og på data fra SFI's forløbsundersøgelse af årgang 1995. Vi har benyttet de samme spørgsmål i vores undersøgelse som i SFI's børneforløbsundersøgelse, så resultaterne for de 11-årige børn med funktionsnedsættelse kan sammenlignes med resultaterne for 11-årige børn i almindelighed.

Seniorforsker Steen Bengtsson har ledet projektet og skrevet kapitlet 'Hovedresultater'. Videnskabelig assistent Helle Schademan har medvirket ved udarbejdelsen af spørgeskemaet, mens videnskabelig assistent Helle Hansen har gennemført dataanalysen. Videnskabelig assistent Maria Røgeskov har studeret tidligere forskning på feltet, og stud.scient.soc. Tinne Steffensen har foretaget bortfaldsanalysen.

En følgegruppe har fulgt undersøgelsen og kommenteret et udkast til rapporten. Professor Jan Tøssebro, NTNU Trondhjem, har været referee og givet mange ideer til analysen. Vi takker alle for gode og konstruktive kommentarer.

Undersøgelsen er bestilt og finansieret af Socialministeriet med satspuljemidler.

København, april 2011

JØRGEN SØNDERGAARD

## RESUMÉ

Hvad er forskellen egentlig på et barn med funktionsnedsættelse og et barn i almindelighed, og hvad er det konkret, der er anderledes? Hvad betyder det for et barn på 11 år at have en funktionsnedsættelse, og hvad betyder det for barnets forældre? Hvordan adskiller et barn på 11 år med funktionsnedsættelse sig fra et gennemsnitligt barn på samme alder? Og hvordan adskiller familierne til de to børn sig fra hinanden? Denne rapport giver svar på disse spørgsmål.

En funktionsnedsættelse kan være mange ting, den kan vedrøre mobiliteten, sanserne, den intellektuelle udvikling eller adfærden, og den kan være mere eller mindre indgribende. En funktionsnedsættelse belaster ofte de sociale relationer, som kan være vanskelige at tackle. Denne undersøgelse viser, at en funktionsnedsættelse i mange tilfælde betyder konflikter med kammerater eller med lærere og større risiko for at blive mobbet. Drengene er gennemgående mere belastet af en funktionsnedsættelse, end piger er, og mange flere drenge end piger har en funktionsnedsættelse. En funktionsnedsættelse har betydning for, hvad barnet kan gøre i fritiden. Børn på 11 år med en funktionsnedsættelse tilbringer mindre tid sammen med kammerater, end andre børn gør. Men langt de fleste er dog på besøg hos kammerater i hvert fald en gang om ugen.

Barnets funktionsnedsættelse har også betydning for familien. Forældrene beskæftiger sig en del mere med barnet, end andre forældre gør med deres børn, idet de leger mere med det og foretager sig ting

sammen med det. De taler også mere med børnene om deres forhold til kammerater og lærere. Mødrene har langt flere stresssymptomer end andre mødre. Det at have et barn med funktionsnedsættelse påvirker mødrenes arbejdsliv, men belaster i endnu højere grad familielivet. Forældrene skændes langt mere end andre forældre, og det drejer sig ofte om, hvordan barnet skal opdrages. De søger oftere hjælp hos psykolog eller familierapeut. At få et barn med funktionsnedsættelse fører dog ikke til flere skilsmisser. Stort set lige mange mødre til børn med funktionsnedsættelse og mødre i almindelighed bor sammen med barnets biologiske far. Et barns funktionsnedsættelse gør derimod en forskel for de forældre, der bliver skilt. I de tilfælde får moren som regel barnet, og hun forbliver oftere enlig, end andre mødre gør. Desuden har lidt flere af disse mødre været enlige, siden de fik deres barn med funktionsnedsættelse.

Et barns funktionsnedsættelse får stor betydning på mange punkter. Umiddelbart kan resultaterne måske virke opsigtsvækkende. Men det er under alle omstændigheder en belastning for et par at få et barn, og denne belastning er lidt større med et barn med funktionsnedsættelse. Det er baggrunden for, at der tilbydes en række støtteordninger for denne gruppe, så den får mulighed for et familieliv sådan som andre mennesker.

Vores plan er at følge børnene med funktionsnedsættelse parallelt med SFI's forløbsundersøgelse af årgang 1995. Dermed kan vi få et billede af, hvordan overgangen fra barn til voksen forløber for børn med funktionsnedsættelse sammenlignet med den tilsvarende proces for børn i almindelighed.

## HOVEDRESULTATER

Selvom den sociale indsats i forhold til børn med funktionsnedsættelse er betydelig og hurtigtvoksende, har vi kun begrænset viden om gruppen som helhed og om deres familier. Der verserer en del formodninger om, hvad det betyder for en familie at få et barn med funktionsnedsættelse, men med denne undersøgelse vil vi mere præcist kunne belyse, hvilken forskel det faktisk gør på en lang række konkrete punkter.

Denne rapport bygger på et datamateriale bestående af en survey blandt 11-årige med funktionsnedsættelse født i 1998 og deres mødre. SFI's forløbsundersøgelse af en kohorte af børn født i 1995 og deres mødre danner grundlag for sammenligning. Sidstnævnte datamateriale dækker den del af årgangen, som er født mellem den 11.09 og 31.10, og inkluderer således også børn med funktionsnedsættelse. SFI's børneforløbsundersøgelse giver derfor et billede af tilværelsen blandt alle typer af børn og deres familier i Danmark.

### FUNKTIONSNEDSÆTTELSE ER MANGE TING

Fælles for alle personer med funktionsnedsættelse er, at de er dækket af lovgivningen om kompensation for funktionsnedsættelse. Servicelovens merudgiftsydelse (§ 41) taler om ”børn og unge med nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller indgribende kronisk eller langvarig lidelse”.

Denne støtte er alle familier med et barn med funktionsnedsættelse berettiget til, når der er væsentlige omkostninger forbundet hermed, og derfor tager undersøgelsen udgangspunkt i denne gruppe.

Det drejer sig om børn med funktionsnedsættelser af mange forskellige slags. Den største gruppe er børn med udviklingshæmning, som udgør godt en fjerdedel af gruppen. Børn med ADHD udgør næsten en tredjedel af drengene, men kun en syvendel af pigerne. Andelen af børn med en børnepsykiatrisk diagnose, ofte inden for autismeområdet, er næsten lige så stor, også her med samme overvægt af drenge. Tre andre grupper er ret store, det er børn med bevægelsehæmning, alvorlige talefejl og nedsat syn. Børn med nedsat hørelse eller ordblindhed er mindre grupper, og der forekommer en lang række andre mindre grupper.

En funktionsnedsættelse kan betyde mange forskellige ting. For en gruppe betyder det, at de er mere syge end andre børn, eller at de er sløje mellem deres sygdomsperioder. Men det er en ganske lille gruppe. Langt de fleste børn med funktionsnedsættelse har et sygdomsmønster, der minder om andre børns. Omkring en tredjedel af børnene med funktionsnedsættelse er raske hele tiden, næsten det samme som gælder for børn i almindelighed.

Der er ligeledes stor forskel på, hvor meget funktionsnedsættelsen begrænser det enkelte barn. Tre fjerdedele af børnene kræver særlige hensyn efter morens mening, for halvdelen af børnene har funktionsnedsættelsen hver dag betydning for deres fritidsaktiviteter. En lille halvdel af børnene går i den almindelige folkeskole i deres eget skoledistrikt, ligesom tre fjerdedele af børn i almindelighed gør. De fleste børn med funktionsnedsættelse kræver dog særlige hensyn eller særlig støtte.

En meget vigtig forskel er, om funktionsnedsættelsen er rent fysisk og kun betyder noget for, hvor meget barnet kan bevæge sig og sanse, eller om det drejer sig om en psykisk funktionsnedsættelse, som har betydning for, hvor meget barnet kan forstå, eller for, hvordan barnet opfører sig. Mere end halvdelen af gruppen har koncentrationsproblemer, og næsten lige så mange har psykiske problemer og konflikter med kammeraterne, mens godt en fjerdedel af børnene har konflikter med deres lærere. Ikke blot psykisk, men også fysisk funktionsnedsættelse giver anledning til konflikter med kammerater og lærere.

Der er stor forskel på, hvor meget en funktionsnedsættelse betyder for piger og drenge. En funktionsnedsættelse har større betydning for en dreng end for en pige, og flere drenge end piger har funktionsned-

sættelse. Det sidstnævnte har at gøre med, at betydelig flere drenge har ADHD og autismeforstyrrelser. For de andre grupper af børn med funktionsnedsættelse er kønsfordelingen derimod mere lige.

## BETYDNINGEN FOR BARN OG FAMILIE

En funktionsnedsættelse kan øge sandsynligheden for problemer i sociale relationer med jævnaldrende. Børn med funktionsnedsættelser bliver mobbet og drillet langt mere end børn i almindelighed, og nogle af dem mobber også selv noget mere, end det er almindeligt. Begge dele gælder især for drenge med funktionsnedsættelse. Det får en del af dem til at trække sig og græde. En fysisk funktionsnedsættelse kan have lige så stor betydning for, om et barn mobber eller bliver mobbet, som en psykisk funktionsnedsættelse kan.

Når vi sammenligner børn med funktionsnedsættelser med andre børn, anvender vi logistisk regressionsanalyse. Med den kan vi se effekten af den enkelte faktor, når andre faktorer holdes konstant, udtrykt ved odds ratio. Odds ratio siger, hvor mange gange en chance forøges, når man får en bestemt oplysning.

En vurdering af sammenhængens styrke ved hjælp af logistisk regression giver odds på 4 for at blive mobbet og 2 for selv at mobbe andre for børn, der har en psykisk funktionsnedsættelse. Med oplysningen ”barnet har en psykisk funktionsnedsættelse”, er chancen altså 4 gange så stor, for at det bliver mobbet, sammenlignet med, hvad den var før oplysning. Overraskende nok finder vi de samme odds for at blive mobbet og for selv at mobbe andre for børn med en fysisk funktionsnedsættelse.

Barnets funktionsnedsættelse synes også at betyde meget for, hvilke symptomer moren har. Flere af de symptomer, som mødre søger læge for, ser vi optræde dobbelt så ofte hos mødre til børn med funktionsnedsættelse, som hos mødre til 11-årige børn i almindelighed. Det gælder ondt i hjertet, angst, dårlige nerver og migræne. Også smerter i led og knogler, træthedsfølelse, søvnproblemer og depressioner plager mødre til børn med funktionsnedsættelse væsentlig oftere end andre mødre. For de fleste af de nævnte symptomer rapporterer mødre en overhyppighed på 50-100 pct.

En nærliggende årsag kunne være, at det er en belastning at have et barn med funktionsnedsættelse. Morens symptomer hænger sammen med barnets symptomer. Mødrene til børn med funktionsnedsættelse har dog ikke oftere end andre mødre fået konstateret en længerevarende sygdom eller en kronisk sygdom, og de søger sjældnere hjælp hos alternative behandlere. De søger derimod oftere hjælp hos psykolog eller ægte-skabsrådgiver.

Det er svært for familierne at få familieliv og arbejdsliv til at hænge sammen. Forældrene er påvirket af den belastning, det er at have et barn med funktionsnedsættelse, i deres arbejdsliv. Men det er dog især familielivet, der bliver stresset, og det sker i signifikant højere grad, end det gør for børnefamilier i almindelighed. Halvdelen af forældrene tager sjældent eller aldrig ud at spise, i biografen, på besøg hos venner eller på udflugter. Til gengæld får de et nært forhold til deres barn med funktionsnedsættelse.

To tredjedele af mødrene er gift eller samlevende med den biologiske far, og det er næsten lige så mange som for mødre til 11-årige børn i almindelighed. Lidt flere mødre til børn med funktionsnedsættelse har været enlige hele tiden. For dem har barnets funktionsnedsættelse måske været medvirkende til, at forholdet ikke blev etableret. I de tilfælde, hvor forholdet til barnets far er hørt op, er en del flere af mødrene til børn med funktionsnedsættelse fortsat enlige. Derimod indleder flere mødre i almindelighed et nyt forhold. Andelen, der har haft tre eller flere forhold, siden barnet blev født, er lige stor i de to grupper.

Forældre til børn med funktionsnedsættelse skændes mere end andre forældre. En tredjedel skændes om barnets opdragelse, det gør kun en sjettedel af forældrene i almindelighed. Næsten lige så mange skændes om de daglige pligter, men her er forskellen til andre familier mindre. De største forskelle finder man, når det gælder emnerne familiens økonomi og ansvaret for barnet. Det skændes 15 pct. af forældrene til børn med funktionsnedsættelse om, mens det kun gælder for 7 pct. af forældre i almindelighed.

## **BARNET TILPASSER SIG LETTERE END FAMILIEN**

Mens de fleste af forældrene for 11 år siden forestillede sig, de ville få et barn uden funktionsnedsættelse, har de fleste af børnene hele tiden væ-



ret, som de er i dag. Derfor er det nærliggende for børnene at acceptere de vilkår, de oplever med deres funktionsnedsættelse, mens forældrene vil være tilbøjelige til at se barnets situation som uretfærdig eller uacceptabel.

Barnet med funktionsnedsættelse oplever på en række punkter deres situation som anderledes, end deres mødre gør. Således giver det forskellige resultater at spørge moren, om barnet bliver mobbet og drillet, og at spørge barnet selv. Børnene selv siger for 80 pct.s vedkommende, at de aldrig bliver mobbet, det gælder både for børn med funktionsnedsættelse og for børn i almindelighed. Mødre til børn i almindelighed siger det samme. Men for børn med funktionsnedsættelse melder moren oftere om mobning.

Når vi vurderer den psykiske belastning på børnene – målt ved, om de er kedede af det, irriterede eller sover dårligt – ved hjælp af logistisk regression, finder vi alligevel odds ratios i nærheden af 2 for børn med psykisk funktionsnedsættelse og næsten lige så høje for børn med fysisk funktionsnedsættelse. Det er et teknisk begreb, populært sagt betyder det, at oplysningen om, at barnet har funktionsnedsættelse, fordobler chancen for, at det er psykisk belastet.

Mødrene går ofte ind og forsøger at kompensere for de ting, som de mener, barnet ellers ikke ville opleve. De spiller og leger meget mere med deres barn, end mødre i almindelighed gør med deres børn – sandsynligvis fordi barnet ellers ikke ville have nogen at lege med. De tager mere på ture og læser mere højt, og de tager dem også mere med i de daglige gøremål i huset og i madlavningen. Derimod læser de mindre lektier med dem. Mange forældre er formentlig heller ikke i stand til at støtte børnenes arbejde i skolen.

De fleste børn på 11 år er hjemme hos kammerater mindst to gange om ugen, men det gælder ikke for flertallet af børnene med funktionsnedsættelse. Et flertal er dog på besøg hos kammerater mindst en gang om ugen. Det ser endvidere ud til, at børnene med funktionsnedsættelse ikke har fået udviklet deres sociale evner i samme grad, som børn i almindelighed har. Selvom de fleste af dem viser empati, trøster andre, når de har brug for det, og føler med dem, når det går dem dårligt, er gruppen, der ikke gør det, større for børn med funktionsnedsættelse, end den er for børn i almindelighed. Mange flere af dem har konflikter med kammerater og med lærere.

En vurdering af styrken af disse sammenhænge ved hjælp af en regressionsanalyse viser, at funktionsevne har stor betydning for hyppigheden af konflikter med kammerater eller lærere. For børn med psykisk funktionsnedsættelse er odds 6-7, for børn med fysisk funktionsnedsættelse kan odds komme over 2. Morens samliv og beskæftigelse har også en vis betydning.

Langt den stærkeste sammenhæng finder vi dog, når vi ser på odds for ikke at have en eneste ven. Selvom få børn slet ikke har nogen venner, har funktionsevnen virkelig stor betydning her. Vi finder odds på 20-70 for flere typer funktionsnedsættelse, for de psykiske er odds 50-70, for nogle af de fysiske – mobilitet og talevanskeligheder – finder vi odds på henholdsvis 29 og 19. Morens forhold har derimod ingen betydning for, om barnet helt mangler venner.

Det viser, at muligheden for venskab er stærkt begrænset, selv om halvdelen af børnene går i almindelige folkeskoler, hvor det er meningen, at de skal integreres. Den manglende udvikling af venskab hos en stor gruppe børn med funktionsnedsættelse betyder ikke blot en ringere livskvalitet for børnene, men gør også, at de mangler en motivationsfaktor, som er afgørende for andre børn. I lyset heraf bør det ikke undre, at de får dårligere skoleresultater end børn i almindelighed.

Den manglende udvikling af venskab kan ses som tegn på, at integrationspolitikken ikke er lykkedes fuldt ud. Manglen på venskabsrelationer resulterer i, at børn med funktionsnedsættelse har lidt mindre empati, end børn i almindelighed har. Den sammenhæng, vi finder her, er imidlertid svag. Det må derfor tolkes sådan, at den mindre empati er en følge af forhold som manglende venskaber, flere konflikter og mere mobning, snarere end at den skulle være en årsag. Ved nogle former for funktionsnedsættelse er den mindre empati dog en del af selve funktionsnedsættelsen.

Taget som helhed kan børnene med funktionsnedsættelse bedre lide at lave lektier end børn i almindelighed, og de kan bedst lide at arbejde for sig selv i skolen. På den anden side finder de meget oftere end børn i almindelighed skolearbejdet for svært, og de keder sig oftere i timerne. Forældrene kunne sikkert gøre en del for at motivere deres børn mere til at lære og gøre sig gældende på den måde, for børnene giver udtryk for, at de interesserer sig mere for deres lektier, end børn i almindelighed gør.

## FREMTIDEN

Forældre til børn med funktionsnedsættelser gør meget for at kompensere barnet for disse. De ser naturligvis, at deres børn ikke har de samme muligheder som andre børn, at de ikke har samme lejlighed til at tilbringe tiden sammen med kammerater med de aktiviteter, som de dyrker, og at de ikke har lige så let ved at få venner. Vi kan se på de resultater, vi finder i undersøgelsen, at forældrene i vidt omfang går ind, leger mere med børnene og inddrager dem mere i de huslige beskæftigelser.

Børn med funktionsnedsættelser trives i almindelighed mindre godt med kammerater og lærere i skolen, men de synes bedre om at læse lektier, end de andre børn gør. Mange af dem har de samme intellektuelle evner som andre, men de får ikke samme stimulans til at udvikle dem som børn, der fungerer bedre på det sociale plan, og de er ikke på højde med de andre i skolen. Intet peger imidlertid i retning af, at forældrene går ind og prøver at motivere børnene til at lære mere. Det var måske en ide, for børnene skal jo også klare sig, når de bliver voksne.

Vi har ofte hørt forældre tale om, at når børn med funktionsnedsættelse er 5-8 år gamle, så leger de med andre på lige fod, accepteres af kammerater og er med til mange ting. Men når de kommer ind i puberteten, får de unge andre værdier, de er orienteret mod deres fremtid og mod det andet køn, og i den forbindelse er børnene med funktionsnedsættelse ikke længere så interessante at have med. De bliver nemt isoleret og overset af de andre. De har heller ikke udviklet de samme sociale evner som de fleste andre børn.

De 11-årige børn med funktionsnedsættelse, som indgår i denne undersøgelse, er stadig meget med i sociale sammenhænge, og de fleste er hjemme hos kammerater mindst en gang om ugen. Men forskellen fra børn i almindelighed er dog markant. Børnene med funktionsnedsættelse har slet ikke det samme liv med kammerater, som i dag er almindeligt i deres aldersgruppe. Det præger formentlig deres udvikling i det hele taget.

Ligesom i SFI's børneforløbsundersøgelse er det planen, at børnene skal interviewes igen, når de bliver 15 år. Det vil så vise sig, om den almindelige opfattelse holder stik, om der sker en udskilning i løbet af puberteten, og hvor hurtigt denne i så fald går.



## METODE OG TEORI

I dette kapitel beskriver vi datamaterialet, der ligger til grund for undersøgelsen. Rapportens problemstilling er analyseret på baggrund af to datamaterialer: en undersøgelse af familier med 11-årige børn, der modtager støtte efter servicelovens § 41, og SFI's forløbsundersøgelse af børn født i 1995, som beskæftiger sig med børn i almindelighed. Kombinationen af disse to spørgeskemaundersøgelser giver en unik mulighed for at sammenligne familier med § 41 og familier generelt i Danmark.

I den første del af kapitlet beskriver vi datamaterialet med familier med 11-årige børn, der modtager § 41-hjælp, og dernæst spørgeskemaundersøgelsen blandt familier med 11-årige børn i almindelighed. Desuden gør vi rede for begrebet 'funktionsnedsættelse' og den måde, vi anvender det på i denne rapport.

Den anden del af kapitlet indeholder undersøgelsens analytiske ramme. Synet på barndom har generelt ændret sig op gennem tiden. På samme vis har opfattelsen af mennesker med funktionsnedsættelse og ikke mindst denne gruppes vilkår gennemgået en forandring. For at give et indblik i, hvilken betydning disse ændringer har for børn med funktionsnedsættelse i dag, vil vi skitsere, hvordan begrebet barndom har udviklet sig. Til sidst gennemgår vi den danske og nordiske forskning i børn med funktionsnedsættelse og deres familier.

## UNDERSØGELSE AF BØRN MED FUNKTIONSNEDSÆTTELSE

Undersøgelsen af børn med funktionsnedsættelse og deres familier blev sat i gang ultimo oktober 2009. Undersøgelsen fokuserer på børn med funktionsnedsættelse født i 1998, som modtager merudgiftsydelse efter servicelovens § 41, og deres familier. De fleste er interviewet pr. telefon, men når det har været nødvendigt ved besøg. Spørgeskemaerne, som blev udarbejdet i forbindelse med undersøgelsen, indeholder så vidt muligt samme spørgsmål som SFT's børneforløbsundersøgelse af hele børnekoorten født i 1995<sup>1</sup>, da det på den måde er muligt at sammenligne resultater og erfaringer fra de to undersøgelser.

Serviceloven taler i § 41 om ”børn og unge med nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller indgribende kronisk eller langvarig lidelse”. Denne formulering svarer til, hvad vi i socialforskningen sædvanligvis forstår ved funktionsnedsættelse. Da vi i praksis regner med, at langt de fleste børn med en vis grad af funktionsnedsættelse modtager støtte efter § 41, har vi valgt at benytte modtagelse af denne hjælp som operationel definition. Det virkelige antal af børn med funktionsnedsættelse er således større end det antal, vi her finder.

Der er tre problemer i denne forbindelse. Det ene er, at anbragte børn ikke kommer med, da de ikke modtager hjælp efter § 41. Børneforløbsundersøgelsen omfatter imidlertid allerede en undersøgelse af anbragte børn. Det andet problem er, at børn med ADHD kan være underrepræsenteret i denne undersøgelse, i og med at nogle børn med denne diagnose og deres familier ikke får tilkendt merudgiftsydelse. Undersøgelsen finder ADHD hos mindre end 1 pct. af årgangen, mens psykiatere regner med, at omkring 4 pct. af børnene har ADHD (Christoffersen & Hammen, 2011). Det tredje problem er, at børn med funktionsnedsættelse, hvis forældre ikke søger støtte, heller ikke er med. Det er ikke muligt at identificere disse børn uden at kontakte hele årgangen. Vi vurderer dog, at det ikke har væsentlig betydning for undersøgelsens resultater.

Populationen i nærværende datamateriale er baseret på oplysninger fra kommuner. I alt indgår 1.107 børn og deres mødre i denne undersøgelse. Det er ikke udelukkende tilfældigt, hvilke forældre der får et barn med funktionsnedsættelse. Både fysiske og psykiske funktions-

---

1. SFT's Forløbsundersøgelse af årgang 1995, børneskema 2007 og mødreskema 2007.

nedsættelser kan være arvelige, ligesom de kan være produkt af familiens adfærd. Derfor kan forældrene adskille sig fra forældre i almindelighed, enten fordi de selv har en funktionsnedsættelse, eller fordi de har en risikobetonet livsstil.

Tabel 2.1 viser antallet af besvarelser blandt børn med funktionsnedsættelse og deres mødre. Blandt mødrene er svarprocenten på 74, mens svarprocenten på børneinterviewene er på 55. 14 pct. af mødrene ønskede ikke at deltage, mens det for 19 pct. af børnene i populationen gjaldt, at de enten ikke ønskede at deltage, eller at deres mødre ikke ønskede, at de skulle deltage. Formentlig omfatter bortfaldet flere af de mest ramte børn. Undersøgelsen blandt børn med funktionsnedsættelse og deres familier var som udgangspunkt en ren telefonundersøgelse, men da det kan være svært at interviewe 11-årige over telefonen, blev der gennemført besøgsinterview i tilfælde, hvor barnet ikke var i stand til at gennemføre et telefoninterview. Der blev gennemført 1.268 telefon- og 86 besøgsinterview, svarende til i alt 1.354 interview af både børn og mødre.

Alt i alt kan vi konstatere, at svarprocenten har levet op til de forventninger, vi kunne have, emnet, målgruppen og metoden taget i betragtning.

TABEL 2.1

Opnåede interview og frafald af forskellige grunde i undersøgelsen opgjort for børn med funktionsnedsættelse og deres mødre. Antal og procent.

	Mødre		Børn	
	Antal	Procent	Antal	Procent
Gennemførte interview	777	74	577	55
Delvist gennemførte	4	0	8	1
Nægter at deltage	148	14	110	10
Mødre nægter på vegne af barnet	0	0	96	9
Syg	6	1	9	1
Bortrejst	3	0	3	0
Flyttet til ukendt adresse	3	0	5	0
Ikke gennemført pga. funktionsnedsættelsen	1	0	130	12
Andet	29	3	24	2
Telefonnummer virker ikke	21	2	20	2
Ikke truffet	63	6	72	7
I alt	1.107	100	1.107	100

Kilde: Teknisk rapport fra SFI-Survey.

Interviewet med mødrene var relativt langt i forhold til, at det var et telefoninterview, men da emnet er meget vigtigt for mødrene, var det alligevel muligt at opnå en høj besvarelsesprocent. Et centralt tema var, om og i hvilket omfang det begrænser familien i dens aktivitet at have et barn med funktionsnedsættelse, herunder naturligvis, om og i hvilket omfang det påvirker familiens stabilitet og sammenhold.

I interviewene med børnene med funktionsnedsættelse har vi spurgt ind til de samme områder som i SFI's børneforløbsundersøgelse, da dette giver et fyldigt billede af deres sociale liv i form af relationer til forældre og til kammerater og deres aktiviteter uden for hjemmet, såsom skolegang og fritidsaktiviteter. Derudover har vi spurgt til pligter i hjemmet, hvilket kan give et indtryk af, i hvilket omfang forældrene stiller krav til børn med funktionsnedsættelse i hverdagen. Ved at anvende de samme spørgsmål som til børn i almindelighed er det muligt at sammenligne de to gruppers hverdags- og fritidsliv. Ved interviewene af børn med funktionsnedsættelse har vi ikke anvendt interviewere med særlige kompetencer i forhold til denne gruppe af børn. Interviewerne er dog trænet i at tale med mennesker med mange forskellige problematikker. Det kunne imidlertid have været en god idé at lade interviewerne have et særskilt kendskab til børn med funktionsnedsættelse og de barrierer, der kan være i relation til at kommunikere med disse børn.

Registeroplysninger fra Danmarks Statistik belyser bortfaldet i undersøgelsen fordelt på uddannelse, alder, indkomst og civilstatus (se figur 2.1).

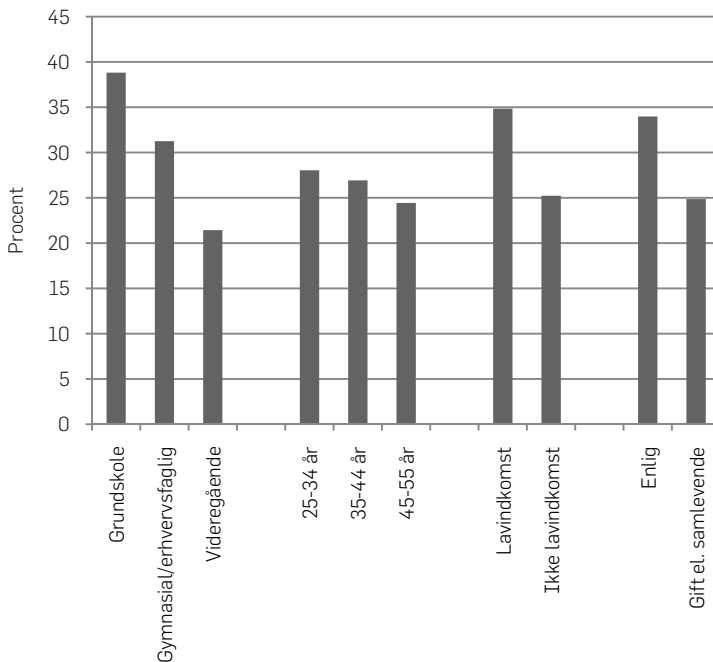
Mødre uden uddannelse ud over grundskolen har et højt bortfald, knap 39 pct. Blandt mødre med gymnasial uddannelse eller erhvervsuddannelse har 33 pct. ikke svaret, mens det gælder for knap 22 pct. af mødre med videregående uddannelse (uanset længde). Bortfaldet er svagt faldende i takt med alderen. Mens 28 pct. af mødrene mellem 25-34 år ikke har deltaget i undersøgelsen, så er bortfaldet for de 35-44-årige (27 pct.) og for de 45-55-årige (24 pct.) en smule mindre. Bortfaldet er afhængigt af indkomstniveauet. Mens 35 pct. af forældre i lavindkomstgruppen (under 50 pct. af medianindkomsten) ikke deltager, så er bortfaldet 25 pct. for forældre med en højere indkomst. Enlige mødre har højere bortfald (34 pct.) end samlevende (25 pct.). Bortfaldet tyder på, at mødre med færre ressourcer i form af uddannelse og indkomst i højere grad ikke deltager i undersøgelsen.



Bortfaldet i denne undersøgelse af børn med funktionsnedsættelse følger næsten samme mønster som bortfaldet i SFI's forløbsundersøgelse af børnekoorten født i 1995. Undersøgelserne er derfor sammenlignelige. Den totale svarprocent i denne undersøgelse er på 74 pct., hvilket er noget lavere end for forløbsundersøgelsen af børn i almindelighed i 2007, der opnåede en besvarelsesprocent på 80. Baggrunden herfor er formentlig, at mødre til børn med funktionsnedsættelse i forhold til forældre i almindelighed har mindre tid eller overskud til rådighed.

FIGUR 2.1

Bortfald blandt mødre fordelt på skoleuddannelse, alder, indkomst og samlevsforhold. Procent.



Mødre med en indkomst over medianen har et noget højere bortfald (25 pct.) i denne undersøgelse end forældrene i forløbsundersøgelsen af børn

i almindelighed i 2007 (19 pct.), mens bortfaldet er det samme for lavindkomstgruppen. Men det er også den største forskel på bortfaldsmønstret i de to undersøgelser. Bortfaldet for enlige (34 pct.) og samlevende (25 pct.) svarer nogenlunde til bortfaldet i forløbsundersøgelsen af børn i almindelighed i 2007, hvor bortfaldet for enlige var knap 29 pct. og for samlevende var knap 17 pct.

## ANALYSEMETODER

Vi sammenligner resultaterne fra undersøgelsen af børn med funktionsnedsættelse med SFI's forløbsundersøgelse af børnekohorten født i 1995. Undersøgelsen omfatter godt 5.000 børn, herunder også børn, der modtager en forebyggende foranstaltning, har en sygdom eller en funktionsnedsættelse. Disse børn er med i sammenligningsgruppen for at give et billede af en *hel* børnekohorte og af dem og deres familiers livsomstændigheder, som disse ser ud for gennemsnittet af børn født i 1995 og deres mødre. Mødrene blev spurgt første gang i 1996, da barnet var ½ år. Der blev ved den lejlighed spurgt om fødslen og den første tid efter fødslen, derunder om amning, gråd og kolik. Der blev desuden spurgt om barnets udvikling, sundhed og sygdom samt om barnets temperament og humør. Andre spørgsmål drejede sig om familien og de rammer, som forældrene kunne give barnet under opvæksten. Der blev spurgt om barnets pasning og forældrenes sundhed, uddannelse, arbejde og økonomi (Christoffersen, 1997). Hvert fjerde år gennemfører SFI en spørgeskemaundersøgelse blandt disse børn, og vi anvender resultaterne fra 2007, hvor børnene var 11½ år gamle og for første gang også selv blev interviewet, som sammenligningsgrundlag for vores undersøgelse af børn med funktionsnedsættelse. For barnet kortlægger vi relationer til forældre, sprog, brug af elektronisk udstyr, medier og bøger, fritidsaktiviteter, relationer til kammerater, skolegang, økonomi, pligter i hjemmet og sundhedsforhold.

SFI's børneforløbsundersøgelse tegner et billede af en *hel* børnekohorte, hvorved der i sammenligningsgruppen indgår børn, der modtager forebyggende foranstaltninger eller har en diagnose. Børn anbragt uden for hjemmet indgår dog ikke i resultaterne. Med undtagelse af anbragte børn tegner SFI's børneforløbsundersøgelse et billede af børn i almindelighed født i 1995 og deres familier i Danmark. Derfor er under-

søgelsen egnet som sammenligningsgrundlag for at finde forskellene mellem børn med en funktionsnedsættelse og børn generelt. Eftersom børneforløbsundersøgelsen giver et billede af alle børn født i en periode, indgår børn med funktionsnedsættelse også i dette datamateriale. Derfor benytter vi betegnelsen 'børn i almindelighed' om børnene i SFI's børneforløbsundersøgelse. Analyserne i rapporten består både af krydstabeller og logistiske regressionsanalyser. I præsentationen af forskelle mellem børn med funktionsnedsættelse og børn generelt indgår en del krydstabeller, der beskriver og sammenholder kendetegnene i de to grupper. Hvor det har været muligt, er tabelanalyserne foretaget således, at børn med funktionsnedsættelse fra børneforløbsundersøgelsen er sammenlignet med børnene fra SFI's forløbsundersøgelse af årgang 1995. Begge grupper børn var 11 år gamle, da de blev interviewet, men interviewene med børnene med funktionsnedsættelse foregik 3 år senere end interviewene med børnene i SFI's børneforløbsundersøgelse. Vi vurderer, at dette kun har marginal betydning for resultaterne.

I tabelanalyserne har vi testet for forskelle mellem andel af børn med funktionsnedsættelse og alle børn med simple t-test. Et eksempel herpå er tabel 3.6. Forskellen mellem fordelinger er testet med  $\chi^2$ -test. Det er således benyttet i tabel 3.5. Ved alle test er anvendt en grænse for p-værdien på 0,05. Vi anser et resultat for signifikant, når der er højst 5 procent sandsynlighed for at finde et resultat med så stor forskel, som vi finder, hvis forskellen i virkeligheden er 0.

Den logistiske regression illustrerer, hvor meget en bestemt baggrundsfaktor bidrager til risikoen for, at barnet eksempelvis bliver mobbet, se tabel 7.7. Resultaterne fra disse analyser giver værdifuld information om, hvilke faktorer der har selvstændig indflydelse på det undersøgte. I resultaterne af de logistiske analyser fremkommer et odds ratio-mål. Odds ratio hænger sammen med chancen for, at en begivenhed eller et fænomen (såsom mobning eller forskellige helbredssymptomer) finder sted hos gruppen, når vi har en oplysning om den. Et odds ratio på 1 udtrykker, at oplysningen ikke ændrer på chancen, mens chancen med et større odds ratio bliver større og med et mindre odds ratio bliver mindre, end den var, hvis vi ikke havde denne oplysning.

De øvrige størrelser i regressionstabellerne er mere tekniske. Beta er den naturlige logaritme til odds ratio, og standardafvigelsen er den fejl, man kan forvente på beta som følge af, at undersøgelsen har et be-

grænset omfang. Denne usikkerhed bliver mindre, jo flere mennesker undersøgelsen omfatter.

I regressionsanalyserne er undersøgelsen af børn med funktionsnedsættelse født i 1998 og undersøgelsen af børn generelt født i 1995 koblet på en anden måde end i tabelanalysen. I regressionsanalyserne er de to datasæt sat sammen, således at der både indgår børn med funktionsnedsættelse og deres mødre samt børn i almindelighed og deres mødre i den enkelte regression. Det betyder, at børn med funktionsnedsættelse i 1995-undersøgelsen her tæller med som børn med funktionsnedsættelse. Forskellen mellem de to grupper kommer derved til at stå stærkere.

I de logistiske regressioner har den afhængige variabel – dvs. det forhold, vi vil forklare – altid to værdier. De uafhængige variable – dem, vi forklarer forholdet med – er barnets køn, morens samlivsstatus, morens beskæftigelse og de enkelte typer af funktionsnedsættelse. I nogle tilfælde ser vi på effekter af den enkelte type af funktionsnedsættelse, i andre slår vi dem sammen til fysiske eller psykiske funktionsnedsættelser.

For logistiske regressioner angiver vi  $R^2$ , som er et mål for, hvor stor en del af variansen modellen forklarer. Desuden angiver vi p-værdien fra en Hosmer-Lemeshow-test (H-L), som tester, om resultaterne adskiller sig fra det, som modellen forudsiger. H-L skal være større end 0,05 for, at vi vil sige, at modellen forudsiger noget. Inde i tabellen angives for hver forklaringsfaktor en p-værdi. Den angiver sandsynligheden for at finde et tal af den størrelse, som vi finder, hvis det sande tal er 0. Hvis den er meget lille, anser vi sammenhængen for meget sikker. Regressionerne er fremkommet gennem en trinvis procedure, hvor vi er startet med flere forklaringsfaktorer og i hvert trin stryger den med den største p-værdi, indtil vi kun har p-værdier på højst 0,05 tilbage.

## TEORI: BARNET SOM INDIVID OG SOCIAL AKTØR

Klassisk barndomssociologi betragter barnet som et passivt individ, der i barndommen skal lære at tilpasse sig samfundets normer, og via denne socialisering (primært i familien) bliver barnet i stand til at indgå i sociale relationer og til at begå sig i samfundet. Klassisk barndomssociologi forventer ikke, at barnet bidrager til samfundet, men at barnet befinder

sig i en læringsposition – en forberedelse til at blive voksen – hvor barnet primært bliver formet af voksne (Dencik et al., 2008; Sommer, 2006).

Moderne barndomssociologi betragter barnet som en selvstændig og aktiv aktør i sin egen udvikling og anser barndom for at være en selvstændig og meningsgivende periode i barnets liv. Ikke bare en periode, hvor barnet lærer at blive voksen, men en periode, hvor barnet er medskabere af sin egen verden. Moderne barndomssociologi betragter relationer til jævnaldrende, som barnet selv tager aktivt del i, som en vigtig del af dets udvikling. Langt de fleste børn er i daginstitution, inden de kommer i skole, og tilbringer meget af fritiden efter skole sammen med jævnaldrende. Derfor er relationer til andre børn centrale for barnets udvikling (Mattsson et al., 2008; Ottosen & Bengtsson, 2002). Her lærer barnet gennem aktiv deltagelse sociale kompetencer i relationer til andre individer. Samspillet og kommunikation med andre er central for, at barnet lærer at agere socialt på forskellige arenaer, og det er i høj grad via relationer til jævnaldrende, barnet lærer at begå sig blandt andre. Modsat barnets kontakt til voksne er relationer til jævnaldrende mindre stabile, og barnet skal erhverve og pleje dem, for at de fortsat eksisterer. For at kunne vedligeholde og begå sig i relationer med kammerater må barnet være i stand til at løse konflikter og ikke mindst kunne sætte sig i den andens sted ved at udvise empati.

I forhold til sociale relationer mellem mennesker beskriver bl.a. George H. Mead med sit begreb om 'rolleovertagelse', dvs. evnen til at sætte sig i den andens sted i en given situation, som en grundlæggende del af de sociale samhandlinger mellem mennesker (Vaage, 1998). Mead finder, at individer ikke bare forholder sig til den konkrete anden i en interaktion, men til 'den generaliserede anden'. Denne generaliserede anden udgør individers fælles forestilling om normer og forventninger til hinanden i et fællesskab, som mennesker handler på baggrund af, og som de ser egne handlinger i lyset af (Möller & Nyman, 2003). For at samspillet mellem børn (og andre) fungerer, og relationen fortsættes, er det centralt, at de involverede parter forstår hinandens signaler og handler i forhold hertil bl.a. ved i den konkrete situation at sætte sig i den andens sted og forstå dette på baggrund af et fælles normset.

I et perspektiv, der betragter børn som handlende aktører og som medskabere af deres egen verden, er barnets interaktioner med andre afgørende for barnets udvikling som individ. De sociale interaktioner, som børn med funktionsnedsættelse har med jævnaldrende, er

således vigtige for deres selvforståelse og for deres dannelse som individ. Refleksion, det at kunne afkode andre og agere i overensstemmelse med de sociale normer i interaktioner med andre i forhold til den specifikke arena, er vigtige kompetencer for børn. Børn, der ikke mestrer de sociale koder, risikerer at blive marginaliseret og at være uden for vennegruppen (Dencik et al., 2008; Qvortrup, 1999). Selvom relationer til jævnaldrende har stor betydning, viser analyser dog, at forældrenes baggrund stadig betyder meget for barnets trivsel og socialisering, og derfor er familien en vigtig del af barnets socialisering (Mattsson et al., 2008).

## BØRN OG OPDRAGELSE

Med opfattelsen af barndommen som en selvstændig og meningsgivende periode som beskrevet ovenfor har opdragelsesidealet ændret sig, og forældre har i mindre grad end tidligere faste holdepunkter at falde tilbage på i forhold til, hvordan barnet bedst opdrages. Ifølge Dencik et al. (2008) smitter den stigende individualisering i det moderne samfund også af på opdragelsen af børn på den måde, at forældre tager hensyn til det enkelte barns særegenheder og behov i opdragelsen. Barnets rettigheder og behov kommer således i fokus i familien, og forældre ser det som deres opgave at imødekomme barnets behov og sørge for, at det er lykkeligt og trives i barndommen. Samtidig tolererer vi udsættelse af børns behov i mindre grad end tidligere.

Et andet væsentligt træk ved den 'moderne familie' er, at denne som adskillige andre relationer i det moderne samfund er præget af en forhandlingskultur, hvor familiemedlemmerne i højere grad indgår i forhandling om rammerne i hverdagen. Det er ikke kun forældrene, der udstikker disse, som det er tilfældet i en autoritær opdragelsesform (Dencik et al., 2008). På baggrund af udviklingen i synet på barnet og de ændrede opdragelsesformer er det enkelte barns behov kommet i fokus i familien, hvilket Tøssebro og Lundeby (2002) viser i særlig grad gælder blandt familier med et barn med funktionsnedsættelse. I disse familier er det ofte behovene hos dette barn, der bliver dominerende i familien, mens søskendes og forældres behov kommer i baggrunden (Tøssebro & Lundeby, 2002).

## NORMALISERING OG BØRN MED FUNKTIONSNEDSÆTTELSE

Politikken har i flere årtier været, at samfundet skulle inkludere børn (og voksne) med funktionsnedsættelse i stedet for at anbringe dem på særskilte institutioner uden megen kontakt til omverden. For børn med funktionsnedsættelse betyder det bl.a., at de så vidt muligt integreres i daginstitutioner og skoler sammen med børn uden funktionsnedsættelse. På den måde er det hensigten at sikre, at de får en opvækst og hverdag tæt på den, som børn uden funktionsnedsættelse oplever. Integration af børn med funktionsnedsættelse i daginstitutioner og skoler sammen med børn uden funktionsnedsættelse handler om mere end at tilvejebringe de fysiske rammer, for at dette kan lykkes. Det handler også om at etablere et rum, hvor sociale relationer kan opstå mellem børn med og uden funktionsnedsættelse, og hvor børn med funktionsnedsættelse føler sig ligeværdige (Bengtsson & Middelboe, 2001; Bengtsson et al., 2010; Ottosen & Bengtsson, 2002). At føle sig ligeværdig og kunne deltage på lige fod med andre kræver imidlertid mere end blot at være i samme fysiske rum, fx i samme skoleklasse eller børnehave. Det kræver kendskab til de sociale spilleregler og besiddelse af de nødvendige kompetencer at kunne interagere med andre i skoleklassen (Ottosen & Bengtsson, 2002).

Børn med funktionsnedsættelse er derfor nødt til at kunne afkode og handle i forhold til andres signaler i interaktioner, førend der reelt foregår en integration mellem dem og børn i almindelighed. På den måde kan børn med funktionsnedsættelse stå i en vanskelig situation, fordi de indgår i sammenhænge med børn i almindelighed, der ikke har de samme fysiske og/eller psykiske barrierer i forhold til at kunne indgå i det sociale samspil med jævnaldrende, som børn med funktionsnedsættelse har. Sociale kompetencer er imidlertid en væsentlig brik for reelt at blive integreret blandt andre børn. Samtidig kan den store opmærksomhed på barnets behov give bagslag, hvis børn med funktionsnedsættelse som følge heraf ikke lærer at sætte sig i den andens sted og se andres behov på lige fod med egne behov. Det er heller ikke heldigt for deres udvikling, hvis vi stiller mindre krav til disse børn end til andre.

## LITTERATUR OM BØRN MED FUNKTIONSNEDSÆTTELSE OG DERES FAMILIER

Det er relativt begrænset, hvad Danmark rummer af forskning om familier med et barn med funktionsnedsættelse og om, hvad det betyder i relation til familiens trivsel og livsomstændigheder. Dansk forskning har i højere grad beskæftiget sig med pædagogiske metoder i arbejdet med børnene, integration i daginstitutioner og med serviceregler og lovgivning om børn og familier. I dette afsnit vil vi derfor også inddrage undersøgelser på området i andre skandinaviske lande. Disse undersøgelser er oftest kvalitative. Blandt de kvantitative undersøgelser er kun enkelte repræsentative.

Enkelte danske undersøgelser behandler området, og de viser, at mange forældre har relativt omfattende omsorgsarbejde. Dette reducerer særligt omfanget af morens erhvervsarbejde, og flere mødre er på deltid. Ud over at det er tidskrævende, kan det også være fysisk hårdt at tage vare på et barn, efterhånden som det bliver større. Desuden er familierne mere belastet i forhold til, at forældrene oplever psykiske problemer, og at de har flere skænderier om barnets opdragelse. Mange forældre finder det svært at have et aktivt socialt liv, da de bruger meget tid på at få hverdagen til at fungere. Til at aflaste forældrene i hverdagen spiller det nære familiære netværk i form af bedsteforældre og søskende en central rolle. De træder til, når forældrene har brug for en pause i pasningen af barnet og for at blive aflastet fysisk og psykisk (Henriksen & Nørregård, 2000; Ottosen & Bengtsson, 2002).

Et andet centralt emne for forældrene er ifølge danske undersøgelser kontakten til de offentlige myndigheder og instanser. Mange forældre oplever, at diagnosticering har stor betydning for den kommunale indsats forstået på den måde, at diagnosen kan fungere som et stempel, der giver adgang til offentlige ydelser og støtte. Kontakten til hjælpesystemet kan være tung, og det kan være vanskeligt at få fx sundhedssystemet og den sociale sektor til at arbejde sammen. I den forbindelse havner en del forældre mellem de forskellige instanser, hvilket besværliggør deres samarbejde med myndighederne. Derfor oplever forældrene ofte, at de i høj grad skal stå for koordineringen af den offentlige indsats over for barnet. De oplever det som en byrde og et ekstra ansvar at skulle holde styr på denne koordinering ved siden af det relativt store omsorgsarbejde, et barn kan have behov for. Endvidere er manglende in-



formation fra det offentlige et udbredt problem for forældrene, og de opfatter det som frustrerende ikke at få den viden, som de har brug for (Andersen & Thøgersen, 2001; Bengtsson & Middelboe, 2001; Holmskov & Knigge, 2007).

Litteraturen om familier med et barn med funktionsnedsættelse i andre nordiske lande har i højere grad beskæftiget sig med, hvilken betydning det har for familien at have et barn med funktionsnedsættelse. Svenske og norske studier viser, at blandt forældrene har fædrene en højere tilknytning til arbejdsmarkedet end mødrene, der i højere grad er på deltid. Mødrene har desuden større sandsynlighed for at stå helt uden for arbejdsmarkedet end mødre i almindelighed. Fædrene har den samme arbejdsmarkedstilknytning som fædre i almindelighed. Det peger i retning af, at moren i familien står for størstedelen af omsorgsarbejdet (Lindén, 2005; Lundeby, 2006; Tøssebro & Lundeby, 2002).

I tråd med de danske undersøgelser viser svenske, norske og finske studier også, at forældrene kan befinde sig i en svær psykosocial situation, hvor stress, udbrændthed, søvnmangel, hjertekarsygdomme samt generel psykisk udmatning er faktorer, der sætter deres eget og familiens liv under pres. Forældrene kan blive udmattede af at holde styr på og kontakt til mange forskellige fagpersoner, der er involveret i behandlingen af barnet. Derfor kan kontakten til behandlingssystemet og til myndighederne sætte forældrene under pres.

Ikke alene hos forældrene, men også blandt søskende til børn med funktionsnedsættelse kan stressniveauet i dagligdagen være øget som følge af den ekstra belastning for forældrene ved at have et barn med funktionsnedsættelse. Søskende til børn med funktionsnedsættelse kan komme i en svær situation, både fordi de skal forholde sig til et anderledes familiemedlem, og fordi de på mange måder befinder sig i en asymmetrisk søskenderelation. Barnet uden funktionsnedsættelse bliver typisk den initiativtagende, som støtter og hjælper sin søskende. Samtidig er det væsentligt at påpege, at søskende sagtens kan udvikle positive relationer med tætte følelsesmæssige bånd (Hemmingsson et al., 2009; Lindén, 2005; Lundeby & Tøssebro, 2006; Möller & Nyman, 2003; Ytterhus et al., 2008).

Vi har brug for mere viden om, hvilken betydning det har for søskende at være i familie med et barn med funktionsnedsættelse – både for deres relation til vedkommende, forældrene og deres egen trivsel. Den undersøgelse om 11-årige børn med funktionsnedsættelse og deres

familie sammenlignet med andre børn og familier, som vi her rapporterer, viser på en række områder forskelle mellem familier med og uden et barn med funktionsnedsættelse, hvilket også har betydning for de forhold, søskende vokser op under.

Det er vigtigt for såvel børn med funktionsnedsættelse som for andre børn at have én eller flere jævnaldrende venner. Blandt børn i almindelighed kan det være svært for en del børn med funktionsnedsættelse at deltage i lege og andre aktiviteter, da de kan have svært ved at følge sociale adfærdsnormer og samhandlingsregler. Derfor kan børn med funktionsnedsættelse risikere at blive udelukket fra det sociale fællesskab sammen med andre børn, hvilket de er bange for at opleve (Möller & Nyman, 2003; Ytterhus & Tøssebro, 2006; Ytterhus et al., 2008).

Forskningen peger dog på, at det er væsentligt at fokusere på glæder ved at være forældre til et barn med funktionsnedsættelse. Kærligheden og glæden ved barnet, ved at yde omsorg og modtage respons fra barnet, er centrale positive aspekter, som forældre til et barn med funktionsnedsættelse oplever. Nogle forældre fremhæver, at de oplever, at det har en positiv indvirkning på relationerne i familien. Hvordan forældrene tackler at få et barn med funktionsnedsættelse og betydningen heraf for hele familien, hænger sammen med, hvordan familien og forældrene fungerer sammen, inden barnet kom til verden. Har forældrene i forvejen en del problemer i deres forhold, kan det bringe yderligere pres på deres relation at skulle tage vare på et barn med funktionsnedsættelse (Möller & Nyman, 2003; Taanila et al., 2002; Tøssebro & Lundebj, 2002).

Generelt hviler den beskrevne litteratur på undersøgelser, der alene kortlægger levevilkårene for børn med funktionsnedsættelse uden at sammenligne resultaterne med børn i almindelighed. Det er selvfølgelig væsentligt at beskrive leveforholdene for børn med funktionsnedsættelse, men det er lige så vigtigt at sammenholde disse med børn i almindelighed for at vurdere, hvor børn med funktionsnedsættelse adskiller sig. Tøssebro og Ytterhus (2006) undersøger forskelle mellem børn med funktionsnedsættelse og børn generelt i forhold til forældrenes arbejdsmarkedstilknnytning.<sup>2</sup> På felter som forskelle i børns og familiens trivsel, sociale relationer og konflikter med kammerater, sammenligner de oven-

---

2. Sammenligningen med norske familier i almindelighed foretages i Tøssebro og Ytterhus (2006) på baggrund af en levekårsundersøgelse fra 2003 blandt norske familier med børn i alderen 8-10 år.

for beskrevne undersøgelser ikke børn med funktionsnedsættelse med børn i almindelighed. Denne rapport giver derimod en generel beskrivelse af, hvordan børn med funktionsnedsættelse og deres familier adskiller sig fra børn i almindelighed og deres familier i forhold til forældrenes baggrund, familieliv og børns skole- og fritidsliv.

## OPSUMMERING

I dette kapitel har vi beskrevet undersøgelsens metode og analytiske ramme. Rapporten bygger på to datamaterialer. Det ene datamateriale består af spørgeskema-interview med børn med funktionsnedsættelse født i 1998 og deres familier. Undersøgelsespopulationen dækker over familier, der modtager merudgiftsydelse efter Servicelovens § 41, hvilket hovedparten af familier med et barn med funktionsnedsættelse gør. Det andet datamateriale består af SFI's forløbsundersøgelse af børn født i 1995. Eftersom børneforløbsundersøgelsen giver et billede af alle børn født i en periode, indgår børn med funktionsnedsættelse også i dette datamateriale. Derfor benytter vi betegnelserne 'børn i almindelighed' og 'børn generelt' om respondenter i børneforløbsundersøgelsen. Både børn med funktionsnedsættelse og børn i almindelighed var 11 år på tidspunktet for dataindsamlingen, og i analyserne af begge datamaterialer er både barnets og morens besvarelser brugt.

I forhold til undersøgelsens analyseramme har vi set på, hvordan sociologien er gået fra at betragte barnet som et passivt individ, der bliver formet af voksne, til at anskue barnet som en aktiv aktør i sin egen udvikling og barndommen som en periode, hvor de sociale relationer til jævnaldrende har stor betydning for barnets udvikling af sociale kompetencer og for dets selv billede. Børn med funktionsnedsættelse kan stå i en vanskelig situation, når de går i skole med andre børn. For at kunne deltage sammen med jævnaldrende må børnene have sociale kompetencer, hvilket kan være et problem for børn med funktionsnedsættelse som følge af deres funktionsnedsættelse. Forældre til børn med funktionsnedsættelse kan også komme til at stå i et dilemma på den måde, at de ønsker at tage vare på barnet og dets mange behov samt i særlig grad ruste barnet til at indgå i samværet med jævnaldrende og senere deltage i samfundet så vidt muligt som alle andre.

Forskningen på området fokuserer relativt lidt på børnenes og familiens trivsel, og større kvantitative undersøgelser er sjældne. Sammenligningen mellem børn med funktionsnedsættelse og deres familier og børn og familier i almindelighed sker her for første gang.

## BESKRIVELSE AF BØRNENE

I dette kapitel beskriver vi børnenes funktionsnedsættelse og deres generelle helbredstilstand for at give et billede af de udfordringer, som disse børn og deres familier står over for. Herefter følger mødrenes vurdering af deres børns sygdom og funktionsnedsættelse, samt hvordan de forventer, at barnets helbredstilstand udvikler sig.

Børnene, der indgår i denne analyse, er som nævnt i kapitel 2 børn med funktionsnedsættelse eller længerevarende sygdom født i 1998, og hvis familier modtager merudgiftsydelse efter servicelovens § 41. Tabel 3.1 viser andelen af piger og drenge, der indgår i populationen i undersøgelsen.

TABEL 3.1

Børn med en funktionsnedsættelse og børn i almindelighed, der indgår i undersøgelserne, fordelt efter køn. Procent.

Køn	Børn med funktionsnedsættelse	Børn i almindelighed
Dreng	61	52
Pige	39	48
Antal observationer	664	4.568

Kilde: SFI's undersøgelse af børn med funktionsnedsættelse, mødreskema 2009, og SFI's børneforløbsundersøgelse, mødreskema 2007.

Det fremgår af tabel 3.1, at gruppen af børn med funktionsnedsættelse har en klar overvægt af drenge i modsætning til børn i almindelighed, hvor fordelingen er mere lige. Lignende undersøgelser om børn med funktionsnedsættelse fra England, Israel og Skandinavien har ligeledes en overvægt af drenge i populationen (Merrick & Carmeli, 2003). Af tabel 3.2 fremgår det, at mange drenge er diagnosticeret med ADHD og børnepsykiatriske sygdomme. Uden børnene med én af disse to diagnoser bliver fordelingen af drenge og piger til en 50-50-fordeling mellem kønnene. Den store forskel i andelen af drenge og piger beror således på disse to diagnoser, da betydelig flere drenge har én af dem.

## BØRNEENS FUNKTIONSNEDSÆTTELSE

I det følgende afsnit beskriver vi børnenes længerevarende sygdomme og funktionsnedsættelse, som en læge eller psykolog har diagnosticeret, samt hvornår den pågældende sygdom blev konstateret.

Tabel 3.2 viser, at den største gruppe blandt drenge med funktionsnedsættelse er ADHD, mens færre piger har denne diagnose. Gennemsnitsalderen, når diagnosen stilles, er 7,1 år, hvilket er lidt højere end ved de andre diagnosticerede sygdomme eller funktionsnedsættelser. 28 pct. af drengene har en børnepsykiatrisk diagnose, mens 11 pct. af pigerne har denne diagnose. Forekomsten af disse to diagnoser (ADHD og en børnepsykiatrisk diagnose) er langt større blandt drenge end blandt piger. Desuden har 29 pct. af drengene og 28 pct. af pigerne diagnosen psykisk udviklingshæmmet, hvilket er den hyppigst forekommende diagnose blandt pigerne.

Kun i grupperne ADHD og børnepsykiatrisk diagnose – oftest autisme – finder vi større forskelle mellem antallet af piger og drenge med en bestemt type funktionsnedsættelse. Den relativt store forekomst af ADHD og autisme hos drenge kan betyde, at når vi i det følgende sammenligner de to køn, vil det lige så meget være forskelle mellem typer af funktionsnedsættelse, vi finder. Af den grund har vi overalt, når vi sammenligner køn, gentaget beregningerne for gruppen af børn uden de to omtalte diagnoser. I nogle tilfælde vil det ændre billedet, i andre ikke. Vi skal omtale det overalt, hvis køn og type funktionsnedsættelse spiller sammen på denne måde.

TABEL 3.2

Andelen af børn med en funktionsnedsættelse, hvor læge eller psykolog har konstateret en række længerevarende sygdomme eller funktionsnedsættelser. Særskilt for piger og drenge. Antal og procent.

	Pct. Dreng	Pct. Pige	Antal	Gennemsnitlig alder ved diagnose, år	Standard- afvigelse
Psykisk udviklingshæmmet mht. sprogforståelse og begavelse	29	28	223	3,7	3,1
ADHD (Hyperaktiv og/eller koncentrationsproblemer)	30	14	183	7,1	2,0
Børnepsykiatrisk diagnose (fx autisme)	28	11	165	6,5	2,4
Bevægelseshæmning (fx spastisk lammelse, muskelsvind, rygmarvsbrok)	16	15	119	1,9	2,5
Nedsat syn i så svær grad, at der er kontakt til synskonsulent, synsregister eller Refnæsskolen	11	11	84	3,8	3,5
Nedsat hørelse i så svær grad, at barnet har høreapparat eller kontakt med hørekonsulent	4	8	45	3,7	3,1
Alvorlig talefejl i så svær grad, at der er kontakt med taleinstitut, eller barnet går i taleklasse	12	12	94	2,7	2,3
Ordblind i så udtalt grad, at barnet går på ordblindeinstitut eller i læseklasse	3	5	28	6,7	2,9
Læge eller psykolog har konstateret en anden større funktionsnedsættelse inkl. medfødt misdannelse eller alvorlig sygdom	22	25	181	4	3,4

Anm.: Den gennemsnitlige alder ved diagnosen i spørgsmålet om, hvorvidt barnet har en anden større funktionsnedsættelse, dækker over mange forskellige sygdomme og funktionsnedsættelser. Summen af procenter er 155 for drenge og 129 for piger, idet det enkelte barn kan optræde flere gange. Især optræder ADHD og autisme ofte sammen.

Kilde: SFT's undersøgelse af børn med funktionsnedsættelse, mødreskema 2009.

Forskningen viser, at forældre oplever, at de lettere får andres forståelse for barnets anderledes opførsel, når barnet har fået en diagnose, end inden barnet har en diagnose (Bengtsson & Middelboe, 2001; Tøssebro & Lundeby, 2002). På den måde kan diagnosen forklare barnets til tider afvigende opførsel både over for forældrene selv og andre. En diagnose gør det også lettere at forklare familiens særlige situation over for andre og legitimerer i høj grad, hvorfor familiens hverdag evt. er mere presset end andre børnefamilier. Et andet aspekt er, at diagnosen ifølge nogle

undersøgelser fungerer som indgang til det offentlige hjælpesystem og kan gøre det betydelig lettere for forældrene at få offentlig støtte (Tøssebro & Lundeby, 2002). Selvom en diagnose på en funktionsnedsættelse kan smerte forældrene, kan den samtidig være en lettelse. Det er i særlig grad tilfældet, hvis funktionsnedsættelsen ikke er fysisk og umiddelbar synlig, fordi diagnosen giver en forklaring på barnets adfærd.

## MORS VURDERING AF BARNES FUNKTIONSNEDSÆTTELSE

Dette afsnit giver et billede af, hvordan mødre oplever og vurderer deres barns funktionsnedsættelse, omfanget af funktionsnedsættelsen, samt hvordan den påvirker barnet. Endelig ser vi på, hvordan mødre forventer, at barnets funktionsnedsættelse vil udvikle sig fremover.

Tabel 3.3 viser, at størstedelen af mødre mener, at barnets funktionsnedsættelse eller sygdom påvirker dets hverdag i et betydeligt omfang. Funktionsnedsættelsen påvirker særligt børn med en psykisk funktionsnedsættelse i hverdagen.

TABEL 3.3

Børn med en funktionsnedsættelse fordelt efter mødrenes vurdering af funktionsnedsættelsens betydning for barnets hverdag. Særskilt for psykisk og fysisk funktionsnedsættelse. Procent.

	I høj grad	I nogen grad	I mindre grad	Slet ikke
Psykisk funktionsnedsættelse	49	30	16	5
Fysisk funktionsnedsættelse	15	37	38	10
Procent i alt	34	33	25	8
Antal observationer	235	227	173	47

Kilde: SFT's undersøgelse af børn med funktionsnedsættelse, mødreskema 2009.

For 41 pct. af børnene vurderer mødre desuden, at funktionsnedsættelsen har størst indflydelse på det adfærdsmæssige område, mens 16 pct. mener, den især har indflydelse på det intellektuelle område. Funktionsnedsættelse er defineret ud fra, at en person på et bestemt punkt ikke kan helt det samme som andre på samme alder. Dermed er det i højere grad børnenes adfærd, som funktionsnedsættelsen ifølge mødre påvirker, end det er deres intellekt. Dette kan have betydning for deres sociale relationer med fx jævnaldrende eller med andre uden for familien, som givetvis ikke har samme forståelse for deres opførsel, som familiemed-



lemmer har. Op mod halvdelen af børnene med funktionsnedsættelse giver selv udtryk for, at de oplever at adskille sig fra andre, hvilket kan have betydning for børnenes selvopfattelse og for deres trivsel i hverdagen.

## BØRNEGENES HELBRED

I dette afsnit er formålet at give et overblik over børn med funktionsnedsættelses sundhedsforhold, herunder i hvilket omfang 11-årige med funktionsnedsættelse adskiller sig fra jævnaldrende i forhold til helbred og trivsel.

Vi har bedt mødre om at vurdere barnets almene helbredstilstand de sidste 12 måneder og i perioden 2006-2008. Tabel 3.4 viser resultaterne særskilt for psykisk og fysisk funktionsnedsættelse.

TABEL 3.4

Børn med en funktionsnedsættelse fordelt efter deres mødres vurdering af deres almene helbredstilstand de seneste 12 mdr. og i perioden 2006-2008. Særskilt for psykisk og fysisk funktionsnedsættelse. Procent.

	Almen helbredstilstand de seneste 12 mdr.		Almen helbredstilstand i 2006-2008	
	Psykisk	Fysisk	Psykisk	Fysisk
Rask hele tiden	38	35	32	30
Enkelte sygdomsperioder	51	53	51	52
Enkelte sygdomsperioder, men sløj imellem disse	7	10	12	13
Syg det meste af tiden	4	3	5	5
Antal observationer	389	391	388	391

Kilde: SFI's undersøgelse af børn med funktionsnedsættelse, mødreskema 2009.

Ud over den forskel, vi her ser mellem børn med en psykisk og børn med en fysisk funktionsnedsættelse, adskiller kønnene sig på spørgsmålet om barnets almene helbredstilstand i 2006-2008. Børn med diagnoserne psykisk udviklingshæmmet, bevægelseshæmning, nedsat hørelse og syn samt ordblindhed har flere eller længere sygdomsforløb. Særligt blandt børn med nedsat hørelse og alvorlig ordblindhed er andelen af børn, der har haft enkelte sygdomsperioder, men er sløje imellem disse, eller har været syge hele tiden, høj. En overvægt af piger har disse to diagnoser,

hvilket medfører den signifikante kønsforskel i den almene helbredstilstand.

Tabel 3.5 viser en signifikant forskel mellem børn med funktionsnedsættelse og børn i almindelighed, hvad angår helbredstilstanden. Børn med funktionsnedsættelse adskiller sig ved at have flere sygdomsperioder eller være syge det meste af tiden, hvilket er særlig markant over en 3-årig periode. Resultaterne i tabel 3.5 er ikke opdelt på køn, da tallene næsten er de samme for drenge og piger.

TABEL 3.5

Børn med en funktionsnedsættelse og børn i almindelighed fordelt efter mødrenes vurdering af deres helbredstilstand de seneste 12 mdr. og over en 3-årig periode. Procent.

	Almen helbredstilstand de seneste 12 mdr.		Almen helbredstilstand i en 3-årig periode	
	Børn med funktionsnedsættelse	Børn i almindelighed	Børn med funktionsnedsættelse	Børn i almindelighed
Rask hele tiden	36	43	31	31
Enkelte sygdomsperioder	52	51	52	63
Enkelte sygdomsperioder, men sløj imellem disse	8	5	12	6
Syg det meste af tiden	4	1	5	0
Antal observationer	770	4.801	769	4.799

Anm.: Test viser, at forskellen på de to grupper i de to spørgsmål er signifikant.

Kilde: SFI's undersøgelse af børn med funktionsnedsættelse, mødreskema 2009, og SFI's børneforløbsundersøgelse, mødreskema 2007.

Både mødre til børn med funktionsnedsættelse og mødre i almindelighed er blevet spurgt om udvalgte sygdomssymptomer hos barnet inden for de seneste 6 måneder. Tabel 3.6 viser omfanget af 11-åriges problemer med hoste dels for børn med en funktionsnedsættelse og dels for børn i almindelighed. Hoste er det symptom hos børnene, som mødrene er blevet spurgt om, og derfor beskæftiger vi os med dette i afsnittet. Vi finder en signifikant forskel i omfanget af symptomer. Børn med funktionsnedsættelse er således mere plaget af hoste i forskellige sammenhænge end 11-årige generelt. Vi havde ventet at finde en signifikant forskel mellem de to grupper, idet børn med funktionsnedsættelse kan være mere udsatte over for infektioner på grund af deres funktionsnedsættelse.

TABEL 3.6

Andel børn med en funktionsnedsættelse og børn i almindelighed, der har oplevet forskellige former for hoste inden for de seneste 6 måneder. Procent.

	Gentagne længere episoder med besværende hoste	Har hostet hyppigt om natten	Hostet i læn- gere perioder efter forkølelse	Hyppigt hostet i forbindelse med sport, anstren- gelse eller latter
Børn med funktions- nedsættelse	13	10	16	10
Børn i almindelighed	8	4	9	4

Anm.: Forskellen mellem de to grupper er signifikant. Beregningsgrundlaget er 780 børn med funktionsnedsættelse og 4.801 børn i almindelighed.

Kilde: SFI's undersøgelse af børn med funktionsnedsættelse, mødreskema 2009 og SFI's børneforløbsundersøgelse, mødreskema 2007.

Der er ikke nævneværdig forskel mellem andelen af drenge og piger i nogen af grupperne i tabel 3.6.

## BØRNEENS VURDERING AF DERES HELBRED OG TRIVSEL

Den ovenstående beskrivelse af børnenes helbred bygger på mødrenes vurderinger. Dette afsnit tager udgangspunkt i børnenes egne vurderinger af deres helbred og af, hvordan de generelt har det.

Børnene er blevet spurgt om, hvor tit de oplever lette symptomer som hovedpine, irritation, at de er ked af det eller sover dårligt. Deres besvarelser viser, at børn med en funktionsnedsættelse i højere grad oplever symptomerne dagligt eller ca. en gang om ugen. Med undtagelse af hovedpine, hvilket børn i almindelighed i højere grad oplever. Den logistiske regression viser ligeledes ingen signifikant sammenhæng mellem funktionsnedsættelse og hovedpine. Den samlede andel af børn, der oplever symptomerne mindst en gang om måneden, er dog større blandt børn generelt end blandt børn med funktionsnedsættelse.

Tabellerne 3.7, 3.8 og 3.9 viser resultater af regressionsanalyserne på baggrundsfaktorer, der har betydning for, om barnet er ked af det, er irriteret eller har svært ved at falde i søvn mindst én gang om ugen.

TABEL 3.7

Odds ratio for, at barnet er ked af det mindst én gang om ugen. Logistisk regression for det samlede datamateriale.  $R^2 = 0,014$ , H-L = 0,81.

	Beta estimat	Spredning	P-værdi (sign.)	Odds ratio
Intercept	-0,8485	0,0862	0,0000	
Forældre samlevende	-0,3970	0,0881	0,0000	0,672
Dreng	-0,4304	0,0709	0,0000	0,650
Barnet har ADHD	0,6618	0,1571	0,0000	1,938
Barnet har bevægelseshæmning	0,5969	0,2299	0,0128	1,817

Odds for, at barnet er ked af det mindst én gang om ugen, vokser med næsten faktor 2, hvis barnet har ADHD. Odds bliver næsten lige så store, hvis barnet har bevægelseshæmning. Barnet er derimod mindre ked af det, hvis forældrene er samlevende, og barnet er en dreng.

TABEL 3.8

Odds ratio for, at barnet er irriteret mindst én gang om ugen. Logistisk regression for det samlede datamateriale.  $R^2 = 0,006$ , H-L = 0,99.

	Beta estimat	Spredning	P-værdi (sign.)	Odds ratio
Intercept	-0,6454	0,0735	0,0000	
Forældre samlevende	-0,1580	0,0800	0,0482	0,854
Barnet har ADHD	0,3296	0,1703	0,0529	1,390
Barnet har anden psykisk funktionsnedsættelse	0,7980	0,1732	0,0160	2,221

Odds for, at barnet er irriteret mindst én gang om ugen, er lidt højere, hvis barnet har ADHD, end hvis det ikke har, og omkring det dobbelte, hvis barnet har en anden psykisk funktionsnedsættelse. Barnet er mindre irriteret, hvis forældrene er samlevende.

Resultaterne i tabel 3.9 viser en tydelig signifikant sammenhæng mellem barnets psykiske funktionsnedsættelse og det at sove dårligt. Odds er 1,5-2 gange større, når barnet har en psykisk funktionsnedsættelse.

TABEL 3.9

Odds ratio for, at barnet sover dårligt mindst én gang om ugen. Logistisk regression for det samlede datamateriale.  $R^2 = 0,006$ .

	Beta estimat	Spredning	P-værdi (sign.)	Odds ratio
Intercept	-0,4231	0,0295	0,0000	
Barnet har ADHD	0,4498	0,1659	0,0067	1,568
Barnet har anden psykisk funktions- nedsættelse	0,8584	0,1755	0,0000	2,359

Børnenes egen vurdering af deres generelle helbred viser positive resultater. I alt vurderer 80 pct. af børnene med funktionsnedsættelse, at de har et godt helbred. Børnenes høje vurdering af deres helbred kan virke modstridende set i forhold til, at de generelt har et dårligere helbred end jævnaldrende. Dette kan bero på flere ting. Måske er disse børn vant til at have forskellige symptomer eller gener, hvorved målet for, hvornår de har det godt, kommer til at ligge lavere end hos børn, der sjældent er syge. En anden mulighed er, at de i deres vurdering ser bort fra bevægelseshæmning og derfor vurderer, at ud over denne funktionsnedsættelse er deres helbred godt.

Blandt børn i almindelighed mener 88 pct., at de har et godt helbred. Fælles for alle børnene er, at flere drenge end piger vurderer deres helbred som virkelig godt.

Børnene har vurderet, hvad de mener om deres liv for tiden. Blandt børn generelt er 62 pct. meget glade og 33 pct. glade for deres liv, hvad enten de er drenge eller piger. For børn med funktionsnedsættelse er 47 pct. meget glade og 48 pct. glade for deres liv. I denne gruppe er 51 pct. af pigerne og 45 pct. af drengene meget glade for deres liv. Fælles for grupperne er imidlertid, at 95 pct. af børnene enten er meget glade eller glade for deres liv.

Undersøgelsen *Børn og unge i Danmark* (Ottosen et al., 2010) finder, at høj selvrapporert livstilfredshed blandt 11-årige børn hænger sammen med gode relationer til kammeraterne, fravær af mobning, en opvækst i kernefamilie, et konfliktfrit forhold til forældrene og et problemfrit skoleliv. Endvidere viser analysen i Ottosen et al. (2010), at den helbredsmæssige tilstand har en stærk og selvstændig sammenhæng med 11-åriges livstilfredshed. Børn, der rapporterer, at de har et virkelig godt helbred, oplever hyppigt også at have en høj grad af livskvalitet, mens børn med dårligt selvrapporert helbred hyppigere tilkendegiver, at de er mindre tilfredse med livet (Ottosen et al., 2010).

## OPSUMMERING

En gennemgang af børnenes funktionsnedsættelse viser, at drengene har de mest belastende funktionsnedsættelser og samtidig de dårligste prognoser. Særligt ADHD og børnepsykiatriske sygdomme forekommer ofte blandt drengene, og disse to forhold er grunden til, at der er flere drenge end piger i undersøgelsen. Ved sammenligning med børn i almindelighed viser det sig, at 31 pct. af børn med funktionsnedsættelse og børn i almindelighed var raske hele tiden i perioden 2003-2006. Børnenes egen vurdering af deres helbred viser, at 80 pct. af børnene med funktionsnedsættelse mener, at de har et virkelig godt eller godt helbred, mens dette gælder for 88 pct. af børnene i almindelighed. Derimod betegner 20 pct. af drengene og 19 pct. af pigerne med en funktionsnedsættelse deres helbred som dårligt eller meget dårligt. Analyser viser også, at barnets funktionsnedsættelse selvstændigt forklarer dårligere trivsel hos børn, som at de sover dårligere, oftere er kede af det og irritable. Størst betydning har psykisk funktionsnedsættelse i denne sammenhæng.

Børnenes egen vurdering af deres liv for tiden viser, at både blandt 11-årige med funktionsnedsættelse og børn i almindelighed er 95 pct. enten meget glade eller glade for deres liv. Dog er børn uden funktionsnedsættelse langt oftere meget glade for deres liv. 4 pct. af drengene og 5 pct. af pigerne med en funktionsnedsættelse er ikke særlig glade.

## FORÆLDRENES SITUATION

Familien er et meget vigtigt omdrejningspunkt i barnets liv, da en stor del af barnets udvikling og sociale liv foregår her. I dette kapitel ser vi på sammensætningen af børnenes familier, hvorvidt forældrene er sammen, skilt eller har stiftet ny familie. Derudover analyserer vi forældrenes uddannelses- og beskæftigelsessituation samt helbredstilstand for at give et indtryk af den socioøkonomiske baggrund, børnene kommer fra.

### FAMILIENS SAMMENSÆTNING

I denne rapport arbejder vi med et snævert familiebegreb, dvs. at barnets 'familie' består af de familiemedlemmer, der deler bopæl med barnet. Gennem de sidste årtier har det øgede antal skilsmisser medført, at familietyper som sammenbragte familier og enlige forsørgere er blevet mere almindelige. Længt de fleste børn bor dog stadig med begge deres forældre i en kernefamilie (Dencik et al., 2008).

Familiens sammensætning har betydning, fordi enlige forsørgere oftere er ressourcetsvage (Deding & Gerstoft, 2009; Ottosen, 2000). Skandinaviske forløbsundersøgelser har endvidere vist, at børn af enlige forældre har større sandsynlighed for at få helbredsproblemer, lav uddannelse og økonomiske problemer (Christoffersen, 2004; Ringbäck Weitoft et al., 2003; Ringbäck Weitoft et al., 2004). Mere end hvert tredje

barn i Danmark vil opleve, at forældrene bliver skilt, inden børnene bliver 18 år (Christoffersen, 2002), og omkring en tredjedel af disse vil komme til at bo i en sammenbragt familie.

Forskning viser, at familier med et barn med funktionsnedsættelse som regel ligner helt almindelige familier. Lagergren præsenterede i 1981 en kortlægning af levevilkårene for samtlige 266 bevægelseshæmmede børn i Malmøhus Amt, hvor familieforholdene blev undersøgt gennem interview. Resultaterne viste, at 89 pct. af børnene levede i en kernefamilie med en mor og far, hvilket stemte overens med resten af befolkningen i området (Lagergren, 1981).

I Lagergrens studie adskilte forældre til børn med funktionsnedsættelse sig ikke fra andre, hvad angår alder, uddannelse, socialgruppe eller nationalitet. I den forbindelse må man huske på, at Lagergren foretog sin undersøgelse, inden ADHD-diagnosen var kendt. Det fremgik, at familierne ofte får hjælp af bedsteforældre eller nære slægtninge til daglig pasning, mens mødrene er på arbejde eller ordner andre praktiske ting. Fædrenes arbejde ser i Lagergrens undersøgelse ikke umiddelbart ud til at blive påvirket, men en større andel af mødrene har et deltidsarbejde sammenlignet med resten af befolkningen.

En norsk undersøgelse (Lundeby & Tøssebro, 2008; Tøssebro & Lundeby, 2002), som omfatter nogenlunde lige så mange børn med funktionsnedsættelse som denne, blot i førskolealderen, finder, at forældre til et barn med funktionsnedsættelse oftere gifter sig med hinanden, og at der ikke er store forskelle i antallet af søskende blandt børn med funktionsnedsættelse og børn i almindelighed.

Undersøgelsen 'Børn og unge i Danmark', hvor 6.257 børn i fem forskellige aldersgrupper indgår, finder derimod en overvægt af børn med funktionsnedsættelse blandt sted- og eneforsørgere (Ottosen et al., 2010). Vi vil ikke inddrage undersøgelser uden for Skandinavien, da børn med funktionsnedsættelse her ofte medfører fattigdom, og resultaterne i øvrigt er meget blandede.

Tabel 4.1 viser familiestrukturen i familier med et barn med funktionsnedsættelse og i familier i almindelighed. Andelen af biologiske mødre, der er gift eller samlevende med barnets far, er nogenlunde ens i de to grupper, hvilket understøtter antagelser om, at forældrene holder sammen og støtter sig til hinanden, også når de får et barn med funktionsnedsættelse. Bliver forældrene skilt, ender mødre til et barn med



funktionsnedsættelse oftere som eneforsøger, mens mødre til børn i almindelighed i større omfang stifter en ny familie.

TABEL 4.1

Mødre til børn med en funktionsnedsættelse og mødre i almindelighed fordelt efter familietype. Procent.

	Mødre til børn med funktionsnedsættelse	Mødre i almindelighed
Gift eller samlevende med biologisk far	66	68
Gift eller samlevende med anden mand	11	15
Eneforsøger	21	16
Antal observationer	618	4.568

Anm.: Test viser, at der er signifikant forskel på de to grupper.

Kilde: SFI's undersøgelse af børn med funktionsnedsættelse, mødreskema 2009, og SFI's børneforløbsundersøgelse, mødreskema 2007.

De ovenfor beskrevne resultater afspejler ligeledes barnets tilknytning til familien. Tabel 4.2 viser, hvem barnet bor sammen med.<sup>3</sup> Størstedelen af børnene med funktionsnedsættelse bor sammen med begge deres biologiske forældre eller alene med én af dem. Desuden viser det sig, at hvis forældrene stifter ny familie, bor børnene oftest hos moren, mens meget få er hos deres far. Endelig fremgår det, at væsentlig flere piger end drenge er adopteret. Den tilsvarende beregning, hvor børn med ADHD og autisme ikke er medtaget, viser næsten samme billede.

TABEL 4.2

Børn med funktionsnedsættelse fordelt efter barnets bopæl, set i relation til dets biologiske forældre. Særskilt for piger og drenge. Procent.

	Fælles barn eller enlig forsøger	Bor hos mor	Bor hos far	Adopteret
Dreng	86,9	12,2	0,1	0,4
Pige	86,1	10,3	0,3	2,9
Procent i alt	86,6	11,5	0,3	1,6
Antal	674	89	2	12

Anm.: Test viser, at der er signifikant forskel på fordelingen af drenge og piger.

Kilde: SFI's undersøgelse af børn med funktionsnedsættelse, mødreskema 2009.

3. Modsat rapportens andre tabeller viser tabel 4.2 procentandelene med decimaler for at få mest mulig information ud af oplysningerne om barnets relation til familien.

Tabel 4.3 viser, hvordan familielivet har formet sig for den tredjedel af mødrene, der ikke bor sammen med barnets biologiske far illustreret ved, hvor mange partnere moren har haft, siden barnet blev født. Flere mødre til et barn med funktionsnedsættelse har været enlige hele tiden. Flere mødre til børn i almindelighed stifter en ny familie. 43 pct. af mødrene har haft to partnere, mens dette er tilfældet for 34 pct. af mødrene til et barn med funktionsnedsættelse. Et barn med funktionsnedsættelse hindrer imidlertid ikke en ganske lille gruppe mødre i at have tre eller fire partnere i løbet af de 11 år, de har haft det.

TABEL 4.3

Mødre til et barn med en funktionsnedsættelse og mødre i almindelighed, som ikke bor sammen med barnets biologiske far, fordelt efter antal partnere, de har boet sammen med, siden barnet blev født. Procent.

Antal	Mødre til barn med funktionsnedsættelse	Mødre i almindelighed	Forskel i procentpoint
Enlig hele tiden	13	5	-8
1	47	46	-1
2	34	43	+9
3	5	5	0
4	1	1	0
Antal observationer	247	1.399	

Anm.: Test viser, at der er signifikant forskel mellem de to grupper på et 5-procents-niveau.

Kilde: SFT's undersøgelse af børn med funktionsnedsættelse, mødreskema 2009, og SFT's børneforløbsundersøgelse, mødreskema 2007.

I forhold til de familiemæssige rammer som antal søskende og bolig hos forældre adskiller børn med funktionsnedsættelse sig ifølge Tøssebro og Lundeby (2002) ikke fra andre børn. Familierne i nærværende undersøgelse har i gennemsnit 2,59 børn, der har adresse i hjemmet, mens tallet er 2,25 for familier uden et barn med funktionsnedsættelse. Antallet af børn virker nogenlunde ens for familierne, men spredningen mellem de to grupper er meget forskellig, henholdsvis 1,96 og 0,85, hvorved der er en signifikant forskel på de to grupper. Stor spredning betyder, at der er nogle familier med meget få børn og nogle med mange børn.

Forskningslitteraturen om børn med funktionsnedsættelse har ofte fokus på forældrene og deres rolle, men sjældnere på søskende og deres rolle i familien. Ifølge Tøssebro og Lundebys undersøgelser er forældrene bevidste om ikke at give dets søskende ansvar for barnet. Mange forældre fortæller om, at søskende er hjælpsomme og omsorgs-

fulde over for barnet, men de kan også blive jaloux, hvis det får for meget opmærksomhed, og de kan så selv simulere funktionsnedsættelse. Andre søskende føler sig tilsidesat uden at gøre synligt opmærksom på det. Derfor må de andre børn få tid alene med forældrene (Tøssebro & Lundeby, 2002). De relationelle udfordringer mellem søskende er de samme som i familier uden et barn med funktionsnedsættelse. Derfor må forældrene være fokuseret på, at de andre børn også får plads og bliver synlige i familien.

Endvidere viser studier, at søskende til børn med funktionsnedsættelse kan komme i en svær situation både i forhold til at skulle forholde sig til et familiemedlem, der er anderledes, og fordi de på mange måder befinder sig i en søskenderelation, der er asymmetrisk. Det bliver typisk barnet uden funktionsnedsættelse, der bliver den initiativtagende, og den, som støtter og hjælper barnet (Möller & Nyman, 2003; Tøssebro & Lundeby, 2002).

## FORÆLDRENS UDDANNELSE OG BESKÆFTIGELSE

Undersøgelser om forældrenes uddannelse viser modstridende resultater. Tidligere undersøgelser (blandt andet Lagergren, 1981) fandt ingen forskel mellem uddannelsesniveaut for familier med et barn med funktionsnedsættelse og forældre generelt. I 1981 havde man dog ikke ADHD-diagnosen. Tøssebro og Ytterhus (2006) finder, at for mødre med barn med funktionsnedsættelse har barnets alder og morens uddannelse en svag betydning for, om moren er i beskæftigelse eller ej. Men ligesom Lagergren finder de, at barnets funktionsnedsættelse ikke har betydning herfor (Tøssebro & Ytterhus, 2006).

Uddannelsesniveaut blandt forældre med et barn med funktionsnedsættelse og blandt forældre i almindelighed fremgår af tabel 4.4. I kategorien 'Grundskole' indgår både dem, der har afsluttet grundskolen, og dem, der ikke har afsluttet 9. klasse. Tabel 4.4 viser, at færre forældre til et barn med funktionsnedsættelse har en videregående uddannelse. Forskellen i forældrenes uddannelsesniveaut kan være endnu mere markant, hvis nogle børn med ADHD falder uden for gruppen af børn, der får merudgiftsydelse, jf. kapitel 2. Danske Handicaporganisationers vurdering er, at mange forældre til børn med ADHD selv har diagnosen, og at denne gruppe forældre har svært ved at fastholde en tilknytning til

uddannelsessystemet.<sup>4</sup> På den baggrund kunne uddannelsesniveaet blandt forældre til et barn med funktionsnedsættelse være lavere, hvis flere forældre til børn med ADHD indgik i undersøgelsen.

TABEL 4.4

Forældre til et barn med en funktionsnedsættelse og forældre i almindelighed fordelt efter uddannelsesniveau. Særskilt for mødre og fædre. Procent.

	Forældre til barn med funktionsnedsættelse		Forældre i almindelighed	
	Mor	Far	Mor	Far
Grundskole	21	21	20	23
Gymnasial/erhvervsfaglig udd.	69	63	47	58
Videregående udd.	20	16	33	19
Antal observationer	772	614	5.976	5.630

Kilde: SFI's undersøgelse af børn med funktionsnedsættelse, mødreskema 2009, og SFI's børneforløbsundersøgelse, mødreskema 2007.

I forhold til forældrenes beskæftigelsessituation viser forskningen (Henriksen & Nørregård, 2000; Tøssebro & Ytterhus, 2006), at forældrene har et omfattende omsorgsarbejde med et barn med funktionsnedsættelse, og at de derfor reducerer omfanget af deres erhvervsarbejde. Omsorgsopgaven er særligt bindende for mødrene og kan have konsekvenser for deres mulighed for at komme ind på arbejdsmarkedet, når barnet senere ikke i samme grad har brug for deres hjælp. På den måde kan særligt mødre til børn med funktionsnedsættelse være sårbare i forhold til arbejdsmarkedet. Følelsen af lavt selvværd, og at ens kompetencer er forældede efter en pause fra arbejdsmarkedet, kan gøre det svært for forældre til børn med funktionsnedsættelse at komme tilbage og få et job. Det gælder også de forældre, der er på arbejdsmarkedet, når de får et barn med funktionsnedsættelse. For dem er det vanskeligt at få familie- og arbejdsliv til at hænge sammen i forhold til at passe et barn med funktionsnedsættelse (Henriksen & Nørregård, 2000; Tøssebro & Ytterhus, 2006).

91 pct. af fædrene og 76 pct. af mødrene til et barn med funktionsnedsættelse er i beskæftigelse (2009). For fædrenes vedkommende er tallet større end for fædre til et barn i almindelighed. I sidstnævnte grup-

---

4. DH's opfattelse vedr. uddannelsesniveaet blandt forældre til børn med ADHD har vi kendskab til via møder med DH.

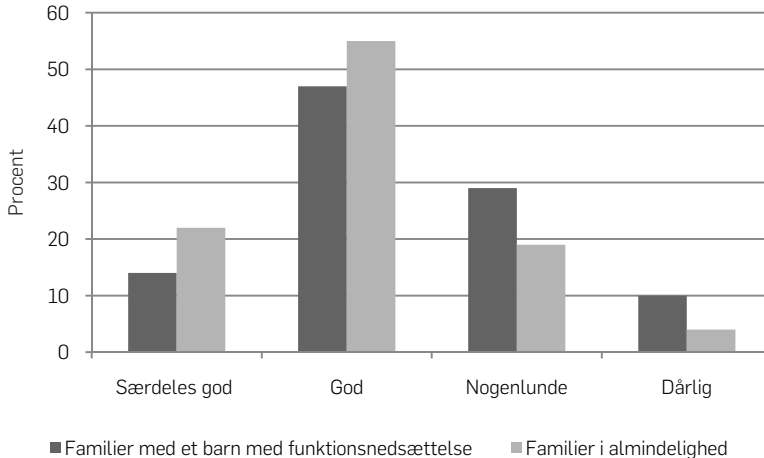
pe har 89 pct. af fædre og 79 pct. af mødre arbejder (2006). Denne forskel kommer dog formentlig af, at beskæftigelsen var højere i 2009 end i 2006. Også her arbejder mødre til børn med funktionsnedsættelse lidt mindre end andre mødre, men forskellen er lille.

Af mødre til et barn med funktionsnedsættelse uden for arbejde er 8 pct. arbejdsløse og på kontanthjælp og 9 pct. på pension. 4 pct. af mødre er hjemmegående, hvilket kan bero på, at de er hjemme for at passe barnet. Resultaterne vedrørende beskæftigelsessituationen blandt forældre med et barn med funktionsnedsættelse stemmer således overens med den tidligere nævnte nordiske forskning (Lundeby, 2006), hvor det også i høj grad er moren, der varetager opgaverne i hjemmet og derfor har en lavere tilknytning til arbejdsmarkedet end mødre uden et barn med funktionsnedsættelse.

Forskellene i beskæftigelsesforholdene spiller ind på familiernes økonomiske situation, figur 4.1.

FIGUR 4.1

Familier med et barn med en funktionsnedsættelse og familier i almindelighed fordelt efter mødrenes vurdering af familiens økonomiske situation. Procent.



Kilde: SFI's undersøgelse af børn med funktionsnedsættelse, mødreskema 2009, og SFI's børneforløbsundersøgelse, mødreskema 2007.

Figur 4.1 viser, at mødre vurderer familiens økonomi som værende dårligere end familier i almindelighed. Familier med et barn med funktionsnedsættelse dominerer især kategorien 'Dårlig'.

## MØDRENES HELBRED OG TRIVSEL

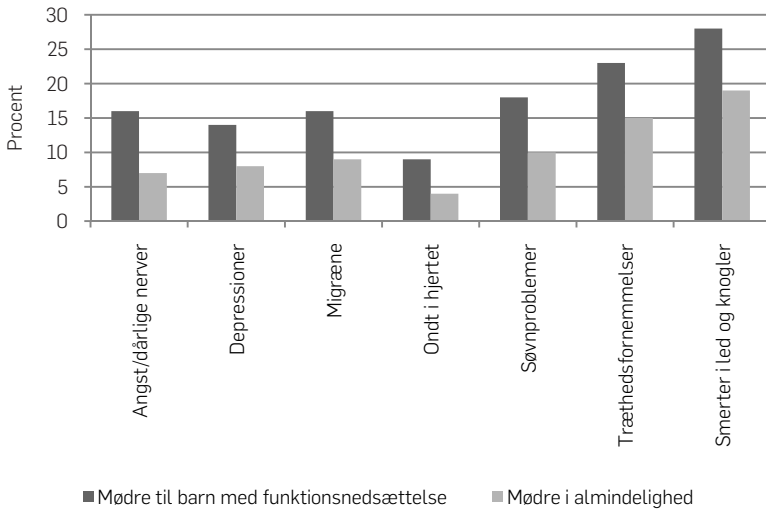
Forskning har gentagne gange dokumenteret, at forældres helbred i høj grad kan påvirke børns trivsel og hverdagsliv. Svenske studier viser (Lindén, 2005), at forældre til børn med funktionsnedsættelse kan befinde sig i en svær psykosocial situation, hvor stress, udbændthed, søvnmangel, hjerte-kar-sygdomme samt generel psykisk udmatning er blandt de faktorer, der sætter deres eget og familiens liv under pres. Flere forældre mener, at det tager tid at tilpasse hverdagen og finde en balance i forhold til dem selv og resten af familien. Forældrene kan blive udmattede af at skulle holde styr på og kontakt til mange fagpersoner, der er involveret i behandlingen af barnet. Både det at have et barn med funktionsnedsættelse med de udfordringer, det medfører, og kontakten til behandlingssystemet og til myndighederne sætter forældrene under pres, særligt når forældrene selv oplever at skulle koordinere kontakten til de mange fagpersoner (Möller & Nyman, 2003).

Mødre til børn med funktionsnedsættelse har ifølge nogle studier større sandsynlighed for at opleve social isolation og andre risikofaktorer som stress, end fædre har. Dette hænger også sammen med, at de i højere grad varetager pasningen af barnet (Lindén, 2005).

I denne rapport kigger vi også på mødrenes helbred som en indikation på deres og familiens trivsel. Figur 4.2 viser, hvor stor en andel af mødre, der det seneste år har oplevet udvalgte symptomer i et sådant omfang, at de har søgt læge.

FIGUR 4.2

Mødre til et barn med en funktionsnedsættelse og mødre i almindelighed, der det seneste år har oplevet udvalgte symptomer og søgt læge herfor. Procent.



For mødre til barn med funktionsnedsættelse er n = 123, 110, 122, 72, 141, 177 og 219, for mødre i almindelighed er n = 330, 389, 445, 168, 497, 698 og 888.

Kilde: SFI's undersøgelse af børn med funktionsnedsættelse, mødreskema 2009, og SFI's børneforløbsundersøgelse, mødreskema 2007.

Af figur 4.2 fremgår det tydeligt, at mødre til et barn med funktionsnedsættelse har markant flere symptomer end andre mødre. Særligt mange har træthedsfølelser og tilbagevendende smerter i led og knogler.

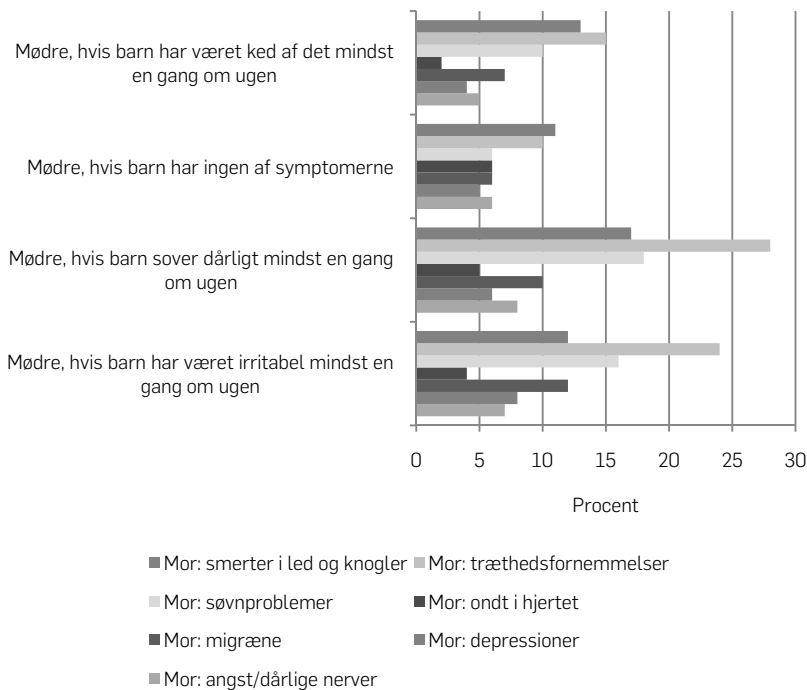
Grunden til, at flere mødre til et barn med funktionsnedsættelse oplever smerter i led og knogler, kan være løft af barnet eller af hjælpemidler. Lige mange mødre til et barn med funktionsnedsættelse og mødre generelt har i det seneste år fået konstateret en kronisk sygdom. Som tidligere beskrevet viser anden forskning også (Hemmingsson et al., 2009; Lindén, 2005), at forældrene ofte har helbredsproblemer såsom træthed og depression. At tage vare på et barn med funktionsnedsættelse og de bekymringer, forældrene måtte have om barnets trivsel og velbefindende, kan således have indflydelse på forældrenes eget helbred og evt. også på søskendes (Möller & Nyman, 2003).

Resultaterne i figur 4.2 giver et billede af den ekstra belastning, som mødre til et barn med funktionsnedsættelse er udsat for. Figur 4.3 sammenholder de symptomer, børnene med en funktionsnedsættelse

oplever oftest, med mødrenes symptomer det seneste år. Figuren viser andelen af mødre, der i det seneste år har haft søvnproblemer, træthedsfølelser, smerter i led og knogler, migræne, ondt i hjertet, depressioner eller angst/dårlige nerver, fordelt efter, om barnet mindst én gang om ugen sover dårligt, er irriteret, ked af det eller ikke har nogen af disse symptomer.

FIGUR 4.3

Andelen af mødre til et barn med en funktionsnedsættelse, der det seneste år har haft psykiske og fysiske problemer. Særskilt for, om deres barn har haft forskellige symptomer. Procent.



Kilde: SFI's undersøgelse af børn med funktionsnedsættelse, børneskema 2009 og mødreskema 2009.

Moren oplever især fysiske symptomer som træthed, søvnproblemer og smerter i led og knogler, når barnet har de tre nævnte symptomer i figur 4.3. Moren oplever især symptomer, hvis barnet har ugentlige søvnpro-



blemer. Har barnet derimod ingen symptomer, har markant færre mødre oplevet problemer det seneste år.

Figur 4.3 viser sammenhængen mellem forekomsten af symptomer hos børn med funktionsnedsættelse og mødrenes hverdagstrivsel. En svensk undersøgelse har undersøgt hyppigheden af søvnproblemer blandt 505 børn med fysisk funktionsnedsættelse og deres behov for forældrenes hjælp om natten.<sup>5</sup> Halvdelen af børnene havde søvnproblemer, og to tredjedele havde fra tid til anden brug for forældrenes hjælp om natten. Den manglende nattesøvn påvirkede barnets hverdag i form af koncentrationsbesvær, ligesom børnenes humør og fysiske aktivitet blev mærket af søvnproblemerne. Forekomsten af søvnproblemer og barnets behov for hjælp om natten varierer i forhold til forskellige diagnoser. Diagnoserne spastisk lammelse og diagnoser af forskellige former for fysisk funktionsnedsættelse havde en høj grad af sammenhæng med søvnproblemer.<sup>6</sup> Smerte havde størst betydning for søvnproblemer, dernæst havde problemer med at spise og drikke samt diagnosen spastisk lammelse også sammenhæng med, at barnet vågnede i løbet af natten og havde brug for hjælp. For en del forældre betød den afbrudte nattesøvn, at deres eget helbred blev påvirket bl.a. med psykisk udmattelse (Hemmingsson et al., 2009).

Når vi beskæftiger os med forskelle i mødrenes helbred, er det centralt at se på omfanget af funktionsnedsættelse blandt mødre selv, fordi dette kan påvirke deres helbred. 11 pct. af mødre til et barn med funktionsnedsættelse angiver selv at have funktionsnedsættelse. Forløbsundersøgelsen af børn og deres familier i almindelighed har ikke på samme måde spurgt til mødrenes evt. funktionsnedsættelse, men 6 pct. angiver, at de har psykiske problemer og/eller en psykisk sygdom.

Tabel 4.5 beskriver et andet udtryk for mødrenes helbred og trivsel, nemlig andre fysiske og psykiske faktorer de har oplevet inden for det seneste år. Det fremgår af tabellen, at mødre til et barn med funktionsnedsættelse i signifikant højere grad har været til psykolog eller ægte-skabsrådgiver inden for det seneste år. Dette vidner om det ekstra pres og udfordringer, der møder disse familier. Den tilsvarende beregning, hvor børn med ADHD og autisme er undtaget, viser næsten samme

---

5. Børnene er i alderen 1-16 år.

6. Spastisk lammelse, muskelsygdomme (muskulær dystrofi) og andre diagnoser havde betydning for, om barnet havde brug for hjælp om natten.

forskelle mellem piger og drenge som tabel 4.5. Der er blot en forskel i, hvor mange mødre der går til samtaler hos psykolog eller ægteskabsrådgiver. I stedet for 22 pct. af drengemødrene og 21 pct. af pigemødrene gælder det henholdsvis 18 og 20 pct.

TABEL 4.5

Andelen af mødre til et barn med en funktionsnedsættelse og af mødre i almindelighed, der inden for det seneste år har søgt psykologisk hjælp eller oplevet længerevarende sygdom. Særskilt for barnets køn. Procent.

	Mødre til barn med funktionsnedsættelse		Mødre i almindelighed		
	Dreng	Pige	Dreng	Pige	
Gået til samtale hos psykolog eller ægteskabsrådgiver*	22	21	16	17	Flere mødre til et barn med funktionsnedsættelse
Søgt hjælp hos alternativ behandler*	17	15	20	21	Færre mødre til et barn med funktionsnedsættelse
Haft en længerevarende sygdom uden hospitalsindlæggelse	11	13	12	12	Lige mange
Fået konstateret en kronisk sygdom	12	11	12	11	Lige mange

Anm.: Test viser, at der ikke er signifikant forskel på resultaterne, når vi opdeler på køn i de to grupper, dog er forskellen *mellem* de to grupper på spørgsmålet om psykologhjælp og brug af alternativ behandler signifikant. Disse er markeret med \*. Talgrundlag: 775 børn med funktionsnedsættelse, 3.377 børn i almindelighed.

Kilde: SFI's undersøgelse af børn med funktionsnedsættelse, mødreskema 2009, og SFI's børneforløbsundersøgelse, mødreskema 2007.

Det større pres på familier med et barn med funktionsnedsættelse viser sig også i forældrenes indbyrdes konflikter. Figur 4.4 viser, hvor ofte forældrene skændes om en række emner. Hvis forældrene skændes mere end et par gange om måneden om det udvalgte emne, indgår det i figuren. Forældre til børn med funktionsnedsættelse skændes om barnets opdragelse, hvem der har ansvaret for barnet og familiens økonomi.

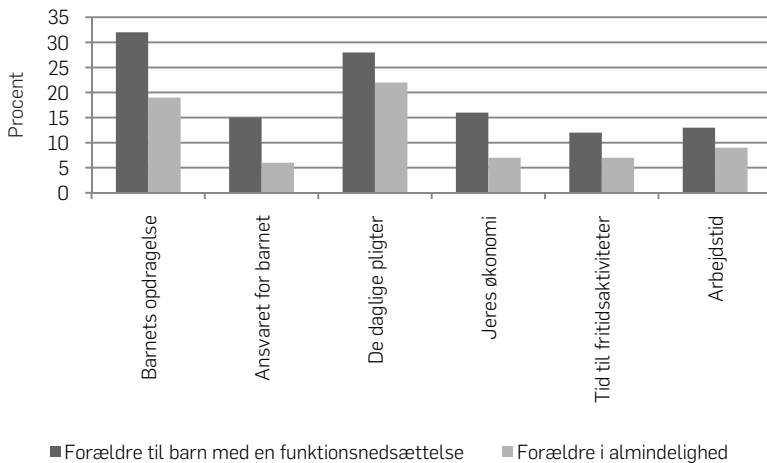
Skænderierne om barnets opdragelse og hvem, der har ansvaret for barnet, kan have sin grund i de særlige udfordringer, der følger med barnets funktionsnedsættelse, hvilket mødrenes besvarelser til spørgsmålet om, hvor nemt barnet er at opdrage, også viser. Der er signifikant forskel på svarene fra mødrene. Blandt mødre til et barn i almindelighed

svarer 75 pct., at barnet for det meste er nemt at opdrage, mens kun 45 pct. af mødrene til et barn med funktionsnedsættelse svarer dette. 2 pct. af mødrene til et barn i almindelighed angiver, at barnet for det meste er svært at opdrage mod 16 pct. af mødrene til et barn med funktionsnedsættelse. Særligt ADHD-mødrene mener, det er svært at opdrage, mens også en forholdsvis stor andel af mødrene til børn med diagnosen psykisk udviklingshæmning eller børnepsykiatrisk diagnose har denne opfattelse.

Endvidere kan forskellen i arbejdssituation og derved også økonomi mellem familier med et barn med funktionsnedsættelse og familier i almindelighed forklare forskellen i omfanget af skænderier om familiens økonomi. Betydeligt flere familier med et barn med funktionsnedsættelse vurderede, at de har dårlig økonomi, og bekymringer og skænderier herom vil naturligvis fylde mere i dagligdagen hos disse familier.

FIGUR 4.4

Forældre til et barn med en funktionsnedsættelse og forældre i almindelighed, der ugentligt skændes om forskellige forhold i familien. Procent.



Kilde: SFI's undersøgelse af børn med funktionsnedsættelse, mødreskema 2009, og SFI's børneforløbsundersøgelse, mødreskema 2007.

## OFFENTLIG STØTTE

Kontakt til offentlige myndigheder følger med at få et barn med funktionsnedsættelse. Mødrene fremhæver ofte samarbejdet med kommunen som værende af stor betydning for familiernes hverdag. I dette kapitel ser vi nærmere på forskellige aspekter ved familiens kontakt med og støtte fra de offentlige myndigheder og instanser. En undersøgelse af Tøssebro og Lundeby (2002) viser, at forældre til børn med funktionsnedsættelse ofte kommer til at fungere som formidlere mellem barnet og de offentlige myndigheder, og forældrene kan komme til at påtage sig mange administrative opgaver i den forbindelse. En del forældre føler, at rollen som administrator er en ekstra belastning og kræver unødigt meget tid. Det er primært moren, der varetager de administrative opgaver i forbindelse med kontakten til det offentlige.

Tøssebro og Lundeby (2002) viser endvidere, at mange forældre oplever, at en diagnose har stor betydning for den kommunale indsats. Diagnosen kan fungere som et stempel, der giver adgang til offentlige ydelser og støtte. Det gør, at ventetiden på at få stillet en diagnose på barnet er central for, hvilken hjælp familien modtager fra det offentlige. Mange forældre oplever, at kontakten til hjælpesystemet er tung, og at det er en udfordring at få fx sundhedssystemet og den sociale sektor til at koordinere indsatsen (Tøssebro & Lundeby, 2002).

I nærværende undersøgelse har 84 pct. af familierne haft kontakt med kommunen inden for de seneste 3 år. I 80 pct. af tilfældene var det forældrene, der tog kontakt til socialforvaltningen. Det gør en forskel, om der er tale om en dreng eller en pige. Flere drengemødre har selv kontaktet socialforvaltningen, mens der er signifikant flere mødre til piger, som kommunen har kontaktet. Denne forskel har at gøre med diagnose. Flere mødre til børn med diagnosen psykisk udviklingshæmmet og børnepsykiatrisk diagnose har selv kontaktet socialforvaltningen. Det samme gælder mødre til børn med diagnosen ADHD.

Det generelle billede for alle børn er, at 14 pct. af mødrene har haft kontakt til socialforvaltningen, heraf tog 77 pct. selv kontakten. Ligesom det var tilfældet blandt børn med funktionsnedsættelse, har især forældre til drenge taget kontakt til socialforvaltningen.

Tabel 4.6 viser støtten givet til familier, der har haft kontakt med socialforvaltningen inden for de seneste 3 år. Blandt familier med et barn med funktionsnedsættelse er den oftest givne støtte økonomisk hjælp,

dernæst hjælp i forbindelse med barnets funktionsnedsættelse og vejledning til forældre. I familier i almindelighed er den oftest givne støtte vejledning til forældre, dernæst anden form for støtte<sup>7</sup> og som det tredje henvisning til psykolog.

TABEL 4.6

Familier til et barn med en funktionsnedsættelse og familier i almindelighed, der har haft kontakt med socialforvaltningen, fordelt efter, hvilken støtte de har modtaget. Procent.

Form for hjælp/støtte	Familier med et barn med funktionsnedsættelse	Familier med kontakt til socialforvaltningen
Økonomisk hjælp	65	11
Penge til bestemt fritidsinteresse for barnet	6	2
Støttepædagog til barnet i skole og/eller klub	13	8
Råd og vejledning til forældrene	18	30
En kontaktperson til barnet	5	3
En personlig rådgiver til barnet	5	5
Hjemme-hos'er/familiekonsulent	5	3
Aflastningsfamilie	13	5
Familiebehandling/familieværksteder	2	3
Henvisning til psykolog	9	24
Anbringelse af barnet uden for hjemmet	2	2
Hjælp til vanskeligheder i forbindelse med barnets funktionsnedsættelse (fx hjælpemidler)	21	10
Andet	14	28
Intet	5	-

Anm.: Der var mulighed for at angive flere former for støtte. I børneforløbsundersøgelsen for familier i almindelighed modtog de fleste familier ikke nogen former for støtte, men disse familier er ikke medtaget i denne tabel. Talgrundlag: 648 børn med funktionsnedsættelse samt 661 børn fra SFT's børneforløbsundersøgelse.

Kilde: SFT's undersøgelse af børn med funktionsnedsættelse, mødreskema 2009, og SFT's børneforløbsundersøgelse, mødreskema 2007.

Blandt familier med kontaktperson, voksenven eller aflastningsfamilie til barnet med funktionsnedsættelse er 71 pct. i høj grad eller i nogen grad glade for denne ordning.

Den gennemsnitlige sagsbehandlingstid for hver sag i denne rapport er på 9,6 uger med en standardafvigelse på 13,4 uger. Det sidst-

7. Det er ikke uddybet i spørgeskemaet, hvad denne kategori dækker over.

nævnte tal betyder, at familierne oplever betydelig forskel i den tid, som kommunen anvender på at behandle deres sager.

I forhold til samarbejdet med kommunen oplevede 64 pct. af mødrene, at kommunen havde den ekspertise, der var nødvendig for at behandle deres sag, mens 16 pct. mente, at kommunen slet ikke besad den nødvendige ekspertise. Mødre til børn med nedsat hørelse er særlig utilfredse med ekspertisen (27 pct.), og mødre til børn med ordblindhed er også ret utilfredse (23 pct.). Mødre til børn med nedsat syn er derimod sjældnere utilfredse med kommunens ekspertise (11 pct.). For de øvrige typer af funktionsnedsættelse er utilfredsheden med ekspertisen meget tæt på den gennemsnitlige.

55 pct. af mødrene til børn med funktionsnedsættelse har været tilfredse med den hjælp, de har fået, mens 64 pct. af alle mødre med kontakt til socialforvaltningen er tilfredse. 27 pct. af mødrene til børn med funktionsnedsættelse er kun tilfredse i ringe grad eller slet ikke tilfredse, mens det samme gælder 25 pct. af alle mødre med kontakt til socialforvaltningen. I betragtning af de store problemer vi har set, mødrene har, er det bemærkelsesværdigt, at de ikke er væsentlig mere utilfredse med socialforvaltningen, end mødre i almindelighed er.

## OPSUMMERING

Forældrenes socioøkonomiske situation og helbred adskiller sig fra situationen i familier i almindelighed. Mødre til et barn med funktionsnedsættelse har lavere tilknytning til arbejdsmarkedet end andre mødre. Familier med et barn med funktionsnedsættelse vurderer ligeledes deres økonomiske situation som dårligere end familier i almindelighed.

Endvidere er den fysiske og psykiske belastning højere på en række områder i familier med et barn med funktionsnedsættelse. Det viser sig bl.a. på mødrenes dårligere helbred. Forældrene har flere skænderier om barnet og om at få hverdagen til at hænge sammen. På flere måder befinder familier med et barn med funktionsnedsættelse sig dermed i en sårbar position. Langt hovedparten af familierne med et barn med funktionsnedsættelse har haft kontakt med de offentlige myndigheder inden for de seneste 3 år. Kontakten er i de fleste tilfælde etableret af mødrene selv.

Lidt over halvdelen af mødrene er tilfredse, mens en fjerdedel ikke er tilfredse med myndighedernes håndtering af deres sag. Lidt over halvdelen af mødrene finder, at kommunen besidder kompetencen til at behandle deres sag. Samtidig er det også værd at bemærke, at lidt under en tredjedel af mødrene i ringe grad eller slet ikke er tilfredse med deres kontakt til kommunen. Det giver plads til forbedring, hvilket særligt vil have betydning for familierne med et barn med funktionsnedsættelse, der som tidligere vist har en presset hverdag og store udfordringer i forhold til at få familielivet til at hænge sammen.





## FAMILIELIV

At få et barn medfører ændringer i familiens liv, og når barnet har funktionsnedsættelse, giver det andre udfordringer for forældrene og eventuelle søskende. Forældrene oplever, at det påvirker familien at have et barn med funktionsnedsættelse, men det betyder ikke, at de ser barnets funktionsnedsættelse som en belastning. Ud over at hverdagen bliver helt anderledes, erfarer nogle, at gamle venner forsvinder, mens nye kommer til, der selv har et barn med funktionsnedsættelse. Det kan være en stor støtte for forældrene at have kontakt til andre i samme situation, som kan relatere sig til de udfordringer, de møder i dagligdagen med et barn med funktionsnedsættelse (Möller & Nyman, 2003; Lindén, 2005).

Disse ændringer i familielivet gør det interessant at undersøge, hvordan mødre vurderer deres hverdag – om den er stresset, og om de kan kombinere arbejds- og familieliv uden problemer. I dette kapitel fokuserer vi på livet i en familie med et barn med funktionsnedsættelse. Herunder beskæftiger vi os med familien og dens aktiviteter sammen i hverdagen.

### RELATIONEN MELLEM MOR OG BARN

Forskning peger på, at familiens måde at fungere på før barnet med funktionsnedsættelses fødsel har betydning for, hvordan forældre og evt.

søskende håndterer den nye situation i familien. Det kan også have betydning for, hvordan det at få et barn med funktionsnedsættelse påvirker familiens trivsel. Forældrenes indbyrdes forhold har ifølge Taanila et al. (2002) også betydning for, i hvor høj grad de kan bruge hinanden som støtte, og for, hvorledes et barn med funktionsnedsættelse påvirker familiens sammenhold og trivsel. Derfor er det ikke alene barnet med funktionsnedsættelse, der har betydning for familiens trivsel og sammenhold. De ressourcer, familien besidder, er også centrale for dens situation (Taanila et al., 2002). Flere faktorer har således betydning for trivslen i familier med et barn med funktionsnedsættelse, og derfor er dynamikken i disse familier også forskellig fra familie til familie.

TABEL 5.1

Andel mødre til et barn med en funktionsnedsættelse og til børn i almindelighed, der taler med deres barn om en række emner. Særskilt for pigemødre og drengemødre. Procent.

	Pige- mødre	Drengemødre	Alle mødre	N	Signifikant flere
<i>Snakker om skole eller klub</i>					
Børn med funktionsnedsættelse	96	97	97	773	
Børn i almindelighed	97	96	97	4.796	
<i>Snakker om fritidsaktiviteter</i>					
Børn med funktionsnedsættelse	83	71	76	774	Pige
Børn i almindelighed	83	72	84	4.764	Pige
<i>Snakker om forholdet til venner</i>					
Børn med funktionsnedsættelse	85	79	81	771	Pige
Børn i almindelighed	81	74	77	4.797	Pige
<i>Snakker om forholdet til skolelærere</i>					
Børn med funktionsnedsættelse	63	62	62	772	
Børn i almindelighed	39	38	37	4.797	
<i>Snakker om fysisk sundhed</i>					
Børn med funktionsnedsættelse	64	58	60	773	Pige
Børn i almindelighed	47	45	46	4.794	
<i>Snakker om psykisk sundhed</i>					
Børn med funktionsnedsættelse	51	47	49	772	
Børn i almindelighed	36	32	34	4.793	

Kilde: SFI's undersøgelse af børn med funktionsnedsættelse, mødreskema 2009, og SFI's børneforløbsundersøgelse, mødreskema 2007.

Tablet 5.1 viser, at mødre til børn med funktionsnedsættelse og mødre i almindelighed snakker med deres børn om forskellige emner. Fritidsaktivite-

terne fylder signifikant mere i samtalerne mellem mødre og børn uden funktionsnedsættelse, mens forholdet til venner og lærere fylder signifikant mere i familier, hvor barnet har en funktionsnedsættelse. Kapitel 6 beskriver børn med funktionsnedsættelses trivsel i skolen, og her fremgår det, at der oftere er konflikter med lærere og venner. Det er måske grunden til, at disse forhold fylder mere i de daglige samtaler mellem mødre og børn.

TABEL 5.2

Andel mødre til et barn med en funktionsnedsættelse og til børn i almindelighed, der foretager en række aktiviteter med deres barn. Særskilt for pigemødre og drengemødre. Procent.

	Pige- mødre	Drengemødre	Alle mødre	N	Signifikant flere
<i>Spiller/leger sammen</i>					
Børn med funktionsnedsættelse	51	55	53	776	
Børn i almindelighed	32	31	31	4.795	
<i>Sammen om madlavning</i>					
Børn med funktionsnedsættelse	37	24	30	767	Piger
Børn i almindelighed	28	15	20	4.791	Piger
<i>Hjælper med huslige gøremål</i>					
Børn med funktionsnedsættelse	44	41	42	772	
Børn i almindelighed	32	28	30	4.785	
<i>Får hjælp til lektielæsning</i>					
Børn med funktionsnedsættelse	61	58	60	777	
Børn i almindelighed	72	76	73	4.798	Drenge
<i>Tager på ture, fx i skoven</i>					
Børn med funktionsnedsættelse	17	22	20	777	Drenge
Børn i almindelighed	12	9	10	4.798	
<i>Laver fritidsaktiviteter, fx sport</i>					
Børn med funktionsnedsættelse	34	29	31	777	Piger
Børn i almindelighed	29	27	28	4.799	
<i>Ser fjernsyn sammen</i>					
Børn med funktionsnedsættelse	84	82	83	777	
Børn i almindelighed	81	81	81	4.799	
<i>Læser højt for barnet</i>					
Børn med funktionsnedsættelse	35	39	38	777	
Børn i almindelighed	17	21	19	4.797	
<i>Shopper/handler ind sammen</i>					
Børn med funktionsnedsættelse	31	22	26	777	Piger
Børn i almindelighed	34	21	27	4.799	Piger

Kilde: SFI's undersøgelse af børn med funktionsnedsættelse, mødreskema 2009, og SFI's børneforløbsundersøgelse, mødreskema 2007.

Grundet børnenes diagnoser er det naturligt, at mødre snakker mere med børnene om deres fysiske sundhed i forhold til mødre med et barn uden funktionsnedsættelse, som tabel 5.1 viser.

Piger med en funktionsnedsættelse og piger generelt snakker signifikant oftere med deres mødre om deres fritidsaktiviteter og forholdet til vennerne.

Tabel 5.2 viser andelen af mødre, der næsten dagligt eller to-tre gange om ugen laver en række aktiviteter sammen med barnet. I familier med et barn med funktionsnedsættelse laver mor og barn flere ting sammen. Mødrene leger, spiller spil, læser højt og tager på ture langt mere med deres barn med funktionsnedsættelse, fordi barnet ikke selv er i stand til at lege.

Endvidere hjælper signifikant flere børn med funktionsnedsættelse med madlavning og andre huslige gøremål. Denne forskel kan skyldes, at mødre på grund af barnets funktionsnedsættelse arbejder mindre og derfor er mere hjemme til at lave disse aktiviteter sammen med børnene. Inddragelsen i de daglige gøremål i hjemmet kan være en følge af, at barnet ikke kan beskæftige sig selv, og at forældrene derfor anvender disse gøremål som en fælles aktivitet. Den vigtigste årsag til, at disse fællesaktiviteter fylder mere i familier med et barn med en funktionsnedsættelse, er, at barnet er mere hjemme, i og med funktionsnedsættelsen kan hindre barnet i at være sammen med kammerater i samme udstrækning, som deres jævnaldrende er. Tøssebro og Lundeby (2002) fremhæver til gengæld, at forældre til et barn med funktionsnedsættelse ofte får en tæt følelsesmæssig relation til barnet bl.a. som følge af de mange omsorgsopgaver, forældrene har i forhold til barnet. At være sammen med barnet og hjælpe det styrker relationen mellem barn og forælder, hvilket er et af de positive elementer, forældre fremhæver ved at have et barn med funktionsnedsættelse (Tøssebro & Lundeby, 2002).

Signifikant flere mødre til et barn i almindelighed end til et barn med funktionsnedsættelse læser lektier med deres børn. Denne forskel kan skyldes, at mødre ikke har de samme forventninger til barnets skolegang og derfor kræver mindre, hvilket resultaterne i kapitel 7 ligeledes kan tyde på.

Når mødre vurderer deres familieliv og hverdag sammen med barnet med funktionsnedsættelse, er de forholdsvis positive i deres vurdering af deres tilværelse i al almindelighed. 90 pct. af mødre til en dreng med funktionsnedsættelse og 89 pct. af mødre til en pige med

funktionsnedsættelse svarer, at de er ret tilfredse eller meget tilfredse med deres tilværelse i familien for tiden. Dette spørgsmål er ikke med i forløbsundersøgelsen af børnekoorten født i 1995, og det er derfor ikke muligt at sammenligne mødrenes vurdering med mødre i almindelighed.

## FORÆLDRENS SAMVÆR UDEN BØRN

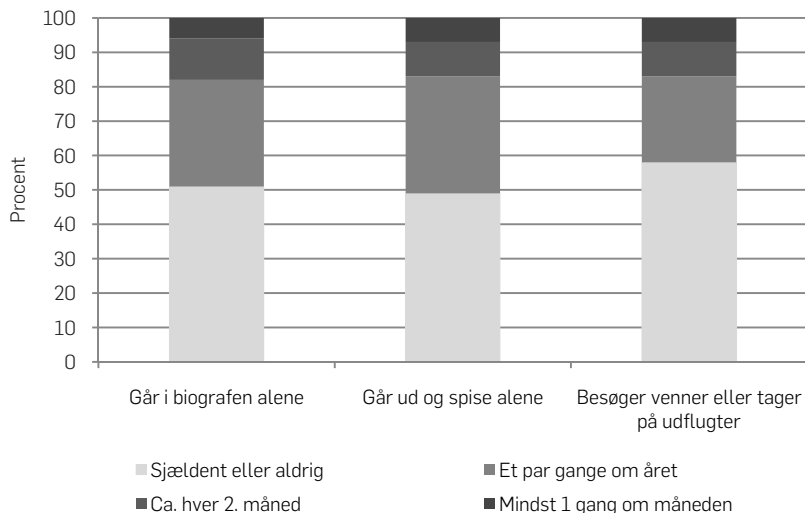
Alle forældrene oplever, at de får mindre tid til sig selv og deres fritidsliv, når de får et barn, men dette gælder særligt, når barnet har en funktionsnedsættelse eller en længerevarende sygdom. I en finsk undersøgelse fremhæver forældrene, at fritidsinteresser, hvor de kommer ud blandt andre og får input, er vigtige for dem og for håndteringen af stressede situationer i familien (Taanila et al., 2002). Derfor er fritidslivet vigtigt for forældre til et barn med funktionsnedsættelse, da det kan fungere som et frirum og give dem mulighed for at puste ud og lade op igen.

I Tøssebro og Lundeby's studie (2002) mener forældrene ikke, at deres omgangskreds er ændret, efter de fik barnet. Fysiske aktiviteter udendørs med venner kan dog være vanskelige at deltage i sammen med barnet. I den sammenhæng er det værd at nævne, at forældrene er meget sårbare over for negative reaktioner over for barnet eller udsagn, der indikerer, at barnet begrænser forældrene. Selvom muligheden for at gå ud reduceres, er det ikke ensbetydende med social isolation for forældrene, men det stiller dem i en noget anden situation. Forældre til børn med funktionsnedsættelse deltager ofte i forskellige interesseorganisationer/foreninger vedr. funktionsnedsættelse og møder ad den vej nye mennesker og danner nye relationer (Tøssebro & Lundeby, 2002). På den måde kan et udviklingshæmmet barn udbygge forældrenes omgangskreds i den retning.

Figur 5.1 viser, hvor ofte forældre til et barn med funktionsnedsættelse laver ting sammen uden børn. En forholdsvis stor andel af forældre til et barn med funktionsnedsættelse laver sjældent eller aldrig ting alene. Halvdelen kommer sjældent eller aldrig i biografen, ud at spise eller tager på besøg hos venner eller på udflugter.

FIGUR 5.1

Forældre til et barn med en funktionsnedsættelse fordelt efter, hvor ofte de laver udvalgte fritidsaktiviteter uden børn. Procent.



Anm.: Forløbsundersøgelsen af børnekoorten født i 1995 rummer ikke et tilsvarende spørgsmål, og vi kan derfor ikke sammenligne mellem forældrene.

Kilde: SFI's undersøgelse af børn med funktionsnedsættelse, mødreskema 2009.

Mange forældre til et barn med funktionsnedsættelse har et begrænset fritidsliv. Dermed har godt og vel halvdelen af forældrene i denne undersøgelse ikke det frirum, som Taanila et al. (2002) finder er centralt for forældre til et barn med funktionsnedsættelse, fordi det giver dem mulighed for at puste ud fra en presset hverdag.

## ARBEJDE OG FAMILIELIV

Alle familier oplever fra tid til anden, at det er svært at få familie og arbejdsliv til at hænge sammen. Familier med et barn med funktionsnedsættelse vil ofte skulle yde ekstra pleje og omsorg, og særligt mødrenes ansættelsesforhold er anderledes end blandt familier generelt. Det gør det interessant at se, om mødre til et barn med funktionsnedsættelse oplever, at balancen mellem familie og arbejdsliv er sværere at finde, end mødre generelt gør. Andelen af familier, hvor barnets funktionsnedsættelse påvirker hverdagen betydeligt, så familien har behov for særlig støtte,

viser tabel 5.3. Funktionsnedsættelsen påvirker en signifikant større andel af drengenes hverdag, og de har i højere grad brug for særlige hjælpemidler og støtte i hverdagen. Tabel 5.3 viser også, at forskellen mellem køn forsvinder i første og tredje kolonne og aftager stærkt i fjerde kolonne, hvis vi undtager grupperne med ADHD og børnepsykiatrisk diagnose, mens der til gengæld så kommer en større forskel i tabellens anden søjle.

TABEL 5.3

Andelen af børn med en funktionsnedsættelse, hvor funktionsnedsættelsen påvirker hverdagen i familien betydeligt, samt andelen af børn, der kræver særlige hjælpemidler, særlig støtte, og at der tages særlige hensyn på grund af funktionsnedsættelsen. Særskilt for piger og drenge og særskilt for grupperne uden ADHD og autisme. Procent.

	Hverdagen påvirkes	Særlige hjælpemidler	Særlig støtte	Særlige hensyn
Drenge	49	35	26	79
Piger	43	33	22	71
Børn i alt	47	34	24	76
Drenge uden ADHD, autisme	35	38	19	70
Piger uden ADHD, autisme	36	30	20	66
Børn i alt uden ADHD, autisme	36	34	19	68
Antal observationer i alt	682	682	681	681
Antal observationer – ADHD, autisme	404	404	403	403

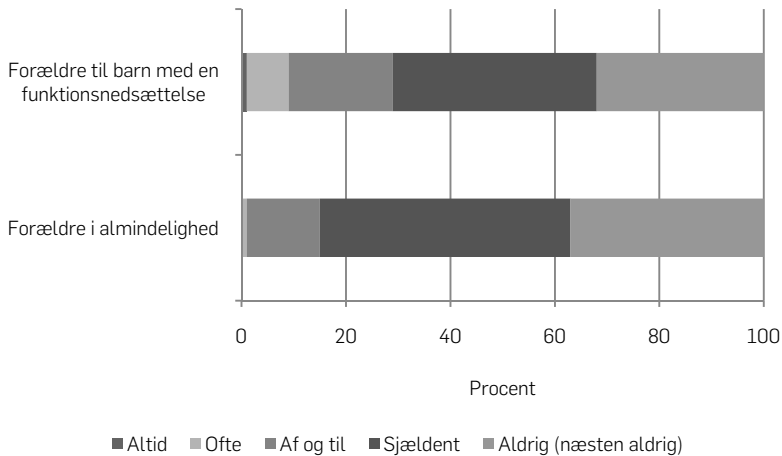
Anm.: Test viser, at forskellen på drenge og piger er signifikant.

Kilde: SFT's undersøgelse af børn med funktionsnedsættelse, mødreskema 2009.

Behovet for særlige hensyn og støtte i hverdagen kan gøre det sværere for familierne at få familie og hverdagsliv til at harmonere. Figur 5.2 og 5.3 fokuserer på samspillet mellem familie og arbejde. Figur 5.2 viser mødrenes vurdering af, om de har svært ved at koncentrere sig om deres arbejde, fordi de tænker på deres familie. Mødre til børn med funktionsnedsættelse har sværere ved at koncentrere sig om deres arbejde, fordi de tænker på familien.

FIGUR 5.2

Mødre til et barn med en funktionsnedsættelse og mødre i almindelighed fordelt efter, i hvor høj grad de har svært ved at koncentrere sig om deres arbejde, fordi de tænker på familien. Procent.



Anm.: Test viser, at forskellen mellem de to grupper er signifikant.

Kilde: SFT's undersøgelse af børn med funktionsnedsættelse, mødreskema 2009, og SFT's børneforløbsundersøgelse, mødreskema 2007.

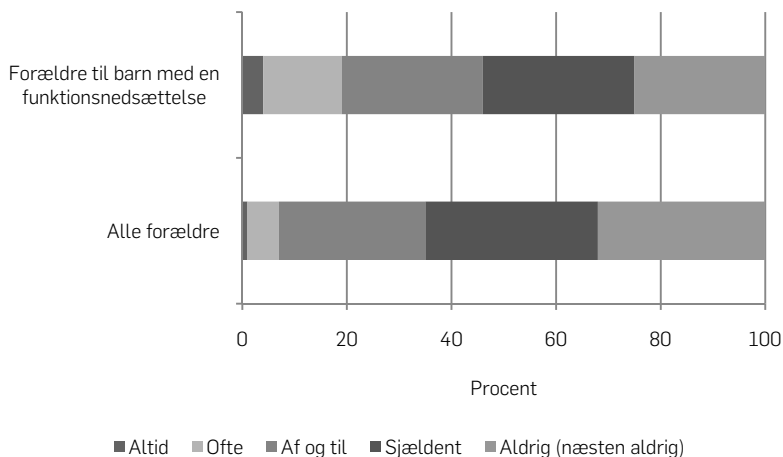
Andre tal i datamaterialet viser, at mødre til børn med funktionsnedsættelse i signifikant højere grad synes, at arbejdet tager tid fra familien sammenlignet med mødre i almindelighed.

Mødre til et barn med funktionsnedsættelse har desuden i signifikant større omfang følelsen af, at de har svært ved at være en god forælder, når de også skal passe deres arbejde godt. Se figur 5.3.



FIGUR 5.3

Mødre til et barn med en funktionsnedsættelse og mødre i almindelighed fordelt efter, hvor svært de har ved at være en god forælder og samtidig passe deres arbejde godt. Procent.



Anm.: Test viser, at forskellen mellem de to grupper er signifikant.

Kilde: SFT's undersøgelse af børn med funktionsnedsættelse, mødreskema 2009, og SFT's børneforløbsundersøgelse, mødreskema 2007.

Der er signifikant forskel på besvarelsene fra mødre til henholdsvis drenge og piger på spørgsmålet om, hvor tit det er svært at koncentrere sig på arbejdet, fordi familien fylder for meget, og hvor tit rollen som god forælder er en udfordring, når arbejdet også skal passes. Mødre til drenge oplever oftere disse problemer i balancen mellem familie- og arbejdsliv.

Tabel 5.4 viser, at både arbejdsliv og familieliv er stresset såvel for mødre til børn med funktionsnedsættelse og mødre til 11-årige i almindelighed. Både arbejdet og i familien stresser det mødre til børn med funktionsnedsættelse signifikant mere, end det stresser mødre generelt. Men forskellen er størst i familielivet.

Signifikant flere mødre til et barn med funktionsnedsættelse finder det svært at få arbejde og familie til at hænge sammen (tabel 5.5). De nævnte resultater viser sig også i besvarelsene på, om mødre inden for det seneste år har haft følelsen af ikke at kunne klare de daglige problemer. Det svarer 19 pct. af mødre til et barn med funktionsnedsættelse, men kun 10 pct. af mødre til et barn i almindelighed, ja til.

TABEL 5.4

Mødre til et barn med en funktionsnedsættelse og mødre i almindelighed fordelt efter, i hvor høj grad de finder arbejdslivet/familielivet stresset. Procent.

	Arbejdslivet		Familielivet	
	Mødre til barn med funktionsnedsættelse	Mødre i almindelighed	Mødre til barn med funktionsnedsættelse	Mødre i almindelighed
I høj grad	10	5	13	1
I nogen grad	35	34	29	15
Kun i mindre grad	31	43	39	52
Slet ikke	21	18	18	32
Ved ikke	2	0	1	0
Antal observationer	587	3070	630	3062

Anm.: Test viser, at forskellen mellem de to grupper er signifikant.

Kilde: SFT's undersøgelse af børn med funktionsnedsættelse, mødreskema 2009, og SFT's børneforløbsundersøgelse, mødreskema 2007.

TABEL 5.5

Mødre med et barn med funktionsnedsættelse og mødre i almindelighed fordelt efter, i hvor høj grad de har svært ved at få arbejdsliv og familieliv til at hænge sammen. Procent.

	Mødre til et barn med funktionsnedsættelse	Mødre i almindelighed
I høj grad	10	2
I nogen grad	25	17
Kun i mindre grad	38	46
Slet ikke	27	35
Antal observationer	583	3.062

Anm.: Test viser, at forskellen mellem de to grupper er signifikant.

Kilde: Spørgeskema til mødre til et barn med funktionsnedsættelse og mødre i almindelighed.

Selvom mødre til et barn med funktionsnedsættelse synes, at deres arbejds- og familieliv ikke hænger sammen, så viser undersøgelsen også, at en større andel af disse mødre sammenlignet med mødre i almindelighed vurderer, at de har et særdeles tæt forhold til deres barn.

## OPSUMMERING

Mødre til et barn med funktionsnedsættelse ser ud til at være meget fokuserede på hjemmet, de hjemlige aktiviteter og på at være sammen med barnet. De laver således flere aktiviteter sammen med barnet end familier i almindelighed. Mødre til et barn med funktionsnedsættelse finder i højere grad, at det er svært at få familielivet til at hænge sammen.

De har svært ved at fokusere på deres arbejde, når hverdagen i familien er stresset. Derimod finder de ikke, at deres arbejdsliv i sig selv er signifikant mere presset sammenholdt med familier generelt. Dette resultat skal ses i sammenhæng med, at en del af mødrene formentlig modtager en støtte i form af tabt arbejdsfortjeneste, som har sat dem i stand til at reducere deres arbejdstid. Uden denne støtte kunne vi meget vel have fundet betydelig større belastning.

Som beskrevet i kapitel 4 er hverdagen i familier med et barn med funktionsnedsættelse mere presset, og det kan være sværere at få familielivet til at hænge sammen, som vi har set i dette kapitel. En anden årsag til det er, at de føler en større grad af forpligtelse over for barnet med funktionsnedsættelse i kraft af, at barnet ikke er lige så selvhjulpent som jævnaldrende. Desuden kan det være ekstra krævende, hvis barnet har søskende, da de ligeledes skal have opmærksomhed og tid med forældrene.



## SKOLELIV

Skolen er en central del af de 11-åriges liv. I skolen opbygger børn faglige kompetencer, som er vigtige for deres videre uddannelsesforløb, og børnene danner relationer og lærer sociale kompetencer i samspillet med jævnaldrende. Forskning viser, at skolegang og uddannelse kan være en beskyttelsesfaktor for udsatte børn senere i livet (Andersen, 2008). Det generelle billede i forskningsoversigterne på uddannelsesområdet er, at udsatte børn og unge er meget belastede i skolen. De har flere vanskeligheder og har et fagligt niveau langt under deres jævnaldrende skolekammeraters (Capacent, 2009; Egelund et al., 2004; Egelund et al., 2009; Knudsen, 2009; Ottosen & Christensen, 2008).

Som 11-årige er børn godt i gang med deres skolegang. På dette tidspunkt har de fleste børn vænnet sig til skolen som institution og er godt bekendt med dens kultur. Også hvad angår det sociale miljø, har de fleste børn nu været så længe i skolen, at de har haft mulighed for at danne sociale relationer til deres klassekammerater og jævnaldrende. Dette kapitel beskriver forløbet i børnenes skolegang og faglige niveau samt børnenes og mødrenes tilfredshed med skolen. Endvidere ser vi på andelen af børn, som på grund af daglige vanskeligheder i forbindelse med deres skolegang må have særlig støtte eller hjælp.

Ytterhus og Tøssebros studie (2006) fremhæver, at mødet med skolen kan være en udfordring for forældrene med et barn med funktionsnedsættelse. De kan være bange for at blive stemplet som besværlige,

men vil samtidig stå fast på, at barnet får den hjælp, de mener, er nødvendig. Selvom en del forældre fortæller om et konstruktivt samarbejde med skolen, har mange dog oplevet, at reglerne er uklare, og det er svært for dem at gennemskue, hvilken hjælp barnet har ret til (Ytterhus & Tøssebro, 2006).

Blandt børnene i denne undersøgelse er det mest almindelige, at de går i en folkeskole i det skoledistrikt, hvor familien bor. Det gør 76 pct. af børn i almindelighed og 46 pct. af børn med funktionsnedsættelse. 39 pct. af børnene med funktionsnedsættelse går på en folkeskole med specialundervisningsklasser eller på en specialskole, hvilket kun gælder for 3 pct. af børn i almindelighed. Endvidere har børn med funktionsnedsættelse oftere været udsat for skoleskift.

Større forskelle finder vi dog i behovet for specialundervisning. Cirka halvdelen af børnene med funktionsnedsættelse modtager en form for specialundervisning, og flere af dem går i specialklasse/-skole. Langt de fleste børn med en funktionsnedsættelse er glade for at gå i skole. De 11-årige med funktionsnedsættelse, der går i en folkeskole med specialundervisning, er mindre glade for skolen end børn med funktionsnedsættelse i andre skoletyper.

Tabel 6.1 viser andelen af børn, hvor funktionsnedsættelsen påvirker deres skolegang i et væsentligt omfang, samt den andel, der har behov for særlige hjælpemidler eller støtte for at klare hverdagen i skolen. Funktionsnedsættelsen påvirker signifikant flere drenge i hverdagen i skolen, og drengene har også mere brug for særlige hjælpemidler og støtte i skolen. Hvis vi udelader børn med ADHD og børnepsykiatrisk diagnose, finder vi kun den halve forskel mellem køn i tredje kolonne og slet ingen i fjerde. Til gengæld forbliver den i første kolonne og vokser til det dobbelte i anden.

Børn med psykisk udviklingshæmning, en børnepsykiatrisk diagnose, ADHD eller bevægelseshæmning modtager mest hjælp og støtte for at klare hverdagen i skolen. Idet flest drenge har disse diagnoser, vil det give forskelle mellem kønnene. Endelig fremgår det af resultaterne, at børn med psykisk udviklingshæmning modtager mest støtte og hjælp i skolen. Capacents analyse af børn og unge med funktionsnedsættelse viser ligeledes, at funktionsnedsættelse har stærkere betydning for barnets uddannelsesforløb end køn (Capacent, 2009).

TABEL 6.1

Andelen af børn med en funktionsnedsættelse, hvor funktionsnedsættelsen påvirker skolegangen, og som modtager hjælp eller støtte i skolen. Særskilt for piger og drenge. Procent.

	Påvirker hverdagen i skolen	Får særlige hjælpemidler	Får særlig støtte	Tages særlige hensyn
Drenge	53	38	61	80
Piger	44	33	44	72
Børn i alt	48	36	55	77
Drenge uden ADHD, autisme	40	40	46	67
Piger uden ADHD, autisme	30	30	38	66
Børn i alt uden ADHD, autisme	39	35	42	66
Antal observationer	680	682	682	681
Antal observationer uden ADHD, autisme	403	404	404	403

Anm.: Test viser, at forskellen på drenge og piger er signifikant, også for den reducerede gruppe.

Kilde: SFT's undersøgelse af børn med funktionsnedsættelse, mødreskema 2009.

Capacents undersøgelse fra 2009 viser endvidere, at hjælpemidler især går til den gruppe af børn med funktionsnedsættelse, som har den laveste gennemførelsesgrad i folkeskolen. Dette gælder også, når vi sammenligner gruppen med funktionsnedsættelse, som ikke benytter hjælpemidler. Børn og unge, som bruger hjælpemidler, har en 17 procentpoint lavere gennemførelsesgrad end børn og unge med funktionsnedsættelse, som ikke bruger hjælpemidler (Capacent, 2009).

Tabel 6.2 viser børnenes egen vurdering af deres skolegang og af, hvordan de klarer sig i skolen. Andelen viser børn, der mener, at beskrivelsen passer rigtig godt eller godt på dem.

Børn med funktionsnedsættelse keder sig oftere i timerne, og flere i denne gruppe kan bedst lide at arbejde alene i skolen sammenlignet med børn i almindelighed. Endvidere vurderer børn med funktionsnedsættelse, at de kan lave de fleste opgaver uden fejl, og blandt dem kan endda flere godt lide at lave lektier. Dog angiver en større andel end børn i almindelighed, at skolearbejdet er for svært.

Børnenes besvarelser viser en forskel i omfanget af lektier for 11-årige med funktionsnedsættelse og 11-årige generelt. Blandt børn med funktionsnedsættelse har 78 pct. lektier for hver dag eller to-fire gange om ugen, hvorimod 91 pct. af børnene i almindelighed enten har lektier hver dag eller to-fire gange om ugen. Børn med funktionsnedsættelse og børn generelt har nogenlunde lige meget brug for hjælp til lektierne, og

rigtig mange børn i de to grupper får den hjælp til lektierne af forældrene, som de ønsker.

TABEL 6.2

Andelen af børn med en funktionsnedsættelse og børn i almindelighed, som vurderer, at en række forskellige beskrivelser passer på dem og deres skolegang. Procent.

	Børn med funktionsnedsættelse		Børn i almindelighed	
	Procent	Antal	Procent	Antal
Er god til de fleste fag	92	576	93	4.557
Keder sig som regel i timerne	54 *	577	47	4.556
Er god til de fleste slags sport i skolen	84	572	87	4.552
Kan godt lide at lave lektier	55 *	564	44	4.550
Kan bedst lide at arbejde for sig selv i skolen	60 *	569	43	4.531
Dine lærere hjælper dig, når der er brug for det	98	576	95	4.557
Er bange for, at der i dette skoleår vil komme meget, du ikke kan forstå	31	548	29	4.496
Er god til matematik	83	576	84	4.555
Det keder dig at lave lektier	63	561	64	4.550
Kan lide at lave noget, hvor I bruger hænderne	91	570	90	4.555
Kan lide at arbejde sammen i grupper	88	568	89	4.552
Skolearbejdet er for svært	34 *	568	18	4.552
Kan lave de fleste opgaver uden fejl	87	560	83	4.532
Tror, du vil få svært ved at blive den bedste i klassen	50	543	50	4.496

Anm.: Signifikante forskelle fra 'børn i almindelighed' er markeret med \*.

Kilde: Spørgeskema til børn med funktionsnedsættelse og børn i almindelighed.

Mødrenes vurdering af, hvordan barnet klarer sig i skolen, viser betydelige forskelle imellem børn generelt og 11-årige med funktionsnedsættelse. Blandt mødre til børn i almindelighed vurderer 81 pct., at barnet i høj grad eller i nogen grad klarer sig godt fagligt i skolen, mens kun 67 pct. af mødrene til børn med funktionsnedsættelse mener dette. Mødrene til 59 pct. af børnene mener, at sygdom og funktionsnedsættelse har direkte indflydelse på, hvor godt barnet klarer sig i skolen.

Det er ikke lige vigtigt for mødrene, at deres barn klarer sig godt i skolen. 97 pct. af mødrene til et barn i almindelighed siger, at det i høj grad eller i nogen grad er vigtigt for dem, at deres barn klarer sig godt



fagligt, mens andelen blandt mødre til et barn med funktionsnedsættelse er 81 pct.

Generelt er mødrene tilfredse med deres børns skole, dog er flere mødre til børn i almindelighed i høj grad eller i nogen grad tilfredse med skolen. Det kan tyde på, at mødre til børn med funktionsnedsættelse har andre ambitioner for deres børn, eller at de vægter andre forhold, hvilket kunne være børnenes fysiske helbred og sociale trivsel, højere. Mødrenes prioritering af trivslen kan være en del af baggrunden for, at børn og unge med funktionsnedsættelse har et lavere uddannelsesniveau sammenlignet med børn og unge uden funktionsnedsættelse (Capacent, 2009).

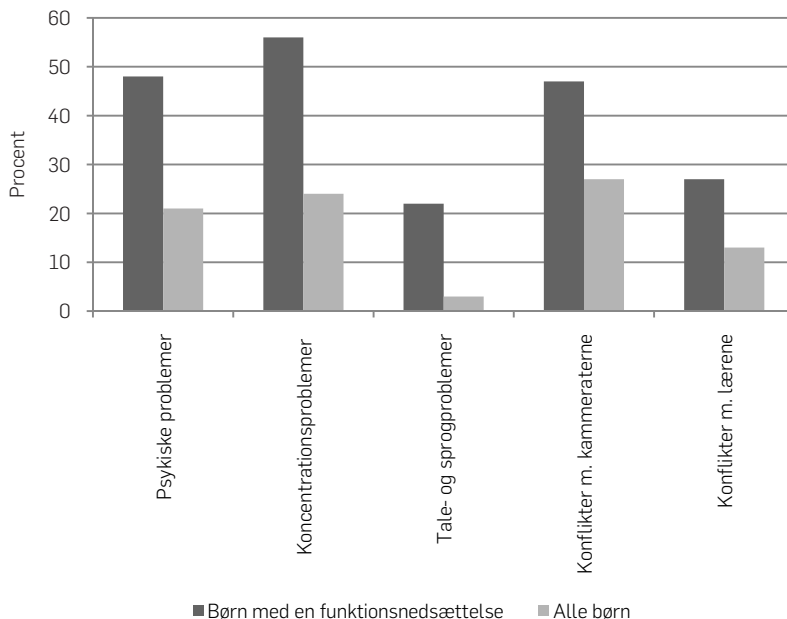
## BØRNEENS TRIVSEL I KLASSEN

Det er vigtigt, at børn trives i deres klasse, for at de kan øge deres faglige og sociale kompetencer, og for at de føler sig godt tilpas i klassen. Derfor fokuserer dette afsnit på børn med funktionsnedsættelses sociale samvær med deres klassekammerater samt omfanget af konflikter i skolen inden for det seneste år. Langt de fleste børn med funktionsnedsættelse har haft klassekammerater med hjemme og deltager i sociale aktiviteter på skolen såsom udflugter og fester. Hyppigheden er dog ikke den samme som for børn i almindelighed. 72 pct. af børn med funktionsnedsættelse har flere gange haft klassekammerater med hjemme, mens dette gælder for 94 pct. af børnene i almindelighed. Flere 11-årige med funktionsnedsættelse har aldrig haft kammerater med hjemme.

Figur 6.1 viser omfanget af problemer og konflikter, børnene har oplevet i skolen de seneste 12 måneder. Børn med funktionsnedsættelse har signifikant flere problemer i skolen, og det gælder i særlig grad koncentrationsproblemer og psykiske problemer. Omfanget af konflikter mellem børnene eller med læreren er ligeledes markant større blandt børn med funktionsnedsættelse. Baggrunden for disse forskelle ligger i børnenes diagnoser, der for en stor del af børnene indebærer fysiske og psykiske problemer, som gør det svært at indgå fagligt og socialt i skolen.

FIGUR 6.1

Børn med funktionsnedsættelse og børn i almindelighed, der har oplevet en række problemer i skolen i de seneste 12 måneder, fordelt efter problemernes karakter. Procent.



Før børn med funktionsnedsættelse er n = 198, 194, 197, 197, 198. For børn i almindelighed er n = 993, 1120, 147, 1276, 620.

Anm.: Forskellen på de to grupper er signifikant.

Kilde: SFI's undersøgelse af børn med funktionsnedsættelse, mødreskema 2009, og SFI's børneforløbsundersøgelse, mødreskema 2007.

Tabel 6.3 viser resultaterne af den logistiske regression for, hvilke baggrundsfaktorer der kan forklare sandsynligheden for, at barnet ender i konflikter med kammeraterne.

Oddsene for, at et barn oplever konflikter med kammeraterne i skolen, er godt seks gange så høj, hvis barnet har ADHD, og to-fire gange så stor med en anden psykisk funktionsnedsættelse. Også bevægelseshæmning har en betydning. Skønt samliv har en vis betydning, har ingen andre faktorer i undersøgelsen samme betydning for 11-åriges konflikter. Det er svært for børn med funktionsnedsættelse, særligt hvis den er psykisk, at indgå i sociale relationer i skolen og i fritiden.

TABEL 6.3

Odds ratio for, at barnet oplever konflikter med kammeraterne i skolen. Logistisk regression for det samlede datamateriale.  $R^2 = 0,049$ , H-L = 0,88.

	Beta estimat	Spredning	P-værdi (sign.)	Odds ratio
Intercept	-0,8290	0,0730	0,0000	
Forældre samlevende	-0,2586	0,0791	0,0011	0,772
Barnet har udviklingshæmning	0,7872	0,1708	0,0000	2,197
Barnet har ADHD	1,8873	0,1400	0,0000	6,602
Barnet har autisme m.m.	1,2875	0,1879	0,0000	3,624
Barnet har bevægelseshæmning	0,5385	0,2508	0,0318	1,713

Med hensyn til konflikter med lærerne (tabel 6.4) ser vi samme mønster som for konflikter med kammerater (tabel 6.3). Børn med psykisk funktionsnedsættelse har næsten seks gange større odds for at opleve konflikter med deres lærer, og børn med en fysisk funktionsnedsættelse har 2,5 gange odds sammenlignet med andre børn. Sociale faktorer spiller en mindre rolle.

Mødrene til de børn, der oplever stress eller belastnings-symptomer<sup>8</sup>, har inden for det seneste år oplevet søvnproblemer, smerter i led og knogler, og allermest udbredt var træthedsfølelser og følelsen af ikke at kunne klare daglige problemer. De fire symptomer hos mødrene er ligeledes dem, hvor resultaterne viste et sammenfald med børnenes psykiske symptomer.

TABEL 6.4

Odds ratio for, at barnet oplever konflikter med lærerne. Logistisk regression for det samlede datamateriale.  $R^2 = 0,057$ , H-L = 0,24.

	Beta estimat	Spredning	P-værdi (sign.)	Odds ratio
Intercept	-1,8549	0,0986	0,0000	
Forældre samlevende	-0,5497	0,0945	0,0000	0,577
Dreng	0,4933	0,0826	0,0000	1,638
Barnet har psykisk funktions- nedsættelse	1,7219	0,1216	0,0000	5,595
Barnet har fysisk funktions- nedsættelse	0,9108	0,1235	0,0000	2,486

8. Se figur 5.2.

Funktionsnedsættelsens afgørende betydning for trivslen i skolen viser sig i mødrenes vurdering af, hvorvidt funktionsnedsættelsen og skolevanskelighederne hænger sammen. Hele 72 pct. af mødrene vurderer, at de hænger ret meget eller virkelig meget sammen.

## OPSUMMERING

Kapitlet har fokuseret på forskelle i skoleliv blandt børn med funktionsnedsættelse og 11-årige generelt. Resultaterne viser på flere områder en forskel på at være barn med funktionsnedsættelse og barn i almindelighed. 11-årige i førstnævnte gruppe har flere skoleskift og går sjældnere i skole i lokalområdet, og mødrene vurderer, at børn med funktionsnedsættelse klarer sig dårligere rent fagligt i skolen. For en betydelig del af børnene med funktionsnedsættelse påvirker funktionsnedsættelsen skoledagen, og flertallet kræver særlige hensyn i skolen.

Skoledagen bliver især påvirket for drenge med funktionsnedsættelse. En del af grunden hertil er, at flere drenge end piger er diagnosticeret med psykisk udviklingshæmning, ADHD og børnepsykiatriske sygdomme. Børn med en funktionsnedsættelse har i mindre grad end børn generelt skolekammerater med hjemme, og de har væsentlig flere konflikter med kammerater og lærere i skolen. Psykisk funktionsnedsættelse betyder mest, men fysisk funktionsnedsættelse betyder også meget for, at 11-årige oplever konflikter med lærere og elever i skolen.

# FRITIDSLIV OG SOCIALE RELATIONER

## FRITIDSAKTIVITETER

Fritidsliv og fritidsaktiviteter er en anden central del af 11-åriges hverdag. Det være sig både det organiserede og mere uorganiserede fritidsliv, som er mindre tilrettelagt, og hvor børnene selv i høj grad er med til at bestemme indholdet af de uorganiserede aktiviteter. Ud over en sundhedsmæssig gevinst finder undersøgelserne en positiv sammenhæng mellem deltagelse i organiserede aktiviteter og børns trivsel. De beskyttende faktorer i det organiserede fritidsliv er dels individuelle, dels sociale. I en organiseret aktivitet kan barnet få mulighed for at lære en færdighed, som tager udgangspunkt i barnets interesse og lyst. Barnet kan lære en vis grad af disciplin ved, at deltagelsen eksempelvis kræver tilstedeværelse på bestemte tidspunkter og et sæt spilleregler. Derudover kan barnet få et socialt netværk til børn og voksne, som det deler interessen med (Eccles & Barber, 1999; Larson, 2000; Mahoney & Stattin, 2000; Meeks & Mauldin, 1990).

Uorganiserede aktiviteter mangler disse elementer og er i sagens natur mere spontane. Deltagelse i organiserede fritidsaktiviteter har vist sig at være forbundet med, at børn i mindre grad deltager i risikofyldte eller antisociale aktiviteter (inkluderer kriminalitet, aggressiv adfærd, alkohol- og stofmisbrug, kriminalitet og skolefrafald) (Gottfredson et al., 2004; Mahoney & Cairns, 1997; Mahoney & Stattin, 2000; Osgood et al.,

1996). Det skyldes dels, at børnene, mens de deltager i aktiviteten, er under opsyn af voksne, dels at der sker en selvdisciplinering i aktiviteten, og endelig, at børnene gennem aktiviteten møder andre børn, der i mindre grad deltager i sådanne aktiviteter.

I forbindelse med børnenes fritidsliv er vennerne vigtige. I dette kapitel fokuserer vi derfor både på børn med funktionsnedsættelses deltagelse i fritidsaktiviteter og på deres forhold og aktiviteter sammen med vennerne, herunder hvorvidt børn med funktionsnedsættelse har en større eller mindre risikoadfærd end jævnaldrende.

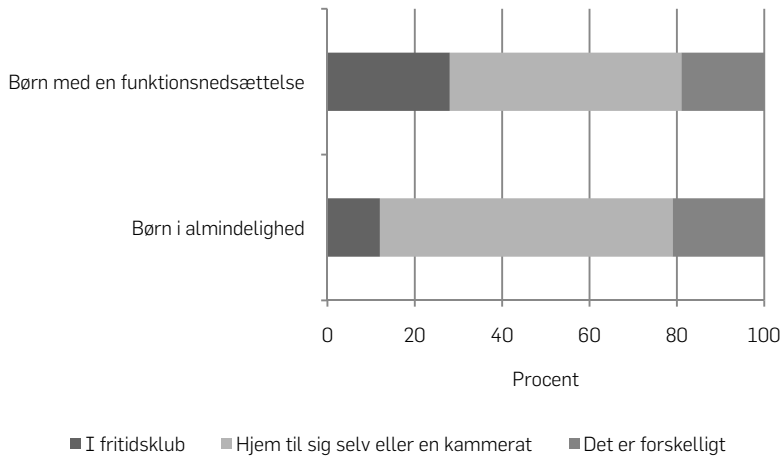
På grund af funktionsnedsættelsen kan det være svært for børn med funktionsnedsættelse at deltage i fritidsaktiviteter blandt jævnaldrende. Besvarelsene fra mødre til et barn med funktionsnedsættelse viser, at 10 pct. af drengene og 11 pct. af pigerne hyppigt oplever hoste i forbindelse med sport, anstrengelse eller grinen. Dette kan afholde børnene fra at deltage i fritidsaktiviteter og andre sociale aktiviteter med andre, hvilket kan påvirke de sociale relationer.

Figur 7.1 viser, hvor børnene går hen, når de har fri fra skole. Det mest almindelige for børn i almindelighed er, at de enten tager hjem til sig selv eller en kammerat, dog er andelen, der gør dette, størst blandt børn i almindelighed. Børn med funktionsnedsættelse tager mere i fritidsklub efter skole.

Som nævnt tidligere er det organiserede fritidsliv af væsentlig betydning for børns sociale relationer og trivsel. 80 pct. af børnene med funktionsnedsættelse og 86 pct. af børnene i almindelighed går til en aktivitet i deres fritid. Tabel 7.1 viser funktionsnedsættelsens påvirkning på barnets muligheder for at deltage i fritidsaktiviteter, samt hvor mange der har brug for særlig støtte og hensyn for at deltage. Tabellen viser, at nogle forskelle er øget, og en er tilsløret, når ADHD og børnepsykiatrisk diagnose er taget ud af gruppen. I kolonne 1 og 3 halveres eller forsvinder forskellen. I kolonne 2 fremkommer der tværtimod en betydelig forskel, således at drenge med funktionsnedsættelse får hjælpemidler betydelig oftere end piger.

FIGUR 7.1

Børn med en funktionsnedsættelse og børn i almindelighed fordelt efter, hvor de går hen efter skole. Procent.



Anm.: Test viser, at forskellen på de to grupper er signifikant.

Kilde: Spørgeskema til børn med funktionsnedsættelse og børn i almindelighed.

TABEL 7.1

Andelen af børn med en funktionsnedsættelse, hvor funktionsnedsættelse påvirker deres fritidsaktiviteter og kræver særlig støtte. Særskilt for piger og drenge. Procent.

	Påvirker dagligt fritidsaktiviteter*	Får særlige hjælpemidler til aktiviteter	Får særlig støtte til aktiviteter	Der tages hensyn ved aktiviteter
Drenge	50	13	15	53
Piger	41	15	18	53
Børn i alt	47	14	16	53
Drenge uden ADHD, autisme	43	22	17	51
Piger uden ADHD, autisme	38	16	16	53
Børn i alt uden ADHD, autisme	39	19	16	52
Antal observationer	680	680	680	680
Antal obs. uden ADHD, autisme	403	403	403	403

Anm.: Test viser, at forskellen mellem drenge og piger på spørgsmålet om, hvorvidt funktionsnedsættelsen dagligt påvirker deres fritidsaktiviteter, er signifikant.

Kilde: SFI's undersøgelse af børn med funktionsnedsættelse, mødreskema 2009.

Funktionsnedsættelsen påvirker dagligt en signifikant større andel af drengene, så de ikke kan deltage i fritidsaktiviteter. Lidt over halvdelen af børnene kræver hensyn, for at de kan deltage.

Børn med funktionsnedsættelse har mulighed for at deltage i specielle klubber, foreninger eller lejre, som giver dem støtte og tager de hensyn, som deres funktionsnedsættelse kræver. 14 pct. af børnene kommer jævnligt i en klub eller forening for børn med funktionsnedsættelse. Derudover har 11 pct. deltaget i sommerlejre, og 12 pct. har deltaget i weekendophold for børn med funktionsnedsættelse.

De uorganiserede fritidsaktiviteter består af forbrug af medier hjemme, fx tv, computerspil eller musik på værelset, samvær med venner og leg udenfor uden opsyn. Én undersøgelse finder, at børn, der bruger forholdsvis megen tid på samvær med venner uden opsyn af voksne, og børn, der leger meget udenfor, i højere grad har adfærdsproblemer og klarer sig dårligere i skolen. Undersøgelsen finder desuden, at børn, der læser meget, klarer sig bedre i skolen, men samtidig finder den, at børn, der læser meget, har større risiko for at få en depression (Baviskar & Dahl, 2009).

Det fremgår af undersøgelsen, at børn med funktionsnedsættelse ser lidt mindre tv end jævnaldrende, mens der ikke er nævneværdig forskel på, hvor ofte børn med funktionsnedsættelse og børn i almindelighed bruger computer og internet.

## VENNER OG KAMMERATER

I 11-års-alderen repræsenterer forældrene og hjemmet stadig de stabile rammer i hverdagen, men kammerater får en stadig større betydning og er afgørende i barnets socialisering og udvikling. Venner er af stor betydning i barnets hverdag, hvilket skyldes, at barnet befinder sig i en udviklingsfase, hvor det begynder at bevæge sig væk fra sine forældre og i højere grad knytter bånd til jævnaldrende (Baviskar & Dahl, 2009). Fordi vennerne udgør en vigtig relation, fokuserer dette afsnit på, hvorvidt børn med funktionsnedsættelse knytter venskaber og indgår i sociale relationer ligesom deres jævnaldrende. Ifølge forskningslitteraturen kan venskabet med jævnaldrende være en beskyttelsesfaktor, der kan hjælpe barnet i dets opvækst (Baviskar & Dahl, 2009; Werner & Smith, 2001). Det fremgår i den forbindelse, at der for de 11-årige er en klar sammen-



hæng mellem det at have mindst en god ven og være tilfreds med sit liv (Mattsson et al., 2008).

Forskellige faktorer har indflydelse på gode relationer med jævnaldrende som eksempelvis forhold i hjemmet eller mobning. Børn fra ressourcetsvage familier er i større omfang på besøg hos andre, end de selv har venner med hjem. Dette kan bero på forhold i hjemmet, der gør det svært at have kammerater med hjemme (Baviskar & Dahl, 2009). Derudover kan mobning problematisere barnets samvær med jævnaldrende, hvilket kan medføre en belastning af barnets helbred og trivsel samt på længere sigt have betydning for barnets udvikling (Mattsson et al., 2008; Rasmussen & Due, 2007). Vi taler således om faktorer af negativ betydning for barnets sociale liv, dvs. risikofaktorer.

Mødrenes besvarelser viser, at 7 pct. af børn i almindelighed ikke har én god ven, som de er særligt knyttet til, mens andelen blandt børn med funktionsnedsættelse er 19 pct. For ca. halvdelen af mødre vurderer, at barnets funktionsnedsættelse eller sygdom til dagligt påvirker forholdet til vennerne, og at de skal tage særlige hensyn til barnet, når pågældende er sammen med kammeraterne. Funktionsnedsættelse har dog ikke betydning for, om barnet er særlig knyttet til en eller flere voksne ud over forældrene.

TABEL 7.2

Odds ratio for, at barnet har mindst én god ven. Logistisk regression for det samlede datamateriale på enkelte funktionsnedsættelser.  $R^2 = 0,074$ , H-L = 0,99.

	Beta estimat	Spredning	P-værdi (sign.)	Odds ratio
Intercept	5,3441	0,2137	0,0000	
Barnet har udviklingshæmning	-4,2455	0,2842	0,0000	0,014
Barnet har ADHD	-3,8327	0,2698	0,0000	0,022
Barnet har autisme m.m.	-4,0023	0,3170	0,0000	0,018
Barnet har bevægelseshæmning	-3,3460	0,4331	0,0000	0,035
Barnet har talevanskeligheder	-2,9462	0,7688	0,0001	0,053
Barnet har anden fysisk funktionsnedsættelse	-1,4123	0,6209	0,0229	0,244

Resultaterne af regressionsanalysen, tabel 7.2, viser tydeligt, at børn med en funktionsnedsættelse har væsentligt mindre chancer for at finde en god ven. Sociale baggrundsfaktorer bidrager overhovedet ikke til at forklare sandsynligheden for venskab. Udviklingshæmning giver de dårligste

odds, tallet på 0,014 viser, at de er 70 gange mindre, og ADHD og autisme næsten lige så dårlige, omkring 50 gange mindre odds. Men der er ikke så langt derfra til betydningen af bevægelseshæmning, hvor odds er næsten 30 gange mindre. Regression på psykisk og fysisk funktionsnedsættelse i tabel 7.3 viser, at en fysisk funktionsnedsættelse kun betyder lidt mindre end en psykisk.

TABEL 7.3

Odds ratio for, at barnet har mindst én god ven. Logistisk regression for det samlede datamateriale på psykisk og fysisk funktionsnedsættelse.  $R^2 = 0,066$ .

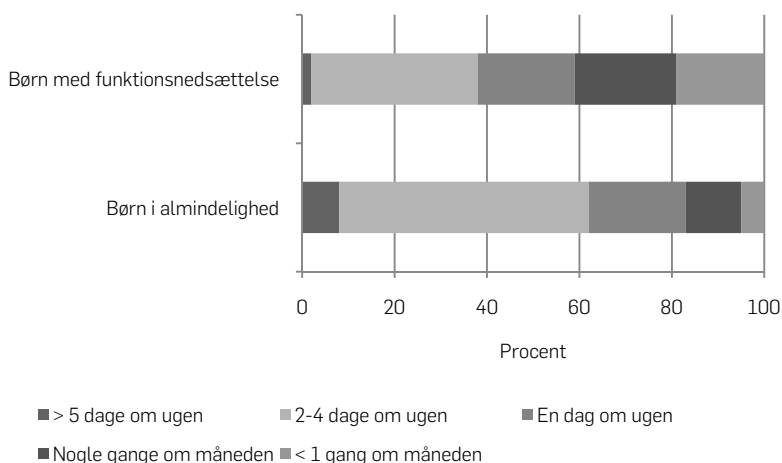
	Beta estimat	Spredning	P-værdi (sign.)	Odds ratio
Intercept	5,2666	0,2046	0,0000	
Barnet har psykisk funktionsnedsættelse	-3,7719	0,2502	0,0000	0,023
Barnet har fysisk funktionsnedsættelse	-3,5159	0,2492	0,0000	0,030

Blandt psykiske funktionsnedsættelser indtager ADHD en særstilling, idet børn med ADHD godt kan magte venskabsforhold, men blot har en adfærd, der gør, at de ikke bliver accepteret som venner. De er dramatisk mindre vellidte af kammeraterne, som Christoffersen og Hammen (2011) formulerer det. Men for børn med ADHD kan der gøres noget ved dette. En vigtig del af behandlingen er netop indsatser, som kan forbedre kammeratskabsrelationerne (Pelham, Fabiano & Massetti, 2005).

En undersøgelse af blinde børn viser samme tendens som blandt 11-årige med funktionsnedsættelse i denne rapport. Blinde børn oplever også barrierer i forhold til relationer med seende børn, og de er også mindre sammen med jævnaldrende, end seende børn er (Bengtsson et al., 2010).

FIGUR 7.2

Børn med en funktionsnedsættelse og børn i almindelighed fordelt efter, hvor tit de er hjemme hos venner. Procent.



Anm.: Forskellen på de to grupper er signifikant.

Kilde: Spørgeskema til børn med funktionsnedsættelse og børn i almindelighed.

Børnene svarer i undersøgelsen på, hvor tit de er alene hjemme mindst 1 time om dagen, og hvor tit de er sammen med deres kammerater efter skoletid. Børn med funktionsnedsættelse er meget mindre alene hjemme om eftermiddagen end andre børn. Hele 40 pct. af børnene med funktionsnedsættelse er alene mindre end en gang om måneden, hvor den tilsvarende gruppe er 17 pct. blandt børn generelt.

Figur 7.2 viser, hvor tit børnene er hjemme hos venner efter skoletid. 11-årige med funktionsnedsættelse er signifikant sjældnere sammen med venner end børn i almindelighed.

I forbindelse med ovenstående spørgsmål spørger vi børnene om, hvorvidt de har fælles interesser med flere af deres klassekammerater. Dette vurderer 81 pct. af børnene med funktionsnedsættelse, at de har.

Vi stiller endvidere spørgsmål til, hvordan barnet opfører sig over for sine kammerater for at undersøge, om det har problemer i relationen med jævnaldrende. Tabel 7.3 viser andelen af børn, der har svaret, at karakteristika, der beskriver empatien med andre, passer rigtig godt eller passer nogenlunde. I forhold til de andre spørgsmål i undersøgelsen har væsentlig flere børn svaret 'Ved ikke' til disse spørgsmål.

TABEL 7.4

Andelen af børn med en funktionsnedsættelse og af børn i almindelighed, der mener, at udvalgte beskrivelser af relationen til kammeraterne passer på dem. Procent.

	Børn med funktionsnedsættelse		Alle børn	
	Procent	Antal	Procent	Antal
Bliver ked af det, når dine kammerater oplever noget trist	70	565	77	4528
Trøster dine kammerater, når de oplever noget trist	92	571	95	4538
Bryder sig ikke om, når nogen i klassen bliver til grin	80	550	87	4492
Roser dine klassekammerater, når de gør noget godt	86	567	89	4509

Anm.: Test viser, at forskellen på de to grupper er signifikant.

Kilde: Spørgeskema til børn med funktionsnedsættelse og børn i almindelighed.

Børn med funktionsnedsættelse udviser ikke på samme måde empati, når der sker noget godt eller dårligt for deres kammerater, som børn i almindelighed gør. De fleste børn i almindelighed føler med deres kammerater, når de oplever noget trist, og forsøger at trøste dem, og de deler oftere deres kammeraters glæde, end børn med funktionsnedsættelse gør.

Der er gennemført en regressionsanalyse for at afdække, hvilke faktorer der har betydning for, om barnet udviser empati. Den første analyse estimerer sandsynligheden for at blive ked af det, når kammeraterne oplever noget trist. Tabel 7.5 viser, at odds for, at barnet udviser empati med kammeraterne, er mindre, hvis barnet har udviklingshæmning eller ADHD. Nedsat hørelse betyder også mindre odds for, at barnet udviser empati. Det samme gælder, hvis barnet er en dreng. Sammenhængen er imidlertid meget svagere end for venskab i tabel 7.2 og 7.3. Her er der kun tale om en faktor 2-3.

Tabel 7.6 viser en anden regressionsanalyse, der ligeledes forklarer barnets empati. Her er emnet, om børnene roser deres kammerater, når de gør noget godt.

TABEL 7.5

Odds ratio for, at barnet bliver ked af det, når kammeraterne oplever noget trist.

	Beta- estimat	Spredning	P-værdi (sign.)	Odds ratio
Intercept	1,8137	0,0587	0,0000	
Dreng	-0,9649	0,0722	0,0000	0,381
Barnet har udviklingshæmning	-0,8079	0,2632	0,0021	0,446
Barnet har ADHD	-0,4060	0,1533	0,0081	0,666
Barnet har nedsat hørelse	-0,6092	0,3243	0,0603	0,544

TABEL 7.6

Odds ratio for, at barnet roser sine kammerater, når de gør noget godt. Logistisk regression for det samlede datamateriale.  $R^2 = 0,031$ , H-L = 0,57.

	Beta estimat	Spredning	P-værdi (sign.)	Odds ratio
Intercept	2,6755	0,0827	0,0000	
Dreng	-1,0211	0,0977	0,0000	0,360
Barnet har udviklingshæmning	-1,1324	0,2956	0,0001	0,322
Barnet har ADHD	-0,7305	0,1709	0,0000	0,482

Udviklingshæmning eller ADHD mindsker odds for, at barnet roser sine kammerater, ligesom det også har betydning, hvis barnet er en dreng.

## SOCIALE RELATIONER BLANDT BØRN MED FUNKTIONSNEDSÆTTELSE

Hverdagen efter skoletid ser anderledes ud for børn med funktionsnedsættelse, end den gør for børn generelt. 11-årige i almindelighed er mere overladt til sig selv og er mere sammen med jævnaldrende efter skole uden voksenopsyn. Samværet med kammerater efter skole er derfor et andet for børn med funktionsnedsættelse, hvilket kan have betydning for deres måde at begå sig på blandt jævnaldrende, fordi børn i almindelighed er mere vant til dette.

En undersøgelse blandt blinde 10-15-årige i Danmark (Bengtsson et al., 2010) viser ligeledes, at blinde er mindre sammen med venner efter skole. Det hænger sammen med, at disse børn ifølge mødrene kræver særlige hensyn, når de er sammen med kammerater. Bengtsson et al. (2010) finder, at selvom hensigten er at integrere blinde børn i fællesska-

bet med jævnaldrende, bliver mange blinde børn reelt ikke en del af det sociale fællesskab blandt seende. De får mindre mulighed for at udvikle prosocial adfærd og sociale kompetencer. Blinde børn lærer i mindre grad at gøre sig gældende blandt jævnaldrende og kan derfor på længere sigt blive isolerede (Bengtsson et al., 2010).

Resultaterne fra undersøgelsen af blinde børn er tankevækkende i relation til 11-årige med funktionsnedsættelse, da vi kan genkende mange af de samme træk i børnenes sociale relationer. Den mindre grad af samvær med andre har samme konsekvenser for børn med funktionsnedsættelses sociale kompetencer, som det har for blinde børn og unge. Det er muligvis en af årsagerne til, at børn med funktionsnedsættelse udviser signifikant mindre empati over for deres kammerater. En anden faktor kan være, at disse børns behov kommer i centrum i familien, mens andre familiemedlemmers behov kommer i baggrunden. Det viser en norsk undersøgelse ofte er tilfældet i familier med et barn med funktionsnedsættelse (Tøssebro & Lundeby, 2002).

Som tidligere nævnt lægger en moderne sociologisk opfattelse af barnet og barndom vægt på, at forældrene skal imødekomme barnets behov relativt hurtigt. Det er vigtigt, at forældrene er fokuseret på og lytter til barnets behov, men det er lige så centralt, at barnet lærer at klare sig selv og tage hensyn til og imødekomme andres behov. Dette gælder måske særligt børn med funktionsnedsættelse, fordi de har fysiske og/eller psykiske barrierer sammenholdt med børn i almindelighed, hvis de skal kunne klare sig på længere sigt i ungdomslivet, på arbejdsmarkedet og socialt blandt mennesker i almindelighed.

På samme vis er det afgørende for børn med funktionsnedsættelses videre sociale trivsel, at de er i stand til at sætte sig i den andens sted og udvise medfølelse, når personer omkring dem oplever negative ting. Blandt nogle børn med funktionsnedsættelse kommer deres mindre grad af empati dels af, at de psykisk og mentalt ikke er på niveau med jævnaldrende. Men fysiske funktionsnedsættelser har også signifikant betydning for, at børn udviser mindre medfølelse med jævnaldrende, når de bliver kede af det. Derfor finder vi, det er relevant at sætte fokus på, at børn med funktionsnedsættelse lærer at tage hensyn og vise empati over for kammerater.

## MOBNING

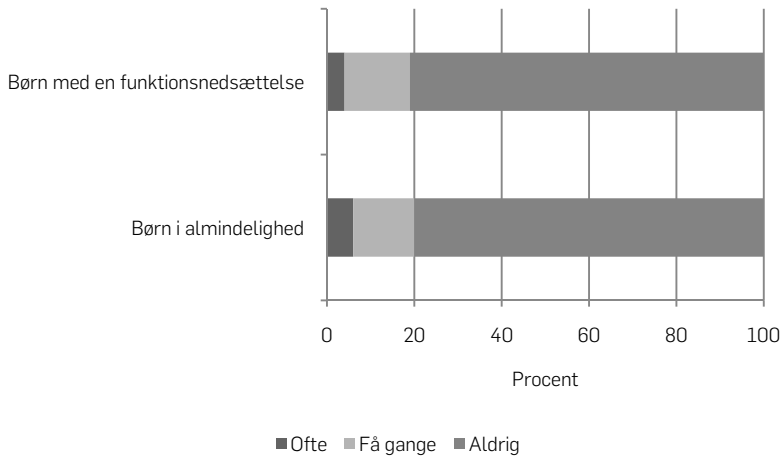
Undersøgelser og forskning har gennem de seneste mange år vist, at Danmark har nordisk rekord i mobning blandt børn. Det er uheldigt, da mobning er en helbreds- og trivselsmæssig belastning for de involverede børn (Rasmussen & Due, 2007). Desuden kan konsekvenserne af mobning være langvarige og have stor betydning for den enkeltes udvikling senere i livet. Måltrettede forebyggende indsatser har dog de seneste år frembragt et fald i omfanget af mobning (Mattsson et al., 2008).

Begrebet 'mobning' bliver ikke defineret i forbindelse med spørgsmålene om dette emne. De 11-årige er blevet spurgt: "Er du i det sidste halve år blevet mobbet? Hvor er du blevet udsat for mobning?" og "Har du selv i det sidste halve år været med til at mobbe andre børn?" Denne måde at spørge på medfører, at barnet selv skal foretage en vurdering af, hvor alvorlig den mobning, det i givet fald har været udsat for, har været. En typisk definition af mobning er: "gruppens systematiske forfølgelse og udelukkelse af en enkelt person på et sted, hvor denne person er tvunget til at opholde sig" (Hansen, 2005).

Figur 7.3 viser børnenes egen vurdering af, hvorvidt de har været udsat for mobning i de seneste 6 måneder. Der er ikke signifikante forskelle i, hvor meget de bliver mobbet. De oplever heller ikke forskelle i, hvor meget de mobber andre: 9 pct. af børnene med funktionsnedsættelse og 10 pct. af børnene i almindelighed oplyser, at de har været med til at mobbe inden for de seneste 6 måneder.

FIGUR 7.3

Børn med en funktionsnedsættelse og børn i almindelighed fordelt efter, hvor ofte de har været udsat for mobning i de seneste 6 måneder. Procent.



Kilde: Spørgeskema til børn i almindelighed og børn med funktionsnedsættelse.

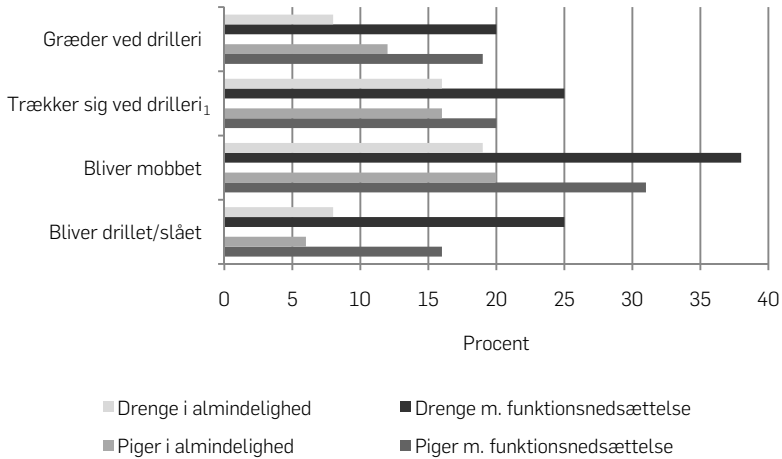
Undersøgelsen viser endvidere, at børnene oftest er udsat for mobning i forbindelse med skolen. Enten i timerne, i frikvarteret eller på vej til og fra skole.

Mødrene har ligeledes besvaret spørgsmål om, hvorvidt deres barn er udsat for drillerier og mobning inden for de seneste 6 måneder. Figur 7.4 viser andelen af børn, hvor mødrene har vurderet, at barnet har oplevet drilleri inden for de seneste 6 måneder.



FIGUR 7.4

Andelen af mødre til et barn med en funktionsnedsættelse og af mødre i almindelighed, som oplyser, at deres barn har oplevet drilleri inden for de seneste 6 måneder. Særskilt for barnets køn. Procent.



Anm.: Forskellene mellem de to grupper og mellem piger med funktionsnedsættelse og piger generelt samt drenge med funktionsnedsættelse og drenge generelt er signifikante.

1. 'Trækker sig ved drilleri' er et spørgsmål om, hvorvidt barnet trækker sig fra samvær med andre børn pga. drillerierne.

Kilde: SFI's undersøgelse af børn med funktionsnedsættelse, mødreskema 2009, og SFI's børneforløbsundersøgelse, mødreskema 2007.

Mødrenes besvarelser viser, at børn med funktionsnedsættelse oplever langt mere mobning, flere drillerier og oftere har sværere ved at indgå i sociale relationer på grund af disse drillerier. Forskellene mellem de to grupper og imellem kønnene er signifikante. Generelt oplever drengene oftere at blive drillet og slået, og de trækker sig i højere grad fra det sociale samvær pga. disse forhold.

Samtidig viser mødrenes besvarelser, at relativt flere drenge med funktionsnedsættelse end drenge i almindelighed også har været med til at mobbe andre inden for de seneste 6 måneder, nemlig 13 pct. mod 9 pct. af drengene i almindelighed. Blandt pigerne var andelen mindre, henholdsvis 5 pct. af pigerne med funktionsnedsættelse og 7 pct. af pigerne i almindelighed havde selv været med til at mobbe. De børn med funktionsnedsættelse, der bliver mobbet, er samtidig ofte dem, der er med til at mobbe andre – denne sammenhæng er signifikant.

Tabel 7.7 viser sandsynligheden for, at barnet bliver mobbet på baggrund af funktionsnedsættelse. Odds for at blive mobbet er klart påvirket af en funktionsnedsættelse. Køn er uden betydning for, om barnet bliver mobbet, når vi tager udgangspunkt i børnenes egne besvarelser. Social baggrund betyder heller ikke meget. En psykisk funktionsnedsættelse ganger odds for at blive mobbet op med en faktor 2-3. Fysisk funktionsevne betyder imidlertid også noget. Tabellen viser, at talevanskeligheder ganger odds for at blive mobbet op med næsten 4.

TABEL 7.7

Odds ratio for, at barnet bliver mobbet. Logistisk regression for det samlede datamateriale.  $R^2 = 0,012$ .

	Beta estimat	Spredning	P-værdi (sign.)	Odds ratio
Intercept	-1,5646	0,0389	0,0000	
Barnet har udviklingshæmning	0,7102	0,2698	0,0085	2,034
Barnet har ADHD	1,0385	0,1480	0,0000	2,825
Barnet har autisme m.m.	0,6201	0,2601	0,0171	1,859
Barnet har talevanskeligheder	1,3639	0,4511	0,0025	3,911

Tabel 7.8 viser forhold af betydning for, om barnet selv mobber andre ifølge barnets egen besvarelse. Odds for, at barnet er med til at mobbe, er dobbelt så store, hvis barnet har en udviklingshæmning eller ADHD. Samlevende forældre fungerer som en beskyttelse, mens odds er dobbelt så store, hvis barnet er en dreng.

TABEL 7.8

Odds ratio for, at barnet mobber andre. Logistisk regression for det samlede datamateriale.  $R^2 = 0,021$ , H-L = 0,79.

	Beta estimat	Spredning	P-værdi (sign.)	Odds ratio
Intercept	-2,2216	0,1208	0,0000	
Forældre samlevende	-0,6001	0,1138	0,0000	0,549
Dreng	0,7258	0,1039	0,0000	2,066
Barnet har udviklingshæmning	0,6572	0,3405	0,0536	1,929
Barnet har ADHD	0,6973	0,1839	0,0001	2,008

Det generelle billede af mobning blandt børn med funktionsnedsættelse og 11-årige i almindelighed er ifølge mødrenes besvarelser, at børn med funktionsnedsættelse i betydelig større omfang bliver udsat for drillerier

samt mobning, og at drenge med funktionsnedsættelse oplever at blive mobbet oftere end piger med funktionsnedsættelse. Ser vi på børnenes egne besvarelser, er lidt flere 11-årige med funktionsnedsættelse blevet mobbet sammenlignet med børn generelt, men forskellen mellem de to grupper er mindre, når børnene selv svarer, end når mødrene gør det.

## RISIKOADFÆRD

Nu skal vi se nærmere på risikoadfærd i relation til alkohol og rygning blandt 11-årige. Undersøgelser af unge og alkohol peger ofte på, at danske unge generelt har et stort alkoholforbrug, og at de tidligt gør sig de første erfaringer med alkohol (Gundelach, 2006; Sundhedsstyrelsen 2009). Dette kan bero på, at unges eksperimenter med alkohol er kulturelt accepteret i Danmark og dermed en naturlig del af den danske ungdomskultur og af fællesskabet blandt unge. Forskning har imidlertid vist, at unge, som tidligt debuterer med såvel alkohol som rygning, har større risiko for senere at udvikle afhængighed eller misbrug. Desuden kan en lille gruppe af unge ikke styre indtaget af alkohol. Disse unge kan være i farezonen for senere at få langt alvorligere problemer (Rasmussen, Due & Holstein, 2000).

Rationalet bag tidlig rygning svarer til det for alkohol. Forskning har vist, at jo tidligere en ung begynder at ryge, des større er sandsynligheden for, at vedkommende ender som storryger. Desuden ved man, at det tager ganske kort tid at blive afhængig af nikotinen i tobak, hvilket gør det vanskeligt efterfølgende at stoppe. Hertil kommer, at det har en sygdomsforebyggende effekt at udskyde rygestart (Rasmussen & Due, 2007). I modsætning til debutalderen for alkohol har vi i Danmark set, at debutalderen for rygning har været stigende over de sidste 30-40 år, og at en langt mindre del af alle unge ryger sammenlignet med tidligere.

Ikke alle børn, der har prøvet at drikke eller ryge som 11-årige, udvikler en risikobetonet adfærd, men netop i et forløbsperspektiv er det interessant at få en fornemmelse af, hvor tidligt tegnene på en udvikling i risikobetonet retning viser sig.

I forhold til alkohol har 10 pct. af børnene med funktionsnedsættelse og 8 pct. af børnene i almindelighed prøvet at drikke mere end én alkoholsodavand, én øl, ét glas vin eller ét glas spiritus. Børn med funktionsnedsættelse har dog sjældnere drukket så meget, at de har mær-

ket en virkning som fx snurren i hovedet, at føle sig underligt tilpas eller at blive mindre generet. Det kan hænge sammen med, at de er mindre sammen med kammerater uden voksenopsyn, idet den første fuldskab ofte sker i fællesskabet blandt jævnaldrende (Gundelach, 2006).

Børn med funktionsnedsættelse og 11-årige i almindelighed har lige ofte prøvet at ryge en cigaret. Men flere børn i almindelighed kommer til at ryge mere regelmæssigt sammenlignet med 11-årige med funktionsnedsættelse.

## OPSUMMERING

En funktionsnedsættelse gør en stor forskel for fritidslivet blandt 11-årige. Mange børn med funktionsnedsættelse kan ikke på samme måde som jævnaldrende være sammen med kammerater, uden at det kræver særlige hensyn og uden støtte fra voksne. Derfor kan det være svært at indgå i spontane aktiviteter sammen med kammerater, og derfor kan det være sværere for børn med funktionsnedsættelse at opretholde en vennekreds fra fx skolen. Ifølge mødrene er 11-årige med funktionsnedsættelse i mindre grad tilknyttet en 'fast' vennekreds, ligesom de i betydeligt mindre omfang har kammerater med hjemme efter skole. Deres mindre tilknytning til jævnaldrende kan gøre det svært for dem at lære de sociale spilleregler at kende og indgå i sociale relationer med jævnaldrende.

Der er flere indikatorer på, at 11-årige med funktionsnedsættelse har det sværere rent socialt i forhold til deres jævnaldrende. Har 11-årige en fysisk eller psykisk funktionsnedsættelse, øger det sandsynligheden for, at de ikke udviser medfølelse over for kammerater eller roser dem. Børn med funktionsnedsættelse oplever flere drillerier i hverdagen blandt andre børn. At have en funktionsnedsættelse har selvstændig betydning for, om 11-årige bliver mobbet og selv er med til at mobbe andre. Heraf har en psykisk funktionsnedsættelse størst betydning.

I forhold til den sociale trivsel blandt jævnaldrende i fritiden befinder mange børn med funktionsnedsættelse sig i en udsat position med færre sociale relationer, og samtidig oplever de flere problemer i samspillet med jævnaldrende. Disse problematikker kan for mange flytte med ind i voksenlivet og gøre det svært at indgå i sociale fællesskaber på arbejdspladser og andre steder, hvilket igen kan få betydning for trivslen på længere sigt.

# LITTERATUR

- Andersen, D. (2008): *Anbragte børns undervisning. Sammenfatning af tidligere delrapporter*. København: SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd, 08:26.
- Andersen, T. & L.M. Thøgersen (2001): *En familie med funktionsnedsættelse er ikke en funktionshæmmet familie – Evaluering af politikken over for børn med funktionsnedsættelse – Samlet rapport*. København: PLS Rambøll Management for Socialministeriet.
- Baviskar, S. & K.M. Dahl (2009): *11-årige børns fritidsliv og trivsel*. København: SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd, 08:34.
- Bengtsson, S., N.C. Mateu & A. Høst (2010): *Blinde børn – Integration eller isolation?* København: SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd, 10:10.
- Bengtsson, S. & N. Middelboe (2001): *”Der er ikke nogen, der kommer og fortæller, hvad man har krav på” – forældre til børn med funktionsnedsættelse møder det sociale system*. København: Socialforskningsinstituttet, 01:1.
- Capacent (2009): *Uddannelsesresultater og -mønstre for børn og unge med funktionsnedsættelse*. København: Capacent.
- Christoffersen, M. (1997): *Spædbarnsfamilien. Rapport fra første fase i en forløbsundersøgelse af børn født i efteråret 1995*. København: Socialforskningsinstituttet, 97:25.

- Christoffersen, M. (2002): "Dissolved Families – a Prospective Longitudinal Cohort Study of Family Strain before Parental Separation Following Schoolchildren Born in Denmark 1973". I: Carling, J. (red.): *Nordic Demography: Trends and Differentials. Scandinavian Population Studies*. Oslo: Unipub/Nordic Demographic Society.
- Christoffersen, M. (2004): *Familiens udvikling i det 20. århundrede*. København: Socialforskningsinstituttet, 04:07.
- Christoffersen, M. & I. Hammen (2011): *ADHD indsatser – en forskningsoversigt*. København: SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd, 11:14. Under publicering.
- Deding, M. & F. Gerstoft (2009): *Børnefattigdom i Danmark 2002-2006*. København: SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd, 09:10.
- Dencik, L., P. Schultz Jørgensen, D. Sommer (2008): *Familie og børn i en opbrudstid*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Eccles, J.S. & B. Barber (1999): "Student Council, Volunteering, Basketball, or Marching Band: What Kind of Extracurricular Involvement Matters?" *Journal of Adolescent Research*, 14, s. 10-34.
- Egelund, T., P.S. Christensen, T. Jakobsen, T.G. Jensen & R.F. Olsen (2009): *Anbragte børn og unge. En forskningsoversigt*. København: SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd, 08:23.
- Egelund, T., A.-D. Hestbæk & D. Andersen (2004): *Små børn anbragt uden for hjemmet. En forløbsundersøgelse af anbragte børn født i 1995*. København: Socialforskningsinstituttet, 04:17.
- Gottfredson, D.C., S.A. Gerstenblith, D.A. Soulé, S.C. Womer & S. Lu (2004): "Do After School Programs Reduce Delinquency?" *Prevention Science*, 5(4), s. 253-266.
- Gundelach, P. (2006): Unge alkoholforbrug, i Gundelach, P. & M. Järvinen: *Unge, Fester og Alkohol*. København: Akademisk Forlag.
- Hansen, H.R. (2005): *Grundbog om mobning*. København: Gyldendal.
- Hemmingsson, H., A.M. Stenhammar & K. Paulsson (2009): "Sleep Problems and the Need for Parental Night-Time Attention in Children with Physical Disabilities". *Child: Care, Health & Development*, 35 (1), s. 89-95.
- Henriksen, K. & B. Nørregård (2000): *Præsentation af evalueringsrapport*. Århus: Forsøgsprojektet: Hjælp til familier med børn med funktionsnedsættelse. Projektets evalueringsrapport.

- Holmskov, H. & M.L. Knigge (2007): *De svære overgange. Kortlægning af problemstillinger i forbindelse med overgange for børn og unge med funktionsnedsættelse*. Odense: Servicestyrelsen. Tilgængelig på: <http://www.servicestyrelsen.dk>
- Knudsen, L. (2009): *Børn og unge anbragt i slægten. En sammenligning af slægtsanbringelser og anbringelser i traditionel familiepleje*. København: SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd, 09:26.
- Lagergren, J. (1981): "Children with Motor Handicaps. Epidemiological, Medical and Socio-Pediatric Aspects of Motor Handicapped Children in Swedish County". *Acta Paediatrica Scandinavia, Supplement 289*.
- Larson, R. (2000): "Toward a Psychology of Positive Youth Development". *American Psychologist*, 55, s. 170-183.
- Lindén, S. (2005): *En handikappad familj? – en studie om den psykosociala situationen för föräldrar med funktionshindrade barn*. Malmö Högskola, Institutionen för Hälsa och Samhälle.
- Lundeby, H. (2006): "Hva med jobben? Om yrkesaktivitet blant foreldre til barn med nedsatt funksjonsevne". I: J. Tøssebro & B. Ytterhus (red.): *Funksjonshemmete barn i skole og familie. Inkluderingsidealer og hverdagspraksis*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Lundeby, H. & J. Tøssebro (2006): "Det er jo milepæler hele tiden". Om familien og "det offentlige". I: J. Tøssebro & B. Ytterhus (red.): *Funksjonshemmete barn i skole og familie. Inkluderingsidealer og hverdagspraksis*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Lundeby, H. & J. Tøssebro (2008): "Family Structure in Norwegian Families of Children with Disabilities". *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 21, 246-256.
- Mahoney, J.L. & R.B. Cairns (1997): "Do Extracurricular Activities Protect Against Early School Dropout?" *Developmental Psychology*, 33.
- Mahoney, J.L. & H. Stattin (2000): "Leisure Activities and Adolescent Anti-Social Behaviour: The Role of Structure and Social Context". *Journal of Adolescence*, 23, s. 113-127.
- Mattsson, C., A.-D. Hestbæk & A.R. Andersen (2008): *11-årige børns hverdagsliv og trivsel. Resultater fra SFI's forløbsundersøgelser af årgang 1995*. København: SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd, 08:16.
- Meeks, C.B. & T. Mauldin (1990): "Children's Time in Structured and Unstructured Leisure Activities". *Lifestyles*, 11, s. 257-281.

- Merrick, J. & E. Carmeli (2003): "A Review on the Prevalence of Disabilities in Children". *The Internet Journal of Pediatrics and Neonatology*, 3(1).
- Möller, A. & E. Nyman (2003): *Barn, familj och funktionsbinder – utveckling och habilitering*. Stockholm: Liber AB.
- Osgood, D.W., J.K. Wilson, P.M. O'Malley, J.G. Bachman & L.D. Johnston (1996): "Routine Activities and Individual Deviant Behaviour". *American Sociological Review*, 61, s. 635-655.
- Ottosen, M.H. (2000): *Samboskab, ægteskab og forældrebrud. En analyse af børns familieforhold gennem de første leveår*. København: Socialforskningsinstituttet, 00:09.
- Ottosen, M.H., D. Andersen, L.P. Nielsen, M. Lausten & S. Stage (2010): *Børn og unge i Danmark. Velfærd og trivsel 2010*. København: SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd 10:20.
- Ottosen, M.H. & T. Bengtsson (2002): *Et differentieret fællesskab – om relationer i børnehaver, hvor der er børn med funktionsnedsættelse*. København: Socialforskningsinstituttet, 02:24.
- Ottosen, M.H. & P.S. Christensen (2008): *Anbragte børns sundhed og skolegang. Udviklingen efter anbringelsesreformen*. København: SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd, 08:21.
- Qvortrup, J. (1999): "Barndom og samfund". I: L. Dencik & P. Schultz Jørgensen (1999): *Børn og familie i det postmoderne samfund*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Pelham, W.E., G.A. Fabiano & G.M. Massetti (2005): "Evidence-Based Assessment of Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents". *J.Clin.Child.Adolesc.Psychol.*, 34(3), s. 449-476.
- Rasmussen, M. & P. Due (2007): *Skolebørnsundersøgelsen 2006*. København: Institut for folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet.
- Rasmussen, M., P. Due & B. Holstein (2000): *Skolebørnsundersøgelsen 1998 – Sundhed, sundhedsvaner og sociale forhold*. København: Komiteen for Sundhedsoplysning.
- Ringbäck Weitoft, G., A. Hjern, B. Haglund & M. Rosén (2003): "Mortality, Severe Morbidity, and Injury in Children Living with Single Parents in Sweden: A Population Based Study". *The Lancet*, 361, s. 289-295.



- Ringbäck Weitoft, G., A. Hjern & M. Rosén (2004): "School's Out! Why Earlier Among Children of Lone Parents?" *International Journal of Social Welfare*, 13, s. 134-144.
- Sommer, D. (2006): *Barndomssociologi som børneperspektiv? En utviklingspsykologisk vurdering*. Tilgjengelig på: [www.binnorden.net/publikationer.html](http://www.binnorden.net/publikationer.html)
- Sundhedsstyrelsen (2009): *Unge livsstil og dagligdag 2008. MULD-Rapport nr. 7*. København: Kræftens Bekæmpelse og Sundhedsstyrelsen.
- Taanila, A., L. Syrjälä, J. Kokkonen & M.-R. Järvelin (2002): "Coping of Parents with Physically and/or Intellectually Disabled Children". *Child: Care, Health & Development*, January 2002, 28 (1), s. 73-86.
- Tøssebro, J. & H. Lundeby (2002): *Å vokse opp med funksjonshemming – de første årene*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Vaage, S. (1998): *Å ta andres perspektiv. Grunnlag for sosialisering og identitet – George Herbert Mead i utvalg*. Oslo: Abstrakt forlag as.
- Werner, E. & R. Smith (2001): *Journeys from Childhood to Midlife. Risk, Resilience and Recovery*. Ithaca and London: Cornell University.
- Ytterhus, B. & J. Tøssebro (2006): "Jevnaldermiljøet. Mellom organisert barndom og selvforvaltning". I: J. Tøssebro & B. Ytterhus (red.) (2006): *Funksjonshemmete barn i skole og familie. Inkluderingsidealer og hverdagspraksis*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Ytterhus, B., C. Wendelborg & H. Lundeby (2008): "Managing Turning Points and Transitions in Childhood and Parenthood – Insight from Families with Disabled Children in Norway". *Disability & Society*, 23(6), s. 625-636.



## SFI-RAPPORTER SIDEN 2010

SFI-rapporter kan købes eller downloades gratis fra [www.sfi.dk](http://www.sfi.dk). Enkelte rapporter er kun udkommet som netpublikationer, hvilket vil fremgå af listen nedenfor.

- 10:01 Henriksen, A.C.: *Coaching af sygedagpengemodtagere. En pilotundersøgelse med eksperimentelt design.* 69 sider. ISBN: 978-87-7487-961-9. Kr. 70,00.
- 10:02 Lausten, M., Mølholt, A.-K., Hansen, H. & Jensen, V.M.: *Introduktion til dialogprojektet. Dialoggruppe – om forebyggelse som alternativ til anbringelse. Delrapport 1.* 97 sider. ISBN: 978-87-7487-962-6. Kr. 100,00.
- 10:03 Christensen, E.: *Grønlandske børn i Danmark.* 87 sider. ISBN: 978-87-7487-963-3. Kr. 90,00.
- 10:04 Henriksen, A.C.: *Veje til beskæftigelse. En kvalitativ undersøgelse af indsatser over for ikke-arbejdsmarkedsparate kontanthjælpsmodtagere.* 132 sider. ISBN: 978-87-7487-964-0. Kr. 130,00.
- 10:05 Gensby, U. & Thuesen, F.: *På vej mod job efter en arbejdsskade. En evaluering af arbejdsskadestyrelsens Fastholdelsescenter.* 128 sider. ISBN: 978-87-7487-965-7. Kr. 120,00.
- 10:06 Egelund, T., Jakobsen, T.B., Hammen, I., Olsson, M. & Høst, A.: *Sammenbrud i anbringelser af unge. Erfaringer, forklaringer og årsagerne bag.* 376 sider. ISBN: 978-87-7487-966-4. Kr. 375,00.

- 10:07 Bach H.B. & Henriksen A.C.: *Gravidens sygefravær*. 126 sider. ISBN: 978-87-7487-967-1. Kr. 130,00.
- 10:08 Bach H.B.: *Gravid og Fængselsbetjent*. 36 sider. ISBN: 978-87-7487-968-8. Netpublikation.
- 10:09 Madsen, M.B, Holt, H., Jonassen, A.B. & Schademan, H.K.: *Kvinder og mænd i den offentlige sektor. Karrieremønstre, lederønsker og ledermuligheder*. 274 sider. ISBN: 978-87-7487-969-5. Kr. 270,00.
- 10:10 Larsen, M.: *Lønforskelle mellem kvinder og mænd i 2007. Analyser for lønkommissionen*. 86 sider. ISBN: 978-87-7487-970-1. Kr. 90,00.
- 10:11 Thuesen, F.: *Ledelsen og motivation i den offentlige sektor. Et litteraturstudium*. 100 sider. ISBN: 978-87-7487-971-8. Kr. 100,00.
- 10:12 Deding, M. & Holt, H. (red.): *Hvorfor har vi lønforskelle mellem kvinder og mænd? En antologi om ligeløn i Danmark*. 246 sider. ISBN: 978-87-7487-972-5. Kr. 250,00.
- 10:13 Knudsen, L. & Nielsen, V.L.: *Effekten af kommunernes forebyggende foranstaltninger for unge. Forebyggende foranstaltninger i eget miljø sammenlignet med anbringelse uden for hjemmet*. 152 sider. ISBN: 978-87-7487-973-2. Vejledende pris: 150,00 kr.
- 10:15 Christensen, G., Mikkelsen, M.F., Pedersen, K.B. & Amilon, A.: *Boligsociale indsatser og buslejstøtte. Kortlægning og programevaluering af Landsbyggefondens 2006-10-pulje*. 164 sider. ISBN: 978-87-7487-977-0. Vejledende pris 160,00 kr.
- 10:16 Bengtsson, S., Mateu, N.C. & Høst, A.: *Blinde børn – integration eller isolation? Blinde børns trivsel og vilkår i hjemmet, fritiden og skolen*. 136 sider. ISBN: 978-87-7487-978-7. Vejledende pris 140,00 kr.
- 10:17 Bengtsson, S., Mateu, N.C. & Høst, A.: *Blinde og stærkt svagsynede. Barrierer for samfundsdeltagelse*. 122 sider. ISBN: 978-87-7487-979-4. Vejledende pris: 120,00 kr.
- 10:18 Ellerbæk, L.S. & Thuesen, F.: *Projekt arbejdsplads for højtuddannede. Følgforskning for Region Midtjylland*. 99 sider. ISBN: 978-87-7487-980-0. Vejledende pris: 100,00 kr.
- 10:19 Jakobsen, V. & Ellerbæk, L.S.: *Løn- og arbejdsforhold for kvinder og mænd i køkefaget*. 71 sider. ISBN: 978-87-7487-981-7. Netpublikation.
- 10:20 Ottesen, M.H., Andersen, D., Nielsen, L.P., Lausten, M. & Stage, S.: *Børn og unge i Danmark. Velfærd og Trivsel 2010*. 155 sider. ISBN: 978-87-7487-982-4. Vejledende pris: 260,00 kr.

- 10:21 Kofod, J.E., Benwell, A.F., Kjær, A.A.: *Hjemvendte soldater. En interviewundersøgelse*. 76 sider. ISBN: 978-87-7487-983-1. Netpublikation.
- 10:22 Lausten, M, Mølholt, A.-K., Hansen, H., Heiner Schmidt, L. & Aaquist, M.: *Forebyggende foranstaltninger 0-4 år. Dialoggruppe – om forebyggelse som alternativ til anbringelse. Delrapport 2*. 184 sider. ISBN: 978-87-7487-984-8. Vejledende pris: 195,00 kr.
- 10:23 Christensen, E., Lindstrøm, M. & Mølholt, A.-K.: *Efterværn for voldsudsatte kvinder. Krisecentrenes støtte og hjælp til kvinder, som flytter fra centrene*. 95 sider. ISBN: 978-87-7487-985-5. Vejledende pris: 100,00 kr.
- 10:24 Jensen, V.M. & Nielsen, L.P.: *Væje til ungdomsuddannelse 1. Statistiske analyser af folkeskolens betydning for unges påbegyndelse og gennemførelse af en ungdomsuddannelse*. 211 sider. ISBN: 978-87-7487-986-2. Netpublikation.
- 10:25 Espersen, L.D.: *Bekymrende identiteter. Ph.d.-afhandling*. 260 sider. ISBN: 978-87-7487-987-9. Vejledende pris: 100,00 kr.
- 10:26 Høgelund, J., Tørslev, M.K. & Weibel, K.: *Sygemeldte og fortidspensionister med handicap. Jobcentermedarbejderes perspektiver på jobcentrenes indsats*. 101 sider. ISBN: 978-87-7487-986-6. Vejledende pris: 100,00 kr.
- 10:27 Lyk-Jensen, S.V., Jacobsen, J. & Heidemann, J.: *Soldater – før, under og efter udsendelse. Et litteraturstudie*. 92 sider. ISBN: 978-87-7487-989-3. Netpublikation.
- 10:28 Thuesen, F., Holt, H., Jensen, S. & Brink Thomsen, L.: *Virksomheders sociale engagement*. 172 sider. ISBN: 978-87-7487-990-9. Vejledende pris: 170,00 kr.
- 10:29 Jakobsen, V. & Liversage, A.: *Køn og etnicitet i uddannelsessystemet. Litteraturstudier og registerdata*. 175 sider. ISBN: 978-87-7487-991-6. Vejledende pris: 176,00 kr.
- 10:30 Christoffersen, M.N.: *Børnemishandling i hjemmet*. 120 sider. ISBN: 978-87-7487-992-3. Netpublikation.
- 10:31 Jakobsen, T.B., Hammen, I. & Steen, L.: *Efterværn – støtte til tidligere anbragte unge*. 94 sider. ISBN: 978-87-7487-993-0. Vejledende pris: 90,00 kr.
- 10:32 Korzen, S., Fisker, L. & Oldrup, H.: *Vold mod børn og unge i Danmark. En spørgeskemaundersøgelse blandt 8.-klasses-elever*. 127 sider. ISBN: 978-87-7487-994-7. Netpublikation.

- 10:33 Mateu, N.C.: *Hjælpeplanen for spilleafhængige. Kortlægning af telefonsamtaler i Danmark og Norge i perioden 2008-2009*. 50 sider. ISBN: 978-87-7487-995-4. Netpublikation.
- 10:34 Egelund, T., Jakobsen, T.B. & Steen, L.: *"Det er jo min familie!" Beretninger fra børn og unge i slægtspleje*. 126 sider. ISBN: 978-87-7487-996-1. Vejledende pris: 120,00 kr.
- 10:35 Christensen, E.: *Alkoholproblemer og partnervold*. 48 sider. ISBN: 978-87-7487-997-8. Vejledende pris: 50,00 kr.
- 11:01 Liversage, A., Jakobsen, V. & Rode Hansen, I.: *"Det var ikke nemt, men jeg klarede det!" Interviewundersøgelse med etniske minoritetskvinder om uddannelse*. 156 sider. ISBN: 978-87-7119-000-7. Vejledende pris: 150,00 kr.
- 11:02 Filges, T. & Holt, H.: *AC-arbejdskraft i den vestlige del af Region Midtjylland. Muligheder og barrierer*. 96 sider. ISBN: 978-87-7119-001-4. Vejledende pris: 90,00 kr.
- 11:03 Lausten, M., Mølholt, A.-K., Hansen, H., Heiner Schmidt, L. & Aaquist, M.: *Forebyggende foranstaltninger 5-9 år. Dialoggruppe – om forebyggelse som alternativ til anbringelse. Delrapport 3*. 184 sider. ISBN: 978-87-7119-002-1. Vejledende pris: 180,00 kr.
- 11:04 Jacobsen, J. & Lindstrøm, M.: *Lokal integration af førtidspensionister*. 110 sider. ISBN: 978-87-7119-003-8. Vejledende pris: 110 kr.
- 11:05 Deding, M. (red.): *Forskning om tvang i misbrugsbehandling. En kortlægning foretaget af SFI Campbell*. 110 sider. ISBN: 978-87-7119-004-5. Netpublikation.
- 11:06 Oldrup, H., Lindstrøm, M. & Korzen, S.: *Vold mod førskolebørn. Praksis og barrierer for opsporing og underretning*. 110 sider. ISBN: 978-87-7119-005-2. Netpublikation.
- 11:07 Christensen, E.: *Væk fra Grønland. Udsatte grønlandere, der er flyttet til Danmark med deres børn*. 88 sider. ISBN: 978-87-7119-006-9. Vejledende pris: 90,00 kr.
- 11:08 Thomsen, L.B. & Høgelund, J.: *Handicap og beskæftigelse. Udviklingen mellem 2002 og 2010*. 140 sider. ISBN: 978-87-7119-007-6. Vejledende pris: 140,00 kr.
- 11:09 Bengtsson, S., Hansen, H. & Røgeskov, M.: *Børn med en funktionsnedsættelse og deres familier. Den første kortlægning i Norden*. 108 sider. ISBN: 978-87-7119-008-3. Vejledende pris: 110,00 kr.

# BØRN MED EN FUNKTIONSNEDSÆTTELSE OG DERES FAMILIER

## DEN FØRSTE KORTLÆGNING I NORDEN

For første gang i en nordisk sammenhæng sammenlignes familier, som har et barn med en funktionsnedsættelse, med familier i almindelighed. Både børnene og børnenes mødre er blevet interviewet til undersøgelsen. Alle børnene er 11 år på interviewtidspunktet.

Undersøgelsen viser blandt andet, at forældre til børn med en funktionsnedsættelse ikke går mere fra hinanden end andre forældre gør. Men flere af mødrene er enlige fra starten, og når de bliver enlige, indleder de sjældnere et nyt forhold.

Undersøgelsen viser desuden, at børn med en funktionsnedsættelse har meget vanskeligere ved at få venner, end andre børn har, og at de er en del mindre sammen med kammerater.

Undersøgelsen er finansieret af Socialministeriet med satspuljemidler.