



Norges
byggforsknings-
institutt
1975
særtrykk
233

Om funksjonshemmede

/ ex2

INNLEDNING

Innledningsvis må jeg komme med en beklagelse. Dette foredraget kommer ikke til å handle om funksjonshemmede generelt, men bare om bevegelseshemmede. Utover de bevegelseshemmede snakker en om blinde/svaksynte, døve, talehemmede, foruten om psykisk funksjonshemmede og sosialt funksjonshemmede. Alle disse kategorier er svært generelle og kunne trenge nærmere avklaring i en innledning som dette. Det er ikke bare bevegelseshemninger som gir grunnlag for å stille krav til boliger. I «Astma- og Allergi-nytt» nr. 5/1973 er der en liten artikkel av Jaran Apold: «God bolig - hvilke krav kan det være grunn til å stille?» Etter min vurdering er denne artikkelen en kortfattet og grundig fremstilling av krav til boligen som allergikerne stiller. F. eks. at det lett samler seg støv i leiligheter, betyr at ubehandlet betong, teglstein, strie, tapeter med særlig kraftig relieff og panel med smale fuger ikke er hensiktsmessig materiale på vegger. De konkrete krav i artikkelen er mange. Astma kan også gi bevegelseshemninger slik at heis er nødvendig i bygg med flere etasjer. Det er neppe galt å gå ut fra at bevegelseshemninger er en stor undergruppe av funksjonshemninger og de som stiller de mest entydige krav til bygningsmiljøet. Dette, sammen med det enkle faktum at vi som arbeider med disse problemene på Norges byggforskningsinstitutt, ikke har rukkert lengre i vårt arbeide med bolig og funksjonshemming, er årsaken til avgrensningen.

Det å snakke om bevegelseshemmede alene, er heller ikke entydig. I diskusjoner om hvem man skal ta hensyn til, støter vi av og til på problemet om en f. eks. skal gå så langt som å stille krav til boligens utforming ut fra sterkt pleietrengende personer: Skal for eksempel dører og passasjer normeres etter de passasjemål som en sengeliggende pleiepasient i en «rulleseng» måtte trenge? Eller problemet kan være stilt på en annen måte: Betyr krav til utbyggingen av boligområder på vegne av bevegelseshemmede at en i Norge ikke kan bygge hus i sterkt skrånende terreng?

Slike problemstillinger tror jeg imidlertid har lett for å tilsløre de viktigste forhold. I praksis er det en mangfoldighet av problemer som kan ryddes av veien. Norges Vanførelag og andre har til stadighet påpekt nødvendigheten av å ha heis

som et alternativ til trapper, at en fjerner terskler og nivåforskjeller, at en får tilstrekkelig bredde på dører og tilstrekkelig plass på bad og toalettrom.

Problemene er så utbredt på grunn av disse enkle forhold, at vi burde kunne enes om å forsøke å rydde opp i dette. Diskusjonen omkring «hvor langt en skal gå», blir lett akademisk.

Noe som ikke er akademisk, men som trenger dokumentasjon ved seriøse undersøkelser, er hvor mange mennesker bevegelseskrav til boligen gjelder. Dette vil være hovedpoenget i mitt innlegg.

Om måter å resonnerer på.

I en innledning om bevegelseshemmede vil en kanskje først og fremst vente å høre om definisjon av begrepet. Rent teknisk kan det i og for seg være vel og bra, ved f. eks. å henvise til kriterier som sykdom i beve-



Ole Gulbrandsen

gelsesorganene o.s.v. Men dette har etter min mening ofte ført til gale resonnementer om hvem og hvor mange som er bevegelseshemmede, og derfor vil jeg først resonnerer litt omkring dette.

Det fins mange undersøkelser om handikappede. En av de mest omfattende i de nordiske land er en danske «Fysisk handikappede i Danmark» (Teknisk forlag København 1964). Den ble utført i 1962 og omfattet ca. 10 000 husstander. Jeg nevner denne spesielt fordi den er så omfattende og grundig og samtidig så typisk for en måte å resonnerer på.

Om undersøkelsens formål heter det:

«Å skaffe til veie et pålitelig bilde av så vel antallet (uthevet av meg, O. G.) av fysisk handikappede her i landet, som av deres fordeling

på diagnosegrupper, kjønn, alder, utdannelse m. v., samt å belyse behovet for bistand o.s.v.)

(Rapporten, bind 1, side 23.)

Undersøkelsen fant også ut antallet fysisk funksjonshemmede i Danmark, nemlig 6,5 % av alle mellom 15 og 61 år. Videre fant en at antallet fysisk funksjonshemmede er langt større blant de eldre enn blant de yngre.

Det som jeg vil fremheve som en «typisk måte å resonnerer på», er at en la hovedvekten på å finne ut «*hvor mange fysisk funksjonshemmede har vi med å gjøre*». I motsetning til å stille spørsmålet om hvor mange som med stigende alder *etter hvert vil komme til å bli fysisk funksjonshemmede*. - Undersøkelsen er rapportert i 5-6 bind, men bare fire sider i bind 2 skriver om antallet fysisk funksjonshemmede i forhold til alder.

Hvorfor dette har en så avgjørende betydning, skal jeg komme tilbake til. Men kort sagt er dette en skjebnesvanger feil i måten å vurdere antallet fysisk funksjonshemmede på, fordi husene og bygningsmiljøet som oftest overlever beboerne. Et hus kan være ideelt for en ung familie, men bort imot ubrukbart når beboerne har fylt 50 år.

Den norske landsomfattende boligundersøkelsen av 1967 ble analysert med henblikk på antallet funksjonshemmede og rapportert i boken «Handikappede i velferdsstaten» av Bente Puntervold Bø i 1970 (Universitetsforlaget). Antallet funksjonshemmede en fant var omtrent det samme som i den danske undersøkelsen, nemlig 6,5 %, selv om denne undersøkelsen omfattet flere aldersgrupper og handikap-grupper enn den danske. Det som imidlertid kom fram som nærmest

sensasjonelt, var at en fant at i hver femte norske husholdning bor det en funksjonshemmet.

Dette er faktisk tilfelle, men et faktum en ikke tidligere har fått øynene opp for.

Forklaringen er enkel: I den danske handikapundersøkelsen spurte en først og fremst om antallet handikappede uten å reflektere over at folk, funksjonshemmede eller ikke, gjerne bor sammen i én husholdning. For oss som arbeider med boligspørsmål, burde det være selv sagt at vi først og fremst er interessert i antallet funksjonshemmede i forhold til boligene, og ikke i forhold til mennesker totalt, som om alle bodde hver for seg. Det er åpenbart at ut over de plager en funksjonshemmet person har, vil de øvrige familiemedlemmer belastes om de er aldri så friske og sterke.

Men heller ikke denne måten å betrakte problemet på, er korrekt etter min mening. Vi stiller med et produkt, boliger, som ikke uten videre kan skiftes ut dersom det ikke lenger er hensiktsmessig, og som heller ikke uten videre kan ombygges eller tilpasses endrede behov. Derfor må vi allerede når vi planlegger og bygger en ny bolig eller ny bygning, vurdere hvilke problemer som kan komme til å oppstå i framtiden. Det er ut fra en slik tankegang at vi må betrakte og tolke undersøkelser som er ment å si noe om hvor mange funksjonshemmede vi vil ha med å gjøre.

Hvor mange mennesker skal vi planlegge og bygge «handikappvennlig» for?

Svaret på spørsmålet for Norges vedkommende er over halvparten av de norske husholdningene. For å dokumentere dette, skal jeg gjennomgå to

svenske undersøkelser. - Men først skal jeg gjenta hvorledes jeg mener den riktige måten å resonnerer på er: I den norske boligundersøkelsen av 1967 fant en 6,5 % funksjonshemmede av alle personer i Norge Disse spredte seg rundt i forskjellige husholdninger (eller boliger) slik at hver femte husholdning har en funksjonshemmet. Men i og med at antallet med funksjonshemming stiger når personene blir eldre, betyr dette at av alle boliger vil det i over halvparten *etter hvert komme til* å bo en funksjonshemmet (selv om det til enhver tid bare er 20 % som i øyeblikket har en funksjonshemmet. Boligen står der relativt uforanderlig mens beboerne forandres. Det å bli eldre eller gammel - 50, 60 eller 70 år, er en sikker prognose for de fleste av oss.

Med dette mener jeg ikke at over halvparten av den norske befolkning kommer til å havne i rullestolen. Min påstand er altså at omtrent halvparten, eller kanskje så mange som 2/3 av de norske husholdninger, vil komme til å få ett eller flere av sine medlemmer bevegelseshemmet i lavere eller høyere grad.

Avgjørende for holdbarheten av denne påstanden er selvsagt hva vi legger i begrepet bevegelseshemmet. Den vanlige bruken av ordet har vært noe slikt som «hemmet i sine bevegelser ut fra sykdommer i bevegelsesorganene eller andre organer som har hatt nedsatt bevegelsessevne som konsekvens, f. eks. lunge- og hjertesykdommer».

Definisjonen har altså vært knyttet til sykdommer. For at samfunnet skulle yde hjelp til en bevegelseshemmet, innebærer en slik definisjon at sykdommen må ha vært oppdaget eller diagnostisert på et eller

annet tidspunkt, og av medisinsk sakkyndig. For bl. a. oss som er interessert i planlegging av boligområder, er et slikt utgangspunkt for definisjon utilstrekkelig. Vi trenger en definisjon av bevegelseshemming som gjør oss i stand til å bygge en kvalitativt god bolig for folk flest, enten de er syke eller ikke. En rommelig bolig, heis hvis boligen har flere etasjer, en bolig med tilstrekkelig bredde på passasjer og dører, er kvalitetskrav som alle er interessert i. Slike krav er egentlig krav til boligstandard generelt, og får særlig betydning for de mange som med alderen får nedsatt sin funksjonsdyktighet i høyere eller lavere grad.

I den danske handikapundersøkelsen var en klar over vanskelighetene rundt dette, og de satte opp to mulige måter å definere fysiske handikap på:

- a. Som den ene muligheten satte de opp det å velge kriterier som består i de *vanskeligheter* en person med fysiske sykdommer eller defekter faktisk møter.
- b. Som den andre muligheten kriterier som består i de fysiske sykdommers eller defekters *art og grad*.

I den danske undersøkelsen valgte en den andre muligheten som utgangspunkt for undersøkelsen. Riktignok mente en at ved å ta utgangspunkt i *vanskelighetene* og ikke i sykdommene, lettere kunne komme inn på livet av rehabiliteringsmulighetene for de forskjellige personer med fysisk handikap. Videre vil en også være mindre bundet rent metodisk av å innhente medisinske sakkyndiges opplysninger om den handikappede.

Men motargumentene ble avgjørende:

- En antok at en ikke ville få med de som hadde «rehabilitert seg selv», det vil si de som greidde seg godt tross vesentlige fysiske handikap.
- Dessuten ville en kunne komme til å ta med tilfeller med personer som hadde vanskeligheter som slett ikke behøvde ha sin årsak i den fysiske defekt, f. eks. en arbeidsløs med en mindre legemlig defekt som var uten betydning for arbeidsløsheten.

En ble derfor stående ved følgende definisjon av fysisk handikappede:

«Ved et fysisk handikap forstås en lengervarende fysisk sykdom eller defekt av en slik art og grad, at den for en ugift og ufaglært arbeider uten videre støtte fra omgivelsene og med begavelse, energi og stabilitet på det jevne (under gjennomsnittet) i alminnelighet medfører betydelige vanskeligheter ved å klare seg i tilværelsen på like fot med en frisk.»

(Bind I, side 37.)

Svakheten ved denne definisjon ligger i to ting:

For det første er handikappet bundet til en «lengerevarig fysisk sykdom eller defekt». Dette innebærer at det må foreligge tilstrekkelig klare opplysninger som kan gi grunnlag for en diagnose.

For det andre er målestokken for hva som er «betydelige vanskeligheter» bundet til skjønn – i praksis i denne undersøkelsen en bedømmelse av to leger.

De foretok bedømmelsen uavhengig av hverandre, og etter følgende synspunkter:

«Nivået måtte ikke legges så høyt at kun de aller sterkest fysiske handikappede ble tatt med. De sykdomsgrupper som er typisk for det praktiske

rehabiliteringsarbeide, måtte i videst mulig omfang komme med som handikappede.

Nivået måtte på den andre siden heller ikke ligge så lavt at handikapbegrepet i undersøkelsen fjernet seg fra det en i dagligtale oppfatter som handikappede lidelser.»

(Bind I, side 50.)

For vårt formål – å planlegge gode boliger – er denne definisjonen ikke formålstjenlig. Satt på spissen kan vi tenke oss at en 50-åring med ryggplager, som kan være temmelig vanlig for 50-åringer, ikke blir karakterisert som bevegelseshemmet, til tross for at ryggplagene kan skaffe vedkommende mye bry og plager f. eks. i forbindelse med husarbeide.

Det fins to svenske undersøkelser som har angrepet disse problemene på annen måte. Den ene er den såkalte Göteborgundersøkelsen, «Hälsa – Yrke – Bostad i Göteborg år 1964». (Göteborgs Stads Statistisk Kontor, 1966.)

Den andre undersøkelsen er helsedelen i Låginnkomstutredningen: «Den vuxna befolkningens hälsotillstånd», Sten Johansson. Allmena forlaget 1970.

Det viktige for oss ved disse to undersøkelsene ligger i at de graderer nedsatt fysisk funksjonsdyktighet, eller bevegelseshemming, fra det helt ekstreme til det helt bagatellmessige. Det blir dermed opp til oss å avgjøre hva vi mener er relevant for vårt formål. Vi slipper å underkaste oss en utsiling av hvem som har betydelige bevegelsesvansker i forveien.

Begge undersøkelsene er ganske omfattende, men jeg skal bare beskrive de deler som har med bevegelsesvanskene å gjøre.

Hälsa – Yrke – Bostad i Göteborg 1964 hadde som formål å kartlegge forekomsten av fysisk

funksjonshemmede i Göteborg. Undersøkelsen tok bl. a. sikte på å gi informasjon og veiledning til planleggingen av boliger og boligområder, utforming av offentlige kommunikasjonsmidler, foruten helse og rehabiliteringsservice.

Undersøkelsen omfattet personer opptil 64 år. Det statistisk tilfeldige utvalget besto av 1100 husholdninger, eller 2817 personer i disse husholdningene. Bortfallet var på 9,5 % av disse uttrukne husholdningene. Det var særlig enslige personer og gifte kvinner i alderen 45-64 år som en ikke oppnådde intervju med.

Undersøkelsesmetoden besto i intervju med personene, samt legeundersøkelser av de personer som en etter intervjuene mistenkte for å ha noen sykdommer eller funksjonsnedsettelse. 820 personer eller 29 % ble legeundersøkt. 725 ble bedømt å være «ikke friske» (26 %), og de gjennomgikk en særlig undersøkelse om bl. a. funksjonsnedsettelse. Av de voksne, altså mellom 16 og 64 år, var 684 personer (eller 32 % av alle voksne) som gjennomgikk denne grundige undersøkelsen.

32 % av de voksne hadde altså en eller annen sykdom. Men fysisk funksjonsnedsettelse opptrådte hos bare hver tiende av alle.

De funksjonsnedsettelse en oppdaget, altså hos hver tiende voksen, dreide seg om følgende fire hovedgrupper:

1. Funksjonsnedsettelse med hensyn til tyngre husarbeid: 1,8 %.
2. Funksjonsnedsettelse med hensyn til forflytning: 1,9 %.
3. Funksjonsnedsettelse med hensyn til både tyngre husarbeid og forflytning: 4,7 %.

4. Funksjonsnedsettelse med hensyn til husarbeid, forflytning og «self-care» (stille seg selv): 1,4 %.
- Sum med funksjonsnedsettelse: 9,8 %.

Det legeteam som foretok undersøkelsene gjorde også en subjektiv bedømming av funksjonsnedsettelsene. Denne bedømmingen resulterte i at $\frac{2}{3}$ av de med faktisk funksjonsnedsettelse (de 9,8 %) ble bedømt å ha en egentlig bevegelseshemming, den øvrige $\frac{1}{3}$ ble bedømt til å ha bare ubetydelig bevegelseshemminger. (Rapporten, del II, side 38.)

Men i tillegg ble en del av de som ikke i første omgang ble registrert med bevegelseshemming bedømt som å ha nedsatt funksjonsevne når legene foretok denne subjektive bedømmelsen. Disse utgjorde omtrent like mange (ca. 70 personer) som den $\frac{1}{3}$ som så å si falt bort fordi deres bevegelseshemminger var ubetydelige.

De som gjennomførte undersøkelsene, tok konsekvensen av vanskelighetene med å få de subjektive bedømmelsene til å passe overens med de faktiske registrerte funksjonsnedsettelsene på den måten at de i den videre analysen av undersøkelsesmaterialet bare baserte seg på de faktisk registrerte funksjonsnedsettelsene, selv om de noen ganger ble bedømt som ubetydelige. En ble altså stående ved 9,8 % av de voksne som hadde en faktisk funksjonsnedsettelse.

Måten en kom fram til dette tallet, altså 9,8 % med funksjonsnedsettelse, var følgende:

Legen undersøkte om en person kunne gå inne i boligen, gå i trapper, bruke heis, gå ute og lignende ting. (Se bilag i rapporten del II.)

Funksjonsnedsettelsen hos personen ble registrert hvis personen delvis eller helt hadde vanskeligheter med de forskjellige aktivitetene etter følgende skjema:

Eksempler:

Gang i boligen.

Ingen nedsettelse av evnen - normalt, d.v.s. uten vanskeligheter, uten hjelpemidler.
Delvis nedsettelse - med vanskelighet (må f. eks. støtte seg til møbler eller veggen), med hjelpemiddel (iblant).
Helt umulig - ikke en gang med hjelpemidler, muligens med personhjelp.

Gang i trapper.

Ingen nedsettelse av evnen - greier to trapper (å 17-20 trinn) uten hjelpemidler, uten nevneverdig anpustenhet, uten å stoppe.
Delvis nedsettelse - med hjelpemidler (dette inkluderer rekkverk), anpusten allerede etter en trapp, bare lave trappe-trinn (lik eller mindre enn 15 cm).
Helt umulig - situasjonen for en rullestolbundet person, respektive om en må stoppe etter et par trappe-trinn.

Gang ute.

Ingen nedsettelse av evnen - kan uten hjelpemidler gå i hvert fall 1-2 km, klare bakker og terreng.
Delvis nedsettelse - bare med hjelpemiddel respektive bare kortere strekninger, ikke bakker eller terreng.
Totalt umulig - helt rullestolbundet.

Hurtig gang ute.

Ingen nedsettelse av evnen - klare 200-300 m (uten anpustenhet, hjerteklapp etc.).
Delvis nedsettelse - klare bare 5-10 m.
Helt umulig - kan ikke.

Tyngre husarbeid.

Ingen nedsettelse av evnen – klarer stor-rengjøring, storvask, mattebanking, vinduspussing etc. uten annen hjelp enn den som normalt forekommer i en husholdning.

Delvis nedsettelse – klare ovenstående bare med stor vanskelighet eller delvis, alternativt behøver hjelp med visse funksjoner.

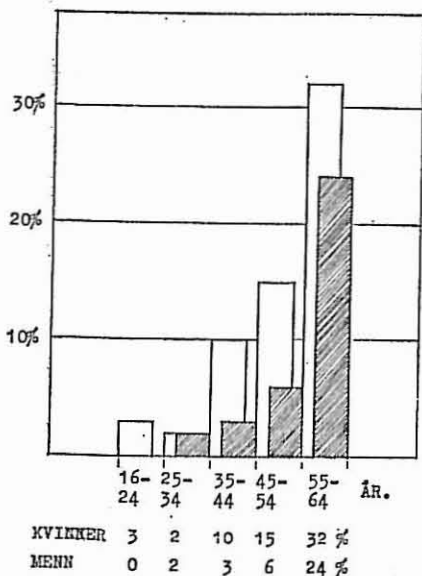
Helt umulig – må ha hjelp med samtlige funksjoner.

Dette er altså grunnlaget for bedømmelsen. Noen vil kanskje si at mange bagatellmessige forhold er tatt med: F. eks. kan det være vanskelig for noen og enhver å banke tunge tepper (uten annen hjelp enn det som normalt forekommer i en husholdning).

Til det er å si for det første at vi må gå ut fra at bedømmingen har vært gjort med fornuft. For det andre er det relativt sjelden at en person har nedsatt funksjonsevne på bare ett av punktene. Som regel opptrer en nedsatt funksjonsevne i

Fig. 1

Funksjonsnedsettelse etter alder, legeundersøkelser Göteborgunders. 1964 (tab. 4.1.2, s. 22, del II)



ett henseende sammen med flere. For det tredje er det lett å undervurdere hva det har å si at en person som skal stelle et hus har kreftene og funksjonsevnen i behold. Ikke bare teppebanking, men vinduspussing, rengjøring, handling av dagligvarer o.s.v. er alle relativt nødvendige funksjoner å kunne greie i en husholdning. Er husmoren bevegelseshemmet, eller boligen tungstelt, kan dette ha stor innvirkning på dagliglivet i husholdningen, og videre på

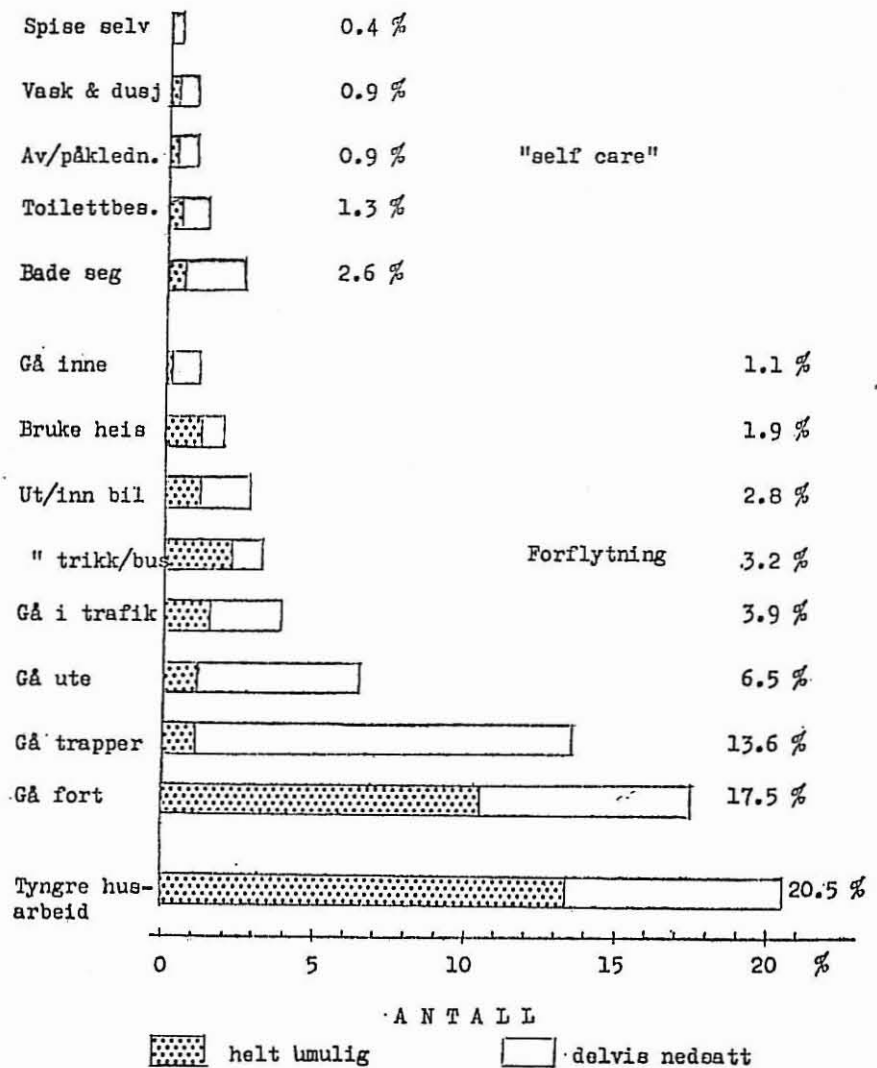
hvor lenge relativt ubetydelig funksjonsnedsettelse går over fra å være ubetydelig til sterkt funksjonshemmede på grunn av slitasje og forverring av tilstanden.

Jeg skal i korthet presentere resultatene av undersøkelsen slik jeg mener vi må være oppmerksomme på dem. Helt eller delvis nedsettelse av funksjonsevnen på ett eller flere av kriteriene opptrådte i forskjellige aldersgrupper som følgende (se fig. 1):

Fig. 2

Antall kvinner med nedsatt funksjonsevne av forskjellige slag, aldersgruppen 45 - 64 år.

Fra Göteborgundersøkelsen, tab.24. Utvalg: 463 kvinner.



Hovedpoenget her er økingen med stigende alder. Som jeg senere skal komme tilbake til, er det få eller ingen sykdom eller plager som viser en tilsvarende sterk øking med alderen.

Av tallene ser vi også at kvinner i høyere grad enn menn får nedsatt fysisk funksjonsdyktighet. Dette øker betydningen av å ta dagliglivsaktivitetene i hjemmet alvorlig, som f. eks. tyngre husarbeid.

Hvilke funksjoner som var nedsatt, skal jeg gjøre nærmere rede for. Siden kvinner i aldersklassen 45-64 år er mest utsatt, skal jeg vise detaljene omkring funksjonsnedsettelse for dem. (Se fig. 2.)

Setter vi disse undersøkelsesdata sammen og lager en kurve, blir resultatet omtrent som vist på figur 3. Disse kurvene er basert på samme tallmaterialet, men de forskjellige typer funksjonsnedsettelse er delt opp innenfor kurvene.

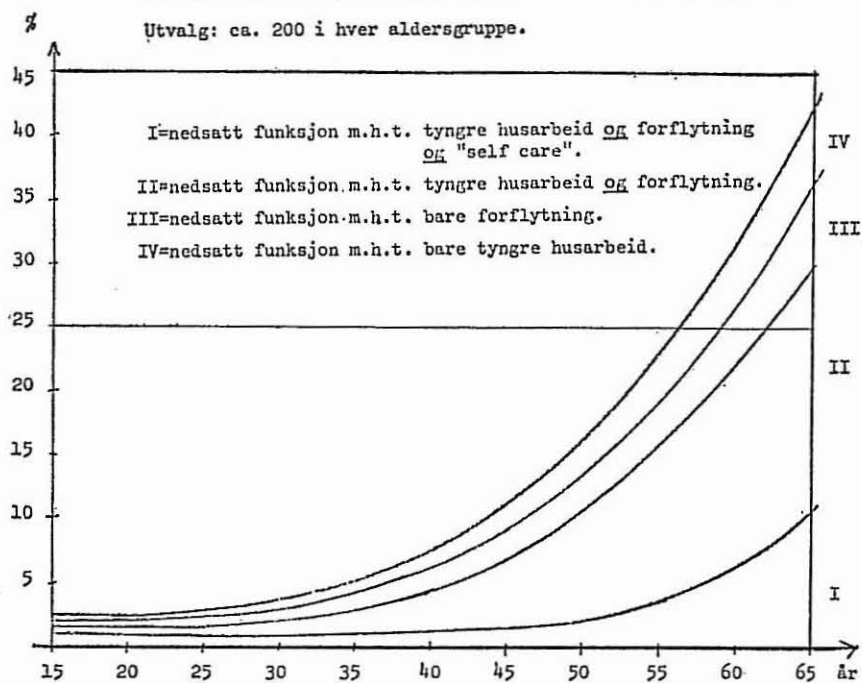
Tallmaterialet er relativt lite, slik at det egentlig er galt å tegne så pene kurver som her er gjort. Imidlertid har jeg våget å gjøre det, fordi utviklingen ser ganske jevn ut, og fordi at den andre undersøkelsen jeg skal omtale, viser samme bilde.

Låginnkomstutredningen.

Låginnkomstutredningen er en svensk landsomfattende intervju-undersøkelse med et utvalg på ca. 6000 personer i alderen 15 til 75 år. Undersøkelsen er rapportert i 1970.

Ett viktig generelt resultat av helse spørsmålene i undersøkelsen, er at de aller fleste sykdommer viser en svak eller sterk økning med alderen. (Enkelte sykdommer og besvær som hodepine, forkjølelse og hoste, magebesvær og anemi, viser en tendens til nedgang ved økende alder.)

Fig. 3 Nedsatt funksjonsevne hos kvinner med stigende alder.
Fra Göteborgundersøkelsen, tabell 2 i tabellbilaget, s.6.
Utvalg: ca. 200 i hver aldersgruppe.



Base	16-24 år 202 abs. %	25-34 år 186 abs. %	35-44 år 262 abs. %	45-54 år 248 abs. %	55-64 år 215 abs. %					
Funksjon IV	—	2	1,1	9	3,4	14	5,6	5	2,3	
— III	2	1,0	—	5	1,9	5	2,0	6	2,8	
— II	1	0,5	1	0,5	10	3,8	16	6,5	44	20,4
— I	2	1,0	—	—	3	1,1	3	1,2	13	6,1
Sum m/ funksjonsneds.	5	2,5	3	1,6	27	10,2	38	15,3	68	31,6

I Nedsatt funksjon m. h. t. tyngre husarbeid og forflytning og «self-care».
II Nedsatt funksjon m. h. t. tyngre husarbeid og forflytning.
III Nedsatt funksjon m. h. t. bare forflytning.
IV Nedsatt funksjon m. h. t. bare tyngre husarbeid.

Kvinner, nedsatt funksjonsevne i forskjellige henseender, etter alder. (Göteborg-undersøkelsen «Hälsa - Yrke - Bostad i Göteborg år 1964, Göteborgs Stads Statistisk Kontor, Klädpressaregatan 1, Göteborg C. 1966», tab.bilag, tab. 2, s. 6).

Bevegelsesvanskene står i særklasse ved at de viser den aller sterkeste økingen med alderen. På samme måte som i Göteborg-undersøkelsen viser det seg også at det er kvinner som er mest utsatt for bevegelsesvansker.

Det spørsmålene baserte seg på når det galdt undersøkelse av nedsatt bevegelighet, er følgende:

1. Kan De spasere 100 m noenlunde raskt uten besvær?
2. Kan De gå opp eller ned trapper uten besvær?
3. Kan De springe 100 m uten større besvær?

Spørsmålene er konkrete og lette å forstå, men de er klart subjektive og baserer seg på intervjupersonenes egen bedøm-

ming av «uten (større) besvær». Spørsmålet ble kontrollert ved et par metodiske prøver, dels re-intervjuing, og dels ved legeundersøkelse. Resultatene stemmer overens med de en fant i Göteborg-undersøkelsen.

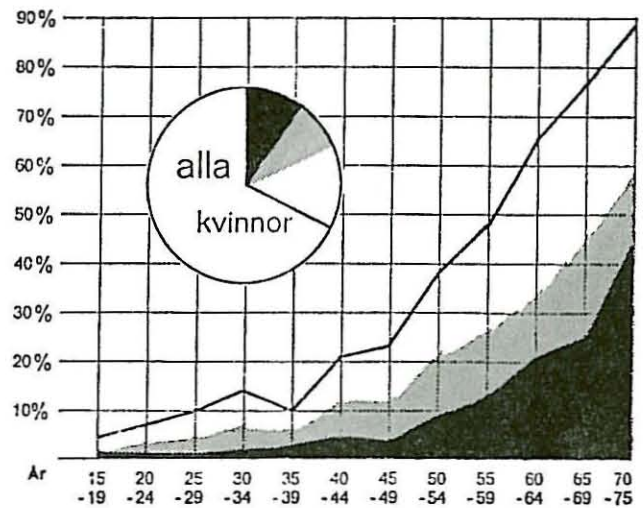
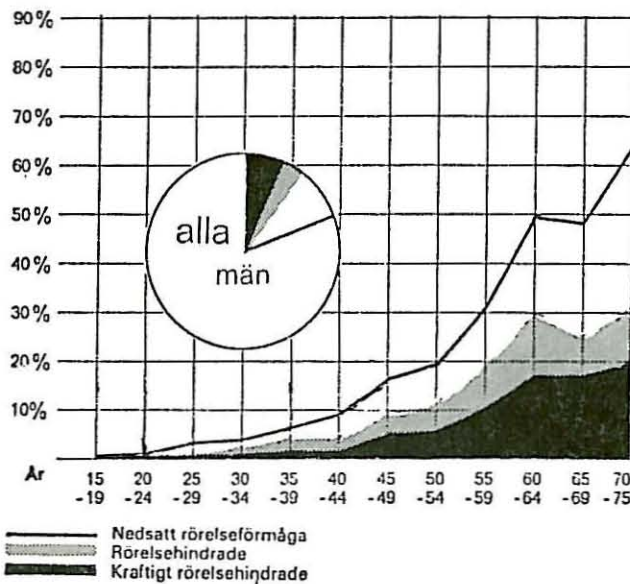
Hvis en person svarte nei på alle tre spørsmål, ble personen karakterisert som kraftig bevegelseshemmet. Bare «bevegelseshemmet» ble de kalt som ikke klarer trapper eller ikke kan spasere 100 m noenlunde raskt uten besvær.

«Nedsatt bevegelseevne» har de som ikke kan springe 100 m, men som greier trapper og som kan gå 100 m uten særlige vansker.

Resultatet ble som følgende kurver viser:

Diagram 3:1.

Andelar av skilda åldersgrupper med olika grader av nedsatt rörelseförmåga



Låginnkomstutredningen, bind 3, s. 26

Konklusjon.

Når vi baserer oss på de to svenske undersøkelsene, viser det seg at nedsatt bevegelse i lavere eller høyere grad opptrer hos omtrent $\frac{1}{3}$ av alle kvinner og omtrent $\frac{1}{4}$ av alle menn før fylte 70 år. Bevegelseshemmingene viser en sterk økning fra 45 års alderen hos begge kjønn.

Størstedelen av kvinner og menn bor sammen i husholdningen, og vi må gå ut fra at minimum $\frac{1}{3}$ og opptil over halvparten av husholdningene vil

ha behov for en bolig som er bygd med tanke på beboernes nedsatte bevegelse. Etter 70 års alderen er antallet husholdninger med personer med nedsatt bevegelse betydelig større. Før fylte 75 år er antallet kvinner med nedsatt bevegelse steget til ca. 50 %. Det er derfor rimelig å anta at langt over halvparten av husholdningene har, eller vil komme til å ha behov for en «handikappvennlig» bolig.

«Nedsatt bevegelse» innebærer blant annet at personen

har svart nei på spørsmålet om de kan «gå i trapper uten besvær».

Etter boligundersøkelsen 1967 var det i Norge 61 % av husholdningene som bodde i leiligheter som hadde trappeadkomst eller innvendig trapp. Bare 2 % hadde adgang til heis. (NBI, upublisert tabell.) Boligbyggingen i Norge bør derfor i langt høyere grad enn det hittil har vært praktisert basere seg på de funksjonskrav som nedsatt bevegelse hos beboerne innebærer.

ALLTIDENNIGSOPPLAGS
 Ved hjelp av



95YJ00848

Foredrag på Norges Handikapforbunds seminar: «Programmering og planlegging av utbyggingsområder», Fagernes, 10. og 11. oktober 1974.

Særtrykk fra «Handikapnytt», organ for Norges Handikapforbund nr. 1 - 1975.
SOLGLIMT TRYKKERI A.s - 6860 SANDANE