

**Socialt deltagande och tillgång till service:
Upplevda hinder och hur de kan reduceras**

Lena Dahlberg, Åsa Bruhn, Marika Marusarz,
Kevin McKee, Päivi Turunen
Dalarnas forskningsråd, 2012-06-27



ISBN 978-91-86397-32-6

Projektrapport Dalarnas forskningsråd

ÄldreForum

© Dalarnas forskningsråd och författarna 2012

Innehåll

Sammanfattning	
<i>Lena Dahlberg</i>	5
Introduktion	5
Syfte, design och metod	5
Resultat	6
<i>Begränsningar i dagliga aktiviteter</i>	6
<i>Deltagande</i>	6
<i>Hinder för samhällsdeltagande och tillgång till service</i>	7
<i>Hinder i den sociala miljön</i>	7
<i>Otillräckliga transporter</i>	9
<i>Hinder i den fysiska miljön</i>	10
<i>Funktionsnedsättning och ohälsa som hinder</i>	11
<i>Ensamhet och välbefinnande</i>	11
<i>Arbete med att reducera hinder</i>	11
<i>Skillnader mellan lands-/ glesbygd och städer</i>	12
Rapportens disposition	12
Delstudie 1: Befolkningens upplevelser av hinder för aktivt socialt deltagande och tillgång till service	
<i>Lena Dahlberg & Kevin McKee</i>	14
Introduktion	14
Metod och genomförande	15
Resultat	17
<i>Kön, ålder och allmänt hälsotillstånd</i>	17
<i>Begränsningar i dagliga aktiviteter</i>	17
<i>Civilstånd, boendetyper, sysselsättning och inkomst</i>	18
<i>Vård, omvårdnad, omsorg och hjälp</i>	19
<i>Att ge omsorg eller stöd till en anhörig</i>	20
<i>Hjälpmedel för förflyttning, hörsel och syn</i>	21
<i>Ensamhet</i>	22
<i>Välbefinnande</i>	22
<i>Funktionsförmåga</i>	22
<i>Deltagande i samhällslivet och tillgång till service</i>	23
<i>Jämförelse mellan lands-/ glesbygd och städer</i>	30
Sammanfattande diskussion	30
Referenser	32

Delstudie 2. Organisationsföreträdares syn på tillgänglighet till service och samhällsdeltagande för äldre och funktionshindrade

<i>Marika Marusz & Päivi Turunen</i>	34
Studiens syfte och kapitlets disposition	34
Metod och genomförande	35
<i>Undersökningsmaterialet och kommentarer</i>	36
<i>Typer av organisation och dokument</i>	36
Centrala begrepp och utgångspunkter för studien	39
Centrala aspekter av funktionshinderspolitiken	41
<i>Från handikappolitik till funktionshinderspolitik</i>	41
<i>Funktionshinderspolitikens delmål och insatser</i>	42
<i>Hinderfritt samhälle för alla</i>	44
<i>Landsting, kommun och staten</i>	45
Resultat	46
<i>Permobilerna kommer inte in i bussen</i>	46
<i>Hårda bestämmelser hindrar</i>	47
<i>Är samhället tillgängligt främjar det deltagandet</i>	48
<i>Varför hade initiativen tagits?</i>	50
<i>Hur hade initiativen fallit ut?</i>	51
<i>Nya idéer</i>	51
Sammanfattande analys	52
Diskussion	55
Referenser	57

Delstudie 3. Hinder att undanröja. Fokusgrupper med de berörda

<i>Åsa Bruhn, Marika Marusz & Päivi Turunen</i>	60
Syfte och frågeställningar	60
Metod	60
<i>Urval av deltagare</i>	61
<i>Genomförande och analys</i>	61
Resultat	62
<i>Upplevda hinder för deltagande till samhällslivet och tillgänglighet till service</i>	63
<i>Åtgärder för att underlätta deltagande och öka tillgänglighet till service</i>	71
Sammanfattning och diskussion	75
Referenser	78

Sammanfattning

Lena Dahlberg

Introduktion

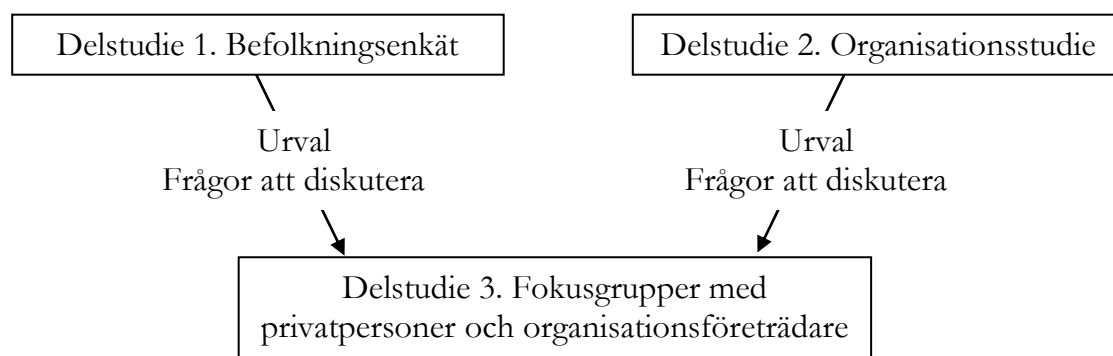
Den här studien handlar om hur befolkningen upplever sina möjligheter att delta aktivt i samhällslivet och ta del av service. Det kan röra sig om att träffa släkt och vänner, delta i kulturella aktiviteter, fritidsaktiviteter, politiska aktiviteter eller andra aktiviteter i lokalsamhället, men också om att kunna ta sig till arbetet eller skolan, göra inköp, gå till vårdcentralen, betala räkningar och så vidare. Studien handlar om vilka hinder människor möter när de vill delta aktivt i samhällslivet eller ta del av service, men inte minst handlar den om hur olika organisationer – kommuner, landsting, företag, frivilligorganisationer med flera – på lands-/glesbygd och i städer arbetar och kan arbeta för att minimera dessa hinder.

Studien finansierades av Tillväxtverket och Dalarnas Regionala Serviceprogram, och genomfördes i samverkan mellan Dalarnas Forskningsråd och Högskolan Dalarna.

Syfte, design och metod

Studien syftade till att identifiera vilka fysiska och sociala hinder som människor möter när de vill delta i samhällslivet eller ta del av olika typer av service; hur olika organisationer idag arbetar med att förebygga och undanröja dessa hinder; vilka åtgärder som kan vidtas för att underlätta deltagande i samhällslivet och öka tillgängligheten till service; samt fastställa om det finns några skillnader mellan lands-/glesbygden och städer. Den bestod av tre delstudier, vilket illustreras i Figur 1.

Figur 1. Studiens design med tre delstudier



I delstudie 1 identifierades vilka fysiska och sociala hinder människor möter när de vill delta i samhällslivet eller ta del av service. Den genomfördes med hjälp av en enkät till ett slumpmässigt urval om 6 000 personer i åldern 16 år eller äldre boende i Dalarnas län. Enkäten besvarades av 3 171 personer (svarsfrekvens: 52,9%). Av dessa var 13,3 % (421 personer) begränsade i sina dagliga aktiviteter till följd av långvarig sjukdom, funktionsnedsättning, psykisk ohälsa, eller skör-/svaghet på grund av ålder. Dessa 421 personer besvarade en längre enkät.

I delstudie 2 identifierades hur olika organisationer idag arbetar med att förebygga och undanröja hinder för socialt deltagande och tillgång till service. Den här delstudien byggde på en enkät med 17 organisationsföreträdare samt en dokumentanalys. Organisationsföreträdarna representerade Avesta, Malung och Falun kommuner, Röda korset, näringslivsbolag, privata omsorgsbolag, kooperativ och Landstinget Dalarna.

I delstudie 3 identifierades upplevda hinder och vilka åtgärder som kan vidtas för att underlätta socialt deltagande samt öka tillgängligheten till service. I denna delstudie arrangerades fokusgrupper, där personer som upplevde hinder (totalt 13 personer från delstudie 1) fördes samman med organisationsföreträdare (totalt 7 personer från delstudie 2). Fokusgrupperna genomfördes på tre platser med varsitt huvudfokus: i Malung med fokus på transporter; i Hedemora med fokus på fysisk tillgänglighet; och i Falun med fokus på socialt deltagande.

Resultat

Begränsningar i dagliga aktiviteter

Totalt 421 personer av dem som besvarade befolkningsenkäten upplevde att deras dagliga aktiviteter begränsades till följd av långvarig sjukdom, funktionsnedsättning, psykisk ohälsa eller skörhet/svaghet på grund av ålder. Enkätresultaten som presenteras i den här sammanfattningen baseras på svaren från dessa 421 personer. De var mellan 17 och 96 år (medelålder på 62,7 år) och 58,0 procent av dem var kvinnor. Jämfört med det totala antalet svarande var denna grupp något äldre, utgjordes av en högre andel kvinnor och skattade sin hälsa som sämre.

Deltagande

Frågan om socialt deltagande berördes i enkät-/intervjustudien med organisationsföreträdare. För dem kunde socialt deltagande i samhället omfatta mycket: allt från

tillgänglighet till service och transporter till att kunna leva, delta och påverka som en fullfärdig medborgare.

Också i fokusgrupperna diskuterades vad deltagande innebär, och fokusgruppsdeltagarna menade att det innebär medbestämmande och inflytande över beslut som rör det egna arbetet eller livet men också att vara delaktig i möten med andra. Det handlade om att bli sedd, lyssnad på, respekterad och förstådd. Flera uttryckte en känsla av vanmakt över att vara inte bli tagen på allvar, medan andra talade om diskriminering och kände sig värdelösa för samhället. Deltagarna menade också att som funktionshindrad är det mycket som sker på omgivningens villkor på bekostnad av det egna självbestämmandet och integriteten.

Hinder för samhällsdeltagande och tillgång till service

I befolkningsenkäten ställdes frågor om deltagande och hinder för deltagande rörande 17 olika aktiviteter/serviceformer. Av de personer som var intresserade att delta i dessa aktiviteter eller ta del av servicen upplevde mellan 8,2 och 43,2 procent hinder för detta i den fysiska eller sociala miljön. Störst andel upplevde hinder för att delta i sportaktiviteter, följt av att gå till socialtjänsten eller arbetsförmedlingen, och att delta i kulturella aktiviteter. Över 20 procent av de svarande angav att de upplevde hinder i den sociala eller fysiska miljön i form av otillräckliga offentliga transporter, brist på stöd och service från samhället, respektive bristande handikappanpassning för minst en av aktiviteterna/serviceformerna.

Personer med funktionsnedsättning upplevde hinder i större utsträckning än de övriga tre grupperna vad gällde samtliga typer av aktiviteter/serviceformer, medan personer med långvarig sjukdom inte upplevde hinder i högre grad än de övriga grupperna vad gäller någon av aktiviteterna/serviceformerna. Upplevelserna hos personer med psykisk ohälsa och ålderssvaga/-sköra befann sig däremellan.

Hinder i den sociala miljön

Befolkningsenkäten visade att drygt hälften av de svarande under den senaste månaden hade fått medicinsk vård (till exempel från vårdcentral eller sjukhus) och en dryg femtedel hade under den senaste månaden fått minst fyra timmars hjälp per vecka från anhöriga eller vänner, medan färre hade fått praktiskt stöd eller omsorg (till exempel från hemtjänsten eller en personlig assistent) eller personlig omvårdnad (till exempel från hemsjukvården). Medicinsk vård var särskilt vanligt bland dem som hade långvarig sjukdom eller psykisk ohälsa. Samtidigt fick just dessa grupper minst ofta stöd eller hjälp från anhöriga eller vänner. Högst andel personer som fick personlig omvårdnad eller praktiskt stöd/omsorg respektive stöd/hjälp från anhöriga återfanns bland dem som var svaga eller sköra på grund av ålder.

En dryg femtedel av de svarande såg brist på stöd och service från samhället som ett hinder för deltagande i någon av de 17 aktiviteterna/serviceformerna. Sett till enskilda aktiviteter/serviceformer återfanns ”brist på stöd och service från samhället” bland de tre vanligaste hindren för samtliga 17 aktiviteter/serviceformer i befolkningsenkäten.

Hinder i den sociala miljön berördes även i organisationsstudien. Där nämndes bland annat inflexibla regler och diskriminerande attityder samt oviljan att hjälpa till, exempelvis genom myndighetsutövning som inte utgår från de berördas behov och kompetens. Balansgången mellan allmänintresse och egenintresse ansågs vara problematisk i offentlig verksamhet. En organisation menade dock att ett skifte håller på att ske i synen på brukare som inte längre ska ses som mottagare av service utan som medskapare.

En del organisationsföreträdare såg en potential i IT-utvecklingen och e-tjänster, medan andra varnade om att individer och grupper av människor utan tillgång till och kunskap om dessa tjänster kommer att marginaliseras och till och med exkluderas. Organisationsföreträdarna kom med följande förslag på åtgärder:

- Centrala och lokala policydokument, till exempel bättre arbetsmiljöpolicy, brukarmedverkan och likabehandlingsprogram.
- Bättre samverkan mellan privata och ideella organisationer, ökad delaktighet och genuin demokrati.
- Forskning, informations- och utbildningsinsatser samt kompetenshöjning.
- Sociala företag, flexibla lösningar, samt betydelsen av medlemmarnas behov och deltagande.
- Ökad medvetenhet och lyhördhet, exempelvis genom föreläsningar och aktiviteter för att skapa medvetenhet om fysiska, sociala och mentala hinder samt behovet av deltagande på berördas behov och villkor.
- Attitydförändringar, positivt tänkande och ansvarstagande för att hitta nya och behovsanpassade lösningar.
- Vardagsnära och brukaranpassade insatser och lösningar.
- IT-utveckling, e-tjänster och personliga tjänster för att öka delaktighet och ansvarstagande.

Fokusgrupperna innehöll en fördjupad diskussion av frågan om hinder i den sociala miljön. Det blev då tydligt att det delvis handlade om att ”vackra mål” och

policydokument inte i tillräckligt hög grad har omsatts i praktiken samt om en upplevelse av att politiker och tjänstemän inte lyssnade. Det handlade också om försämrade service hos myndigheter såsom Försäkringskassan och Landstinget, samt begränsade möjligheter till fysiska möten när verksamheter centraliserades och lokalkontor stängdes. Detta ansågs särskilt drabba personer som bodde på lands-/glesbygden. Deltagarna upplevde också en bristande samverkan mellan olika myndigheter, och några av dem lyfte fram svårigheten med ”krångliga” regler och blanketter.

Fokusgruppsdeltagarna menade att det finns en större kunskap än tidigare i sakfrågor om fysisk funktionsnedsättning och hjälpmedel, och att de flesta yrkesprofessioner vet vad de kan bidra med. Trots detta upplevde deltagarna att det finns bristande kunskapen rörande specifika diagnoser såsom Aspergers syndrom, Autism, ADHD och ADD. I fokusgrupperna lyftes följande förslag på åtgärder rörande hinder i den sociala miljön fram:

- Generös tilldelning av personlig assistans, ledsagning och hjälpmedel.
- Socialt företagande som möter individers behov.
- Personer som lotsar människor i möten med myndigheter och tar ett helhetsansvar, till exempel ett personligt ombud eller en social tolk.
- Ökade rättigheter och påverkansmöjligheter samt respekt och gott bemötande.

Otillräckliga transporter

Befolkningsenkäten visade att en dryg fjärdedel av de svarande upplevde otillräckliga offentliga transporter som hinder för åtminstone en av de 17 aktiviteterna/serviceformerna. Otillräckliga transporter återfanns bland de tre vanligaste hindren för 16 av 17 aktiviteter/serviceformer.

I enkät-/intervjustudien med organisationsföreträdare konstaterades att om man saknar tillgång till färdmedel såsom färdtjänst eller bussar hindras man komma till service, möten, aktiviteter eller andra sammankomster. Vidare konstaterades att lands-/glesbygden utmärktes av långa avstånd och begränsad lokal service. Det fanns ett behov av att finna lokalt integrerade lösningar på lands-/glesbygden och flera sociala kooperativ hade uppstått utifrån dessa behov.

I fokusgrupperna sågs transporter för att fysiskt kunna ta sig till myndigheter, affärer och aktiviteter som en grundläggande förutsättning för socialt deltagande. Det

konstaterades att transporter kan utgöra ett hinder för deltagande om de offentliga transporterna i sig är otillräckliga, men att det dessutom kan vara svårt att ta sig i och ur en buss om man har en fysisk funktionsnedsättning. Deltagarna uppfattade att bristfälliga transporter framför allt var ett hinder för personer som bodde på lands-/glesbygd. De menade att bussförbindelserna där är dåliga, ibland obefintliga, och människor är beroende av bil för att komma till sjukhus eller köpcentra. Detta mönster bekräftades dock inte i befolkningsenkäten. Fokusgrupperna gav följande förslag på åtgärder:

- Förbättrade transporter, till exempel genom flexibussar/kommuntaxi.
- Färdtjänst till en rimlig kostnad.

Hinder i den fysiska miljön

I befolkningsenkäten angav en dryg femtedel att bristande handikappanpassning var ett hinder för åtminstone en av aktiviteterna/serviceformerna, medan något färre angav otillgängliga byggnader och platser som hinder. Sett till de enskilda aktiviteterna/serviceformerna angavs hinder i den fysiska miljön inte lika ofta som hinder i den sociala miljön och otillräckliga transporter. Inte desto mindre var bristande handikappanpassning bland de tre vanligaste hindren för fyra av de 17 studerade aktiviteterna/serviceformerna (delta i kulturella aktiviteter; gå på restaurang eller café; besöka släktingar eller vänner; samt rösta i allmänna val), och otillgängliga byggnader och platser var bland de tre vanligaste hindren för tre av de 17 aktiviteterna/serviceformerna (åka på semester; gå till parker, grönområden; samt handla mat, kläder med mera).

I enkät-/intervjustudien refererade organisationsföreträdare oftast till fysiska hinder såsom hörslingor och hissar för permobilar, samt till enkelt avhjälpna hinder i publika lokaler och allmänna platser. Fysisk tillgänglighet sågs som tätt knutet till socialt deltagande. Om ramper eller ledstänger saknas så hindras människor att komma in i offentliga lokaler och vistas på allmänna platser. Organisationsföreträdarnas förslag på åtgärder var:

- Enkelt avhjälpna hinder i fysisk miljö.
- Funktionsdugliga hjälpmedel, allt från hörslingor till permobilvänliga hissar.

Deltagarna i fokusgrupperna ansåg att den förnyade lagstiftningen om enkelt avhjälpna hinder inte har lett till förväntade förbättringar. Tvärtom har, menade de, affärernas fysiska tillgänglighet försämrats. I fokusgrupperna diskuterades också andra hinder i den fysiska miljön, till exempel bristande snöröjning, brist på

handikappanpassade toaletter, och hotfulla utemiljöer. Fokusgruppernas gav följande förslag på åtgärder:

- Förbättrad fysisk miljö genom borttagande av trösklar, högslingor, dörröppnare, förhöjningar på offentliga toaletter, tydlig skyltning med bildstöd, och utlåning av kommunala ramper.

Funktionsnedsättning och ohälsa som hinder

I befolkningsstudien tillfrågades de svarande om hinder i den sociala och fysiska miljön som begränsade dem från att delta i samhällslivet eller ta del av service, det vill säga hinder i omgivningen. Det var dock vanligt att de svarande uppgav ”annat” hinder, vilket ofta handlade om en funktionsnedsättning, fysisk sjukdom eller psykisk ohälsa hos den svarande. Detta kan tolkas som att dessa personer upplevde att det största hindret för samhällsdeltagande låg hos dem själva, exempelvis i form av smärta eller trötthet, och inte i den sociala eller fysiska miljön.

Ensamhet och välbefinnande

Ytterst kan hinder för deltagande leda till social exkludering (utanförskap) av vissa grupper av människor och till dåligt välbefinnande för enskilda individer. Att en dryg fjärdedel av dem som svarande på befolkningsenkäten alltid eller ofta kände sig ensamma kan ses som en indikation på att människor är exkluderade. Upplevelsen av ensamhet var särskilt hög bland personer med psykisk ohälsa.

Trots att personer med funktionsnedsättning i störst grad upplevde hinder för att delta i samhällslivet eller ta del av service, så var det denna grupp som hade det högsta välbefinnandet. Personer som var långvarigt sjuka eller led av psykisk ohälsa hade ett lägre välbefinnande. Kanske kan detta bero på att personer med funktionsnedsättning har levt med begränsningar i sina dagliga aktiviteter under längre tid och lärt sig acceptera och hantera dessa på ett annat sätt än personer som nyligen har börjat uppleva sådana begränsningar.

Arbete med att reducera hinder

Enkäten med organisationsföreträdare visade att det hos dem pågick både ett medvetet och ett mindre medvetet arbete kring tillgänglighet och samhällsdeltagande. Det fanns en stor skillnad mellan olika organisationer i hur lång man kommit med att utveckla särskilda policydokument kring detta och de flesta saknade sådana dokument. Överlag hade professionella inom större kommunala, privata och frivilliga organisationer mer expertkunskaper inom området än lekmännen i intresseorganisationer. De offentliga organisationerna ansåg att de hade ett generellt

ansvar för att minimera/reducera hinder och främja deltagande, medan intresseorganisationerna såg särskilt till sina medlemmars behov.

De medverkande sociala kooperativen betonade gemenskapens och medlemsdeltagandets betydelse samt närheten till service. Analysen visade också att när den offentliga sektorn inte kunde erbjuda service och deltagande för alla, så hade nya aktörer, till exempel privata företag och kooperativ, börjat erbjuda alternativ.

En företrädare för ett socialt företag framhöll idén att människor som äger problemet också ska lösa det själva utifrån lokala behov och egna förutsättningar. Denna svarsperson menade att myndigheter ska ge tillbaka ansvaret och resurser till de berörda ”som kan sin egen sak bäst”, vilket är en fråga om makt.

Skillnader mellan lands-/glesbygd och städer

I befolkningsenkäten återfanns inga signifikanta skillnader mellan svarande i lands-/glesbygd och i städer beträffande i vilken mån de mötte hinder när de ville delta i samhällslivet eller ta del av service. Den enda signifikanta skillnad som kunde identifieras mellan lands-/glesbygd och städer rörde inkomstnivåerna, och pekade på en något högre inkomstnivå i städerna.

Trots detta menade deltagarna i fokusgrupperna att nedskärningar hos myndigheter, bristande service, och otillräckliga transporter drabbade personer på lands-/glesbygden hårdare än personer i städer. Med centraliseringar får de allt längre sträckor att resa för att ta del av service samtidigt som offentliga transporter är bristfälliga på lands-/glesbygden. Också i enkät-/intervjustudien med organisationsföreträdare diskuterades hinder i form av långa avstånd och begränsad lokal service på lands-/glesbygden, men de lyfte också fram att de uppfattade hemtjänsten som mer familjär och empatisk på lands-/glesbygden än i städerna.

I organisationsstudien identifierades dessutom en skillnad mellan lands-/glesbygd och städer genom att organisationsföreträdarna i städerna överlag var mer formalistiska i sina svar än de svarande på lands-/glesbygden. De refererade till lagar, regler och politiska styrdokument, medan aktörerna på landsbygden diskuterade den fysiska platsen som mötesplats och vardagshjälp/-service som viktiga aspekter av samhällsdeltagande och tillgänglighet till service.

Rapportens disposition

Utöver denna sammanfattning innehåller den här rapporten tre kapitel, ett för varje delstudie. I det första kapitlet presenteras syfte, metod och resultat för delstudie 1, vilken antog ett individperspektiv och utgick från befolkningens syn på hinder för

socialt deltagande och tillgång till service. I det andra kapitlet presenteras syfte, metod och resultat för delstudie 2, vilken antog ett organisationsperspektiv för att ta reda på hur olika typer av organisationer arbetar med frågan om socialt deltagande och tillgänglighet till service. Detta kapitel innehåller också en genomgång av utvecklingen av funktionshinderspolitiken. I det avslutande kapitlet presenteras resultaten från delstudie 3 där deltagare från de två första delstudierna sammanfördes och diskuterade hur upplevda hinder för socialt deltagande och tillgång till service kunde reduceras.

Delstudie 1: Befolkningens upplevelser av hinder för aktivt socialt deltagande och tillgång till service

Lena Dahlberg & Kevin McKee

Introduktion

Människor kan vara förhindrade att delta aktivt i samhällslivet och ta del av service som för andra är självklarheter. Personer med funktionshinder, långvarig sjukdom, psykisk ohälsa eller svaghet/skörhet på grund av ålder kan uppleva att det finns hinder för deras samhällsdeltagande och för tillgång till service. Funktionsnedsättning har av FN definieras som:

Personer med funktionsnedsättning innefattar bland annat personer med varaktiga fysiska, psykiska, intellektuella eller sensoriska funktionsnedsättningar, vilka i samspel med olika hinder kan motverka deras fulla och verkliga deltagande i samhället på lika villkor som andra (Rönnerberg m.fl. 2012, s. 8).

Med andra ord kan (men behöver inte) funktionsnedsättningar leda till att funktionshinder uppstår i samhället, vilket begränsar möjligheterna till deltagande. Den här studien fokuserar på sådana hinder och riktar med andra ord fokus på omgivningen snarare än på individen. Den antar därmed ett socialt, snarare än individuellt, synsätt (se Rönnerberg m.fl. 2012; för ytterligare diskussion av detta se Maruszczak och Turunens kapitel i denna rapport). Detta ligger i linje med den nationella handlingsplanen för handikappolitiken (SOU 1999/2000:79), vilken bland annat slår fast att handikapperspektivet ska genomsyra alla samhällssektorer och att samhället ska vara tillgängligt för alla medborgare. Att det primära fokuset riktas mot hinder i omgivningen betyder dock inte att åtgärder för att minimera hinder kan ske både hos individen och i miljön.

Möjligheter till aktivt socialt deltagande och tillgång till service är centrala delar i det som i europeisk politik och forskning har diskuterats i termer av social inkludering. Den Europeiska Unionen (EU) har definierat social exkludering som en process som leder till att individer eller grupper förhindras att delta fullt ut i det samhälle de lever i (se även Burchardt m.fl. 2002; Council of European Union 2004). I Sverige

har sådana frågor oftare diskuterats i termer av socialt utanförskap (se Alm m.fl. 2010).

Att en del människor utan blir exkluderade från aktiviteter och service har negativa konsekvenser såväl för de enskilda individernas livskvalitet som för rättvisa och sammanhållning i samhället i stort (Levitas m.fl. 2007; ODPM 2006; Social Exclusion Task Force 2009). Människor som är äldre och/eller har en funktionsnedsättning löper särskilt stor risk att bli exkluderade (se t.ex. Social Exclusion Unit 2004). För att förhindra att människor exkluderas är det av största vikt att undanröja de eventuella hinder som försvårar för dem att delta aktivt i samhällslivet eller ta del av service. Syftet med denna delstudie var att identifiera vilka hinder i den sociala eller fysiska miljön som människor möter när de vill delta i samhällslivet eller ta del av olika typer av service, och om situationen skiljer sig mellan personer som bor på lands-/glesbygd respektive i städer.

Metod och genomförande

Delstudien genomfördes med hjälp av en enkät till ett slumpmässigt urval om 6 000 personer i åldern 16 år eller äldre boende i Dalarnas län. Samtliga ombads besvara enkätens första del, vilken bestod av fyra frågor. Tre av frågorna rörde ålder, kön, respektive allmänt hälsotillstånd. Den fjärde frågan löd: ”är du på något sätt begränsad i dina dagliga aktiviteter av följande: a) långvarig sjukdom, b) funktionsnedsättning, c) psykisk ohälsa, eller d) skör och svag på grund av ålder?”. De som inte upplevde några begränsningar i sitt dagliga liv till följd av ovanstående behövde inte besvara ytterligare frågor. De som upplevde begränsningar i sitt dagliga liv ombads att även fylla i den andra delen av enkäten.

Denna del av enkäten omfattande frågor rörande: civilstånd; boendetyper; huvudsaklig sysselsättning; hushållets samlade årsinkomst; hjälp i form av medicinsk vård, personlig omvårdnad, praktiskt stöd eller omsorg, eller hjälp eller stöd från anhöriga eller vänner; om de gav omsorg eller stöd till en närstående; användning av förflyttningshjälpmedel; synnedsättning; hörselnedsättning; välbefinnande; ensamhet; samt funktionsförmåga.

Härutöver ställdes frågor om hinder för deltagande i samhällslivet och tillgång till service. Följande fråga ställdes: ”Vilka hinder i din sociala eller fysiska miljö begränsar dig från att delta i samhällslivet eller ta del av olika typer av service i den utsträckning som du önskar?”. Sjutton olika typer av aktiviteter/serviceformer specificerades, och för varje typ av aktivitet/service erbjöds följande svarsalternativ: ”inte aktuellt, är inte intresserad”; ”deltar men upplever inget hinder”; samt ”deltar eller vill delta, men upplever hinder”. De som upplevde hinder fick ange vilken typ

av hinder det var fråga om utifrån åtta olika svarsalternativ samt möjlighet att ange annat hinder. Avslutningsvis tillfrågades de svarande om forskargruppen fick kontakta dem för deltagande i den fokusgrupp som hölls inom ramen för den tredje delstudien.

Enkäten skickades ut hösten 2011 och en påminnelse gjordes. Totalt besvarade 3 171 personer enkäten, vilket motsvarar en svarsfrekvens på 52,9 procent. Av dessa upplevde 13,3 procent (421 personer) att deras dagliga aktiviteter begränsades till följd av långvarig sjukdom, funktionsnedsättning, psykisk ohälsa eller skörhet/svaghet på grund av ålder. Dessa 421 personer besvarade därmed också enkätens andra del. Med hänsyn till svarsfrekvensen bör andelen personer med begränsningar i sitt dagliga liv (13,3%) tolkas försiktigt, eftersom det inte kan uteslutas att de svarande skiljer sig i något betydelsefullt avseende från dem som inte besvarade enkäten. Till exempel är det möjligt att personer som upplever begränsningar skulle kunna vara mer motiverade att besvara enkäten. Däremot, och viktigare för studien, finns ingen anledning att förvänta sig att de som besvarade hela enkäten systematiskt skulle skilja sig från icke-svarande med begränsningar i sitt dagliga liv.

Som nämndes ovan avsåg studien också att identifiera eventuella skillnader mellan boende i lands-/glesbygd och i städer. De som svarade på hela enkäten delades därför in i två grupper utifrån deras postnummer. En grupp bestod av personer som bodde på lands-/glesbygd med en tätort på upp till 5 000 invånare samt ”stadsnära landsbygd” med en tätort med över 5 000 invånare. Den andra gruppen bestod av personer som bodde i en stadsdel i en tätort med mer än 1 000 invånare. Med en sådan indelning bodde 48,1 procent av de svarande på lands-/glesbygden och 51,9 procent i en stad. Information om postnummer fanns enbart för de personer som svarade på första utskicket av enkäten (ej påminnelsen), vilket var 75,1 procent (316 personer) av dem som besvarade hela enkäten. För att fastställa om det fanns skillnader i något betydelsefullt avseende mellan dem som besvarat enkäten efter det första utskicket respektive efter påminnelsen gjordes jämförelser mellan dessa grupper. Jämförelserna omfattade följande variabler: kön; ålder; civilstånd; inkomstnivå; begränsningar till följd av långvarig sjukdom, funktionsnedsättning, psykisk ohälsa eller skörhet/svaghet på grund av ålder; samt allmänt hälsotillstånd. Jämförelserna visade att de som svarat på påminnelsen inte i något av dessa avseenden skiljde sig signifikant från den grupp som kunde delas in i lands-/glesbygd respektive stad. Detta innebär att jämförelser mellan lands-/glesbygd och stad kan antas gälla för hela gruppen svarande.

Samtliga skillnader mellan olika grupper som presenteras i föreliggande rapport är statistiskt signifikanta.

Denna delstudie har godkänts vid etisk prövning vid Regionala Etikprövningsnämnden i Uppsala (Dnr 2011/269).

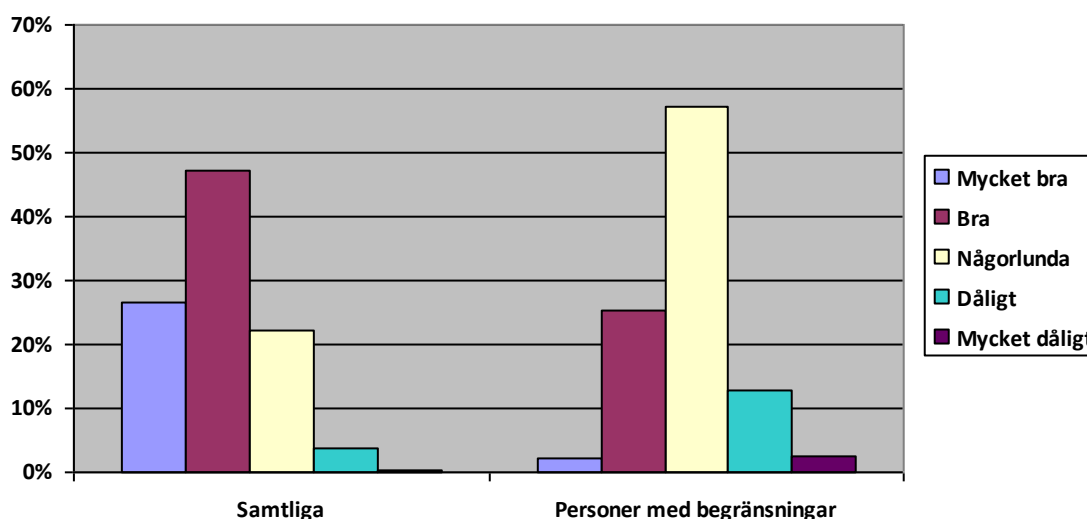
Resultat

Kön, ålder och allmänt hälsotillstånd

De 3 171 personer som besvarade enkäten var mellan 16 och 97 år gamla med en medelålder på 55,2 år. Drygt hälften (53,6%) av dem var kvinnor. De 421 personer som upplevde begränsningar i sitt dagliga liv (och därmed besvarande hela enkäten) var något äldre (mellan 17 och 96 år med en medelålder på 62,7 år) och utgjordes till en något större del av kvinnor (58,0%).

I Figur 1 jämförs det allmänna hälsotillståndet hos samtliga svarande med dem som av någon anledning var begränsade i sina dagliga aktiviteter. Den senare gruppen skattade sitt allmänna hälsotillstånd lägre än befolkningen i övrigt. Det var fler som skattade sin hälsa som mycket bra eller bra i befolkningen i stort än i den grupp som upplevde begränsningar i sina dagliga aktiviteter. Männen och personer med hög ålder bedömde sitt hälsotillstånd som lägre än kvinnor respektive yngre personer.

Figur 1. Det allmänna hälsotillståndet hos samtliga svarande respektive dem som var begränsade i sina dagliga aktiviteter (n=3159 resp. n=415)



Begränsningar i dagliga aktiviteter

Som nämndes ovan upplevde 13,3 procent (421 personer) av de svarande att deras dagliga aktiviteter begränsades till följd av långvarig sjukdom, funktionsnedsättning,

psykisk ohälsa, eller skörhet/svaghet på grund av ålder, vilket framgår av Tabell 1. Det vanligaste var en begränsning till följd av funktionsnedsättning, vilket uppgavs av 62,2 procent av dem som upplevde begränsningar i sina dagliga liv. Närmare hälften upplevde begränsningar till följd av långvarig sjukdom, och närmare en fjärdedel vardera upplevde begränsningar till följd av psykisk ohälsa respektive skörhet/svaghet på grund av ålder. Det är dessa grupper vi i resten av denna delstudie ska titta närmare på.

Tabell 1. Personer som var begränsade i sina dagliga aktiviteter till följd av långvarig sjukdom, funktionsnedsättning, psykisk ohälsa eller skörhet/svaghet på grund av ålder (n=421)

Begränsning till följd av...	n	% av dem som upplever begränsningar	% av samtliga
... långvarig sjukdom	201	47,7	6,3
... funktionsnedsättning	262	62,2	8,3
... psykisk ohälsa	95	22,6	3,0
... skörhet/svaghet på grund av ålder	104	24,7	3,3

Not: Antalet svar är högre än antalet svarande, då en del svarande uppger flera olika anledningar till att de är begränsade i sina dagliga aktiviteter.

Männen var något överrepresenterade bland dem som var begränsade i sina dagliga aktiviteter till följd av funktionsnedsättning. Av de fyra grupperna är personer med psykisk ohälsa i genomsnitt den yngsta (medelålder: 49,7 år), följt av personer med en långvarig sjukdom (60,7 år) och personer med funktionsnedsättning (65,8 år). Inte oväntat är de som är begränsade till följd av skörhet/svaghet på grund av ålder den äldsta gruppen (79,3 år).

Civilstånd, boendetyper, sysselsättning och inkomst

Majoriteten (61,9%) av de som upplevde begränsningar i sina dagliga aktiviteter var gifta, sammanboende eller särbo, medan övriga var ensamstående. De allra flesta (93,8%) bodde i villa, radhus eller lägenhet, medan några (5,9%) bodde i vård- och omsorgsboende eller gruppboende.

Drygt hälften (51,2%) var pensionerade, en femtedel (20,9%) var förvärvsarbetande, och en tiondel (12,8%) var sjuk- eller förtidspensionerade. Övriga var studerande (3,4%), egna företagare (2,0%), arbetslösa (6,4%) eller annat (3,2%).

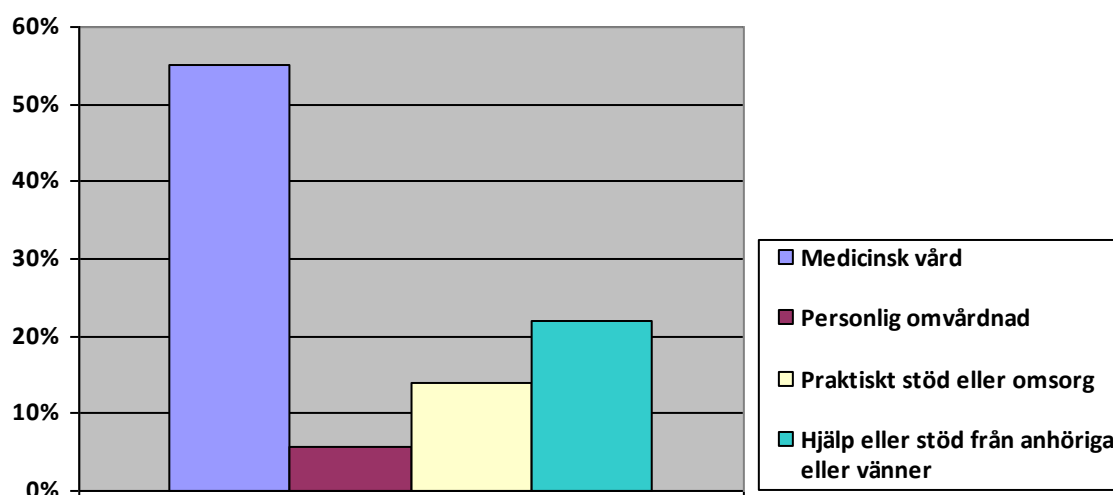
Majoriteten (59,2%) ingick i ett hushåll med en samlad årsinkomst före skatt som var mindre än 300 000 kronor. Det var även vanligt att hushållets samlade

årsinkomst var 300 000 till 500 000 kronor (28,6%), medan inkomster däröver var mindre vanliga (12,2%). Inkomstnivåerna var något lägre bland dem som bodde i lands-/glesbygd än bland dem som bodde i städerna, med färre personer på den högsta inkomstnivån och fler på mellannivån. Det var ingen skillnad mellan lands-/glesbygd och städer beträffande den lägsta inkomstnivån.

Vård, omvårdnad, omsorg och hjälp

Som framgår av Figur 2, hade drygt hälften (55,1%) av de svarande under den senaste månaden fått medicinsk vård till exempel från vårdcentral eller sjukhus. En dryg femtedel (22,1%) hade under den senaste månaden fått minst fyra timmars hjälp per vecka från anhöriga eller vänner. Färre hade fått praktiskt stöd eller omsorg till exempel från hemtjänsten eller en personlig assistent (totalt 13,9%), eller personlig omvårdnad till exempel från hemsjukvården (totalt 5,8%).

Figur 2. Andel som hade fått vård, omvårdnad, omsorg eller hjälp under den senaste månaden (n≥381)



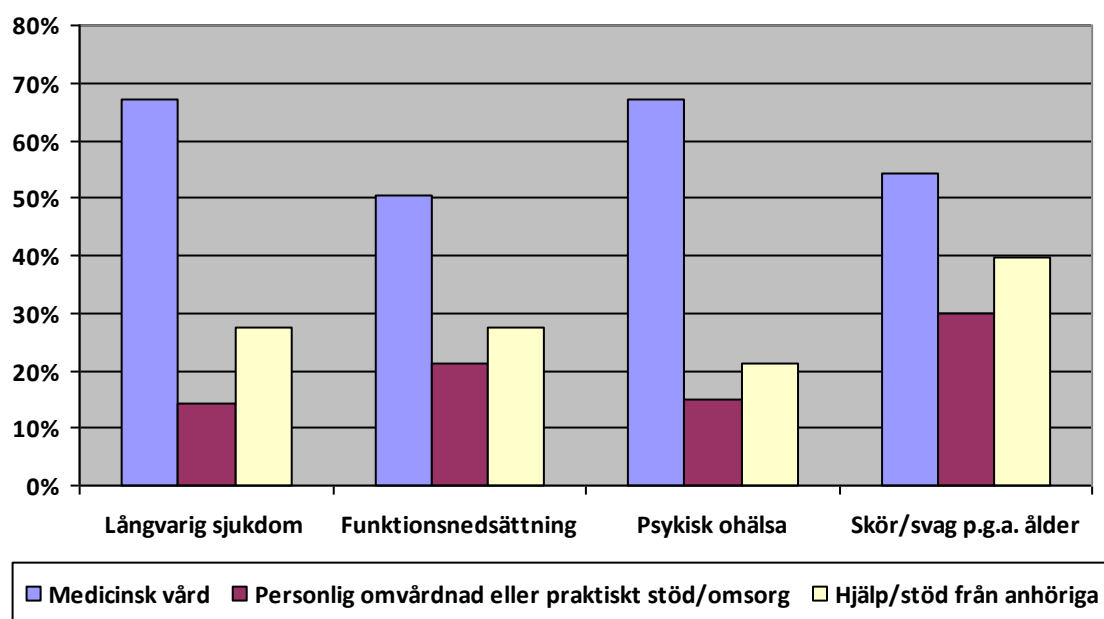
Det fanns ett samband mellan olika typer av stödformer. En stor andel av dem som hade fått praktiskt stöd eller omsorg hade också fått personlig omvårdnad samt hjälp eller stöd från anhöriga. Däremot var det mindre vanligt att denna grupp hade fått medicinsk vård under den senaste månaden. Bland dem som hade fått stöd eller hjälp från anhöriga var det vanligt att de också hade fått praktiskt stöd eller omsorg samt personlig omvårdnad.

De som hade fått praktiskt stöd/omsorg eller personlig omvårdnad var överlag äldre än de som inte fick sådan hjälp. Det fanns ingen motsvarande ålderskillnad för medicinsk vård eller för hjälp/stöd från anhöriga. Det fanns inga signifikanta

skillnader mellan män och kvinnor när det gällde att få medicinsk vård, personlig omvårdnad, praktiskt stöd/omsorg eller hjälp/stöd från anhöriga.

I Figur 3 presenteras medicinsk vård, personlig omvårdnad, praktiskt stöd/omsorg samt hjälp/stöd från anhöriga utifrån de fyra grupperna av personer som upplever begränsningar i sina dagliga aktiviteter. Som framgår av figuren var det vanligare att medicinsk vård erhöles under den senaste månaden bland personer med långvarig sjukdom och personer med psykisk ohälsa än bland övriga. En lägre andel av personer med funktionsnedsättning än övriga hade fått medicinsk omvårdnad. Personlig omvårdnad och praktiskt stöd/omsorg var vanligare bland personer med funktionsnedsättning och bland dem som var begränsade i sina dagliga aktiviteter på grund av ålderssvaghet/-skörhet. Hjälp eller stöd från anhöriga eller vänner var vanligare bland personer med långvarig sjukdom, personer med funktionsnedsättning och bland dem som var begränsade på grund av ålderssvaghet/-skörhet.

Figur 3. Andel av personer med långvarig sjukdom, funktionsnedsättning, psykisk ohälsa eller åldersskörhet/-svaghet som hade fått vård, omvårdnad/omsorg eller hjälp från anhöriga under den senaste månaden (n≥387)



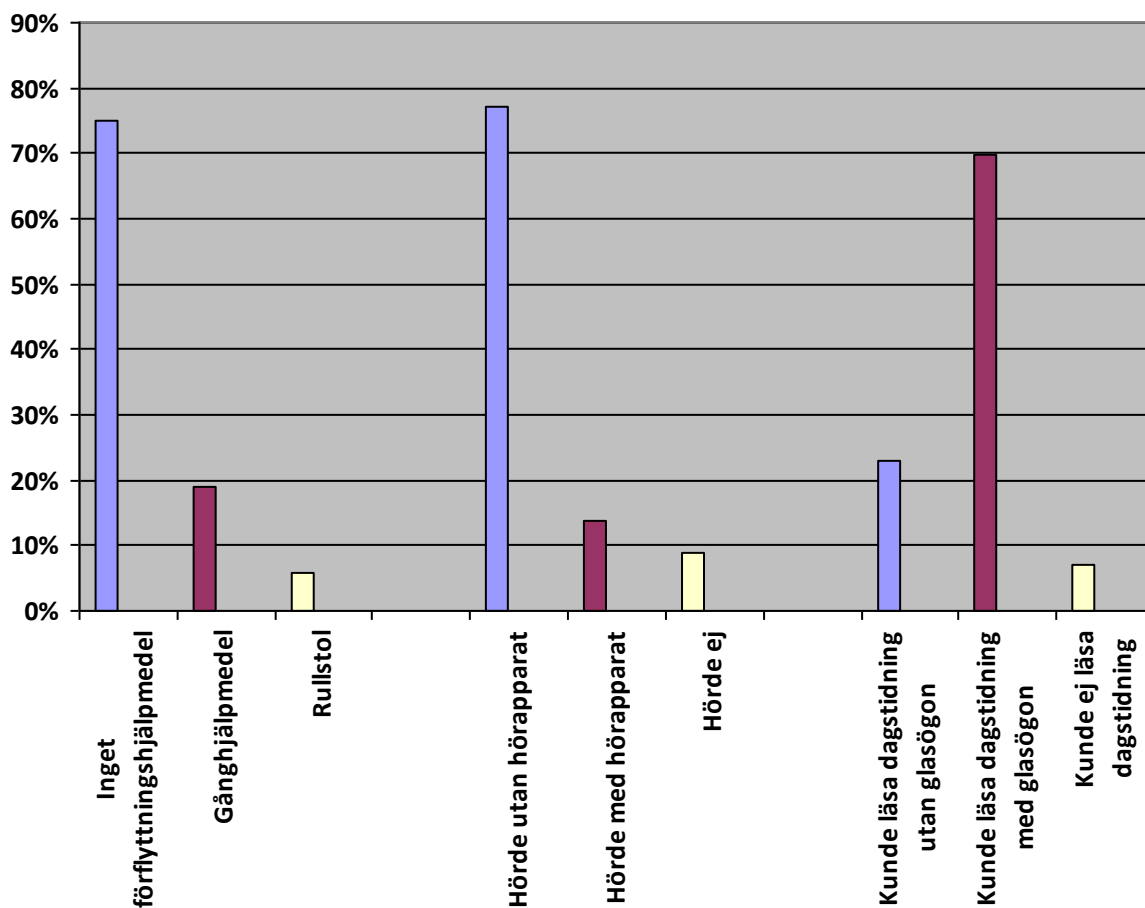
Att ge omsorg eller stöd till en anhörig

Den fullständiga enkäten besvarades av en grupp som själva upplevde hinder i sina dagliga aktiviteter. Trots detta *gav* 17,6 procent av de svarande omsorg eller stöd till en närstående (inklusive partner eller andra i det egna hushållet) minst fyra timmar per vecka.

Hjälpmedel för förflyttning, hörsel och syn

Figur 4 illustrerar hur stor andel av de svarande som behövde hjälpmedel för förflyttning, hörsel eller syn. Förflyttning och hörsel uppvisar ett liknande mönster: ungefär tre fjärdedelar av de svarande klarade sig utan hjälpmedel. Vad gäller förflyttning använde sig ungefär en fjärdedel av de svarande av hjälpmedel, där någon form av gånghjälpmedel var betydligt vanligare än rullstol. Vad gäller hörsel använde sig 13,9 procent av hörapparat för att kunna höra vad som sägs i ett samtal mellan flera personer, medan 8,9 procent uppgav att de inte kunde höra vad som sägs i ett sådant samtal ens med hjälpmedel. Hjälpmedel var betydligt vanligare beträffande syn än beträffande förflyttning och hörsel. Endast en knapp fjärdedel kunde läsa vanlig text i en dagstidning utan hjälpmedel. Av de svarande uppgav 69,8 procent att de behövde glasögon och 7,1 procent att de inte kunde läsa vanlig text i en dagstidning.

Figur 4. Andel personer som använde sig av förflyttningshjälpmedel, hörde vad som sägs i ett samtal mellan flera personer, respektive kunde läsa vanlig text i en dagstidning (n≥404)



De personer som använde sig av förflyttningshjälpmedel var avsevärt äldre än de som klarade sig utan sådant hjälpmedel. Genomsnittsåldern hos dem som använde förflyttningshjälpmedel var 77,2 år jämfört med 57,3 år för dem som kunde gå utan hjälpmedel. De som endera hade kraftig synnedsättning (kunde ej läsa vanlig text i dagstidning) eller hörselnedsättning (hörde ej) hade en något högre genomsnittsålder (69,3 år) än dem som inte hade sådan nedsättning eller använde sig av syn-/hörselhjälpmedel (61,2 år). Inga signifikanta könsskillnader fanns vad gäller hjälpmedelsanvändning. De som använde förflyttningshjälpmedel och/eller syn-/hörselhjälpmedel fick i större utsträckning än övriga praktiskt stöd och omsorg samt hjälp eller stöd från anhöriga.

Ensamhet

Av de svarande uppgav 27,7 procent att de nästan alltid (7,1%) eller ofta (20,6%) kände sig ensamma, medan 35,9 procent sällan och 36,4 procent aldrig kände sig ensamma (n=379). Ensamstående kände sig oftare ensamma än de som var gifta, sammanboende eller särbos. De som var begränsade i sina dagliga aktiviteter till följd av psykisk sjukdom uppgav oftare att de var ensamma än övriga grupper. En lägre andel av personer som var äldre och personer som fick praktiskt stöd och omsorg kände sig ensamma.

Välbefinnande

Välbefinnande mättes med hjälp av ett instrument som innehåller fem positiva påståenden om hur de svarande känt sig de senaste två veckorna (jag har känt mig glad och på gott humör; lugn och avslappnad; aktiv och kraftfull; pigg och utvilad när jag har vaknat; vardagslivet har varit fyllt av sådant som intresserar mig). Några ålders- eller könsskillnader fanns inte vad gällde välbefinnande. Däremot hade de personer som var begränsade i sina dagliga aktiviteter till följd av långvarig sjukdom eller till följd av psykisk ohälsa och i viss mån även de som var begränsade i sina dagliga aktiviteter till följd av skörhet/svaghet på grund av ålder ett lägre välbefinnande än personer som var begränsade till följd av funktionsnedsättning. Även de som den senaste månaden hade fått medicinsk vård, praktiskt stöd eller omsorg, eller stöd eller hjälp från anhöriga hade ett lägre välbefinnande. Ett något lägre välbefinnande fanns även hos dem som hade kraftigt nedsatt syn eller hörsel, men inte hos dem som använde förflyttningshjälpmedel.

Funktionsförmåga

Funktionsförmågan mättes utifrån ett instrument innehållande 18 exempel på aktiviteter i det dagliga livet, där de svarande fick ange i vilken mån de kunde genomföra uppgiften självständigt (utan svårighet; med viss svårighet; med stor svårighet; endast med hjälp). Det fanns stora variationer mellan olika grupper av svarande. Äldre personer, personer som fick praktiskt stöd eller omsorg, personer

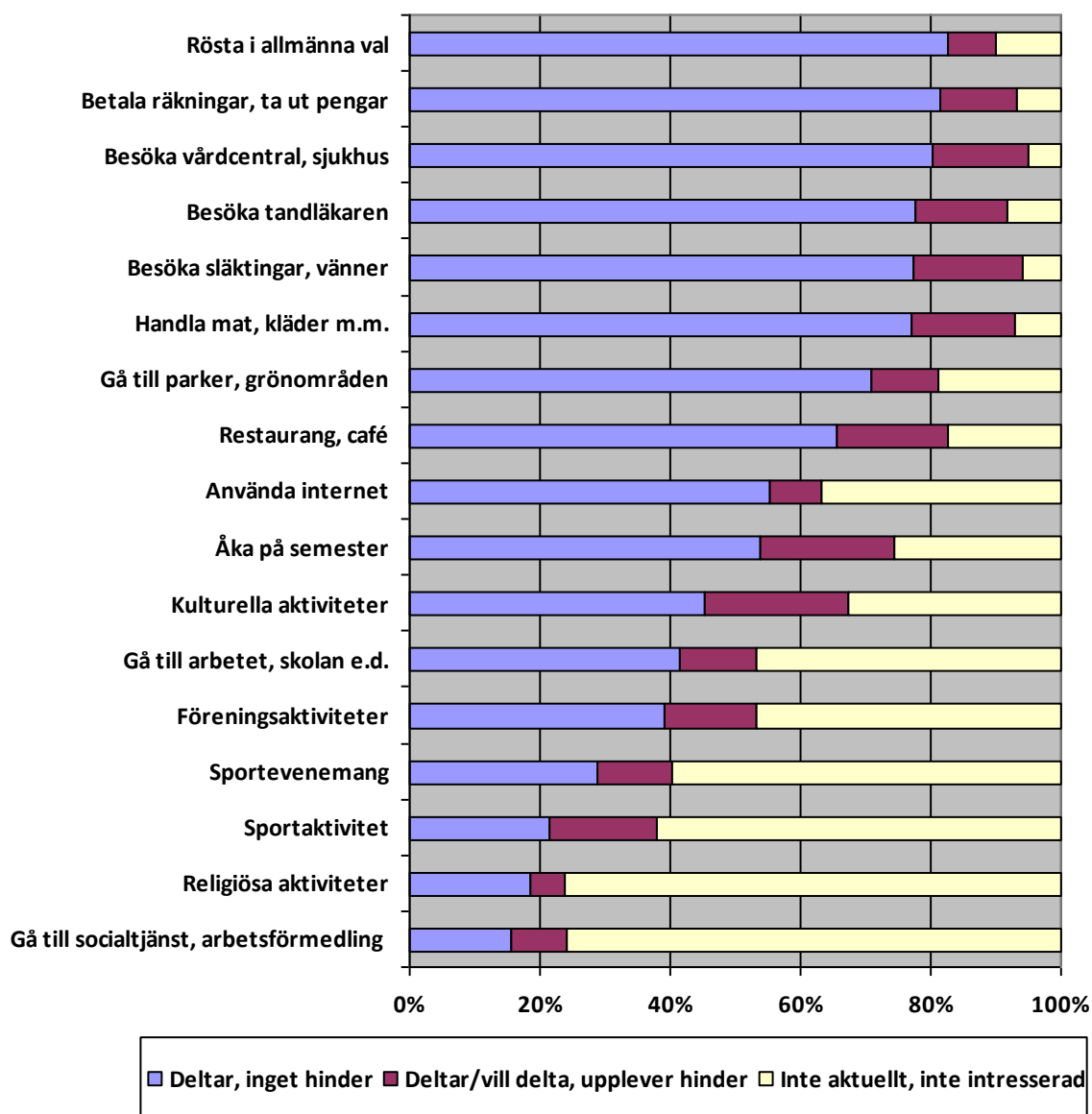
som fick hjälp eller stöd från anhöriga, personer som använde förflyttningshjälpmedel samt personer med kraftigt nedsatt syn eller hörsel hade i större utsträckning svårigheter att självständigt utföra aktiviteter i dagliga livet. Vidare hade personer som var begränsade i sina dagliga aktiviteter till följd av funktionsnedsättning, eller ålderssvaghet/-skörhet en nedsatt funktionsförmåga. De som var begränsade i sina dagliga aktiviteter till följd av långvarig sjukdom hade inte nedsatt funktionsförmåga i samma utsträckning. De som var begränsade i sina dagliga aktiviteter till följd av psykisk ohälsa hade en bättre funktionsförmåga än de övriga grupperna.

Deltagande i samhällslivet och tillgång till service

I enkäten ställdes en fråga om möjligheterna att delta i samhällslivet och ta del av service. De svarande ombads uppge om de deltog i ett antal aktiviteter eller tog del av olika typer av service samt om det fanns hinder i den sociala eller fysiska miljön som begränsade dem från att delta i samhällslivet eller ta del av olika typer av service. Resultatet presenteras i Figur 5, där den vänstra delen av varje stapel representerar de personer som deltog i aktiviteten/tog del av servicen och inte upplevde något hinder för sitt deltagande, mellandelen av stapeln representerar de som deltog eller ville delta i aktiviteten/serviceformen men upplevde hinder, och den högra delen representerar de för vilken aktiviteten/serviceformen inte var aktuell samt de som inte var intresserade av att delta i den aktiviteten/serviceformen. Aktiviteter/serviceformer med störst andel deltagare återfinns högst upp i figuren.

Det högsta deltagandet rörde att rösta i allmänna val; följt av att betala räkningar eller ta ut pengar; besöka vårdcentral eller sjukhus; besöka tandläkaren; besöka släkt eller vänner; handla mat, kläder med mera; och gå till parker eller grönområden. Mer än 70 procent av de svarande deltar i dessa aktiviteter/serviceformer. Det lägsta deltagandet rörde att gå till socialtjänsten eller arbetsförmedlingen.

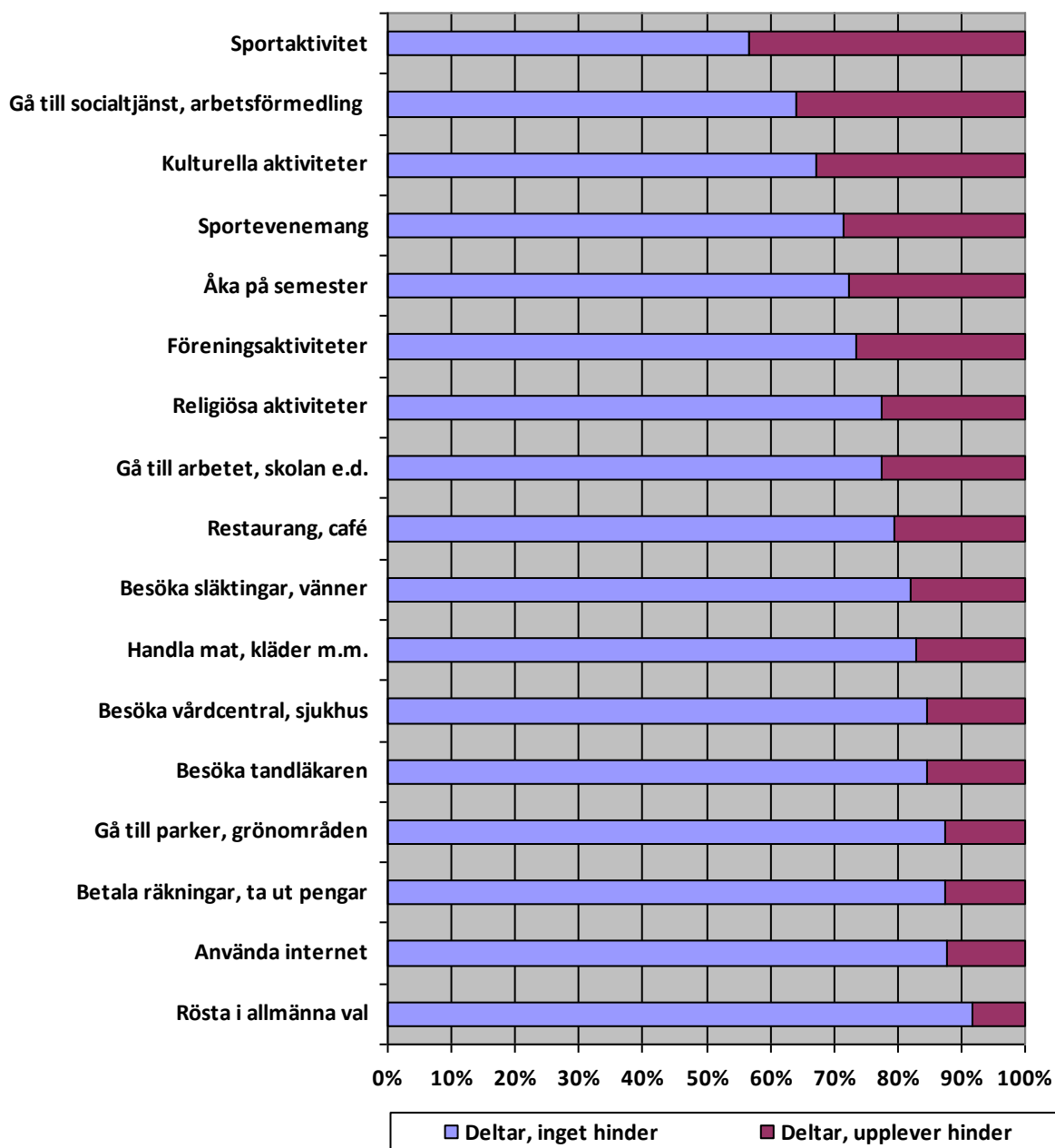
Figur 5. Tillgång till service och deltagande i sociala aktiviteter samt upplevelse av hinder (n≥377)



Av de personer som faktiskt var intresserade av att delta i en aktivitet/ta del av en serviceform, var det mellan 8,2 och 43,2 procent som upplevde hinder i den fysiska eller sociala miljön. Detta illustreras i Figur 6, där aktiviteter/serviceformer redovisas högre upp i figuren ju högre andel svarande som har angett att de upplevde hinder för aktiviteten/serviceformen. Sportaktiviteter var den aktivitet för vilken den största andelen svarande upplevde hinder. Detta följdes av att gå till socialtjänsten eller arbetsförmedlingen; delta i kulturella aktiviteter (till exempel bio, teater, konserter, bibliotek eller museer); gå på sportevenemang; åka på semester;

delta i föreningsaktiviteter (till exempel studiecirklar, kurser eller möten); att delta i religiösa aktiviteter; gå till arbetet, skolan e.d. (daglig sysselsättning); samt gå på restaurang eller café. För samtliga dessa aktiviteter angav minst 20 procent av de svarande som deltog eller ville delta att de upplevde hinder i den fysiska eller sociala miljön. Minst andel svarande angav att de upplevde hinder i samband med att rösta i allmänna val.

Figur 6. Upplevelse av hinder för tillgång till service och deltagande i sociala aktiviteter av dem som vill delta i respektive aktivitet/serviceform (n≥92)

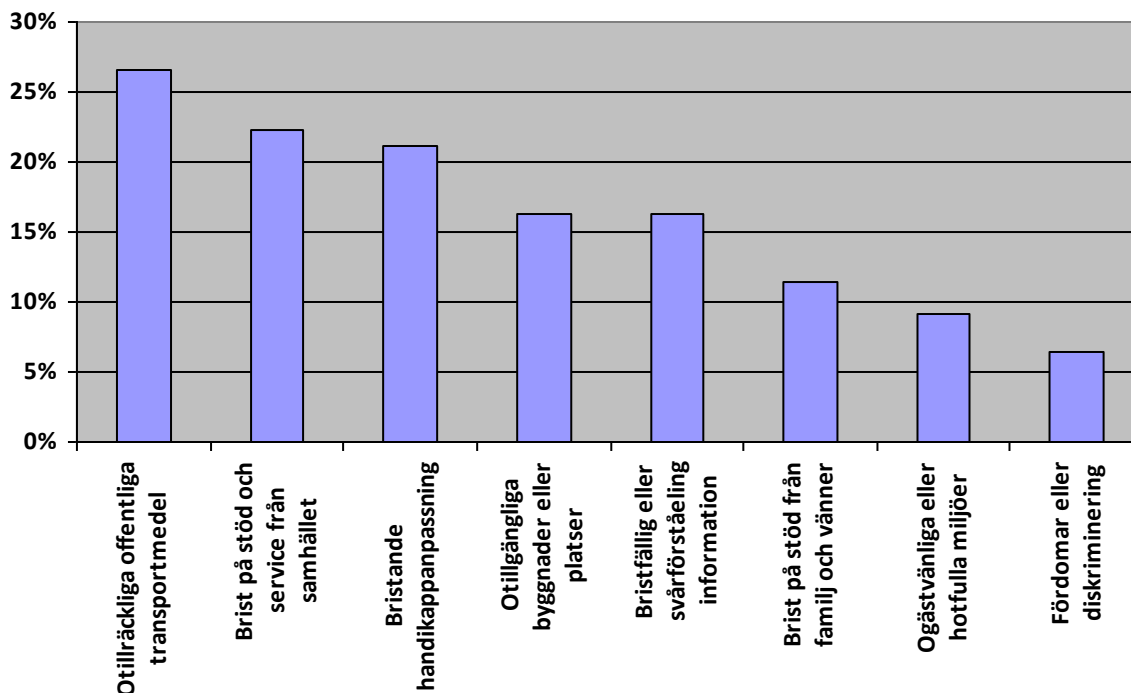


En högre andel äldre (65 år eller äldre) än yngre personer (16-64 år) upplevde hinder när de ville delta i kulturella aktiviteter; åka på semester; eller använda internet. För de övriga aktiviteterna/serviceformerna fanns inga signifikanta skillnader mellan äldre och yngre svarande. Det fanns inga skillnader mellan kvinnor och män rörande någon av aktiviteterna/serviceformerna. Däremot fanns det skillnader mellan svarande med olika civilstånd. En högre andel ensamstående upplevde hinder jämfört med gifta/sammanboende/särbo beträffande följande aktiviteter/serviceformer: gå på restaurang eller café; besöka släktingar eller vänner; åka på semester; besöka vårdcentral eller sjukhus; besöka tandläkaren; handla mat, kläder med mera; betala räkningar och ta ut pengar; samt använda internet. Det fanns också skillnader som hade att göra med de svarandes inkomst. Personer med lägre inkomst upplevde större hinder vad gällde att delta i kulturella aktiviteter; gå på sportevenemang; gå på restaurang eller café; besöka släktingar eller vänner; föreningsaktiviteter; åka på semester; gå till socialtjänsten eller arbetsförmedlingen; besöka tandläkaren; handla mat, kläder med mera; ta ut pengar och betala räkningar; använda Internet; samt rösta i allmänna val.

Fanns det då några skillnader mellan de fyra grupperna av svarande som känner sig begränsade i sina dagliga aktiviteter till följd av långvarig sjukdom, funktionsnedsättning, psykisk ohälsa, eller skörhet/svaghet på grund av ålder? Svarande med funktionsnedsättning upplevde hinder i större utsträckning än de övriga tre grupperna vad gällde samtliga typer av aktiviteter/serviceformer. De som kände sig begränsade till följd av långvarig sjukdom upplevde inte hinder i högre utsträckning än de övriga grupperna för någon av aktiviteterna/serviceformerna. Upplevelserna hos personer med psykisk ohälsa och ålderssvaga/-sköra befann sig däremellan. Svarande med psykisk ohälsa upplevde hinder oftare än övriga vid sportevenemang och restaurang- eller cafébesök. Ålderssvaga/-sköra upplevde hinder oftare än övriga för följande aktiviteter/serviceformer: att delta i kulturella aktiviteter; besöka släktingar eller vänner; föreningsaktiviteter; delta i religiösa aktiviteter; åka på semester; besöka vårdcentral eller sjukhus; besöka tandläkaren; handla mat; kläder med mera; betala räkningar och ta ut pengar; använda Internet; samt rösta i allmänna val.

Vilka slags hinder i den sociala eller fysiska miljön mötte då de svarande när de ville delta i samhällslivet eller ta del av olika typer av service? Av Figur 7 framgår vilka hinder som var de vanligaste om man ser till samtliga aktiviteter/serviceformer sammantaget, det vill säga hinder som de svarande har angivit för minst en av aktiviteterna/serviceformerna. Det hinder som oftast angavs av de svarande var otillräckliga offentliga transportmedel (26,6%), följt av brist på stöd och service från samhället (22,3%), och bristande handikappanpassning (21,2%).

Figur 7. Olika typer av hinder i den sociala och fysiska miljön som begränsade de svarande från att delta i samhällslivet eller ta del av service (n=184)



Utöver de hinder som presenteras i figuren så var det 60,3 procent som uppgav ”annat” hinder. När de specificerade vad detta hinder utgjordes av visar det sig att majoriteten av svar (76 st.) handlade om en funktionsnedsättning, fysisk sjukdom eller psykisk ohälsa hos den svarande, det vill säga *inte* ett hinder i den sociala eller fysiska miljön. Ett annat vanligt svar (19 st.) var att det var dålig ekonomi som utgjorde ett hinder för deltagande i samhällslivet eller tillgång till service. Noterbart är också att det som angavs under ”annat” ofta var en upprepning eller utveckling av ett svar som angivits i huvudfrågan: hinder rörande sociala relationer såsom att inte får stöd eller förståelse omgivningen, arbetsplatsen, sjukvården, släktingar eller personal (34 st.); bristfälliga transporter (18 st.); eller bristfällig fysisk miljö eller tillgänglighet i fråga om till exempel öppettider (16 st.).

Sett över alla aktiviteter/serviceformer sammantaget upplevde hälften av de svarande (51,6%) en typ av socialt eller fysiskt hinder, och en fjärdedel (26,6%) upplevde två typer av hinder, men enstaka personer uppgav att de upplevde upp till åtta olika typer av hinder. De som var begränsade i sina dagliga aktiviteter till följd av funktionsnedsättning samt de som uppgav att de använde sig av förflyttningshjälpmedel angav fler hinder än övriga.

I Tabell 2 presenteras vilka typer av hinder i den sociala eller fysiska miljön som var vanligast för olika typer av aktiviteter/serviceformer. I tabellen listas de tre

vanligaste av hindren för respektive aktivitet/serviceform. Det blir då tydligt att vissa av hindren återkom för många aktiviteter/serviceformer. Brist på stöd och service från samhället var bland de tre vanligaste hindren för samtliga av de 17 aktiviteterna/serviceformerna, och otillräckliga offentliga transportmedel var bland de tre vanligaste hindren för 16 av 17 aktiviteter/serviceformer. Övriga hinder i den sociala eller fysiska miljön som förekommer bland de tre vanligaste hindren för någon aktivitet/serviceform var: bristfällig eller svårförståelig information (8 aktiviteter/serviceformer); bristande stöd från familj och vänner (5 st.); bristande handikappanpassning (4 st.); otillgängliga byggnader och platser (3 st.); samt ogästvänliga eller hotfulla miljöer (3 st.).

Tabell 2. Hinder i social eller fysisk miljö som begränsar deltagandet i olika typer av aktiviteter/serviceformer

Aktivitet/serviceform (antal som deltar/vill delta, men upplever hinder)	Vanligaste hinder
Delta i kulturella aktiviteter (n=86)	1. Otillräckliga offentliga transportmedel (44,2%) 2. Brist på stöd och service från samhället (29,1%) 3. Bristande handikappanpassning (22,1%) (Annat; 59,3%)
Gå på sportevenemang (n=45)	1. Otillräckliga offentliga transportmedel (28,9%) 2. Bristfällig eller svårförståelig information (24,4%) 3. Brist på stöd och service från samhället (24,4%) (Annat: 68,9%)
Delta i sportaktivitet (n=64)	1. Brist på stöd och service från samhället (25,0%) 2. Otillräckliga offentliga transportmedel (20,3%) 3. Brist på stöd från familj och vänner (18,8%) (Annat: 75,0%)
Gå på restaurang eller café (n=67)	1. Otillräckliga offentliga transportmedel (35,8%) 2. Brist på stöd och service från samhället (32,8%) 3. Bristande handikappanpassning (22,4%) (Annat: 58,2%)
Besöka släktingar eller vänner (n=67)	1. Otillräckliga offentliga transportmedel (38,8%) 2. Brist på stöd och service från samhället (31,3%) 3. Bristande handikappanpassning (23,9%) 3. Bristfällig eller svårförståelig information (23,9%) (Annat: 64,2%)
Delta i föreningsaktiviteter, t.ex. studie cirklar, kurser, möten (n=55)	1. Otillräckliga offentliga transportmedel (41,8%) 2. Brist på stöd och service från samhället (30,9%) 3. Brist på stöd från familj och vänner (21,8%) 3. Bristfällig eller svårförståelig information (21,8%) (Annat: 65,5%)

Tabell 2 (forts.)

Delta i religiösa aktiviteter (n=21)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Otillräckliga offentliga transportmedel (52,4%) 2. Bristfällig eller svårförståelig information (33,3%) 3. Brist på stöd och service från samhället (33,3%) (Annat: 66,7%)
Åka på semester (n=81)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Otillräckliga offentliga transportmedel (32,1%) 2. Brist på stöd och service från samhället (27,2%) 3. Otillgängliga byggnader och platser (22,2%) (Annat: 69,1%)
Gå till parker, grönområden (n=40)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Brist på stöd och service från samhället (35,0%) 2. Otillgängliga byggnader och platser (30,0%) 3. Otillräckliga offentliga transportmedel (27,5%) (Annat: 67,5%)
Gå till arbetet, skolan e.d. (n=45)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Otillräckliga offentliga transportmedel (28,9%) 2. Brist på stöd och service från samhället (24,4%) 3. Ogästvänliga eller hotfulla miljöer (24,4%) (Annat: 71,1%)
Besöka vårdcentral, sjukhus (n=57)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Otillräckliga offentliga transportmedel (38,6%) 2. Brist på stöd och service från samhället (38,6%) 3. Ogästvänliga eller hotfulla miljöer (21,1%) (Annat: 54,4%)
Gå till socialtjänst, arbetsförmedling (n=33)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Brist på stöd och service från samhället (33,3%) 2. Ogästvänliga eller hotfulla miljöer (30,3%) 3. Bristfällig eller svårförståelig information (24,2%) (Annat: 51,5%)
Besöka tandläkaren (n=55)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Otillräckliga offentliga transportmedel (32,7%) 1. Brist på stöd och service från samhället (32,7%) 3. Bristfällig eller svårförståelig information (21,8%) (Annat: 67,3%)
Handla mat, kläder med mera (n=62)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Brist på stöd och service från samhället (33,9%) 2. Otillräckliga offentliga transportmedel (32,3%) 3. Otillgängliga byggnader och platser (24,2%) (Annat: 61,3%)
Betala räkningar, ta ut pengar (n=45)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Brist på stöd och service från samhället (40,0%) 2. Bristfällig eller svårförståelig information (28,9%) 3. Otillräckliga offentliga transportmedel (24,4%) 3. Brist på stöd från familj och vänner (24,4%) (Annat: 68,9%)
Använda internet (n=30)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bristfällig eller svårförståelig information (46,7%) 2. Otillräckliga offentliga transportmedel (43,3%) 3. Brist på stöd och service från samhället (23,3%) 3. Brist på stöd från familj och vänner (23,3%) (Annat: 66,7%)

Tabell 2 (forts.)

Rösta i allmänna val (n=29)	<ol style="list-style-type: none">1. Brist på stöd och service från samhället (37,9%)2. Otillräckliga offentliga transportmedel (27,6%)3. Brist på stöd från familj och vänner (20,7%)3. Bristande handikappanpassning (20,7%) (Annat: 72,4%)
<i>Not: Svaren uppgår till mer än 100%, då de svarande kunde ange flera hinder för respektive aktivitet.</i>	

Jämförelse mellan lands-/glesbygd och städer

Det fanns inga skillnader mellan lands-/glesbygd och städer vad gäller vilka aktiviteter/serviceformer som de svarande upplevde hinder för att delta i eller vilken typ av hinder de mötte. Inte heller identifierades några signifikanta skillnader mellan lands-/glesbygd och städer vad gäller kön; ålder; civilstånd; sysselsättningsform; begränsningar till följd av långvarig sjukdom, funktionsnedsättning, psykisk ohälsa eller skörhet/svaghet på grund av ålder; allmänt hälsotillstånd; välbefinnande; funktionsförmåga; medicinsk vård; personlig omvårdnad; praktiskt stöd eller omsorg; hjälp eller stöd från anhöriga; givande av omsorg eller stöd till anhöriga; eller användning av förflyttningshjälpmedel.

Faktum är att den enda signifikanta skillnad mellan lands-/glesbygd och städer som identifierades i denna studie rörde inkomstnivåerna. Denna skillnad pekade på en något högre inkomstnivå i städerna. Det fler av de svarande på lands-/glesbygden som tillhörde hushåll med en samlad årsinkomst om 300 000-500 000 kronor före skatt (mellannivån) och färre som tillhörde hushåll med en samlad årsinkomst om mer än 500 000 kronor, medan det inte var någon skillnad i andelen svarande som tillhörde den lägsta inkomstgruppen (mindre än 300 000 kronor).

Sammanfattande diskussion

Den här delstudien syftade till att identifiera vilka hinder i den sociala eller fysiska miljön som människor möter när de vill delta i samhällslivet eller ta del av olika typer av service, och om situationen skiljer sig mellan personer som bor på lands-/glesbygd respektive i städer. Delstudien bygger på en enkät till ett urval av 6 000 personer i åldern 16 år eller äldre boende i Dalarnas län. Totalt var det 3 171 personer som besvarade enkätens första del och 421 personer som besvarade enkäten i sin helhet. Den mindre gruppen utgjordes av personer som var begränsade i sina dagliga aktiviteter till följd av långvarig sjukdom (47,7%), funktionsnedsättning (62,2%), psykisk ohälsa (22,6%), eller skör-/svaghet på grund av ålder (24,7%). De

som var begränsade i sina dagliga aktiviteter skattade sin hälsa som sämre än de som inte var begränsade i sina dagliga aktiviteter. Denna grupp var också något äldre och utgjordes av en högre andel kvinnor.

Den enda signifikanta skillnad som kunde identifieras mellan lands-/glesbygd och städer rörde inkomstnivåerna, och pekade på en något högre inkomstnivå i städerna. Det fanns inte några skillnader beträffande i vilken mån man mötte hinder när man ville delta i samhällslivet eller ta del av service.

Drygt hälften av de svarande hade under den senaste månaden fått medicinsk vård (till exempel från vårdcentral eller sjukhus). Detta var särskilt vanligt bland dem som hade långvarig sjukdom eller psykisk ohälsa. Kanske något förvånande var att dessa grupper hade lägst andel personer som fick stöd eller hjälp från anhöriga eller vänner. Högst andel personer som fick personlig omvårdnad eller praktiskt stöd/omsorg respektive stöd/hjälp från anhöriga återfanns bland dem som var svaga eller sköra på grund av ålder.

I studien ställdes frågor om deltagande och hinder för deltagande i 17 olika former av aktiviteter/service. För dessa aktiviteter/serviceformer upplevde mellan 8,2 och 43,2 procent av dem som faktiskt var intresserade av att delta hinder i den fysiska eller sociala miljön. Störst andel upplevde hinder för att delta i sportaktiviteter, att gå till socialtjänsten eller arbetsförmedlingen, samt delta i kulturella aktiviteter.

Personer med funktionsnedsättning upplevde hinder i större utsträckning än de övriga tre grupperna vad gäller samtliga typer av aktiviteter/serviceformer, medan personer med långvarig sjukdom inte vad gäller någon av aktiviteterna/serviceformerna upplevde hinder i högre grad än de övriga grupperna. Upplevelserna hos personer med psykisk ohälsa och ålderssvaga/-sköra befann sig däremellan.

Trots att personer med funktionsnedsättning i störst grad upplevde hinder för att delta i samhällslivet eller ta del av service, så var det denna grupp som hade det högsta välbefinnandet. Personer som var långvarigt sjuka eller led av psykisk hade ett lägre välbefinnande. Kanske kan det bero på att personer med funktionsnedsättning har levt med begränsningar i sina dagliga aktiviteter under längre tid och lärt sig acceptera och hantera dessa på ett annat sätt än personer som nyligen har börjat uppleva sådana begränsningar.

Ytterst kan hinder för deltagande leda till social exkludering av vissa grupper av människor. Att 27,7 procent av de svarande alltid eller ofta kände sig ensamma kan ses som en indikation på att människor är exkluderade. Upplevelsen av ensamhet

var särskilt hög bland personer med psykisk ohälsa – och just dessa personer fick relativt lite hjälp och stöd från anhöriga och vänner.

Vilka var då de vanligaste hindren för människor som ville delta i samhällslivet eller ta del av service? Över 20% av de svarande angav att de upplevde hinder i den sociala eller fysiska miljön i form av otillräckliga offentliga transporter, brist på stöd och service från samhället, respektive bristande handikappanpassning för minst en av aktiviteterna/serviceformerna. Sett till enskilda aktiviteter/serviceformer återfanns brist på stöd och service från samhället bland de tre vanligaste hindren för samtliga aktiviteter/serviceformer, och otillräckliga offentliga transporter bland de tre vanligaste hindren för 16 av 17 aktiviteter/serviceformer. Värt att notera är också att många av de svarande uppgav ”annat” hinder, vilket ofta handlade om en funktionsnedsättning, fysisk sjukdom eller psykisk ohälsa hos den svarande. Detta kan tolkas som att dessa personer upplevde att det största hindret för samhällsdeltagande låg hos dem själva och inte i den sociala eller fysiska miljön.

Det är utifrån enkätstudien svårt att säga något om i vilket avseende dessa och andra identifierade hinder i den fysiska eller sociala miljön gör det svårt för människor att delta i samhällslivet eller ta del av service, eller vilka åtgärder som behövs för att undanröja eller minimera hindren. Detta är frågor som därför diskuterades mer ingående i fokusgrupper med personer som besvarat enkäten och företrädare för organisationer som ingick i den andra delstudien. Resultaten av fokusgruppsdiskussionerna presenteras i den tredje delstudien.

Referenser

- Alm, S., Bäckman, O., Gavanas, A. & Kumlin, J. (2010). *Utsatthetens olika ansikten - begreppsöversikt och analys*. Stockholm: Institutet för Framtidsstudier.
- Burchardt, T., Le Grand, J. & Piachaud, D. (2002). ”Degrees of exclusion: Developing a dynamic, multidimensional measure”. I: J. Hills, J. Le Grand and D. Piachaud (red.), *Understanding social exclusion*. Oxford: Oxford University Press.
- Council of European Union (2004). *Joint report by the Commission and the Council on social inclusion*.
- Levitas, R., Pantazis, C., Fahmy, E., Gordon, D., Lloyd, E. & Patsios, D. (2007). *The multi-dimensional analysis of social exclusion*. London: Social Exclusion Task Force.
- ODPM (2006). *A sure start to later life: Ending inequalities for older people. A Social Exclusion Unit final report*. London: Office of the Deputy Prime Minister, Department of Health, and Department of Work and Pensions.

Rönnerberg, J., Classon, E., Danermark, B. & Karlsson, T. (2012). *Forskning om funktionsnedsättning och funktionsbinder 2002-2010: Kartläggning, analys och förslag: Regeringsuppdrag till FAS från Socialdepartementet*. Stockholm: Forskningsrådet för Arbetsliv och Socialvetenskap.

Social Exclusion Task Force (2009). *Frequently Asked Questions*. (www.cabinetoffice.gov.uk/social_exclusion_task_force/faqs.aspx). Hämtad 2009-06-10.

Social Exclusion Unit (2004). *A new direction for the Social Exclusion Unit 2004-2005. Improving service delivery to the most disadvantaged*. London: Social Exclusion Unit.

SOU 1999/2000:79. *Från patient till medborgare: En nationell handlingsplan för handikappolitiken*. Stockholm: Riksdagen.

Delstudie 2. Organisationsföreträdares syn på tillgänglighet till service och samhällsdeltagande för äldre och funktionshindrade

Marika Marusarz & Päivi Turunen

Studiens syfte och kapitlets disposition

Syftet med enkäten till organisationsföreträdare och dokumentanalysen (delstudie 2) var att identifiera fysiska, sociala, mentala och andra hinder, samt beskriva hur olika organisationer arbetar med att förebygga och minimera hinder för tillgänglighet till service och samhällsdeltagande för äldre och funktionshindrade. Ytterligare aspekter som ingick i uppdraget var att ta reda på vilka idéer på lösningar som skilda organisationer hade för att främja tillgängligheten och deltagandet i framtiden. I slutanalysen skulle en jämförelse mellan olika organisationstyper och områden (lands-/glesbygd och städer) göras.

Delstudien omfattade ett 20-tal organisationer som strategiskt valdes för att synliggöra varierande kompetenser och erfarenheter som fanns i städer och lands-/glesbygd. De organisationer som valdes skulle representera offentlig sektor (kommuner och landstinget Dalarna), privata företag (assistentbolag och företagarföreningar) och andra aktörer (Svenska kyrkan, Röda korset, kooperativ, landsbygdsnätverk som Leaderprogram och lokala utvecklingsgrupper) i tre kommuner samt Landstinget Dalarna. De kommuner som valdes var Malung som ligger i norra Dalarna, Falun som ligger i mitten och Hedemora som ligger i södra Dalarna. Till samtliga kommuner och landstinget skickades frågeformuläret till yrkesverksamma i central funktion som hade med handläggning av funktionshinder att göra. Dessa identifierades genom hemsidor och telefonsamtal.

Kapitlet inleds med metodfrågor och kommentarer på undersökningsmaterialet (enkäter och policydokument). En kort inledning ges till begreppen tillgänglighet, samhällsdeltagande, funktionsnedsättning/hinder samt hinderspektiv. Efter denna begreppsgenomgång återges de mest centrala aspekterna av funktionshinderspolitiken. Därefter analyseras enkätsvaren. Rapporten avslutas med en sammanfattande analys och diskussion.

Metod och genomförande

Delstudie 2 är en kvalitativ studie i form av en enkät och en dokumentanalys. Enkäten skickades till tre kommuner i Dalarna (Avesta, Malung och Falun), Röda korset, näringslivsbolag, privata omsorgsbolag, kooperativ samt Landstinget Dalarna. Sammanlagt 25 enkäter skickades ut och 17 personer svarade, en svarsfrekvens på 68 procent. Cirka hälften av svaren kom per post och resten genomfördes via telefonintervju i enlighet med enkäten. Personerna fick välja att svara skriftligt eller muntligt.

Enkäten hade frågeställningar om vilka initiativ som tagits för att främja tillgänglighet, hur initiativen tagits och fallit ut, uppfattningen av fysiska och sociala hinder, om policydokument fanns om tillgänglighet och samhällsdeltagande samt idéer om nya lösningar för att minimera fysiska, sociala och mentala hinder för att främja tillgänglighet och samhällsdeltagande. Av svaren framgick att frågeformuläret i många fall uppfattades som svårt och för akademiskt i frågekonstruktionen. Detta visade sig också i telefonintervjuerna där förtydliganden var nödvändiga. De som i sin tjänst hade med äldre frågor eller frågor om funktionshinder att göra inom den offentliga sektorn eller som var aktiva inom någon organisation skickade officiella dokument om tillgänglighet och samhällsdeltagande eller hänvisade till organisationens dokument på hemsidor.

Det insamlade forskningsmaterialet analyserades i enlighet med den kvalitativa metoden som går ut på att sortera, reducera och argumentera för att kunna synliggöra teman och tolka dem (Rennstam & Wästerfors 2011). Enkäterna kodades först fråga efter fråga i enlighet med det manifesta (synliga och uppenbara) innehållet. Svaren kategoriseras sedan i fyra huvudkategorier i enlighet med studiens syfte och frågeställningar: 1) tillgänglighet till social service och samhällsdeltagande, 2) fysiska hinder och transport, 3) sociala och mentala samt andra hinder samt 4) nya idéer för att främja tillgänglighet till social service och samhällsdeltagande.

Inskickade policydokument om tillgänglighet till service och samhällsdeltagande, som var få till antalet, rörde handikappolitik eller den sittande regeringens genomförandestrategi för funktionshinderpolitik 2011-2016. De andra som svarade men inte skickade några särskilda dokument tillhörde organisationer som vände sig till befolkningen i allmänhet eller till utsatta grupper där äldre, funktionshindrade och andra ingick. I ett av svaren konstaterades att inga hinder för tillgänglighet och samhällsdeltagande fanns. Ett privat omsorgsbolag hade dokument som inte gick att ta del av och ladda ner utan betalning.

Dokumentanalysen genomfördes i form av kvalitativ innehållsanalys och med fokus på det manifesta budskapet om hur tillgänglighet och deltagande framställdes i policydokument. Först sorterades materialet enligt tre kriterier: 1) fanns det särskilda dokument gentemot äldre och funktionshindrade eller inte, 2) fanns det andra dokument där insatser för äldre och funktionshindrade nämndes, och 3) hur hade tillgänglighet och samhällsdeltagande diskuterats gentemot dessa grupper i de dokument som var tillgängliga. Eftersom det inkom få policydokument var sökandet efter övergripande dokument på riksnivå nödvändigt innan en analys kunde genomföras.

Undersökningsmaterialet och kommentarer

Av de inkomna enkätsvaren framgick att tillgänglighet och samhällsdeltagande diskuterades praktiskt på vardagslivsnivå i de undersökta kommunerna. Det var inte retoriska mål som stod i fokus för policydokument utan konkreta insatser och exempel på hur organisationer i olika grader försökte minimera hinder samt främja tillgänglighet till service och samhällsdeltagande.

Flera anmälde sitt intresse för att delta i fokusgrupper inom ramen för delstudie 3. Detta tyder på att det fanns intresse att dela med sig av frågor som rör tillgänglighet till service och samhällsdeltagande inom de organisationer som ingick i studien.

Sökandet efter policydokument om tillgänglighet till service och samhällsdeltagande avseende äldre och funktionshindrade på riksnivå genom organisationernas hemsidor visade att den offentliga sektorns hemsidor gav resultat på en gång. Det var den nya strategin för funktionshinderspolitiken 2011-2016 som till största delen fanns tillgänglig. Därför kommer de mest centrala aspekterna av denna strategi att redovisas längre fram. I andra fall gjordes sökningar med sökord såsom äldre, funktionshindrade, handikappade, deltagande, tillgänglighet, tillgång o.d. Nedan ges en kortfattad beskrivning av de dokument som gick att finna på internet.

Typer av organisation och dokument

Sveriges kommuner och landsting (SKL) hänvisar till regeringens policydokument och egna dokument om funktionshinderspolitik. Organisationen har tagit beslut om ett antal åtaganden och en viljeinriktning för att förbättra vardagen för äldre och personer med funktionsnedsättning. I "Nytt om funktionshinder" 1/2011 ges information och nyheter på området, bland annat om funktionshinderspolitiken, och om ett positionspapper där en ny syn fastslås och enligt vilken patienter och brukare inte längre ska betraktas som mottagare av hälso- och sjukvården utan som medskapare. Organisationen verkar också för informationssystem i syfte att förenkla vardagen genom bättre e-tjänster, bland annat e-hälsa i framtiden. År 2012 utkom en kvalitativ uppföljningsstudie "Bättre liv för sjuka äldre" (SKL 2012) där hinder och

brister i vård och omsorg beskrivs i koordinationen av den sammanhållna vården inom primärvården. Sex stora utmaningar synliggörs som kommuner, landsting och vård/omsorgsgivare står inför. Dessa är brister i samordning och planering, kontinuitet och långsiktighet, informationsöverföring och helhetsansvar kring läkemedelsanvändning, brukar- och anhöriginvolvering, kontakten med hemtjänsten samt stöd till anhöriga (www.skl.se).

Svenska kyrkan har dokument som rör äldre och funktionshindrade. År 2004 utkom Kyrkoutskottets betänkande 2004:5 om ”Öppen kyrka i behov av särskilt stöd”. Där finns handlingsplan för handikappfrågor, riktlinjer för hörselfrågor, de blindas och synskadades behov samt hur dessa behov kan tillgodoses. Även de språkliga minoriteternas särskilda behov uppmärksammas. Svenska kyrkans centrum för handikappfrågor samordnar frågorna på området. Kyrkan verkar för tillgänglighet och kyrkligt deltagande nationellt och lokalt inom sin organisation (www.svenskakyrkan.se).

Röda Korset (RK) arbetar internationellt, nationellt och lokalt för att förhindra och lindra mänskligt lidande. Organisationen verkar för tillgång till humanitära insatser för människor drabbade av krig och katastrofer men också för människor som lider av ensamhet eller annan utsatthet lokalt. I de senaste dokumenten synliggörs asylsökandes och papperslösas rätt till vård. I december 2011 uppmanade organisationen i ett brev till ledamöterna i kommunstyrelsen att ge kommunens äldre ett nyårslofte om en bra omsorg. Samtidigt lovade Röda Korset att själva göra vad de kan för att bidra till att äldre får ett gott och värdigt liv. I nyårsloftet lyftes tre uppmaningar fram: att på äldreboenden i kommunen stärka de boendes och deras närståendes delaktighet i beslut om berör det dagliga livet; att skapa förutsättningar för ett hälsosamt åldrande genom utökade möjligheter för fysisk aktivitet, näringsrik och god mat, och ett meningsfullt socialt liv; samt att se till att alla i kommunen på ett enkelt sätt kan påtala missförhållanden inom äldreomsorgen. Organisationen stödjer patienter och närstående på sjukhus över hela landet, hälsar på ensamma äldre, tar emot samtal i telefonjouren och ger läxhjälp åt de som inte kan få hjälp hemma. Besöksverksamheten sker framför allt på lokal nivå. Lokalt har RK även bedrivit lokala utsatthets- och kapacitetsstudier (LUKS) (www.redcross.se).¹

Coompanion – kooperativ utveckling har särskilda policydokument om hur man kan starta lokalt förankrade kooperativ och sociala företag för att öka möjligheter till service och socialt deltagande bland äldre, funktionshindrade och andra grupper. Kooperativ kan startas av alla intresserade i samhället. Medarbetarna i sociala företag kan vara personer med funktionsnedsättning, tidigare missbruksproblem, långa

¹ LUKS är dokumenterat i en rapport av Jegermalm & Sundh (2005) ”Social mobilisering i frivillig regi. En studie av Svenska Röda Korsets arbete med lokala utsatthets- och kapacitetsstudier”.

sjukskrivningsperioder eller långvarig arbetslöshet. De kooperativa verksamheterna drivs i enlighet med kooperativa principer som frivilligt och öppet medlemskap samt demokratisk medlemskontroll. Den kooperativa rörelsen arbetar på internationell, nationell och lokal nivå med målet om en hållbar utveckling av respektive lokalsamhälle där tillgänglighet till service och socialt deltagande ingår. I fokus för kooperativ står medlemsdemokrati och -deltagande (www.coompanion.se).

Leader beskrivs som ett nätverk och en metod för landsbygdsutveckling och är kopplat till landsbygdsprogram i Sverige och Europa. Huvudmålet med nätverket är att skapa möjligheter till tillväxt och utveckling samt påverkan. Till dessa mål räknas även tillgänglighet till vård och omsorg. Det fanns inte några policydokument direkt kopplade till äldre men till funktionshindrade rörande försök med grön omsorg och grön rehabilitering i lantlig miljö, både i privat och offentlig regi (www.sjv.se).

Ett av de kontaktade näringslivsbolagen hänvisade till sina egna dokument och de policydokument som Svensk Handel har på sin hemsida. Svensk Handel verkar aktivt för tillgänglighetsfrågor och påpekar att alla tjänar på förbättrad tillgänglighet. På deras hemsida står information om diskrimineringslagstiftningen och dokument som rör tillgänglighet i handeln samt taktilskyltar. Enligt Svensk Handel finns cirka 1,8 miljoner personer med någon form av funktionsnedsättning i Sverige. Uppskattningsvis tillför de detaljhandeln 105 miljarder kronor årligen (www.svenskhandel.se).

Talesmän för Svensk Handel skriver på organisationens hemsida att det inte behövs nya lagar utan konkreta insatser för förändring och att det inte finns någon ovilja till förändring, snarare brist på information, kunskap och uppföljning. Konsumentverket och Svensk Handel har därför tagit fram en broschyr för att informera om lagen för enkelt avhjälpta hinder. Det finns också ett program och en e-utbildning på webben som heter ”Butik för alla”. Också en kampanj för taktila skyltar med punktskrift har genomförts och över tusen skyltar har installerats i nio köpcentra. Frågan om tillgänglighet anses viktig och butiksägarna uppmanas att se över tillgängligheten i sina butiker av följande skäl: att personer med funktionsnedsättningar är en köpstark grupp med lika stora önskningar om att kunna handla som de ännu inte funktionsnedsatta; att det finns en lagstiftning som reglerar hur butiken ska vara uppbyggd med avseende på tillgänglighet; samt att man kan bredda kundgruppen och därmed göra mer lönsamma affärer. E-utbildningen ”Butik för alla” är framtagen av Svensk Handel och Konsumentverket för att öka medvetenheten om tillgänglighetsfrågor hos butiksägare och andra aktörer inom handeln. Svensk Handel hoppas på att utbildningen ska ge inspiration att komma igång med tillgänglighetsarbete (www.svenskhandel.se).

Eftersom funktionshinderspolitiken (Handisam 2010; Regeringskansliet 2011) explicit handlar om tillgänglighet och socialt deltagande samt rör offentliga, privata och andra organisationer har vi valt att sätta fokus på funktionshinderspolitik som en politik för hela samhället. Det finns också dokument som rör äldre som ”Äldrepolitik för framtiden” (SOU 2003:91), ”Värdigt liv i äldreomsorgen” (prop. 2009/10:116) och ”Den ljusnande framtid är vård” (Socialdepartementet 2010) som rör tillgänglighet och deltagande men som i första hand har fokus på många övergripande frågor inom äldrepolitiken som demografi, produktivitetsökning, vård och omsorg med mera

Centrala begrepp och utgångspunkter för studien

Med samhällsdeltagande menas i denna undersökning tillgänglighet (möjligheter och tillgång) till att ta del av offentlig, kommersiell och annan service (som kan ges av frivilliga organisationer, kooperativ eller sociala företag) samt tillgänglighet (möjligheter och tillgång) till socialt deltagande i samhällslivet. Samhällsdeltagande kan röra allt från att vara delaktig i politik, samhällsplanering, transporter eller sociala aktiviteter. Deltagande kommer att diskuteras mer ingående nedan.

Det finns en begreppslig skillnad mellan handikapp, funktionsnedsättning och funktionshinder. År 2007 beslutade Socialstyrelsen att termen handikapp inte ska användas inom hälso- och sjukvård samt socialtjänst. Funktionsnedsättning betyder nedsättning av fysisk, psykisk eller intellektuell förmåga, medan funktionshinder innefattar en begränsning som en funktionsnedsättning innebär för en person i relation till omgivningen (Socialstyrelsen 2012). Ändring av begrepp har betytt ett skifte från handikapp som en egenskap hos en individ till en omgivning som skapar hinder i medborgarskapet.

Myndigheten för handikappolitisk samordning (Handisam 2010, s. 15) påpekar att en funktionsnedsättning är kopplad till en person och behöver inte innebära ett hinder för delaktighet, men om en miljö och omgivning är otillgänglig anses funktionshinder uppstå. Det är funktionshinder som hindrar personer att delta i samhället, inte funktionsnedsättningen.

Av Handisams faktablad ”Funktionsnedsättning och arbetsmarknad” (ej daterad) framgår att en sjättedel av Sveriges befolkning i arbetsför ålder, 16-64 år, uppger att de har en funktionsnedsättning och mer än hälften av dessa säger att det medför nedsatt arbetsförmåga, d v s drygt en halv miljon människor. I Sverige finns cirka 5 943 000 personer i arbetsför ålder varav 921 000 personer med funktionsnedsättning. Bland dessa personer hade 525 000 funktionsnedsättning och nedsatt arbetsförmåga och 376 000 funktionsnedsättning utan nedsatt arbetsförmåga. Tre

fjärdedelar av samtliga sysselsatta personer med funktionshinder hade behov av anpassade arbetsförhållanden. Handisam rapporterar vidare att kvinnor har behov av anpassning i större utsträckning än män (www.handisam.se).

Funktionshinderspersionen innebär, enligt samma källa, att i all planering och genomförande på samtliga politikområden måste man beakta människors olika behov. Detta innebär att de generella lösningarna ska utformas så att de fungerar för alla oavsett funktionsförmåga. Görs inte detta ska kompletterande särskilda lösningar vidtas för att skapa jämlika förutsättningar. Hinder för delaktighet ska identifieras och tas bort på samtliga samhällsområden från arbetsmarknadspolitik till konsumentpolitik (se även Regeringskansliet 2011).

Deltagande handlar till syvende och sist om grundläggande mänskliga rättigheter och demokrati samt hur detta utövas. Demokrati har teoretiskt diskuterats i tre former som representativ, deltagande och deliberativ demokrati (Bennich-Björkman & Blomqvist 2008; Dahlberg & Vedung 2001; Englund 2007). Demokrati handlar inte endast om rätten att delta i allmänna val eller i majoritetsbeslut utan också om möjligheter att säga sin mening, det vill säga att påverka och få inflytande i samhället. Den representativa demokratin har av kritiker inte i tillräckligt utsträckning ansetts ge utrymme för medborgerligt deltagande och inflytande. Sedan 1960-talet har krav på ökat deltagande, direktdemokrati samt brukarinflytande och medverkan rests för att öka medborgares och brukares möjligheter att få service efter behov, komma till tals samt aktivt kunna delta i de beslut som påverkar ens liv i samhället. I strävan efter ökad demokrati och deltagande har offentliga verksamheter och service decentraliserats. Därutöver har lokal demokrati och dialog samt brukardeltagande och -medverkan främjats med hjälp av en rad olika typer av deltagardemokratiska åtgärder och metoder för dialog. Den deliberativa demokratin har särskilt syftat till att främja demokrati och deltagande genom ett ömsesidigt argumenterande samtal för att uppnå samförstånd kring gemensamma angelägenheter (se vidare Cesam & Malmö stad 2009; Dahlberg & Vedung 2001; Denvall & Salonen 2000; Marusz & Turunen 2011; SKL 2010; Turunen & Marusz 2010).

Deltagande är inget lätt begrepp vare sig i teori eller i praktik. Begreppet har ofta diskuterats i form av en deltagandetrappa som forskaren Sherry Arnstein introducerade i slutet av 1960-talet (Denvall & Salonen 2000, s.31). Trappan har sedan dess tillämpats av många och i varierande former, bland annat av SKL (2009). Enligt Arnstein finns det flera nivåer för deltagande, allt från manipulation till medborgarkontroll. Arnsteins trappa startar från icke-deltagande och går över till symboliskt deltagande. Den högsta formen av deltagande handlar om medborgardeltagande i form av partnerskap, delegerad makt och medborgarkontroll. Senare har delaktighet också diskuterats som delaktighetens praktik, som ett konkret

delaktighetsgörande, som är något annat än policydokument. Delaktighetsgörande handlar om praktiskt arbete för genuina möten och kommunikativ ömsesidighet i vardag (jämför Bülow m.fl. 2012). Denna aspekt av delaktighet kommer att diskuteras mer ingående i delstudie 3. Nedan presenteras den nya funktionshinderspolitikens syften.

Centrala aspekter av funktionshinderspolitiken

Från handikappolitik till funktionshinderspolitik

År 2010 ersattes handikappolitiken med funktionshinderspolitiken som fick ett utvidgat syfte att människor med funktionsnedsättning i alla åldrar ska vara fullt delaktiga och ha jämlika levnadsvillkor (Regeringskansliet 2011).

Regeringens genomförandestrategi för funktionshinderspolitik 2011-2016 grundar sig på tidigare policydokument, bland annat på den nationella handlingsplanen "Från patient till medborgare" (prop. 1999/2000:79). Denna proposition fastställde att personer med funktionshinder inte ska ses som patienter utan som medborgare med rättigheter och skyldigheter som alla andra. Det är medborgarperspektivet, politiskt baserat på mänskliga rättigheter, samt samordningen av insatserna mellan olika aktörer i samhället som har förstärkts i den nya politiken. Syftet med genomförandestrategin är att presentera politikens inriktning, konkreta mål samt hur resultaten ska följas upp under de kommande fem åren (Regeringskansliet 2011).

I den tredje och sista uppföljningen av den nationella handlingsplanen för handikappolitiken (skr. 2009/19:166) tydliggjorde regeringen att de tidigare uppsatta målen för politiken och inriktningen ska ligga fast. Tillgång till samhällsgemenskap ska gälla som grund och ett samhälle ska utformas så att människor med funktionsnedsättning i alla åldrar blir fullt delaktiga i samhället och jämlikhet i levnadsvillkor uppnås oavsett kön eller funktionsnedsättning. Det påpekas också att de nationella målen är ständigt aktuella och ingen bortre tidsgräns finns. Inriktningen på arbetet ska även i fortsättningen vara att identifiera och undanröja hinder för full delaktighet i samhället för flickor, pojkar, kvinnor och män med funktionsnedsättning, förebygga och bekämpa diskriminering samt skapa förutsättningar för självständighet och självbestämmande.

Den svenska funktionshinderspolitiken följer FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning, FN:s konvention om barnets rättigheter, Europarådets handlingsplan för att främja rättigheter och full delaktighet för personer med funktionsnedsättning i Europa 2006-2015 samt EU:s funktionshindersstrategi 2010-2020 (Handisam 2010).

EU:s strategi för tillväxt Europa 2020 är en strategi för ”smart och hållbar tillväxt för alla” och omfattar mål för sysselsättning, utbildning och ökad social delaktighet. Denna strategi omfattar också insatser mot fattigdom och social utestängning. Minst 20 miljoner människor i Europa ska lyftas ur fattigdom och social utestängning samtidigt som social delaktighet ska främjas. Personer med funktionsnedsättning anges som en grupp som särskilt behöver uppmärksammas. Europeiska kommissionen uppskattar att av de cirka 80 miljoner människor som lever i risk för fattigdom har cirka sex och en halv miljon människor någon form av funktionsnedsättning (Regeringskansliet 2011).

Regeringen anger prioriterade områden för sin funktionshinderspolitik: arbetsmarknadspolitik, utbildningspolitik, socialpolitik, folkhälsopolitik, ökad fysisk tillgänglighet, transportpolitik, IT-politik, kultur, medier och idrott, rättväsendet och migrationsverket samt konsumentpolitiken. På alla dessa områden ska hinder reduceras för att människor med funktionsnedsättning ska ha tillgång till allmänna platser, service och möjligheter att delta i samhällslivet. Nedan sammanfattas centrala aspekter av regeringens genomförandestrategi för funktionshinderspolitiken i syfte att belysa vidden av aspekter som rör tillgänglighet och samhällsdeltagande.

Funktionshinderspolitikens delmål och insatser

Det är Myndigheten för handikappolitisk samordning (Handisam) som har regeringens uppdrag att samordna insatserna för den gällande funktionshinderspolitiken 2011-2016. Enligt regeringens strategi för genomförande av funktionshinderspolitiken ska det gemensamma ansvaret att skapa ett samhälle där alla kan delta på lika villkor gälla myndigheter, kommuner och landsting men också organisationer, företag och föreningar och de som är aktiva inom dessa. Arbetet ska följa gällande lagar och föreskrifter samt vara tvärasektoriellt. Samverkan omfattar flera aktörer inom skilda samhällsområden.

Den grundläggande utgångspunkten inom arbetsmarknadspolitikerna är att alla människors kompetens och vilja att arbeta ska tillvaratas samt att ge personer med funktionsnedsättning möjlighet att komma in på den ordinarie arbetsmarknaden. I detta ingår att alla människor ska beredas möjlighet att delta i arbetslivet utifrån sina förmågor och förutsättningar. Detta gäller samtliga samhällssektorer där den offentliga sektorn anses behöva ta ett större ansvar. Det finns flera insatser från praktikantprogram och översyn av sjukförsäkringen till handlingsplan för arbetsmiljöpolitiken och fortsatt satsning på sociala företag som ska vidareutvecklas. Både Arbetsförmedlingen och Arbetsmiljöverket har delmål att öka anställningsbarhet samt främja samverkan och tillgänglighet.

En god utbildning anses av regeringen vara mycket centralt för den enskilde personens framtid, för deltagandet i samhällslivet och på arbetsmarknaden. Tillgänglighet för elever med funktionsnedsättning ska därför förbättras i förskola och samtliga skolformer, från särskola till högskolor och universitet. Utbildning ska ges på lika villkor. I enlighet med diskrimineringslagen från 2008 är det framför allt universitet och högskolor som har ansvar för att studenter med funktionsnedsättning ska kunna studera på lika villkor. I genomförandestrategin ges flera delmål för skolmyndigheter.

Inom socialpolitiken ska insatserna inriktas på att stärka den enskildes rättsäkerhet, minska ojämlikhet i tillgänglighet, garantera ett grundläggande skydd samt förebygga diskriminering. Insatserna omfattar allt från kunskapsutveckling och kvalitet inom socialtjänsten och hälso- och sjukvård till nationell e-hälsa för att främja tillgänglig och säker information om vård och omsorg. Socialstyrelsen har delmålet att öka stödet till anhöriga med funktionsnedsättning genom information och vägledning till kommunerna där stödinsatsernas omfattning och inriktning ska följas upp.

Det övergripande målet för folkhälsopolitiken är att skapa samhällseliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor i hela befolkningen. I genomförandestrategin påpekas att självupplevd dålig hälsa är tio gånger vanligare bland personer med funktionsnedsättning än bland den övriga befolkningen. Kommuner och landsting anses ha en nyckelroll i folkhälsoarbetet. Betoningen ligger på hälsofrämjande och förebyggande arbete nationellt, regionalt och lokalt. Detta arbete ska inkludera personer med funktionshinder då förutsättningarna för god hälsa är starkt beroende av livsmiljö, samhällsstruktur och levnadsförhållanden.

Ökad fysisk tillgänglighet ska förbättras, bland annat genom att enkelt avhjälpa hinder undandöjs. Boverket har delmålet att funktionshinderperspektivet tydligt ska avspeglats i den fysiska planeringen vid utgången av 2016. Plan- och bygglagen innehåller sedan maj 2011 bestämmelser som ska öka tillgängligheten till den fysiska miljön och förutsättningarna för kommuners tillsyningsarbete. Senast 2016 ska kommunerna också utöva en väl fungerande hantering av bostadsanpassningsbidrag med en hög grad av rättssäkerhet.

Att göra transportsystemet användbart för personer med funktionsnedsättning anses i grunden vara en demokratifråga då det handlar om att skapa möjligheter för alla medborgare att på lika villkor arbeta, studera och delta i olika aktiviteter i samhället. Transportstyrelsen, Trafikverket och Sjöfartsverket har delmålet att andelen personer med funktionsnedsättning som upplever att de har möjlighet att använda transportsystemen ska öka.

IT-politiken handlar om att skapa en samlad IT-strategi – en digital agenda för Sverige som avses bli ett hållbart informationssamhälle för alla. Både Kammarkollegiet och Post- och telestyrelsen har delmål om att omsätta denna politik i praktisk handling. Handisam ska bistå regeringen i arbetet med att koordinera och utveckla den europeiska politiken för e-inkludering på nationell nivå.

Funktionshinderperspektivet ska också beaktas i regeringens politik på kultur-, medie- och idrottsområdet, inom rättväsendet och migrationsverket. Konsumentverket har ett särskilt sektorsansvar för funktionshindersfrågor och uppgiften att integrera detta arbete med andra aktörer inom konsumentsektorn.

Hinderfritt samhälle för alla

Regeringen anser att tillgänglighetsproblematiken framförallt handlar om tillämpningen av lagar och en okunskap om tillgänglighetsfrågor (Regeringskansliet 2011). Funktionshinderspolitiken utgör därmed den senaste politiska intentionen att utforma ett samhälle som är hinderfritt och tillgängligt för alla. Samhället ska designas så att personer med funktionsnedsättning i ökad utsträckning ges förutsättningar att leva självständiga liv och göra egna val. Tillgängligheten ska enligt denna politik leda till full delaktighet i samhället.

Boverket konstaterar att mål om tillgänglighet för publika miljöer har funnits i bygglagstiftningen sedan 1960-talet men att kravnivån har utvecklats efterhand. Enligt Boverkets föreskrifter (BFS 2003:19) ålades näringsidkare, fastighetsägare och kommuner att fortlöpande undanröja enkelt avhjälpna hinder mot tillgänglighet och användbarhet för personer med nedsatt rörelse- eller orienteringsförmåga i byggnader som innehåller lokaler dit allmänheten har tillträde och på allmänna platser. Med enkelt avhjälpna hinder avses sådana hinder som med hänsyn till nytta av åtgärder och förutsättningarna på platsen kan anses rimliga att avhjälpa. Begreppet allmän plats omfattar gator, vägar, torg och parker. Kännetecknande för allmänna platser är att de är allmänt tillgängliga och avsedda för ett gemensamt behov (www.boverket.se).

Ökad fysisk tillgänglighet ska förbättras, bland annat genom att enkelt avhjälpna hinder undandräjs. Denna strategi benämns som Enkelt avhjälp (EAH) och beskrivs mer ingående i Boverkets skrifter och hemsida. Kraven i Boverkets föreskrifter handlar om att åtgärda olika hinder och brister i den fysiska miljön i enlighet med den nya Plan- och Bygglagen och andra regler. Det finns också en bok ”Enkelt avhjälp” som beskriver exempel med olika infallsvinklar om hur man i praktiken kan arbeta med att avhjälpa hinder.

Boverkets föreskrifter anger vilka hinder och brister som måste uppmärksammas när det gäller publika lokaler (inomhus) och allmänna platser (utomhus). Dessa rör nivåskillnader, tunga dörrar, kontrastmarkeringar, varningsmarkeringar, skyltning, belysning och balansstöd (ledstänger). För publika lokaler specificeras ljudmiljön och den fasta inredningen. Föreskrifter specifikt för parkeringsplatser för handikappfordon lekplatser gällande allmänna platser med mera finns också.

Granskar man existerande lagstiftning finns det flera mål och paragrafer i socialtjänstlagen (SoL), hälso- och sjukvårdslagen (HSL) och lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) som rör frågor om välfärd åt alla, tillgång till service samt socialt deltagande (Bülow m.fl. 2012; Norström & Thunved 2011).

Landsting, kommun och staten

Staten har ett övergripande ansvar för välfärd, tillgänglighet till service samt samhällsdeltagande inom den offentliga sektorn. Ett exempel på detta är genomförandestrategin för funktionshinderspolitiken. Landsting, kommuner och regioner har ansvar för att invånarna får de tjänster de har rätt till samt för att utveckla och värna om demokratin.

Landstingets ansvar styrs av hälso- och sjukvårdslagen (HSL) som är en skyldighetslag. Specifikt för personer med funktionsnedsättning ska habiliteringsverksamhet och relevanta personliga hjälpmedel vid behov kunna erbjudas. Habiliteringscentraler och särskilda hörsel- och syncentraler för specifika hjälpmedel ligger under landstingets skyldighet. Döva, dövblindas och hörselskadades behov av tolk i vardagen skall också tillgodoses av landstingen.

Kommunernas ansvar för individuella stöd till personer med funktionsnedsättning regleras i socialtjänstlagen (SoL) och lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). SoL är en ramlag där portalparagrafen anger de allmänna välfärdspolitiska målen och människors aktiva deltagande i samhällslivet. I kapitel tre preciseras de strukturinriktade, de allmänna och individinriktade insatserna. I dessa ingår socialtjänstens allmänt förebyggande arbete och medverkan i samhällsplanering, omsorgstjänster och andra gruppriktade insatser samt de mer behovsprövade insatserna för individer. I förarbetena till SoL ges flera delmål för hur gamla och nya bostadsområden ska utformas för att omfatta tillgång till allsidig service och deltagande.

I SoL:s biståndsparagraf sägs att den som inte själv kan tillgodose sina behov eller kan få dem tillgodosedda på annat sätt har rätt till bistånd av socialnämnden för sin försörjning och för sin livsföring i övrigt. Vidare sägs att den enskilde genom

biståndet ska tillförsäkras en skälig levnadsnivå. Biståndet ska utformas så att det stärker den enskildes möjligheter att leva ett självständigt liv (SoL 4 kap. 1§).

LSS är en rättighetslag och brukar beskrivas som pluslag till SoL. Lagen har en relativt avgränsad målgrupp som har rätt till ett antal fördefinierade insatser. Målgruppen består av personer med förståndshandikapp, autism eller autismliknande tillstånd, personer med eller hjärnskada samt personer med andra varaktiga fysiska eller psykiska funktionshinder som uppenbart inte beror på normalt åldrande där hindren orsakar betydande svårigheter i den dagliga livsföringen och därmed ett omfattande behov av stöd eller service (LSS § 1).

Därutöver finns flera andra lagar som arbetsmiljölagen och lagen om upphandling och lagen om valfrihet som också påverkar funktionshinderspolitiken (se vidare www.handisam.se).

Samtidigt med funktionshinderspolitiken har den sittande regeringen i lagrådsremissen "Värdigt liv i äldreomsorgen" föreslagit att äldreomsorgspolitikerna ska omställas mot värdighetsfrågor med mål om en både värdigare och tryggare äldreomsorg (Prop. 2009/10:116). Hur detta lagförslag, som är en fortsättning på "Äldrepolitik för framtiden" (SOU 2003:91), kommer att påverka de äldres tillgång till service och socialt deltagande återstår att se.

I nästa avsnitt kommer resultaten av analysen i enkäterna att redovisas under temabaserade rubriker.

Resultat

Permobilerna kommer inte in i hissarna

Fysiska hinder och transporter exemplifierades med svar som rörde samhällsplanering kring publika interiörer och utomhusmiljöer å ena sidan och enskildas behov av hörslingor och dyligt å andra sidan. I ett av svaren konstaterades att vid ombyggnationer där hiss krävs brukar fastighetsägaren installera en hiss med minsta godkända mått, med konsekvensen att en permobil inte kommer in i hissarna.

Vidare tog de svarande upp enkelt avhjälpna hinder som hörslingor, hörapparater, dörröppnare, ramper, hissar, handikapptoiletter, telefoner, trappor, handtag, smala dörrar och skateboardramp. Ett antal exempel gavs på fysiska hinder i utomhusmiljöer: markering av gångstråk för synskadade, greppvänliga och anpassade ledstänger, varningsmarkerade glasdörrar och glasväggar, avskärmningar för starkt solljus, upplysta och tydligt bokstaverade skyltar, tillgängliga dörröppningsknappar

för automatiska dörröppnare, trottoarer som inte ska vara för höga och/eller för smala samt ljud- och ljussignalen som måste vara lätta att nå.

På lands-/glesbygden poängterades avståndens betydelse, brist på kommunikationer, avsaknad av anhöriga samt att man inte har likartad tillgång till samma service som i staden. De transportmedel som fanns ansågs inte vara anpassade till äldre och funktionshindrade. Bussförbindelserna var bristfälliga och man kom inte någonstans om man saknade bil och körkort. Färdtjänst och taxibilar samt handikappbussar fanns inte i tillräcklig utsträckning. Det konstaterades att en del människor inte hade färdtjänst beviljad trots att de var i behov av den. Det påpekades att växelvård fyra till fem gånger i veckan påverkar resandet positivt och att privat kyrktaxi kan vara en möjlighet. Regelsystemet med försäkringar och ansvar försvårar nya initiativ såsom privat kyrktaxi. Ett hinder som också nämndes var avsaknaden av ekonomiskt stöd för att anpassa verksamheter för att tillvarata de möjligheter som informationstekniken ger avseende forskning, utveckling och utbildning till användare.

Hårda bestämmelser hindrar

Av svaren framgick att det inte var lätt att skilja på fysiska och sociala hinder. Detta exemplifierades genom uttalandet ”om färdtjänsten inte kommer i tid (vilket händer ibland) så missar man den aktivitet som man planerar att delta i”. Bland hinder nämndes övergripande politik, byråkrati och beslutsfattande samt regler. Å andra sidan uppmärksammades attityder och värdering samt individuella psykosociala faktorer. Lands-/glesbygdens särskilda behov fanns mellan dessa sidor. Ekonomiska hinder angavs som socialt och mentalt hindrande, exempelvis att få assistans eller annan hjälp för att delta i samhället. Tillgången till information via datorer och kunskapen om att använda dessa samt behärska rutiner vid telefoni beskrevs också. Bland sociala hinder beskrevs fördomar mot funktionshindrade och rasism. ”Öga mot öga kontakt” efterfrågades och ansågs ha minskat och ersatts av opersonliga hjälpmedel som datorer, hemsidor och telefonsvarare. Att inte behärska nya rutiner vid datorer och telefoner ansågs hindrande. Det egna ansvaret uppfattades ha blivit allt större, men den enskildes inflytande allt mindre. Att inte få vara med och bestämma och utforma verksamheter och hjälp ansågs passivisera brukare och medborgare. Bestämmelserna uppfattades och uttrycktes som rigida och byråkratiska, med andra ord icke-flexibla och därmed hindrande. Sätt att uttrycka detta i vardagsspråk var att det är ”hårda bestämmelser för vem som är berättigad till hjälpmedel”, ”det behövs 20 anställda med specifik utbildning för att lösa ett problem”, eller ”servicen är fyrkantig”.

En organisation tyckte att det handlar mycket om attityder och avvaktande inför det vi inte är vana att hantera i vår vardag. Vi ”glömmer bort” vissa grupper av

människor som har särskilda behov och vi har en tendens att gruppera, istället för att se individer. Det skapas speciella ställen och aktiviteter utan ambition till faktisk integrering. En slags välvilja som inte räcker ända fram.

Skillnaden mellan tätort och städer i förhållande till lands-/glesbygd beskrevs genom att påpeka att i städer har man bråttom i hemtjänsten och att det finns anonymitet i hemtjänsten då hemtjänstpersonalen inte känner brukarna så som de gör på lands-/glesbygden. På lands-/glesbygden uppfattades hjälpen som mer familjär och empatisk samt att det alltid gick att hjälpa också andra som inte tillhör familjen. Kort sagt ansågs det finnas mer empati och hemtjänsten och privatpersoner ansågs bry sig mer om varandra på lands-/glesbygden än i tätorter. I ett av svaren påpekades å andra sidan att fördomar och rasism är starkare på lands-/glesbygden än i tätorter.

En människosynsfråga ansågs vara att samhällsutvecklingen vandrar tillbaka vad gäller bemötande och empati, men också att det gemensamma solidariska ansvaret minskat. Andra hinder som togs upp var möjligheten att få personlig hjälp och begränsade öppettider där service och hjälp endast gavs under kontorstid och inte på kvällar och helger. I vissa fall menade man att folk måste höja rösten, ”ryta får att få hjälp”. Bland psykosociala hinder nämndes oförmåga att ta kontakt och delta som en aspekt på psykisk ohälsa och fobier. Asylsökandens utsatthet och situation togs också upp som psykosociala hinder.

Är samhället tillgängligt främjar det deltagandet

I Falu kommun antogs det handikappolitiska programmet av kommunfullmäktige år 2000. Därefter reviderades det och antogs igen 2005. Programmet utgick från nationella och internationella policydokument för att tillförsäkra människor med handikapp delaktighet och jämlikhet i såväl tätort som landsbygd. Syftet med programmet var att skapa en gemensam syn på handikappfrågor i Falu kommun och tydliggöra det ansvar som vilar på samtliga nämnder, styrelser och förvaltningar. Slutrapporten är inlämnad och Faluns funktionshinderspolitik ska från och med 2011 integreras som en del av nästa Folkhälsoprogram (www.falun.se).²

Arbetet i kommunen var organiserat tvärsektoriellt mellan Stadsbyggnadskontoret, Kommunfastigheter, Trafik- och fritidsförvaltningen och Kopparstaden (Allmännyttans bostadsbolag). Insatserna har omfattat allt från design för alla till kartläggning av enkla hinder samt konkreta förbättringar för ökad tillgänglighet och deltagande.

² Inskickade dokument ”Slutrapport av Handikappolitiskt program och uppdrag om fortsatt uppdrag om fortsatt arbete med funktionshinderspolitiken i Falu kommun” (2011-02-09) och ”Slutrapport: Ett Falun tillgängligt för alla (2011-02-25).

Det finns en tillgänglighetsguide med information om platser och lokaler lämpliga för personer i rullstol, i rullstol med ledsagare, hörselskadade, synskadade och personer med vissa allergiska besvär. Det påpekades bland annat att undanröjandet av dessa hinder är relaterade till kostnader då små förändringar kan bli kostsamma. Det kan också uppstå intressekonflikt när ledarhunden på grund av hänsyn till allergiker inte släpps in i lokaler såsom vårdcentraler eller restauranger. Bland hinder togs bristen på funktionsdugliga hjälpmedel upp samt flexibla bestämmelser för vem som är berättigad till hjälpmedel.

Vad gäller publika miljöer i Falun uppskattats att 65-70 procent av dessa hade en acceptabel tillgänglighet jämfört med 2007 då motsvarande siffra var 58 procent. Badramper, cykel och gångvägar samt lekplatser har åtgärdats. En större summa har tilldelats för att tillgänglighetsanpassa busshållplatserna i kommunen. Tillgänglighetsguiden är publicerad på kommunens hemsida och en cd-skiva med information om "Vårt Falun" finns till dem som önskar information om tillgänglighetsguiden i hörande form. På Falu kommuns hemsida finns också en länk till lättläst information som underlättar för personer med läs- och skrivsvårigheter att ta del av basinformation. Arbetet med att anpassa webben pågår och en talsyntes kommer att komplettera informationen på kommunens webbsida (www.falun.se).

Hedemora Näringsliv AB angav att de har arbetat för att implementera tillgänglighetsaspekter utifrån ett näringslivs- och tillväxtperspektiv. De hade utgått från en checklista för tillgänglighet utarbetad av Svensk Handel samt inbjudit kommunen att tala om Plan- och bygglagen. I kommunen fanns en utvecklingsplan under bearbetning för att säkerställa att alla medborgare och intressegrupper ska få sina behov beaktade och komma till tals. Lokala serviceplaner för landsbygden hade vidtagits i enlighet med länsstyrelsens riktlinjer. Mycket av arbetet hade handlat om fysisk tillgänglighet och att vidga synen på den för att bjuda in till reflektion om attityder och värderingar samt utbildning av nyckelpersoner. Detta resulterade i internet-tjänster, bokningssystem, handel, språk- och kulturkunskaper som tillgänglighetsfaktorer och konkurrensfördelar. Som exempel på insatser i tätort angavs initiativ till trygghetsvandringar, en deltagarorienterad arbetsmetod för att tillsammans med representanter från boende, myndigheter och andra intresserade undersöka otrygga miljöer för att göra något åt dem.³

Röda korset tog upp sjukhusvårdar som hjälper människor tillrätta när de har svårt att hitta på sjukhus som en aspekt av tillgänglighet och deltagande. Praktikplatser för olika grupper såsom förståndshandikappade och människor med fotboja var ett

³ Metoden har utvecklats av Tryggare och mänskligare Göteborg, ett brottsförebyggande råd, se www.goteborg.se/tryggaremanskligare.

annat exempel. Ett planeringsarbete som skulle säkerställa att alla medborgare/intressegrupper skulle få sina behov beaktade och komma till tals hade påbörjats inom en kommun där utåtriktade insatser för olika grupper såsom barn, vuxna, förståndshandikappade, människor med bokstavsdiagnoser, utbrändhet och missbruk fanns på agendan.

På landsbygden poängterades det generellt att kommersiell och offentlig service är en central tillgänglighetsfråga där lokala lösningar bör eftersträvas. Alla åldrars behov av en mötesplats tydliggjordes och äldres behov att kunna ta sig till affären och distriktssköterskan uppmärksammades. Bland lokala initiativ nämndes samlingslokaler, kiosk, turistbyrå, bibliotek, hemtjänst, förskola samt alternativ organisering av hushållsnära tjänster som insatser för tillgänglighet till service men också möjlighet till socialt deltagande.

Konkreta exempel på att främja socialt deltagande i samhällslivet i tätorter var att möjliggöra deltagande i gudstjänster, dop, vigsel och begravning. Andra aktiviteter som beskrevs var Röda Korsets arbetskreter och verksamhet, församlingsaftnar, socialt stöd, väntjänst, besök, ledsagning, anhörigstödsgrupper, stödgrupper och nätverk. Samverkan för vård, socialtjänst och trygghetsvandringar kring fysisk planering var andra exempel där det blev tydligt att tillgänglighet till stadens aktiviteter, friluftsområden och bostäder i hög grad handlade om upplevelser av trygghet/otrygghet, reflektioner om attityder och värderingar. Internettjänster såsom bokningssystem, handel, shopping med mera angavs som en tillgänglighetsfaktor där språk- och kulturkunskaper kunde vara konkurrensfördelar. En kommunrepresentant påpekade att ”Är samhället tillgängligt, så främjar det socialt deltagande”.

Av de svarande kooperativen och Leader på landsbygden poängterades samverkan i lokalsamhället, bygemenskap och träffpunkter samt gemensamma träffar och aktiviteter som hemsändning av varor från landsbygdsbutiken, allsång, slalom, läger, fiske, adventskaffe, vit- och blåsippoutflykter. Socialt stöd, väntjänst, besök, ledsagning samt anhörigstödsgrupper beskrevs här liksom i tätort. Initiativ att erbjuda arbete åt dem som befinner sig utanför den ordinarie arbetsmarknaden (socialt företag), växelvård och vikten av processorienterat arbete togs också upp.

Varför hade initiativen tagits?

Bland argumenten för att ta tillgänglighetsskapande initiativ angavs att möta befolkningens krav och behov för att möjliggöra för människor att bo, verka och leva i sin hembygd. Det ansågs viktigt att ha tillgång till både kommersiell och samhällelig service. I ett exempel från Röda Korset hade lokala utsatthetsstudier genomförts. Rätten till deltagande i kultur och fritid poängterades samt träning i vardagslivet med funktionshinder. Svenska kyrkan såg sig som myndighet och

menade sig därför vara skyldiga att ta initiativ och att söka tillgodogöra medlemmarnas behov. Det tydliggjordes att varje församling har ett eget initiativ att ta.

Näringslivsbolaget menade att i alla projekt som staten bidrar med medel till ställs krav på att jämställdhet, tillgänglighet och hållbar utveckling ska beaktas. Bolaget ansåg att den långsiktiga kompetensförsörjningen på ett bättre sätt måste inkludera även de personer som idag står utanför produktionen. Detta är en tillväxtfråga: ”För våra företag är det en fråga som kommer att bli eller är en konkurrensfråga”.

Hur hade initiativen fallit ut?

Bland lyckade insatser nämndes sjukhusvårdar, hemtjänst, förskola, ledsagargrupper och anhöriggrupper. En Röda Kors krets (Kupa) påpekade att de hade 1500 besök per år och 500 ledsagargrupper till sjukhus. Kooperativet Dalen blev under 2011 utsett till årets kooperativ i Dalarna och senare i hela landet för att kooperativet har utvecklat sin affärsverksamhet genom delaktighet och ansvarstagande för samhället. Kooperativet Dalen startade år 2000 med hemtjänst i Malungs och Älvdalens kommuner. Genom starten av denna service skapade de förutsättningar för de äldre att kunna stanna hemma längre och med den hjälp som behövs. Kooperativet hade under tid också utvecklat verksamheten med flera verksamhetsområden på ett affärsmässigt och professionellt sätt.⁴

Vardagsaktiviteterna som kooperativen anordnade var uppskattade med god uppslutning i glesbygd. Det näringslivsbolag som svarade menade att de med sitt projekt för tillgänglighet i centrumbildning vidgat sin kunskap och syn på tillgänglighet. Falu kommun ansåg att slutrapporten om det handikappolitiska programmet 2000 och kommunens fortsatta arbete för funktionshinderspolitiken hade fallit väl ut utifrån målen och ekonomiska förutsättningar. De viktiga besöksmålen med mera är tillgängliga, även om mycket mer fanns kvar att göra.

Representanten för näringslivsbolaget var orolig för att det utan extra resurstilldelning är troligt att flera tillgänglighetsfrågor kommer att glömmas bort. Man menade att det är fördelaktigt att ha fått viss legitimitet för dessa frågor, kanske för att frågorna har funnits länge på agendan. Näringsbolaget hade kopplat sitt arbete till de olika policydokument och riktlinjer som finns på nationell och kommunal nivå.

Nya idéer

En vision för att minimera hinder och för att främja tillgänglighet var det handikappolitiska program som hade tagits i Falun för kommunens funktions-

⁴ <http://www.alvdalen.se/sv/Puffar/Kooperativet-Dalen-i-Sorsjon-finalist-i-Arets-Kooperativ-i-Sverige/>

hinderspolitik och som ska bli en del av folkhälsoprogrammet. I detta ingick målet att tillgänglighet och service ska omfatta alla. Detta uttrycktes i kommunens tillgänglighetsguide där tillgänglighet definierades som ”att man självständigt kan ta sig fram i en offentlig miljö”. I denna guide beskrevs god tillgänglighet som en förutsättning för att alla människor ska kunna delta i samhällslivet på jämlika villkor.

IT-utveckling och e-hälsotjänster ansågs öka möjligheten till delaktighet och ansvarstagande inom näringsliv, kommuner samt hälso- och sjukvård. Det övergripande målet för e-hälsa var att säkra tillgången till adekvat vårdinformation vid rätt tid, rätt tillfälle och till rätt patient. I detta ingick att följa sin egen vårdprocess via webben. Näringslivsbolaget lyfte upp även de möjligheter som informationstekniken kan ge genom forskning, utveckling och utbildning till användare.

Bland övriga idéer togs föreläsningar och aktiviteter upp för att skapa medvetenhet om fysiska, sociala och mentala hinder samt om behovet av att främja deltagandet. Det föreslogs attitydförändringar och positivt tänkande för att hitta nya och behovsanpassade lösningar. Bland övriga idéer nämndes flexbussar, kyrktaxi, samlingslokaler, sociala kooperativ och anpassad informationsspridning m.m. till berörda målgrupper. Även bättre samverkan mellan privata och ideella organisationer föreslogs. Andra förslag rörde frågor om bättre arbetsmiljöpolicy, brukarmedverkan och likabehandlingsprogram, men dessa preciserades inte.

Sammanfattande analys

Av svaren framgick att det pågick både ett medvetet och ett mindre medvetet arbete kring tillgänglighet och samhällsdeltagande i de organisationer som undersöktes. Det fanns en stor skillnad mellan olika organisationer i hur lång man kommit med att utveckla särskilda policydokument kring tillgänglighet och socialt deltagande för äldre och funktionshindrade. De flesta saknade dessa. Till och med kommunerna visade skillnader i sina policydokument och intentioner. Vissa privata bolag ville ha betalt för sina policydokument och var av konkurrensskäl inte meddelsamma i sina uttalanden. Svaren gav också vid handen att de professionella inom större kommunala, privata och frivilliga organisationer hade mer expertkunskaper inom området än lekmännen i intresseorganisationer, till exempel hänvisade de till de officiella dokumenten.

Av svaren framgick tydligt att de offentliga organisationerna hade ett generellt ansvar för att minimera/reducera hinder och främja deltagande, medan intresseorganisationerna hyste ett särskilt ansvar för sina medlemmar. Skillnaden mellan aktörer i tätort och lands-/glesbygd var att organisationerna i tätorterna var mer formalistiska i sina svar än organisationer på lands-/glesbygden, och refererade till lagar och regler

samt politiska styrdokument såsom plan- och bygglagen, regler om enkelt avhjälpna hinder, handkappolitiska program och den nya funktionshinderspolitiken. Aktörerna på lands-/glesbygden diskuterade den fysiska platsen som mötesplats och benämnde vardagshjälpen såsom att städa, tvätta fönster, skotta snö, kratta med mera som viktiga aspekter av tillgänglighet till service och deltagande. De medverkande sociala kooperativen betonade gemenskapens och medlemsdeltagandets betydelse samt närheten till service.

Frågor om tillgänglighet refererade oftast till fysiska hinder såsom transporter, hörslingor, hissar för permobilar och avsaknaden av bussar och färdtjänst eller till enkelt avhjälpna hinder i publika lokaler och allmänna platser. Av svaren framkom dock att tillgänglighet och socialt deltagande i samhället hör ihop. Retoriskt konstaterades: ”Är samhället tillgängligt så främjar det socialt deltagande”. Saknar man tillgång till färdmedel som till exempel färdtjänst hindras man att komma till service, möten, aktiviteter eller andra sammankomster. Saknas det ramp eller ledstänger så hindras man att komma in i publika lokaler och allmänna platser. Bland sociala och mentala hinder togs upp inflexibla regler och diskriminerande attityder samt oviljan att hjälpa till, bland annat myndighetsutövningen som inte utgår från de berördas behov och kompetens. Det visade sig att samhällsdeltagande i betydelsen socialt deltagande i samhället kunde omfatta mycket: allt från tillgänglighet till service och transporter till att kunna leva, delta och påverka som en fullfärdig medborgare.

Analysen visade också att om den offentliga sektorn inte kan erbjuda service och deltagande för alla så har nya aktörer, till exempel privata företag och kooperativ, börjat erbjuda alternativ. Av svaren framgick att experterna inom den offentliga sektorn inte alltid handlar utifrån de berördas behov eller litar på de berördas egen förmåga att kunna sin sak bäst. Balansgången mellan allmänintresse och egenintresse verkar vara problematisk och svår i offentlig verksamhet. Man ska väga in allas intressen samtidigt som hänsyn ska tas till individuella brukarbehov och -hänsyn. Ett skifte håller på att ske i synen på brukare som inte längre ska ses som mottagare av service utan som medskapare.

Det som utmärkte lands-/glesbygden var de långa avstånden, och behovet av att finna lokalt integrerade lösningar. En jämförelse mellan tätorter och lands-/glesbygd visade att servicen är mer omfattande i tätorter än i lands- och glesbygd, men att det fanns liknande behov av socialt deltagande. På lands-/glesbygden fanns basala behov av vardagsnära och enkla sociala aktiviteter. Flera sociala kooperativ hade uppstått utifrån dessa behov. Sociala kooperativ/företag har blivit en möjlighet att säkra tillgänglighet till service och möjligheter till socialt deltagande i lands-/glesbygd.

Ett näringslivsbolag och ett socialt kooperativ tog upp frågan om behovet av social inkludering genom delaktighet av personer med fysiska och sociala funktionshinder. Det konstaterades att det ställs krav på att jämställdhet, tillgänglighet och hållbar utveckling ska beaktas och beskrivas i alla projekt där staten indirekt bidrar med medel. Näringslivsbolaget framhöll vikten av en långsiktig kompetensförsörjning som på ett bättre sätt inkluderar de personer som idag står utanför ”produktionen”. Det ansågs vara en del av handelsutveckling och tillväxtfrågan som också påpekas i nationella och europeiska dokument. Ett socialt företag framhöll idén att människor som äger problemet också ska lösa det själva utifrån lokala behov och egna förutsättningar. Det uppmanades att myndigheter ska ge tillbaka ansvaret och resurser till de berörda ”som kan sin egen sak bäst”. Här uppmärksammades maktfrågan som inte diskuteras tydligt i funktionshinderspolitiken.

Bland nya konkreta förslag till förbättringar togs bättre samverkan mellan privata och ideella organisationer upp, liksom IT-utveckling, e-tjänster samt forskning och utbildning. IT-utveckling och e-hälsa sågs som framtidsåtgärder för att öka delaktighet och ansvarstagande samtidigt som andra varnade om att individer och grupper utan tillgång till och kunskap om dessa tjänster kommer att marginaliseras och till och med exkluderas.

Vidare ansågs attitydförändringar och positivt tänkande behövas för att hitta nya och behovsanpassade lösningar. Bland övriga idéer nämndes samlingslokaler och sociala kooperativ samt anpassad informationsspridning till målgrupper. Andra förslag rörde frågor om bättre arbetsmiljöpolicy, brukarmedverkan och likabehandlingsprogram. Det föreslogs också föreläsningar och aktiviteter för att skapa medvetenhet om fysiska, sociala och mentala hinder samt behovet av deltagande på berördas behov och villkor. Kooperativen synliggjorde medlemmarnas behov och medlemsdeltagandets betydelse.

Förslag till hur hindren kan reduceras/minimeras kan sammanfattas i form av följande insatser för tillgänglighets- och delaktighetsarbete:

- Centrala och lokala policydokument
- Enkelt avhjälpta hinder i fysisk miljö
- Funktionsdugliga hjälpmedel, allt från hörslinor till permobilvänliga hissar
- Samverkan, ökad delaktighet och genuin demokrati
- Informations- och utbildningsinsatser samt kompetensförhöjning
- Sociala företag och flexibla lösningar

- Ökad medvetenhet och lyhördhet
- Attitydförändringar och ansvarstagande
- Vardagsnära och brukaranpassade insatser och lösningar
- E-tjänster och personliga tjänster

Diskussion

Den svenska välfärdsmodellen beskrivs som universell i bemärkelsen att välfärden syftar till att omfatta alla; alla medborgare ska kunna ha rätt till utbildning, arbete, service och samhällsdeltagande. Fakta visar dock att människor med funktionsnedsättning, unga eller gamla, har sämre hälsa och möter hinder i sin omgivning och därmed riskerar att bli utestängda från arbete, service och socialt deltagande.

På nationell nivå har handikappolitiken omformulerats till funktionshinderpolitik. Den har kommit att omfatta flera politikområden och ha ett tvärsektorielt perspektiv i syfte att utforma ett hinderfritt samhälle för alla. Funktionshinderspolitiken sammanhänger med politiska förändringar nationellt och internationellt och har dokumenterats i regeringsdokumentet ”En strategi för genomförande av funktionshinderspolitiken 2011-2016” (Handisam 2010; Regeringskansliet 2011).

I fokus för funktionshinderspolitiken står de mänskliga rättigheterna. Kritikerna menar att det har skett en förskjutning från funktionshinder som en socialpolitisk fråga till att se funktionshinder som en fråga om barriärer för uppfyllandet av mänskliga rättigheter (Lindberg & Grönvik 2011). Vad gäller forskning på området visar en rapport som finns om utförd forskning i Sverige om funktionsnedsättning och funktionshinder 2002-2010 att forskningen i huvudsak haft ett individ- och kroppsoorienterat perspektiv som företrädesvis använts inom vårdvetenskap och medicin. Rapportförfattarna påpekar behovet av tvärdisciplinära studier, möten mellan forskning och praktik samt brukarmedverkan utöver spetsforskningen (Rönnerberg m fl. 2011). Behovet av samhällsinriktad funktionshindersforskning har också lyfts fram av handikappförbunden. Flera högskolor, universitet, FoU-enheter och andra organisationer har lämnat en avsiktsförklaring och intresse för att medverka i organiseringen av ett svenskt alternativt nordiskt kunskapscentrum för deltagarbaserad funktionshindersforskning (Handikappförbunden 2012). Inom ramen för det föreliggande forsknings- och utvecklingsprojektet har vi arbetat tvärdisciplinärt och skapat möten mellan forskning och praktik samt brukare i de tre delstudier som ingått i projektet. Därutöver har perspektivet lyfts från individen till ett socialpolitiskt perspektiv på funktionshinderspolitiken som policy samt tillgänglighets- och delaktighetsarbete som praktik.

Funktionshinderspolitiken täcker alla politikområden som ingår i den universalistiska välfärdspolitiken med mål att välfärden ska omfatta alla, men det som saknas i regeringens genomförandestrategi är information om hur alla mål och delmål som finns ska omsättas i praktiken och finansieras. Det är en tilltalande tanke att börja designa ett hinderfritt samhälle för alla, men ett sådant samhälle kräver också resurser som genomförandestrategin för funktionshinderspolitiken undviker att diskutera. Målbeskrivningar och begrepp kan inte tas för givna utan en inträngande diskussion om vad vi menar med dem och hur målbeskrivningarna ska konkretiseras på regional och lokal nivå.

Ett hinderfritt samhälle för alla kommer att ställa stora krav på regionala, kommunala och andra organisationer att i samverkan utforma lokala policydokument och vidta konkreta åtgärder som främjar tillgänglighet till service och socialt deltagande i samhället. Först och främst behövs informationsspridning om det paradigmskifte som skett från handikappolitik till funktionshinderspolitik och vad detta innebär för samtliga aktörer i samhället, oavsett om de är offentliga, privata, kooperativa eller ideella. Funktionshinderspolitiken ställer krav på oss alla att tänka på tillgänglighets- och delaktighetsaspekter som medborgare. I framtiden förväntas medborgaren inte endast vara mottagare av tjänster utan även medskapare av tjänster. Man kan kritiskt fråga om det också innebär att i ökad grad vara medbetalare till dessa tjänster.

Tillgänglighet till service och samhällsdeltagande rör till syvende och sist demokrati i dess representativa, deltagande och deliberativa form. Det krävs en ömsesidig och argumenterande dialog rörande hur ett hinderfritt samhälle för alla ska kunna förverkligas fysiskt, socialt, mentalt och ekonomiskt, i vilken skilda synsätt ställs mot varandra och frågan belyses från olika synvinklar. Dessa frågor rör samhällsplanering och alla sektors medverkan i utformandet av ett hinderfritt samhälle för alla. Även socialtjänstens medverkan i samhällsplanering återaktualiseras genom funktionshinderspolitiken.

Bland de idéer som angavs i svaren föreslogs bättre e-tjänster i olika former som en framtidslösning. Några påpekade risker med att vissa grupper kommer att marginaliseras eller socialt utestängas i och med att detta ställer allt större individuellt ansvar på enskilda personer att aktivt söka information och kunskap. Vi vet redan i dag att människor med funktionshinder inte är en homogen grupp. Spridning och variation mellan behov och problem är stora mellan olika grupper, åldrar och grader av funktionshinder. Det finns grupper av människor och enskilda som inte kan betala sina räkningar på grund av avsaknad av IT-kunskap eller nedsatt funktionsförmåga. Vad gäller IT-utveckling och e-tjänster som framtidslösning för

tillgänglighet, deltagande, hälsa, utbildning, förvaltning med mera så förutsätter det en homogen befolkning som har tillgång och kompetens samt funktionsförmåga till dessa tjänster. Att lägga ut ansvaret för den egna situationen i ett webbaserat IT-landskap är inte den enda lösningen för självständighetsförklaringen för personer med fysiskt och eller annat funktionshinder.

Den nya tekniken med e-tjänster innebär såväl möjligheter som risker. E-tjänsterna är tillgängliga för alla och kan användas dygnet runt. Bland risker finns att de som inte kan tekniken inte kommer åt den och därmed hindras från att använda den. En annan risk är att e-servicen med digitala tjänster på Internet kommer att ersätta personlig kontakt och service med allmänheten. I kritisk reflektion kan dessa tjänster bidra till ökad exklusion av utsatta grupper. Det pågår en tilltagande digitalisering i samhället; de analoga processerna som personliga möten och klientkontakter har kommit att ersättas av enkla digitala meddelanden i form av e-post och sms-meddelanden som kostar mindre att sända och ta emot (Öquist 2008, s. 98). Införandet av datorstöd vid klientkontakterna exempelvis vid försäkringskassorna har enligt forskningen inneburit att de anställda bit för bit tappat sin empatiska kompetens ju längre de suttit vid datorn (ibid. 101). Digitaliseringen av samhället riskerar också att förändra våra förhållningssätt när vi börjar tänka i termer av kunder eller e-postmeddelanden i stället för medmänniska med känslor och mänskliga behov. Därmed har den digitala koden kommit att fungera som maktens, auktoritetens och etablissemangets språk genom datorisering och övergången till olika digitala expertsystem. Därför ser vi en risk att det postmoderna samhället med ökande IT-transformation där alla ska vara ”uppkopplade” och ”twittrande” med varandra kommer att drabba de mest utsatta – med och utan funktionsnedsättning. Även enkätsvaren gav fog för slutsatsen att digital service aldrig kan ersätta mänsklig kontakt och humanism.

Referenser

Bennich-Björkman, L. (2008) ”Medborgarsamhället: Politisk kultur och politiskt beteende i Sverige”. I: Bennich-Björkman, L. & Blomqvist, P. (2008) *Mellan folkhem och Europa – Svensk politik i brytningstid*. Malmö: Liber AB.

Bülow, P., Persson Thunqvist, D. & Sanden, I. (2012) (red.) *Delaktighetens praktik. Det professionella samtalets villkor och möjligheter*. Malmö: Gleerups.

BFS (2003:19) www.boverket.se/Lag-ratt/Rattsfall/Rattsfall-fran-lansratterna/Enkelt-avhjalpta-hinder. Hämtad 2012-02-10.

Cesam (Stiftelsen Centrum för samhällsarbete och mobilisering) & Malmö stad/Garaget (2009) *Demokratiska möten – Dialogmetoder och workshops*. Malmö: Holmbergs i Malmö AB.

- Dahlberg, M. & Vedung, E. (2001) *Demokrati och brukarmedverkan*. Lund: Studentlitteratur.
- Denvall, V. & Salonen, T. (2000) *Att bryta vanans makt: framtidsverkstäder och det nya Sverige*. Lund: Studentlitteratur.
- Englund, T. (red.) (2007) *Utbildning som kommunikation: deliberativa samtal som möjlighet*. Göteborg: Daidalos.
- Handikappförbunden (2012-04-10) *Kunskapscentrum för deltagarbaserad funktionshindarsforskning*. Meddelande.
- Handisam (Myndigheten för handikappolitisk samordning) (www.handisam.se)
- (2010) *Underlag till strategi för funktionshindarspolitiken*.
 - (ej daterad) *Funktionsnedsättning och arbetsmarknad. Faktatablad*.
- Lindberg, L. & Grönvik, L. (2011) *Funktionshindarspolitik: en introduktion*. Lund: Studentlitteratur.
- Marusarz, M. & Turunen, P. (2011) Tersen - gemenskapsboende i tredje åldern. I: Gynnerstedt, K. (red) *Tredje åldern*. Malmö: Gleerups förlag.
- Noström, C. & Thunved, A. (2011) *Nya sociallagarna med kommentarer, lagar och författningar som de hyder den 1 januari 2011*. Stockholm: Norstedts Juridik AB.
- Prop. (1999/2000:79) *Från patient till medborgare*. (www.regeringen.se) Hämtad 2011-12-06.
- Prop. (2009/10:116) *Värdigt liv i äldreomsorgen*. (www.regeringen.se) Hämtad 2011-12-06.
- Regeringen (2011) www.regeringen.se/content/1/c6/17/12/69/847e537d.pdf. Hämtad 2011-12-06.
- Rennstam, J. & Wästerfors, D. (2011) Att analysera kvalitativt material. I: Ahrne, G. & Svensson, P. (red) *Handbok i kvalitativa metoder*. Malmö: Liber.
- Rönnerberg, J., Classon, E., Danermark, B. & Karlsson, T. (2011) *Forskning om funktionsnedsättning och funktionsbinder 2002-2010. Kartläggning, analys och förslag*. Stockholm: Forskningsrådet för Arbetsliv och Socialvetenskap.
- SKL (Sveriges kommuner och landsting) (www.skl.se) Hämtad 2012-02-10.
- (2009) *11 tankar om medborgarstyrning*.
 - (2011) *Nytt om funktionsbinder. Nummer 1*.
 - (2012) *Bättre liv för sjuka äldre – en kvalitativ uppföljning*.

Skr. 2009/19:166 *Uppföljning av den nationella handlingsplanen för handikappolitiken och grunden en strategi framåt.* (www.regeringskansliet) Hämtad 2012-01-06.

Socialdepartementet (2010) *Den ljusnande framtid är vård. Delresultat från LEV-projektet.* Stockholm: Regeringskansliet. (www.regeringskansliet.se) Hämtad 2012-01-06.

Socialstyrelsen (2012) *Termbanken. Söktermerna "funktionsnedsättning" och "funktionshinder".* Hämtad 2012-01-05 från app.socialstyrelsen.se/termbank.

SOU 2003:91 *Äldrepolitik för framtiden.* (www.regeringen.se/sb/d/108/a/2611) Hämtad 2012-02-10.

Turunen, P. & Marusz, M. (2010) *Alternativ omsorg i glesbygd. I: Johansson S. (red) Omsorg och mångfald.* Malmö: Gleerups förlag.

Wermeling, E. (2011) *Brukarmedverkan. Ett nytt sätt att arbeta.* Stockholm: SKL Kommentus Media.

Öquist, O. (2008) *Systemteori i praktiken. Konsten att lösa problem och nå resultat;* Stockholm: Gothia.

Internettadresser:

www.boverket.se. Hämtad 2012-02-14.

www.companion.se. Hämtad 2012-02-14.

www.handisam.se. Hämtad 2012-02-14.

www.redcross.se Hämtad 2012-02-14.

www.sjv.se. Hämtad 2012-02-14.

www.skl.se/vi_arbetar_med/ekonomi/lss_och_lass/nyhetsbrev_nytt_om_funktionshinder/nytt-om-funktionshinder-2011-1. Hämtad 2012-02-14.

www.svenskkyrkan.se/tcrot/km-2004/snabbprotokoll/Kl05.shtml. Hämtad 2012-02-14.

www.svenskhandel.se. Hämtad 2012-02-14.

Delstudie 3. Hinder att undanröja. Fokusgrupper med de berörda

Åsa Bruhn, Marika Marusarz & Päivi Turunen

Syfte och frågeställningar

Syftet med avslutande delstudien var att identifiera vilka åtgärder som kan vidtas för att underlätta deltagande i samhällslivet samt öka tillgängligheten till service såväl på landsbygden och glesbygden som i städer. Utgångspunkten var följande frågeställningar:

- Vilka hinder upplevdes gällande transport, fysisk tillgänglighet och socialt deltagande?
- Vad behöver göras i framtiden för att förebygga, reducera och minimera hindren?

Metod

I rapporterna ”Med rätt att komma till tals” av Myndigheten för handikappolitisk samordning (Handisam 2012:1) och ”Hur är läget” (Handisam 2012:3) påpekas att människor med funktionshinder sällan kommer till tals i befintliga undersökningar. De kan ha svårt att komma till tals på grund av den funktionsnedsättning de har, som tal- och skrivsvårigheter, nedsatt hörsel, synnedsättning, intellektuell eller psykisk funktionsnedsättning. Enkäter och andra statistiska källor är därför inte alltid tillräckliga utan behöver kompletteras, bland annat, med fokusgrupper och djupintervjuer.

Den här delstudien genomfördes genom tre fokusgruppsintervjuer, en vardera i Malung, Hedemora och Falun. Fokusgruppsintervju är en kvalitativ intervjuform där en liten grupp människor samtalar kring ett förutbestämt ämne för att med sina egna ord ge sina perspektiv på frågan som studeras. Målet med denna typ av intervjuer är att fördjupa förståelsen av det undersökta fenomenet. För att kunna belysa frågan från flera perspektiv är mångfald och representativitet önskad i en fokusgrupp. Det förutsätts att gruppdeltagarna har något gemensamt och intervjun leds av en moderator. Till stöd har moderatoren en intervjuguide. Deltagarna måste ha egna erfaren-

heter och vara villiga att svara på frågor samt ge önskad information (Ahrne & Svensson 2011; Justesen & Mik-Meyer 2011).

Urval av deltagare

Urvalet gjordes strategiskt på basis av delstudierna 1 och 2. Målet var att hitta deltagare från organisationer och den del av befolkningen som upplevde hinder i sina dagliga aktiviteter. I såväl delstudie 1 som 2 tillfrågades de medverkande om intresse för deltagande i fokusgrupper. Vad gäller delstudie 1 (befolkningenkäten) anmälde 300 personer intresse för medverkan. Ett selektivt urval gjordes, men det visade sig, trots det omfattande initiala intresset, svårt att få människor att medverka. Från delstudie 2 (organisationsstudien) inbjöds samtliga 11 personer som hade anmält intresse för att medverka.

Som framgår av Tabell 1 hade grupperna mellan fem och åtta deltagare. Totalt deltog 13 privatpersoner och sju organisationsföreträdare i studien varav 13 deltagare var kvinnor och sju var män. Några var representerade av en god man eller hade sin närstående med som social tolk.

Tabell 1. Antal deltagare i fokusgrupperna

Antal deltagare	Malung	Hedemora	Falun	Summa
Privatpersoner	2	4	7	13
Organisationsföreträdare	3	3	1	7
Summa	5	7	8	20

Fokusgrupperna var ingen homogen grupp, utan bland deltagarna fanns såväl personer både med funktionsnedsättning, gode män, sociala tolkar och representanter för olika organisationer (kommunal näringslivsavdelning, stadsbyggnadskontor, socialtjänst och bostadsbolag; kooperativ, Leader, Röda Korset). Deltagarna representerade också olika åldrar, från ungdomar till äldre. Inga personer med utländsk bakgrund fanns representerade. Variationen återspeglade svarens karaktär som blev mångfacetterad. Blandningen av privatpersoner och organisationsrepresentanter kommenteras i sammanfattningen.

Genomförande och analys

Fokusgruppsintervjuerna genomfördes med stöd av en intervjuguide. Det övergripande temat för intervjun var i Malung transporter, i Hedemora fysisk tillgänglighet och i Falun socialt deltagande. Under intervjuerna sammanflätades dessa tre fokusområden till en helhet. Varje intervju tog cirka en timme. Intervjuerna spelades in och transkriberades ordagrant. Texten lästes igenom flera gånger och analyserades

utifrån frågorna i intervjuguiden. Mönster, nyckelord och citat söktes, och teman identifierades.

I redovisningen nedan presenteras dessa teman tillsammans med ett axplock av deltagarnas egna ord i form av citat. Detta för att synliggöra materialets variation vad gäller skilda erfarenheter av hinder och förslag på förbättringar. Det var framför allt deltagare med funktionsnedsättning som av varierande skäl hade behov av att komma till tals om sin situation rörande deltagande och tillgänglighet.

Resultat

Redovisningen är indelad i två huvudkategorier: *Upplevda hinder för deltagande till samhällslivet och tillgänglighet till service* samt *Åtgärder för att underlätta deltagande och öka tillgänglighet till service*. Under dessa huvudkategorier sammanfattas svaren i olika teman och illustreras med citat från diskussionerna. Kategorin *Upplevda hinder för deltagande till samhällslivet och tillgänglighet till service* innefattar följande temaområden:

- Socialt deltagande
- Politiska mål och politikerkontakt,
- Nedskärningar och centralisering,
- Stelbenta regler, beroende och vanmakt,
- Respekt och värde,
- Transporter och service,
- Fysisk tillgänglighet och trygghet, samt
- Brist på kunskap.

Kategorin *Åtgärder för att underlätta deltagande och öka tillgänglighet till service* har följande temaområden:

- Personlig assistans,
- Socialt företagande,
- Övergripande ansvar,
- Fysisk miljö,
- Parboende för äldre,

- Flexibla transporter,
- Hjälpmedel,
- Rättigheter och påverkansmöjligheter,
- E-tjänster och kommunikation, samt
- Ökad medvetenhet

Under intervjuerna framkom en slagsida mellan de två kategorierna i och med att upplevda hinder dominerade jämfört med konkreta förslag på förändringar och förbättringar. Resultaten sammanfattas och diskuteras i slutet av kapitlet.

Resultatredovisningen inleds med ett citat av en äldre kvinna vars berättelse fångar många centrala aspekter av bristande service, tillgänglighet och deltagande samt en önskan om mer serviceutbud så som närbutik och vårdcentral i landsbygden.

”Jag är nog äldst av er här. Jag har lite andra fodringar på livet. Jag har egna problem. Jag bor på landet och jag är änka efter nästan 50 års äktenskap. Jag har varit bondmora. Jag har vårdat min handikappade son över 20 år, jag har vårdat min handikappade make i över 10 år som också kom i rullstol. Man har fått ont i knäna efter alla tunga lyft, och inkontinens. Det kan vara ett bekymmer att få dem [landstinget] att förstå att man behöver så och så många blöjor. Man vill ju byta och hålla sig ren. Så jag känner att jag tigger och ber om de där blöjorna. Sen med kommunikationer så har vi ju skolbussen som går klockan sju-halv åtta på morgonen och hem klockan fyra på eftermiddagen. Och jag bor fyra kilometer från en tätort. Sen får jag ta bussen från tätorten till en stad. Bussarna går inte när skolbarnen är lediga. Skall jag till vårdcentralen får jag byta buss i staden. En gång tog resan sex timmar som skulle ha tagit två timmar med bil. Jag skulle vilja att det fanns någon flexbuss, som skulle kunna gå utanför stadsgränsen och hjälpa oss på landsbygden. Jag har fått en rollator med höga hjul som jag kan köra ved med, men är det halt och mycket snö blir det svårt. Vi äldre ska ju bo kvar hemma så länge som möjligt. Tänk om vi fick hjälp med att bära ved och skotta snö till subventionerat pris. Vi har det svårt ekonomiskt ändå vi äldre. Jag skulle önska mer utbud för oss pensionärer.”

Upplevda hinder för deltagande till samhällslivet och tillgänglighet till service

SOCIALT DELTAGANDE

Intervjuerna visade att för samtliga i studien betyder ”deltagande” rätten till medbestämmande och inflytande över beslut som rör det egna arbetet eller livet, men också att vara delaktig i möten med andra. Att fysiskt kunna ta sig till myndigheter, affärer och aktiviteter var en grundläggande förutsättning för socialt deltagande, och för äldre och personer med funktionsnedsättning kunde det kräva en hel del

planering för att lösa transporter. Av intervjuerna framgick också att olika världar krockar då medborgare med funktionshinder möter företag, myndigheter och andra organisationer samt vistas på allmänna platser som är utformade för människor utan funktionsnedsättning. Dessa frågor kan illustreras med följande citat från fokusgruppsdeltagare:

”Det är svårt med planering om man ska få hjälp exempelvis av ledsagare, då det skall bestämmas på förhand. Om det till exempel krävs många besök samma vecka så är man utanför. Extra svårt om man inte har förmågan att kunna planera själv utan då måste man ha någon som hjälper en att planera så att det fungerar. Jag klarar inte av när det blir för mycket utanför det normala.”

”Många barn och ungdomar förmår inte att ta sig till skolan och skolan kan inte ge det rätta stödet som är anpassat. Extra problematiskt när man inte har ett synligt funktionshinder. När barn blir hemma är det en social uteslutning.”

Socialt betydde deltagandet (utöver inflytande och påverkan) att bli sedd, lyssnad på, respekterad och förstådd. Flera uttryckte en känsla av vanmakt över att inte bli tagen på allvar och lyssnad på. Detta var en genomgående känsla i många utsagor på flera temaområden i den fortsatta redovisningen.

VACKRA MÅL SOM VACKLAR

Av intervjuerna framgick att det finns ambitiösa mål om tillgänglighet och samhällsdeltagande. Det finns internationella, nationella, regionala och lokala mål- och policydokument om hur ett hinderfritt samhälle skulle kunna skapas, vilket har presenterats i delstudie 2, men enligt intervjupersonerna har dessa vacklat i den praktiska tillämpningen. Gapet mellan ideal och verklighet är fortfarande stort. Det saknas inte försök att arbeta mot målen. Svårigheterna verkar i stor utsträckning ligga i att de berörda aktörerna saknar makt över politiken och konkreta planer för hur målen kan omsättas i praktiken.

En av deltagarna berättar att det fanns ett stort engagemang i kommunen i början av 2000-talet. Då hade Agenda 22 kommit och många kommuner var engagerade i att utarbeta en politisk handikapplan. I praktiken har detta dock, enligt denna deltagare, inte lett till något konkret. Den här deltagaren sitter även med i kommunens handikappråd, men är kritisk till resultaten och samarbetet med kommunen:

”Vi [handikapprådet] har cirka 4 möten per år men det blev aldrig något konkret utfall av vårt arbete. Kommunen säger väldigt mycket och vi ska känna delaktighet, men när det kommer till beslut så blir det så att besluten uteblir. Det står att man ska samarbeta men det blir information, det är en avgrund mellan samarbete och information.”

Dock påpekades att det kommer för få förslag till handikapprådet, Det finns kanaler men alla använder inte dessa. En intervjuperson ansåg att *"Man hör aldrig något ifrån representanterna från rådet, och man ser aldrig något i tidningarna. Jag ska nog vända mig dit direkt"*. I samma andetag konstaterade denna person att det är ekonomi, prioriteringar och begränsade resurser som styr. *"Den grupp som är starkast och i majoritet, den gruppen har makt. Det här är svaga röster vi talar om"*.

I fokusgrupperna uttrycktes en besvikelse som riktades mot såväl politiker som tjänstemän. Flera av de intervjuade upplevde att politiker inte lyssnar. En av dem sade: *"Jag diskuterade med politiker, de hör inte vad den lilla människan säger. Ingen respons överhuvudtaget"*.

Deltagarna menade också att kommunen kontaktar samhällsmedborgare, som ger synpunkter och är engagerade, för sent eller inte alls. Besluten är då redan fattade. Detta gör att det är enklare för kommunen och politikerna att ägna sig åt ensidig information istället för att samarbeta. Det fanns också en misstro mot politiker som utfärdar löften som inte omsätts till handling eller beslut.

NEDSKÄRNINGAR OCH CENTRALISERING

De intervjuade ansåg att samhället håller på att bli allt mer centraliserat. De upplevde att nedskärningar innebar hinder för tillgänglighet till service i deras vardag. Det var Landstinget som fick mest kritik för deras omstrukturering av verksamheten vid vårdcentralerna och för bristande tillgänglighet.

"Nog är det väl märkvärdigt med besparingarna i Landstinget. Jag har bott på ett serviceboende i åtta år. När jag flyttade dit hade vi en läkare som kom varje dag och en sjuksyster som bodde i huset. Nu går det inte att få tag på någon. [...] Det här läkeriet är fullständigt kasst. Jag är mycket tillsammans med en dam, hon är ung, hon är 80 år. Hon skulle ha tag på en sjuksyster, det finns ingen att få tag på."

De ekonomiska nedskärningarna hade bidragit till försämrad service och tillgänglighet, och de intervjuade menade att gränserna för vad som anses rimligt att få hjälp och ersättning för ständigt flyttas. Några deltagare tyckte att det till och med hade blivit billigare och mer tillgängligt att anlita privata företag än kommunen för hemtjänst och service: *"Det är nästan billigare att ta en firma utifrån än att anlita kommunen"*.

Centraliseringar av offentliga myndigheter kan innebära problem för de flesta medborgare, men är särskilt besvärlig för personer med funktionsnedsättning, i synnerhet de som bor i glesbygd. En intervjuperson sade: *"Vård på lika villkor gäller ju inte när man bor på landsbygden"*. En annan intervjuperson uttryckte följande:

”Långt att åka när man centraliserar allt. Nu ska man åka buss för att komma till habiliteringen. Tänk att åka buss 15 mil med ett litet barn som exempelvis har Aspergers syndrom eller ADHD, och sen buss hem. Ska man inte kunna bo i Idre eller Särna och ha ett handikappat barn? Då ska man bo i Falun eller Borlänge.”

En av de intervjuade konstaterade att det blir svårare att ta sig till läkaren i och med att landstinget *”lägger ner den ena familjeläkarstationen efter den andra”* och man tvingas *”åka långa rundor”* för att ta sig dit. Denna person konstaterade:

”Besparingar tar man ut i form av försämringar för de vårdsökande så är det de som får betala notan. Tittar man på hälso- och sjukvårdslagen så ska vi solidariskt betala notan, så är det ju inte nu. Samtidigt som man sparar så är de mest utsatta som betalar.”

Eller som en annan intervjuperson sade: *”Flyttar man undan verksamhet då ska man stå för resekostnaden, inte lägga ut den kostnaden på den enskilda personen som är sjuk och vårdbehövande”.*

Kritik fanns även mot andra myndigheter, till exempel Försäkringskassan. En deltagare berättade att Försäkringskassans service hade försämrats efter att deras lokalkontor hade stängts, att det blivit svårare att få information och att papper tappats bort. Vikten av fysiska möten betonades när det gäller kontakten med myndigheter.

”Det här att man inte kan gå in på kontoret, det är ju ett jätteproblem. Om jag till exempel ska ta kontakt med Försäkringskassan så ska jag först tyda deras hemsida, som för mig är rena grekiskan, trots att jag i allra högsta grad är läskunnig. Sen ska jag försöka att hamna i telefon någonstans, ha ork att vänta i telefonkö i 30 minuter, prata med en person som inte alltid vet vad jag pratar om och jag förstår inte vad personer från Försäkringskassan säger. Det är ett jätteproblem att man inte kan träffa folk fysiskt. Sen är det så att många människor med neuropsykiatriska sjukdomar och handikapp tycker väldigt illa om att prata i telefon. Då kräver det återigen att man har ett nätverk som kan hjälpa till när inte samhället gör det.”

Centraliseringar omfattar inte bara offentlig service utan även vanliga affärer. Man måste ha tillgång till bil för att kunna ta sig till affärscentrum som ligger utanför stadskärnan och att resorna har negativa miljöeffekter och även medför kostnader för privatpersoner: *”Utvecklingen är helt ekonomiskt betingad. Handlaren får en billigare affär, notan hamnar hos konsumenten som betalar varorna och resan dit för att handla”.*

Landsbygden uppfattades som en stor förlorare vad gäller tillgänglighet till service och deltagande. En av deltagarna som kom från en by i glesbygden sade: *”Det som hindrar människor på landsbygd är ett stuprörstänk där man ser allt centralistiskt. Landsbygden förlorar hela tiden”.*

Å andra sidan berättade en intervjuperson att människor i små byar har börjat ta egna initiativ för att vända på den negativa utvecklingen. Bland annat har detta skett i form av kooperativ, som ansågs ge möjligheter till annan typ av bemötande och deltagande.

”Vi har inte samma förutsättningar, vill vi ha något måste vi göra själva. Vi startade ett kooperativ med hemtjänst som kom först, sedan har det rullat på. Vi har blivit sporrade. Gamlingarna känner igen oss, det är inte så mycket personal. Vi talar deras språk, vi blir nära varandra.”

STELBENTA REGLER, BEROENDE OCH VANMAKT

Det som är givet för tjänstemän vid olika myndigheter är inte självklart för alla, till exempel för äldre och personer med funktionsnedsättning. Deltagarna vid fokusgruppsintervjuerna uppfattade blanketter och regler som krångliga.

”Stelbent med alla dessa regler och förordningar, verkligheten ser annorlunda ut. Det ska vara tillgängligt, regelsystemet är stelbent. Var drar man gränsen?”

”Med åldern har det blivit svårare och svårare att förstå vad man ska göra. Exempelvis att fylla i en bostadsansökan, vi tog upp det nu för två månader sen och jag har inte slutfört det än. Nu har min fru tagit över. Det är alltså för krångligt att fylla i den. Det är likadant med andra blanketter.”

Är man funktionshindrad är det mycket som sker på omgivningens villkor. Stöd och hjälp saknas ofta eller upplevs som otillräcklig. De insatser man får är många gånger oflexibla och förutbestämda utifrån givna mallar samt styrs mer av samhällets försämrade ekonomi och okunskap än av individens önskemål och behov. Individens självbestämmande, autonomi och integritet blir kringskuren av detta, vilket framgår av citaten nedan. Exempelvis berättade en intervjuperson att man som rullstolsburen inte kommer ut alls vintertid när man bor på serviceboende: *”Till och med hästarna ska vara ute tre timmar per dag som jämförelse”*. Andra berättade att de måste anpassa sitt liv efter när de kan få personlig assistans:

”Jag måste lägga mig på vissa tider för att få personlig assistans, sover nu från 05.00 - 11.00 på grund av assistanstimmar. Det är inte ens normalsömn, men jag får hjälp med de timmar jag beviljats under ett dygn”.

”Det är ju det att mina söner inte klarar av att ta sig ut själva. De är beroende av någon ledsagare eller någon annan person. Men då är det bestämt på förhand hur mycket de ska få komma ut, en gång i veckan eller två gånger i månaden eller någonting”.

Intervjupersoner vittnade också om att det kunde vara svårt att få tag på ledsagare, eftersom kommunen inte ger dem tillräckligt hög ersättning. Vidare uttryckte de att personer med utvecklingsstörning är särskilt beroende av omgivningen och av att någon som besitter god kunskap för delas talan. Något måste enligt deltagarna göras för att förhindra att individers självbestämmande och integritet kringskärs, och lösningen ligger, ansåg de, inte i höjd kommunal- eller landstingsskatt.

"Vi står inför en gigantisk utmaning genom att skatteunderlaget blir mycket mindre i relation till en åldrande befolkning. Därför är det otroligt viktigt att vi försöker hitta nya lösningar. Det löses inte bara av att öka skatteintäkterna. Vi äldre betalar skatt på vår pension, det ska gudarna veta. Jag vill inte betala mer skatt än vad jag gör. Jag vill inte betala mer skatt för att täcka upp arvoden för politikerna. Jag har betalat skatt i hela mitt liv".

RESPEKT OCH VÄRDE

Klimatet i samhället har blivit hårdare och hårdare för äldre och personer med funktionsnedsättning. Av intervjuerna framgick att deltagarna kände sig lågprioriterade, diskriminerade och överkörda av beslutsfattare samt till och med värdelösa i samhället på grund av deras ålder och/eller funktionsnedsättning.

"Jag har känslan att vi gamlingar inte ska finnas, helst ska vi ta lite piller och inte komma tillbaka".

"Framtiden har jag bakom mig, jag har inte några illusioner".

"Jag är åt helvete för gammal"

Alla fokusgruppsdeltagare höll dock inte med om ovanstående starka känslor och upplevelser.

"Jag vill inte hålla med om att äldre är till besvär. Det jag kan inom Röda korset, det har jag lärt mig av äldre. Det var 25 kvinnor i början nu är det 5 kvar i en ålder över 80 år, jag har lärt mycket av dessa människor".

En annan intervjuperson sade att: *"Vi har mycket att erbjuda, men ingen är intresserad".* Ytterligare andra signalerade att de har blivit dåligt bemötta på grund av deras ålder eller funktionsnedsättning:

"Jag känner en som är blind och har ledarhund och hon skulle in på affären och köpa mjölk och semla. Hon går in och lämnar hunden utanför och går fram till kassan och blir så otrevligt bemött. Hon skulle minsann inte tro att hon skulle få hjälp när hon kom, de hade inte tid. [...] Det

behöver inte vara automatiska dörröppnare, bara bli bra bemött. Det tror jag är det viktigaste, bara de anstränger sig.”

TRANSPORTER OCH SERVICE

Det var framför allt i gles- och landsbygd som transporter uppfattades som det största hindret för tillgänglighet och deltagande: *”Bussar och kommunikationer är landsbygdens knäckfråga och ett problem också för ungdomar”*. På landsbygden är bussförbindelserna bristfälliga och de som bor där tvingas förlita sig till skolbussar, som inte går på helger och sommartid. De måste ha bil för att komma till sjukhus eller köpcentra.

”Jag har värk i hela kroppen. Jag har en försliten höft, ett trasigt knä och kol. Det heter att jag inte är tillräckligt sjuk för att få hjälp hemma, jag är inte sängliggande totalt – tyvärr. Jag har en kilometer till centrum, jag måste åka en buss sex kilometer för att handla. Det är lite häftigt att det ska vara så, jag måste förlita mig på bussen och den går i en slinga. Jag har talat med våra kommunalpolitiker men det är som att tala till någon som inte hör. [...] Vill jag gå på hockey eller göra något så tar jag mig inte hem, sista bussen hem till mig går klockan tre på eftermiddagen.”

Det är inte heller lätt att komma på och av en buss eller ett tåg, särskilt om man har någon form av fysisk funktionsnedsättning.

”Jag läste att ett bussbolag i Stockholm kör med gamla bussar som inte är anpassade. Så kan det bli när man släpper det fritt. [...] Alla bussar här är inte heller anpassade och framför allt inte busshållplatserna. Svaret från företaget var att de inte hade sett så många handikappade passagerare, ’det är ingen kundgrupp för oss’. Tacka för det. Ska man stå vid busshållplatsen bara för att visa upp sig när man ändå inte kan åka? De var helt enkelt inte intresserade.”

”Jag har ju åkt mycket tåg och det är inte toppen. Handikapptoaletten fungerar inte alltid. Sist jag åkte var det ett gammalt tåg som var handikappanpassat med en hiss upp och handikapplats. Men det var ju bara två stolar. Så jag skulle flytta från min manuella rullstol till en vanlig stol och det var trångt. Jag kom ju ner på den vanliga stolen men då var det jättelångt till bordet. Hade jag velat fika så hade jag inte kunnat göra det. SJ har jättemycket att lära”.

De intervjuade menade att det redan är ett faktum att landsbygden håller på att utarmas på service, och att även tätorterna håller på att förlora sin service. Som exempel nämndes att den lokala taxin försvann i en av kommunerna efter en upphandling. Nedskärningen av service drabbar samtliga som bor på landsbygden, inte bara äldre och personer med funktionsnedsättningar, även om behoven kan se något olika ut för olika grupper:

”Ungdomar efterfrågar inte butikerna lika mycket som de äldre. För ungdomarna är mötesplatser viktigast och att de kan köpa och beställa samt hämta ut varor som de köpt från till exempel nätet. Fortfarande är servicen viktig, butiken och skolan är väsentlig för en levande ort. Banken också”.

FYSISK TILLGÄNGLIGHET OCH TRYGGHET

Intervjupersonerna ansåg att affärernas fysiska tillgänglighet har blivit mycket sämre, och att den förnyade lagstiftningen om enkelt avhjälpa hinder inte har lett till förväntade förbättringar. Bland hindren tog de bland annat upp brist på handikappanpassning på bussar, brist på kundvänlighet, problem med snöröjning, och brist på handikappanpassade toaletter.

”Det är omöjligt att komma in med rullstol i affärer, med några undantag. Det är kulturminnesmärkta byggnader. Jag har haft transportabla ramper med mig, inte ens med bärbara ramper går det att komma in i alla byggnader. Likaså den fysiska trafikmiljön, jag skulle inte kunna göra något i samhället om jag inte hade min personliga assistent. Det är livsviktigt för mig med en personlig assistent”.

”Snöröjning, där jag bor är det absolut det största hindret. Vad jag hört så har fastighetsägarna ansvar att hålla rent utanför sina bus på trottoarerna. Varför tvingar kommunen inte fastighetsägarna att göra det?”

Trygghetsaspekten beskrevs också som en del av tillgängligheten. Detta handlar om att överhuvudtaget våga gå ut kvällstid.

”Trygghetsaspekterna är också en tillgänglighetsfråga, man ska våga gå ut på kvällen, larm ska fungera, att man vågar öppna dörren för den som ringer på. Det handlar också om våra utemiljöer, att det inte är för trångt, stökigt, mörkt och så. Gatubelysning utanför centrala delar då släcker de ner överallt. Det finns inte elbelysning i stora korsningar”.

BRIST PÅ KUNSKAP

De intervjuade hävdade att det idag inte råder samma okunskap som tidigare i sakfrågor rörande fysisk funktionsnedsättning och hjälpmedel. De flesta yrkesprofessioner vet vad de kan bidra och de intervjuade upplever att de får bra hjälp. Intervjupersonerna upplevde dock att kunskaperna och erfarenheterna rörande neuropsykiatriska funktionsnedsättningar, såsom Aspergers syndrom, Autism, ADHD och ADD, fortfarande är bristfälliga. Dessa personer får inte alltid den hjälp de är berättigade till utan *”behöver ofta slåss för självklarheter”*. En intervjuperson berättade:

”Vi har ju vårdbidrag för vår dotter, som har Autism och ADD, och när vi ansökte om det så ringde en kvinna upp mig från Försäkringskassan och frågade om handikappet kommer att vara mer än sex månader. [...] Handläggaren arbetade bara med den här typen av frågor och hon har ändå inte tillräckligt med kunskaper om funktionsnedsättningarna”.

Bristfällig kunskap hos de professionella kan också ha konsekvenser för enskilda som inte känner till sina rättigheter:

”Eftersom många som jobbar med det här inte har kunskap finns det också många som inte vet sina rättigheter. Jag möter många föräldrar och unga vuxna när jag jobbar med mobilen som hjälpmedel som inte vet vad de har för rättigheter till hjälpmedel, hur det fungerar och vem de ska ta kontakt med. Det blir ett problem när man inte själv vet vad man ska kräva.”

Åtgärder för att underlätta deltagande och öka tillgänglighet till service

PERSONLIG ASSISTANS

För att kompensera samhällets nedskärningar föreslog deltagarna åtgärder såsom utökad möjlighet till personlig assistans: *”Personlig assistens är väldigt viktigt då de drar ner på allt annat. Det är A-O med denna hjälp”.* Detta handlar om att få hjälp med planering och att ges möjligheter att komma ut:

”Att det finns någon med som vet vad som händer. Att någon personal skall kunna följa med dem [sönerna] en och en”.

SOCIALT FÖRETAGANDE

Socialt företagande gavs som ett annat förslag på hur behov kan mötas när den offentliga servicen skärs ned. Intervjupersonerna menade att medborgarnas egna initiativ, exempelvis att starta kooperativ, måste tas tillvara och att de måste få stöd av kommunerna i det arbetet.

”Jag måste berömma den här kommunen [Malung-Sälen] för man har det här tänket. Kooperativ med samhällelig service både i Sörsjön, Öje, och butik i Malungsfors. Här lever man upp till att hela Sverige ska leva.”

”Sociala företag och andra företag är viktiga för framtiden. Nya lösningar som ger möjligheter såsom hushållsnära tjänster är bra”.

ÖVERGRIPANDE ANSVAR

Vidare efterlyste intervjupersoner en instans som tog ett övergripande ansvar för äldre och personer med funktionsnedsättning. Detta handlar om ett övergripande ansvar för enskilda individer. Ska detta ansvar tas av den gode mannen?

"Ingen tar det samlade ansvaret. Det blir jag som är god man utan nästan någon ersättning som måste göra det. Vad ligger mitt ansvar som god man? Vem som helst kan bli personlig assistent och god man. Det ställs inga krav. Det måste finnas någon med det samlade ansvaret och en samlad kostnad för dessa personer".

Ett konkret förslag från fokusgrupperna var personliga ombud eller sociala tolkar med en sådan funktion:

"Det skulle behövas en utökad 'personlig ombud-funktion', för det är väldigt många trådar att hålla i. Man blir bollad runt. Det behövs intyg till allt. Ibland är det svårt och tar lång tid."

"Någonstans i norra Sverige har kommunen anställt en social tolk som bara jobbar med att följa med folk som har det svårt i det sociala mötet med myndigheter. Det blir ju både personer med Aspergers och ADHD men också personer med utvecklingsstörning och begåvningsnedsättningar."

Det övergripande och samlade ansvaret som efterlystes handlade också om insatser för äldre och funktionshindrade i stort och kostnaderna för dessa insatser. Istället för att lägga kostnaderna på de sjukvårdsbehövande skulle, enligt deltagarna, en helhetssyn kunna leda till kostnadsbesparingar samtidigt som det skulle leda till förbättrad kvalitet och ökad tillgänglighet.

"Det är så lätt åtgärdat om det vore någon som tog det övergripande ansvaret för kostnaderna. Jag kan ta ett exempel. Vårdcentralen i Söderbärke är bemannad med sjuksköterskor, på onsdagarna kommer en läkare från Smedjebacken. Det finns sju distriktsläkare i Smedjebacken. I Söderbärke bor det cirka 3 000 inneånare. Det bor ungefär 6 500 i Smedjebacken. I rimlighetens namn borde det finnas tre distriktsläkare i Söderbärke, relaterat till antalet i Smedjebacken. Vi har inte en enda läkare. En sjuksköterska extra tillsattes. Alla vårdsökande måste åka fem mil, slår man ut kostnaderna för detta på ett år så räcker det till fem sjukskötersketjänster."

FYSISK MILJÖ OCH TRANSPORTER

Deltagarna gav flera förslag på hur hinder i den fysiska miljön och i samband med transporter enkelt kan åtgärdas och avhjälpas. Bland annat föreslogs ökad möjlighet till generellt anpassade hjälpmedel i det offentliga rummet, exempelvis ramper, hörslingor, anpassade toaletter och trösklar.

"Jag har föreslagit att det ska finnas kommunala ramper som kan lånas ut eller hyras ut av kommunen".

”Offentliga toaletter, varför ska man sitta på golvet? När man är gammal så har man fullt sjö med höga toaletter. Det är ett jäkla problem. Det är ett lätt problem, det finns dessa förhöjningar”.

Samtidigt insåg deltagarna att det finns gränser för vad man kan begära: *”Det ska inte kosta hur mycket pengar som helst. Dörröppnare är fruktansvärt dyrt”.* En intervjuperson fastslog: *”Det är ju så individuellt, vilka bekymmer man har. Det handlar ju om att man ska kunna delta”.* Denna intervjuperson hade nedsatt hörsel och kunde inte höra något utan hörslinga, och menade att detta var en enkel sak att åtgärda men ofta eftersatt.

PARBOENDE FÖR ÄLDRE

Vidare föreslogs förbättrade möjligheter till parboende, där äldre människor ska kunna bo tillsammans med sin partner hela livet om de önskar det.

”Jag skulle vilja att man byggde för äldre människor där man får bo ihop. Min man och jag är på väg att flytta, vi kan inte skotta snö och sköta trädgård. Bostäder där äkta makar kan bo ihop önskar jag mig. Har man varit gift med samma man i 55 år så vill man fortsätta med det.”

FLEXIBLA TRANSPORTER

Deltagarna efterfrågade också möjligheter till ett förbättrat kollektivt bussåkande med flexibla bussrutter som utgick från resenärernas önskemål och behov .

”Jag har ett gott exempel från Ullared. Oavsett var du bor i kommunen så har du rätt till kommundaxi/flexibuss. Så kan det bli i Dalarna också. Region Dalarna har uppdrag att se över kollektivtrafikplanen.”

HJÄLPMEDEL

Under fokusgruppsintervjuerna framkom flera olika förslag på hjälpmedel som kan underlätta deltagande och öka tillgänglighet till service. Bland annat nämndes individuellt utprovade hjälpmedel och bättre skyltning som viktiga åtgärder.

”Det är en gåva med dessa hjälpmedel, jag har en högre toastol, en tång att ta upp saker från golvet med. Det kom en arbetsterapeut hem till mig från lasarettet och provade ut vad jag behövde efter jag hade varit sjuk. Hon hade en massa grejer med sig, det var jättebra”.

”Men jag tycker att det skett en förbättring med skyltning. Det är mer visuella skyltar med bättre tydlighet i miljön exempelvis på myndigheter. Ta hjälp av industridesignföretag. Skyltning, bilder och bildstöd är bättre i Europa än i Sverige. Det krävs bättring i Sverige”.

RÄTTIGHETER OCH PÅVERKANSMÖJLIGHETER

Under fokusgruppsintervjuerna diskuterades rättigheter och påverkansmöjligheter. Det framkom att ny lagstiftning och civilkurage skulle kunna underlätta deltagande och öka tillgängligheten till service.

”Svårt att lagstifta om ’mjuka frågor’. Det som skulle kunna hjälpa är om vi fick en diskrimineringslag. Och så önskar man att alla skrek högt. Det är viktigt att alla säger ifrån.”

En intervjuperson menade att det som enskild individ kan vara svårt att påverka, och att man behöver ha en organisationstillhörighet. Förbättrad samverkan mellan olika aktörer, såsom konkret samarbete mellan olika föreningar, vore också önskvärt, gärna med någon *kontaktperson* på länsnivå. En annan möjlighet som identifierades var att ha god kontakt med politiker eller själv engagera sig politiskt.

Vidare föreslogs ett utökat stöd åt försöksverksamheter, exempelvis de som initierades av kooperativ: *”Stödja kooperativen. Politikerna ska ge tydliga mål. Öka brukarmedverkan och stödja kooperativen är bra mål”*. En företagare sade:

”Jag har en del anställda som har diagnoser, det blir ju lite speciella villkor. Det är så olika vad man behöver. Jag tycker inte att det behöver vara så speciellt svårt att skaffa en arbetsträning som passar just den här personen. Men för min man fanns det typ bara tre saker att välja på: man kunde sy någonting, man kunde sitta vid datorn eller man kunde bygga fågelholkar.”

E-TJÄNSTER OCH KOMMUNIKATION

Enligt intervjupersonerna var egenvårdstjänster, kontakter med myndigheter och beställning av varor på Internet inte en lösning för att minimera hinder och underlätta för individen i vardagen. De såg dessa tjänster som möjligheter i framtiden, då det kan främja kommunikation och underlätta kontakter med myndigheter, exempelvis på landsbygden, men idag ansågs dessa tjänster vara en generationsfråga.

”Det är inte någon lösning med e-tjänster. Man kan få information och kunskap. Nätet där skulle vi kunna påverka politiker. Det är svårt att kommunicera, det finns för och nackdelar med detta”.

Personlig kontakt sågs som nödvändig, i synnerhet vid första mötet för att bygga en kontakten: *”Har vi träffats kan vi ta mycket per telefon”*. En intervjuperson ansåg att det fanns svårigheter med sekretess, exempelvis vid ’mina vårdkontakter’, medan en annan intervjuperson ansåg att integriteten för personer med funktionsnedsättning kan främjas genom e-tjänster. Vidare berättade en intervjuperson att det inte är möjligt att logga in på sina barns sidor, eftersom man måste vara över 13 år för att få bank-id.

ÖKAD MEDVETENHET

Avslutningsvis kan ett mer ovanligt förslag nämnas. En intervjuperson menade att det skulle vara möjligt att öka medvetenheten om funktionsnedsättningar med hjälp av såpopera:

”Jag tror det viktigaste mediet är TV. Göra en såpopera och ha folk med handikapp och se vilka fel det kan bli. Så man kan göra lite humor av det. Det tar väldigt bra”.

En ökad medvetenhet om funktionsnedsättningar och åldrande skulle i förlängningen kunna leda till en ökad förståelse för deras villkor och ett bättre bemötande.

Sammanfattning och diskussion

Fokusgruppsintervjuer som metod är fördjupande både på individ- och gruppnivå. Även om fokusgruppsintervjuer inte ger underlag för generella slutsatser skapar de möjligheter för de berörda att komma till tals och frågorna blir belysta ur en mängd olika perspektiv. Metoden möjliggör för forskare att möta verkligheten i närkontakt och få erfarenhetsbaserad kunskap ur livet som ett levandegörande komplement om unika livsöden.

Att sammanföra privatpersoner och organisationsrepresentanter var inte helt problemfritt, eftersom de delgav något olika perspektiv. I intervjuerna höll organisationsrepresentanterna tillbaka och gav utrymme för privatpersoner att komma till tals. Mötet i sig var givande och nyttig för alla parter, i synnerhet i lokal kontext. Vad gäller skillnader mellan privatpersoner och organisationsrepresentanter visade det sig att de som professionellt arbetade med funktionsnedsättnings- och hindersfrågor hade en allmän kunskap om den illavarslande situationen som många människor med funktionsnedsättning kan råka ut för och kunde instämma med den känsla av vanmakt som uttrycktes. Bland deltagarna fanns professionella som hade egna erfarenheter av funktionsnedsättning, men också organisationsrepresentanter som inte hade kommit i kontakt med funktionshindersfrågor men blev mer medvetna om dessa i fokusgrupperna.

Deltagarna vid de tre fokusgrupperna var inte en homogen grupp utan upplevde många olika slags hinder och gav förslag på flera åtgärder gällande deltagande i samhällslivet och tillgänglighet till service på individ-, organisations- och samhällsnivå. I intervjuerna uttryckte deltagarna såväl personliga som politiska erfarenhet av och uppfattningar om deltagande och tillgänglighet. Deltagarna gav vardagsnära och känslofyllda exempel på upplevda hinder, där funktionsnedsättningar och -hinder i tätort och lands- /glesbygd synliggjordes. Många som själv hade funktionsnedsättning kände sig åsidosatta, lågprioriterade och bortglömda.

Studien visar att delaktighet och tillgänglighet är begrepp i tiden. Dessa begrepp sammanhänger med varandra som myntets bägge sidor. De intervjuade i fokusgrupperna berättade om sina upplevelser av hinder kring transport, fysisk miljö och socialt deltagande, samt gav förslag på åtgärder med egen erfarenhet och känslomässig upplevelse. Under intervjuerna uttrycktes maktlöshet, till och med vanmakt, över att lagstadgade rättigheter såsom färdtjänst, hjälp och stöd, eller blöjor inte beviljades när de behövdes eller i tillräcklig omfattning. I välfärdsstatens marginaler pågår en utarmning och en belägenhet som få pratar högt om. De som deltog vid intervjuerna ville bli tagna på allvar och få sin röst hörd. Har man en fysisk eller kognitiv funktionsnedsättning är man begränsad på många sätt. Mycket sker då på omgivningens villkor, eftersom man är beroende av andra i nästan allt som sker i vardagslivet från transporter till toalettbesök.

Många aspekter av studiens resultat sammanfaller med forskningsresultat som diskuteras i boken "Delaktighetens praktik. Det professionella samtalets villkor och möjligheter" (Bülow m.fl. 2012). Författarna diskuterar rätten till delaktighet och skyldighet att göra något av det i praktiken genom så kallat delaktighetsgörande. I boken ligger fokus på de professionellas skyldighet att göra något av delaktighet inom vård, omsorg och socialt arbete. Författarna poängterar att delaktighetsgörande aldrig enbart kan äga rum på policynivå utan måste ske i det vardagliga arbetet genom att viktiga aktörer engagerar sig i vad som ska avhandlas och utföras. Delaktighet är inget skriftligt dokument eller honnörsord utan ett ömsesidigt samtalande. Det uppstår och utvecklas i mötet mellan människor och genom människors samtal. Delaktighetsgörande är därmed något som blir till i praktiken.

Delaktighetsaspekten är central i den nya funktionshinderspolitiken som har diskuterats i delstudie 2 i den här rapporten. Denna politik har slagit fast målen om full delaktighet, mångfald och jämlikhet. I rapporten "Med rätt att komma till tals" (Handisam 2012:1) påpekas att alla har rätt att komma till tals och bli lyssnade på samt att detta är en grundläggande rättighet och en förutsättning för att människor ska känna sig delaktiga i samhället. I rapporten "Hur läget är" (Handisam 2012:3) konstateras att personer med funktionsnedsättning har sämre villkor för delaktighet i samhället, samtidigt som mycket görs för att förbättra förutsättningarna. På många områden finns dock fortfarande brister både på individ-, grupp- och samhällsnivå, vilket delstudie 3 visar.

Intervjuerna gav också vid handen att människors livsvärde konfronteras med system (institutioner, företag och andra organisationer) som har sin egen rationalitet och makt. Detta har diskuterats teoretiskt av sociologen Habermas (1984) och praktikorienterat av Bülow m.fl. (2012) som ett samhällsproblem. Även fokus-

gruppsintervjuerna visade att det inom kommuner, organisationer och företag råder ojämlikhet mellan parterna, som de berörda måste lära sig att hantera på ett bättre sätt än tidigare. Detta kan exemplifieras genom nedanstående ordväxling mellan fyra personer i fokusgruppsintervjun.

A: Man blir inte alltid lyssnad till när man är sjuk eller handikappad.

B: Jag håller inte med. Jag tycker att de lyssnar på mig.

C: Men du har en etikett. Du är ju arbetare.

D: Det är lite högre status.

B: Och det är ju hemskt att det är så. Men det är faktiskt så.

I fokusgruppsintervjuerna diskuterades delaktighet och tillgänglighet i ett brett perspektiv från socialt deltagande till fysisk miljö och värdighetsfrågor. För att kunna göra samhället tillgängligt för alla, även för medborgare med funktionsnedsättning, behövs delaktighets- och tillgänglighetsarbete i praktiken på samhällets alla arenor. Policydokument finns och behövs, men arbetet kan inte stanna vid det. Fokusgruppsintervjuerna visade ett stort gap mellan ideal och verklighet vad gäller handikappolitiken och senare funktionshinderspolitikens förverkligande inom kommuner, företag, organisationer och nätverk.

Vad behöver då göras för att förebygga, reducera och minimera hinder? Det behövs mer kunskap och resurser samt ett samlat ansvar för funktionshinderspolitikens genomförande. Det förutsätter en vilja att omsätta ambitiösa mål i praktiken och en samlad kostnad inom området. Att skapa ett hinderfritt samhälle förutsätter praktiska åtgärder men också respekt, inte endast för mänskliga rättigheter utan också för enskilda människor med eller utan funktionsnedsättning. Det behövs dialog och samtal om vad som behöver göras i praktiken. Ett dialogiskt samtal handlar inte enbart om ett utbyte av tankar, idéer, åsikter eller värderingar utan också om interaktion och meningsskapande. I samtal där människor med neuropsykiatrisk funktionsnedsättning och/ eller personer med kommunikationssvårigheter deltar är det ännu viktigare att reflektera över vad interaktion och meningsskapande betyder i praktiken. I fokusgrupperna gavs flera förslag – från portabla hjälpmedel till social tolk, bättre kunskaper och respekt – som konkreta åtgärder för att kommunikativt och praktiskt underlätta livet för människor med olika former av funktionsnedsättningar. Deltagarna efterfrågade också ny lagstiftning. På nationell nivå pågår en diskussion om ett förslag om utvidgning av diskrimineringslagen (Prop. 2011/2012:159).

Gällande skillnader mellan lands-/glesbygd och städer framkom att den största skillnaden var att intervjupersoner i lands-/glesbygd i högre grad upplevde bristande

transporter och service, men samtidigt var stolta över lokala sociala företag som delaktighets- och tillgänglighetsfrämjande åtgärd.

Sammanfattningsvis framkom följande åtgärder för att underlätta deltagande och öka tillgänglighet till service:

- Mer personlig assistans när det faktiskt behövs
- Socialt företagande såsom kooperativ
- Övergripande och samlat ansvar på både individuell och samhällsnivå
- Parboende för äldre
- Flera enkelt avhjälpna hinder i fysisk miljö
- Bättre och mer flexibla transporter
- Bättre individuellt anpassade hjälpmedel
- Förbättrade rättigheter och påverkansmöjligheter
- E-tjänster och bättre kommunikation
- Rättigheter, påverkansmöjligheter och respekt – inte bara i ord utan som praktisk handling
- Ökad medvetenhet om funktionsnedsättningar och ett bättre bemötande

Referenser

Ahrne, G. & Svensson, P. (2011). *Handbok i kvalitativa metoder*. Malmö: Liber.

Bülow, P., Persson Thunqvist, D. & Sandén, I. (2012). *Delaktighetens praktik. Det professionella samtalets villkor och möjligheter*. Stockholm: Gleerup.

Habermas, J. (1984) *Den rationella övertygelsen. En antologi om legitimitet, kris och politik*. Stockholm: Akademilitteratur.

Handisam (Myndigheten för handikappolitisksamordning):

- *Med rätt att komma till tals. Så ska Handisam se till fler kommer till tals i projekt och uppföljning* (2012:1)
- *Hur är läget? Uppföljning av funktionshinderspolitiken* (2012:3)

Justesen, L. & Mik-Meyer, N. (2011). *Kvalitativa metoder: från vetenskapsteori till praktik*. Lund: Studentlitteratur.

Prop. 2011/2012:159. *Ett utvidgat skydd mot åldersdiskriminering. Utredningen om stärkt skydd mot åldersdiskriminering*. Stockholm: Fritzes.