

# Universell utforming av transportsystemer for grupper med nedsatt psykisk funksjonsevne

**Anja Fleten Nielsen**

**Kåre Skollerud**

Transportøkonomisk institutt (TØI) har opphavsrett til hele rapporten og dens enkelte deler. Innholdet kan brukes som underlagsmateriale. Når rapporten siteres eller omtales, skal TØI oppgis som kilde med navn og rapportnummer. Rapporten kan ikke endres. Ved eventuell annen bruk må forhåndssamtykke fra TØI innhentes. For øvrig gjelder [åndsverklovens](#) bestemmelser.

---

**Tittel** Universell utforming av transportsystemer for grupper med nedsatt psykisk funksjonsevne

**Forfatter(e):** Anja Fleten Nielsen og Kåre Skollerud  
**Dato:** 01.2018  
**TØI-rapport** 1615/2018  
**Sider:** 24  
**ISBN elektronisk:** 978-82-480-2114-8  
**ISSN:** 0808-1190  
**Finansieringskilde(r):** Deltasenteret

**Prosjekt:** 4470 – UUPSYK  
**Prosjektleder:** Anja Fleten Nielsen  
**Kvalitetsansvarlig:** Ove Langeland  
**Fagfelt:** Regional utvikling og reiseliv  
**Emneord:** Universell utforming, mental helse, psykisk helse, funksjonsnedsettelse, transport

#### Sammendrag:

I denne studien har vi undersøkt hvilke barrierer personer med psykiske funksjonsnedsettelse har i forbindelser med reiser, hvilke tiltak som kan gjøre det enklere for dem å reise, samt hvordan dagens forståelse for universell utforming ivaretar denne gruppen. Trengsel og folkemengder, mangel på informasjon, manglende tilgang på offentlig transport i distriktene, ventetid – særlig ved reiser med flere ledd, økonomiske barrierer og manglende forståelse fra personell er noen av hovedbarrierene vi har kartlagt. Toget oppleves av de fleste informantene som et bedre alternativ enn andre transportmidler grunnet økt komfort med mindre trengsel og bedre informasjon. Bilen som transportmiddel trekkes fram av flere av informantene som svært viktig for at de skal kunne reise på lik linje med andre. Dagens forståelse av universell utforming tar i stor grad kun hensyn til personer med fysiske funksjonsnedsettelse, noe vi har funnet igjen i offentlige dokumenter, den politiske debatten, forskning og tilrettelegging fra offentlige instanser.

*Transportøkonomisk Institutt  
Gaustadalleen 21, 0349 Oslo  
Telefon 22 57 38 00 - [www.toi.no](http://www.toi.no)*

**Title** Universal design of transportation systems for people with mental impairments

**Author(s)** Anja Fleten Nielsen og Kåre Skollerud  
**Date:** 01.2018  
**TØI Report:** 1615/2018  
**Pages:** 25  
**ISBN Electronic:** 978-82-480-2114-8  
**ISSN:** 0808-1190  
**Financed by:** Deltasenteret

**Project:** 4470 – UUPSYK –  
**Project Manager:** Anja Fleten Nielsen  
**Quality Manager:** Ove Langeland  
**Research Area:** Regional development and tourism  
**Keyword(s)** Universal design, mental health, impairments, transportation

#### Summary:

In this project we have examined what barriers people with mental impairments has in relation to travel, what can be done to make it easier for them to travel, and how today's understanding of universal design includes people with mental impairments. Crowded spaces, lack of information, lack of public transportation in rural areas, waiting time – especially in relation to journeys including several different modes of transportation, economic barriers and lack of understanding from staff are some of the main barriers we found. The train is considered by most informants as better than other public transport modes. The possibility to travel by car is essential to the wellbeing of several informants. Today's understand of universal design is mostly including people with physical impairments in both public documents, policies, research and support from the government.

**Language of report:** Norwegian

*Institute of Transport Economics  
Gaustadalleen 21, 0349 Oslo, Norway  
Telefon 22 57 38 00 - [www.toi.no](http://www.toi.no)*

# Forord

Formålet med dette prosjektet har vært å undersøke hvordan dagens forståelse av universell utforming ivaretar mennesker med psykiske funksjonsnedsettelse. I denne rapporten har vi undersøkt hvilke barrierer og utfordringer mennesker med psykiske funksjonsnedsettelse møter når de reiser, og hvilke tiltak som skal til for at flere fra denne gruppen kan benytte seg av offentlige transportmidler.

Anja Fleten Nielsen har vært prosjektleder for prosjektet og Kåre Skollerud har bistått i datainnsamling, analyser og skriving av rapporten. Arbeidet er kvalitetssikret av Ove Langeland.

Arbeidet er finansiert av Deltasenteret.

Vi vil takke alle våre informanter for at de ville bidra å fortelle om hvilke utfordringer de møter i sin hverdag. Vi vil også takke Mental Helse, Foreningen Spekteret og Bipolarforeningen for å ha hjulpet oss med å komme i kontakt med potensielle informanter.

Oslo, Januar 2018

Transportøkonomisk institutt

*Gunnar Lindberg*  
*Direktør*

*Silvia Olsen*  
*Avdelingsleder*



# Innhold

## Sammendrag

<b>1</b>	<b>Innledning</b> .....	<b>1</b>
1.1	Bakgrunn.....	1
1.2	Formål/hypoteser.....	1
1.3	Avgrensning/Definisjon.....	2
1.4	Rapportstruktur .....	2
<b>2</b>	<b>Teori og metodetilnærming</b> .....	<b>3</b>
2.1	Teoretisk bakteppe.....	3
2.2	Metode .....	9
<b>3</b>	<b>Resultater</b> .....	<b>11</b>
3.1	Informantene .....	11
3.2	Reise som nødvendighet.....	11
3.3	Barrierer .....	12
3.4	Forskjeller mellom transportmidlene .....	17
3.5	Tiltak.....	17
<b>4</b>	<b>Konklusjon og diskusjon</b> .....	<b>21</b>
4.1	Konklusjon.....	21
4.2	Videre forskning .....	23
<b>5</b>	<b>Referanser</b> .....	<b>24</b>



## Sammendrag

# Universell utforming av transportsystemer for grupper med nedsatt psykisk funksjonsevne

TØI rapport 1615/2018

Forfatter(e): Anja Fleten Nielsen & Kåre Skollerud

Oslo 2018, 24 sider

*I denne studien har vi funnet seks forhold som gjør det utfordrende for personer med nedsatt psykisk funksjonsevne å bruke kollektivsystemet slik det er utformet i dag: Trengsel og folkemengder, mangel på informasjon, manglende tilgang på offentlig transport i spredtbygde strøk, ventetid – særlig ved reiser med flere ledd, økonomiske barrierer og manglende forståelse fra personell. Dette samsvarer i stor grad med hva som er funnet i tidligere studier i Storbritannia. Toget oppleves av de fleste informantene som et bedre alternativ enn andre transportmidler. En viktig grunn til dette er økt komfort, mindre trengsel og bedre informasjon. Bilen som transportmiddel trekkes fram av flere av informantene som svært viktig for at de skal kunne reise på lik linje med andre. Dagens forståelse av universell utforming tar i stor grad bare hensyn til personer med fysiske funksjonsnedsettelse. Dette finner vi igjen både i offentlige dokumenter, i den politiske debatten, i forskning på feltet og i behandlingen våre informanter opplever i forhold til tilrettelegging fra offentlige instanser.*

Det finnes forskning som viser at personer med psykososiale funksjonsnedsettelse gjør færre reiser enn andre (Mackett 2017). Det viser seg også at dårlig tilgang til offentlig transport leder til sosial isolasjon og forverring av symptomer; mens god tilgang er viktig for rekonvalesens (Mental Health Action Group 2011). I dette prosjektet har vi undersøkt ulike barrierer mennesker med psykiske lidelser møter i transportsystemet, og tiltak som kan settes inn for å få denne gruppen til å bruke transportsystemet i større grad. Vi har også undersøkt hvordan denne gruppen er ivaretatt i strategien om universell utforming.

Nasjonal transportplan 2018-2029 har som mål å arbeide for et universelt utformet transportsystem slik at alle mennesker skal kunne benytte seg av dette. Med universell utforming menes «*utforming av produkter, omgivelser, programmer og tjenester på en slik måte at de kan brukes av alle mennesker, i så stor utstrekning som mulig, uten behov for tilpassing og spesiell utforming*» (FN-konvensjonen). Vi har valgt å bruke en relasjonell tilnærming til universell utforming, der man ser på samspillet mellom individet, det sosiale og det materielle. Funksjonshemming er da noe som kan oppstå i møtet med transportsystemet, selv om personen ellers fungerer relativt greit. Selv om man har en diagnose som man kanskje ikke kan påvirke rent biologisk, mener vi at det er mulig å tilrettelegge miljøet for personer med psykososiale funksjonsnedsettelse for å øke deres livskvalitet. Dersom reiseopplevelsen blir bedret for denne gruppen kan det bli enklere å gjennomføre reiser, noe som kan føre til økt følelse av mestring og inkludering i samfunnet.

Gjennom 9<sub>2</sub> kvalitative intervjuer, med personer som har ulike former for nedsatt psykisk funksjonsevne (angst, aspergers, bipolar, depresjon), har vi avdekket seks punkter som gjør det særlig utfordrende for dem å reise. *Trengsel og folkemengder* er et stort hinder for våre informanter. Informantene syntes det er viktig å kunne ha en sitteplass som er avskjermet for å kunne få en mer behagelig opplevelse av reisen, og flere unngår rushtrafikken. *Mangel*

*på informasjon* går også igjen som en barriere for å kunne gjennomføre reiser. Sanntidssystemer trekkes fram som et tiltak som har bedret situasjonen for en del av informantene, men dette er ikke tilgjengelig i alle deler av landet. *Manglende tilgang på offentlig transport i spredte områder* er også et problem. I områder hvor det er få avganger eller dårlig samkjøring mellom transportmidlene er våre informanter avhengig av å bruke alternative reisemidler som bil eller sykkel. Når man har angst er det ikke sikkert man klarer å komme seg med den første bussen. Om det da ikke kommer noen ny buss før om noen timer, vil det ha store konsekvenser for den reisende. *Ventetid og reiser med flere ledd* oppleves som særlig belastende. Det å bli stående og vente gir ofte økt følelse av angst. Dårlig samkjøring mellom busser og buss til tog oppleves som problematisk. *Økonomiske barrierer* blir også nevnt, flere av informantene blir forhindret i å gjennomføre det antallet reiser de ønsker å gjøre på grunn av slike barrierer. I tillegg er det en del av dem som har fått avslag på tilrettelegging fra offentlige instanser, eller som har lite informasjon om hvilke hjelpemidler som finnes. *Manglende forståelse fra personell* kan også være en grunn til at det er utfordrende å reise for denne gruppen.

Basert på intervjuanalysene har vi laget en oppsummering på 19 praktiske tiltak som bør vurderes for å bedre reiseopplevelsen for mennesker med mentale funksjonsvansker. En del av tiltakene vil også ha positive effekter på reiseopplevelsene for den generelle befolkningen.

- 
- Bedre plass per passasjer
- Sitteplasser på stasjonsområder
- Bruk av fungerende sanntidssystemer
- Standard for informasjonsutforming
- Integreerte informasjons- og oppløsninger mellom transportselskapene
- Standard for informasjonsgivning fra sjåfører
- Tilgjengelig personell
- Hyppigere avganger eller alternative løsninger med bil/taxi i rurale områder
- Opplæring av personell i psykisk helse
- 'Beviskort' på krav om ekstra assistanse
- Bedre samkjøring mellom transportmidler
- Økt tidshorisont på billett
- Standardisering av tilretteleggingspraksis
- Forbedret informasjonsspredning om hjelpetjenester
- Øke beløpene på TT-kort
- Like geografiske vilkår på TT-kort
- Honnørkort i bankkortformat
- Økonomisk støtte/kompensasjon til foreningsarbeid og frivillig arbeid

I vår undersøkelse er det lite som tyder på at dagens universelle utforming tar hensyn til behovene til dem med psykiske lidelser. Det teoretiske rammeverket for hvordan man forstår funksjonsnedsettelse passer også til psykiske lidelser, men det som gjøres av praktiske tiltak ivaretar ikke mennesker med mentale utfordringer knyttet til å reise. Dokumenter som Vegdirektoratets sjekklister for vurdering av diverse anlegg i transportsystemet og Kartverkets veileder for tilgjengelighet og universell utforming, fokuserer likevel i stor grad på fysiske funksjonsnedsettelse. Også i forskningen er det stort sett fysiske funksjonsnedsettelse som undersøkes. Vi har i våre litteratursøk funnet svært

lite informasjon om hvordan psykisk syke opplever transportsystemene og hva som skal til for å bedre deres situasjon. Gjennom intervjuene har vi fått konstatert at det er vanskelig å få tilrettelegging fra kommune på psykisk grunnlag. Flere av informantene har fått avslag, eller har måttet kjempe seg til retten for tilrettelegging. Også i den politiske debatten om reduksjon av bilkjøring og overgang til kollektivtransport og gange/sykkel, mangler det fokus på personer som er helt avhengige av bil for å kunne gjennomføre reiser. Dette er særlig viktig for personer med mentale utfordringer, og enkelte av informantene er helt avhengige av å ha bil for å kunne transportere seg rundt. Dersom man ønsker at personer med psykiske og mentale lidelser også skal kunne anvende seg av offentlig transport, er det derfor helt avgjørende at man inkluderer dem når man planlegger for utforming av transportsystemene og finner tiltak som gjør at det blir enklere for dem å bruke disse. I tillegg bør man ta hensyn til at det finnes personer som kanskje aldri vil være i stand til å benytte seg av dagens kollektivtilbud.



# 1 Innledning

## 1.1 Bakgrunn

«I rushtiden er bussen stappfull med mennesker. 'Karin' bor 2 mil unna jobben og har ikke tilgang på bil. Hun har angst for store folkemengder og det å skulle ta bussen er noen dager en såpass stor utfordring at hun ikke klarer å komme seg til arbeidsplassen.»

Hva skal til for at 'Karin' kommer seg på jobb? Kan vi planlegge bedre for at mennesker med psykiske lidelser kan forflytte seg på lik linje med alle andre? Planleggere, politikere og forskere har gjort mye for å undersøke og tilrettelegge transportsystemer for mennesker med ulike fysiske vansker, men det er et stort behov for mer kunnskap om hvordan personer med psykososiale funksjonsnedsettelse opplever transportsystemene (OECD/ITF 2009). Det finnes forskning som viser at personer med psykososiale funksjonsnedsettelse gjør færre reiser enn andre (Mackett 2017). Det viser seg også at dårlig tilgang til offentlig transport leder til sosial isolasjon og forverring av symptomer; mens god tilgang er viktig for rekonvalesens (Mental Health Action Group 2011). I løpet av livet vil rundt halvparten av befolkningen få en mental lidelse, og rundt 20-25 % har en mental lidelse til enhver tid (Nes & Clench-Aas 2011). Disse tallene demonstrerer hvor viktig det er å tilrettelegge transportsystemene for personer med psykiske utfordringer.

I dette prosjektet vil vi undersøke hvilke barrierer mennesker med psykiske lidelser møter i transportsystemet og hvilke tiltak som kan settes inn for å få denne gruppen til å bruke transportsystemet i større grad. Vi vil også undersøke hvordan denne gruppen er ivaretatt i strategien om universell utforming.

## 1.2 Formål/hypoteser

Gjennom å studere barrierer for mennesker med psykiske funksjonsnedsettelse kan man gi ny informasjon om hva som bør legges vekt på ved planlegging av infrastruktur og transportsystemer. Slik kan man ta hensyn til en bredere gruppe med funksjonsnedsettelse enn hva det har vært tradisjon for tidligere. Ved å få en større gruppe til å benytte seg av transportsystemene kan man oppnå både økt velvære for enkeltindivider, samtidig som det vil ha en samfunnsøkonomisk nytte.

Tanken er at man gjennom prosjektet skal komme opp med konkrete tiltak som inkluderer en større gruppe mennesker i det transporttilbudet som finnes i dag.

For å øke kunnskapen om hvordan mennesker med psykososiale funksjonsnedsettelse opplever transportsystemer i en norsk kontekst vil vi stille følgende forskningsspørsmål:

1. Hvilke barrierer finner vi i transportkjedene for mennesker med mentale funksjonsnedsettelse?
2. Hvilke praktiske tiltak kan få personer med nedsatte mentale funksjonsevner til å bruke de ulike typene offentlige transportsystemer men enn i dag?
3. Ivaretar dagens forståelse av universell utforming mennesker med psykiske utfordringer?

### 1.3 Avgrensning/Definisjon

Nedsatt funksjonsevne kan kategoriseres i seks hovedgrupper (basert på BUFDIR 2016 og Missonnier & Dejoux 2016):

- Personer med synshemming
- Personer med bevegelseshemming
- Personer med hørselshemming
- Personer med utviklingshemming [mental disability]
- Personer med psykososiale funksjonsnedsettelse [psychological disability]
- Personer med kognitive funksjonsnedsettelse [cognitive disability]

I tillegg er det en rekke skjulte funksjonsvansker som allergi, astma, epilepsi, ulike smertetilstander, diabetes m.m. som ikke faller naturlig inn i noen av disse kategoriene. Denne inndelingen er altså ikke en fasit på alt som kan regnes som funksjonsnedsettelse.

I dette prosjektet er det personer med psykososiale og kognitive funksjonsnedsettelse som vil være i fokus. Grunnen til dette er som nevnt at denne gruppen er underrepresentert i tidligere studier, og i dagens planlegging av infrastruktur. Innenfor denne gruppen er det flere ulike psykiske sykdommer og lidelser som kan påvirke muligheten til å reise.

Macett (2016) klassifiserer fire ulike typer lidelser som faller inn under psykiske funksjonsnedsettelse:

1. Lidelse som påvirker konsentrasjon og læring
2. Lidelse som påvirker hukommelse (f. eks. Alzheimers og demens)
3. Psykiske lidelser (f. eks. angst, fobier og depresjon)
4. Sosiale og adferdsrelaterte lidelser (f. eks. Aspergers syndrom og ADHD)

I dette prosjektet har vi valgt å intervju personer som faller inn under gruppen psykiske lidelser (punkt 3) og atferdsforstyrrelser (punkt 4).

### 1.4 Rapportstruktur

Den første delen av rapporten tar for seg ulike forståelser av funksjonsnedsettelse, universell utforming og helsebegrepet. I kapittel 2.1 gir vi en oppsummering av tidligere forskning om transport og mental helse og hvordan dagens forståelse av universell utforming ivaretar mennesker med psykiske funksjonsnedsettelse. Tilslutt introduseres de vanligste mentale og psykiske lidelsene. I kapittel 2.2 går vi gjennom intervju som metode og litteraturstudien.

I kapittel 3 går vi gjennom hvordan det oppleves å reise for personer med psykiske og mentale funksjonsnedsettelse, før vi på bakgrunn av dette presenterer hvilke tiltak som kan gjøres for å bedre deres reiseopplevelser.

I siste del av rapporten gir vi en kort oppsummering av hovedproblemstillingene i prosjektet, samt presenterer forslag til videre forskning.

## 2 Teori og metodetilnærming

### 2.1 Teoretisk bakteppe

#### 2.1.1 En relasjonell tilnærming til psykososiale funksjonsnedsettelse

Nasjonal transportplan 2014-2023 har som mål å arbeide for et universelt utformet transportsystem slik at alle mennesker skal kunne benytte seg av dette. Med universell utforming menes «*utforming av produkter, omgivelser, programmer og tjenester på en slik måte at de kan brukes av alle mennesker, i så stor utstrekning som mulig, uten behov for tilpassing og spesiell utforming*» (FN-konvensjonen). Man tar utgangspunkt i at mennesker har ulike funksjonsevner og at omgivelsene skal gjøre det mulig for alle å delta. Universell utforming er i stor grad en konsekvens av senere tids vektlegging av enkeltmenneskets rettigheter til samfunnsdeltakelse (Lid 2013).

Lid (2013) presenterer tre ulike modeller for funksjonshemming. Den *medisinske modellen* tar utgangspunkt i individets medisinske diagnose. Mennesker med funksjonshemming kan da hjelpes gjennom individbaserte tiltak (Lid 2013). Ulempen med denne tilnærmingen er at personen reduseres til sin uførhet. Man ser på funksjonshemming som noe unormalt og man må designe miljøet for å tilpasse personers spesielle behov (Hanson 2004).

Den *sosiale modellen* på sin side legger vekt på at funksjonshemmingen er forankret i samfunnet, og at deltakelse i samfunnet er forhindret av barrierer i omgivelsene (Lid 2013). Selv om man har en funksjonsnedsettelse betyr ikke det at man ikke kan leve et fullverdig liv, det er snarere samfunnets uvillighet til å bruke ressurser som er årsak til at noen blir sosialt ekskludert. Funksjonshemming er dermed et sosialt produkt (Hanson 2004). Denne modellen tar ikke hensyn til at funksjonsnedsettelse i seg selv kan være svært ødeleggende for dem det gjelder.

Problemet med begge disse modellene er at de er endimensjonale ved at de kun ser på en side av funksjonsnedsettelsen. I den *relasjonelle modellen* er det derfor samspillet mellom individet og omgivelsene som er fokus. Den legger vekt på samspillet mellom individet, det sosiale og det materielle. Funksjonshemming er noe som kan oppstå for personer med funksjonsnedsettelse i enkelte situasjoner (Lid 2013). En person med eksempelvis angst vil med andre ord kunne oppleve en funksjonshemming i møte med transportsystemet, selv om vedkommende fungerer relativt greit ellers. Den *bio-sosiale modellen* forsøker også å ta inn begge perspektiver. En funksjonshemming omhandler både individets mulighet til å samhandle med det bygde miljøet, samt at hvem eller hva som defineres som funksjonshemming er avhengig av sosiale verdier og holdninger (Hanson 2014). Det er disse perspektivene vi vil benytte som grunnlag for vår undersøkelse.

## 2.1.2 Helse – mer enn bare fravær av sykdom

Ettersom funksjonsnedsettelse er knyttet direkte til helse og sykdom vil vi også gi en kort gjennomgang av ulike måter å definere dette.

Mæland (2009) definerer helse på tre ulike måter:

- helse som å være frisk
- helse som velvære
- helse som mulighet

Helse som å være frisk er et negativt helsemål, hvor helse er det samme som fravær av sykdom. Dette synet inkluderer tre ulike måter å se på sykdom. Den *biomedisinske forståelsen* av sykdom er utgangspunktet for den medisinske modellen for funksjonshemming, der man objektivt kan måle sykdom ut fra normalfordelingen (Mæland 2009). Et eksempel på dette vil være måling av over- og undervekt, hvor man er normalvektig innenfor to standardavvik. Når det gjelder mental helse derimot, er det ikke like enkelt å forholde seg til normalfordelingen på grunn av svært subjektive diagnoseverktøy. En pasient kan få forskjellig diagnose fra ulike terapeuter basert på behandlerens alder og utdanningsbakgrunn (Copeland et al. 1971). Det er også store kulturelle forskjeller i hva som regnes som en depresjon og ikke. Beskrivelsen av hva vi i vesten definerer som en depresjon kunne vært beskrivelsen på en god buddhist i den østlige delen av verden (Obeyesekere 1985).

Den *subjektive modellen* på sin side, definerer sykdom ut fra om du føler deg syk eller ikke (Mæland 2009). For mental helse er denne tankegangen svært relevant, ettersom man ikke kan måle mental helse gjennom blodprøver eller andre biologiske tester. For eksempel tar diagnoseverktøy som Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) utgangspunkt i subjektive spørsmål i forsøk på å gjøre angst og depresjon til noe målbart. Problemet med slike måleverktøy er nettopp at en person som føler seg deprimert kan risikere å bli diagnostisert som ikke deprimert, eller motsatt, alt ettersom hvor godt verktøyet registrerer personens symptomer på depresjon.

I den *sosiale sykdomsmodellen* er sykdom kontekstavhengig ut fra tid og sted (Mæland 2009) – lik tankegangen i den bio-sosiale modellen for funksjonshemming. Ettersom sykdommer er kontekstavhengige og defineres gjennom sosiale prosesser, får ulike sykdommer ulik status i samfunnet. Mentale sykdommer har ofte en lavere status i samfunnet enn f.eks. kreft (Segall 1976, Mæland 2009).

Helse som velvære er et motsvar på det negative helsemålet og WHO sin definisjon, “*Health as a state of complete physical, mental and social well-being*”, er et eksempel på dette. Denne definisjonen har blitt mye kritisert både fordi det er et umulig mål og fordi livet generelt blir sykelliggjort (Mæland 2009). Det positive med definisjonen derimot, er at den også legger vekt på de subjektive, psykologiske og sosiale sidene av sykdom (Ingstad 2007).

Livskvalitet blir et relevant konsept under denne definisjonen og særlig under Næss’ (2001) definisjon hvor livskvalitet er det samme som mental velvære. Positive og negative følelser er uavhengige komponenter av mental velvære. De som ofte har positive følelser, har ikke nødvendigvis sjelden negative følelser (Bradburn & Caplovitz 1965, Næss 2001, Jørgensen 2009). Man kan derfor oppleve høy livskvalitet selv om man er mentalt syk. Altså kan det å tilrettelegge miljøet for personer med psykososiale funksjonsnedsettelse føre til at de får en bedre livskvalitet ettersom det kan bli enklere å håndtere sykdommen.

Helse som mulighet er en helhetlig måte å se på sykdom – helse er da en ressurs for å nå mål (Mæland 2009). Nordenfelt (2007) sin definisjon er et eksempel på dette:

*«A is completely healthy if, and only if, A has the ability, given standard circumstances, to reach all his or her vital goals»*

Kultur og samfunn spiller her en vesentlig rolle for sykdom. Eksterne faktorer kan påvirke menneskers kapasitet i både positiv og negativ retning. Mental helse er ikke noe som foregår i menneskers hode, men en interaksjon mellom mennesker og miljøet (Ingstad 2007). Dersom miljøet ikke er tilrettelagt for personer med mentale lidelser kan man derfor skape større problemer for disse personene. En kritikk til denne måten å se på helse er at en person sine vitale mål vil være basert på holdninger, livssituasjon, sykdom, kultur etc. Hvis et kreftsykt menneske setter seg mål, vil vedkommende fremdeles være syk selv om han eller hun oppnår målene. Samtidig vil en frisk person ut fra denne definisjonen være syk dersom han eller hun ikke når sine mål. Selv om definisjonen har sine svakheter er den svært relevant i forhold til universell utforming. Dersom vi klarer å tilrettelegge for at personer med mentale utfordringer får en økt mulighet til å nå sine mål, kan det ha stor påvirkning på deres livssituasjon og følelse av inkludering i samfunnet.

Vår forståelse av mental helse og sykdom er en kombinasjon av definisjonene nevnt ovenfor. Meade og Earicsons' (2000) «Triangle of human ecology» hvor helse er en kombinasjon av populasjonsfaktorer (biologi, kjønn, alder), miljøfaktorer (klima, transportsystem, sosiale strukturer) og adferdsfaktorer (sosiale normer, teknologi, trossystemer), gir et godt grunnlag for vår forståelse av mental helse. Mental helse eller sykdom kan ikke måles med en blodprøve, men det er biologiske faktorer knyttet til ulike mentale lidelser (Belliver et al. 1998, Eknes 2006). I den vestlige verden diagnostiseres mental sykdom i dag ved hjelp av ICD-10 eller DSM-V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). Dette kan framstå som objektive diagnoseverktøy, men det er også viktig å ha i bakholdet at de baserer seg på subjektive vurderinger fra fagpersonell. I denne undersøkelsen spør vi intervjuobjektene om diagnose og vi presenterer også symptombildet for de vanligste mentale lidelsene i Norge basert på ICD-10 i kapittel 2.1.4. Dette kan gi et godt utgangspunkt for å gi et generelt overblikk om hva psykososiale funksjonsnedsettelse handler om. Hvorvidt intervjuobjektene diagnose er objektiv eller ikke, ser vi i midlertidig på som irrelevant for diskusjonen om universell utforming og mental helse. Så lenge intervjuobjektene selv opplever problemer i forhold til den situasjonen de er i, så er deres innspill viktige for å lage et samfunn hvor vi kan inkludere flest mulig. Det er også viktig å trekke fram at personer med samme diagnose kan ha svært ulike problemer avhengig av både alvorlighetsgrad og variasjon i symptombildet, men også grunnet ulike kontekstuelle muligheter. En person med angst i Oslo kan ha en helt annen opplevelse av busstilbudet enn en person med tilsvarende type angst i Nord-Norge, alt ettersom hvordan tilbudet er lagt opp. Med andre ord er mental helse også avhengig av miljøet – både det fysiske miljøet (tilgjengelighet til transport, fysisk utforming av transportsystemene o.l.) og det sosiale miljøet (andres oppfattelse og atferd mot den syke). Mental helse er i stor grad også avhengig av adferdsfaktorer, altså hva som kan observeres i kulturen, atferd mellom mennesker, teknologi, trossystemer og sosiale normer (Meade and Earickson 2000). Derfor vil det være interessant å se på hvilke strategier og tanker de ulike personene vi intervjuer har i forhold til det å transportere seg rundt. Det kan gi grunnlag for å endre fysiske strukturer eller sosiale miljøstrukturer slik at man får en adferdsendring hos personene som i dag ikke reiser.

### 2.1.3 Behov for ny kunnskap

Kunnskap om reisevanene til mennesker med funksjonsnedsettelse er mangelfulle, og personer med utviklingshemming, kognitive eller psykososiale lidelser er studert i enda mindre grad (Meissonnier & Dejoux 2016). Det er de to sistnevnte gruppene vi skal se på i dette prosjektet. Mennesker med psykososiale funksjonsnedsettelse og kognitive funksjonsnedsettelse har ikke redusert intellektuell kapasitet, men ulike psykiske problemer som kan føre til at man får store utfordringer med å gjennomføre daglige aktiviteter. Kognitive funksjonsnedsettelse beskrives av Meissonnier & Dejoux (2016) som vansker som påvirker oppmerksomhet, hukommelse, språk og evne til tilpasning. Psykososiale funksjonsnedsettelse derimot innebærer manglende konsentrasjon, vanskeligheter med å planlegge aktiviteter, panikkangst, hyperaktivitet og kommunikasjonsvansker. Alle disse symptomene kan gjøre transport vanskelig for disse gruppene (Meissonnier & Dejoux 2016, Mackett 2017).

Den relativt lave statusen til mentale lidelser gjenspeiler seg langs en rekke dimensjoner. Økonomisk viser dette seg i en skjev fordeling mellom fysiske og psykiske lidelser; kun fem land i Europa bruker mer enn 10 % av helsebudsjettet på mental helse (Nes & Clench-Aas 2011). Det er også begrenset hvor mye forskning som er gjort om denne typen funksjonsnedsettelse i forbindelse med møte med infrastrukturen og empirisk hvordan emosjoner er knyttet til reiseaktivitet og valg av transportmiddel (OECD/ITF 2009, Brechan 2006). Også tenkingen og praksisen rundt universell utforming har vært dominert av de somatiske lidelsene. Kartverket har laget en veileder for kartlegging av tilgjengelighet og universell utforming i tettsteder. Denne retter seg kun mot personer som sitter i rullestol og mennesker med synshemming. Vegdirektoratets sjekklister for vurdering av diverse anlegg i veisystemet fokuserer også i stor grad på personer med nedsatt syn og bevegelse. Selv om arbeidet for personer med fysiske funksjonsnedsettelse på ingen måte er fullstendig, illustrerer dette den skjevheten som eksisterer mellom synlige fysiske funksjonsnedsettelse og funksjonsnedsettelse knyttet til kognitive og psykiske aspekter. Planleggere og andre som arbeider med infrastruktur har begrenset kunnskap om mentale helseproblemer og personer med kognitive vansker (OECD/ITF 2009).

Reduksjon av barrierer for mennesker med synshemming og bevegelseshemming består oftest i tekniske løsninger som ramper, ledelinjer osv., noe som nødvendigvis ikke er like anvendbart for mennesker med psykososiale problemer. Universell utforming på makronivå er en form for etikk og menneskesyn (Lid 2013) og derfor mer enn bare tekniske løsninger. Det er et behov for å utvide synet på universell utforming og se på hvilke typer barrierer mennesker med psykiske lidelser møter. I denne sammenhengen vil man også gjerne finne andre tiltak av mindre teknisk art som vil øke denne gruppens bruk av transportsystemet. En studie om mental helse i Storbritannia (Mental Health Action Group 2011) fant en rekke barrierer som var knyttet til bruken av offentlig transport som ikke var knyttet direkte til tekniske løsninger:

- kostnader
- manglende forståelse fra personell
- overfylte busser/tog
- manglende tilgang på offentlig transport i rurale områder
- manglende relabilitet og informasjon ved hendelser
- stigma, diskriminering og overgrep fra andre reisende

Vi kan gå ut fra at liknende barrierer dukker opp i vår studie, men ettersom transportsystemet og kulturen ikke er lik i Norge og England, kan det også dukke opp

andre typer barrierer. Fordelen med å gjøre en kvalitativ studie av tema er at vi også kan gå mer i dybden enn man kan i en spørreundersøkelse.

Penfold et al. (2008) er en av få studier som har intervjuet personer med mentale helseproblemer i forbindelse med reise og transport. Studien ble gjennomført i England og alle deltakerne brukte offentlig transport og gange som reisemiddel. De fant at selvtilitt var en nøkkelfaktor for deltakernes opplevelse av transportsystemer og det var særlig tre faktorer som var avgjørende. For det første var det viktig å ha muligheter til å *planlegge reiseruten*, og kunne gjøre reisen til en *rutine*. Dette var særlig viktig for lengre reiser og reiser som innebar bytter. Deretter var følelse av *kontroll og sikkerhet* viktig. Mulighet til å velge ulike transportmidler og kunne unngå rushtid og trange plasser, ble trukket fram. En annen viktig strategi var å reise sammen med andre. Holdninger hos de ansatte på busser, t-baner osv. var også viktig for de reisendes følelse av trygghet. Flere følte at de ble oversett og at det manglet forståelse for skjulte funksjonsnedsettelse. Manglende toalettfasiliteter ble også trukket fram som problematisk av en av passasjerene som slet med angst og irritabel tarm syndrom (IBS). Et siste aspekt knyttet til deltakernes mulighet for å gjennomføre reiser var av *økonomisk* art. Mange ble forhindret fra å gjennomføre reiser de ønsket av økonomiske årsaker. Dette var særlig knyttet til bruk av taxi.

#### 2.1.4 Bredt spekter av diagnoser krever komplekse løsninger

Personer med psykososiale og kognitive funksjonsnedsettelse er som nevnt en bred gruppe som rommer alt fra lett depresjon til alvorlige personlighetsforstyrrelser. Ettersom de ulike sykdommene gir seg utslag i svært ulike symptomer vil trolig opplevelsen av reiser også framtone seg svært ulikt, alt etter type diagnose. Vi vil i dette avsnittet gå kort gjennom en rekke symptomer for noen av de vanligste psykiske lidelsene i Norge. Dette for å få et generelt overblikk over hva ulike grupper sliter med, samt en økt forståelse for hvilke type problemer som kan oppstå i transportsituasjoner. ICD-10, kapittel V F00-F99, gir et overblikk over symptomer for psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser. Denne klassifiseringen kan som nevnt framstå som et objektivt diagnoseverktøy, men som diskutert innledningsvis er dette ikke rett fram. Vi har valgt ut et knippe diagnoser basert på forekomst i Norge, og hvilke diagnoser som er direkte knyttet til transportproblematikk. I tillegg har vi sørget for å dekke diagnosene som intervjupersonene har opplyst at de har. Mer informasjon om de enkelte diagnosene eller andre diagnoser finnes i Helsedirektoratets norske versjon av ICD-10.

Som nevnt vil 30-50 prosent av den voksne befolkningen i Norge få en psykisk lidelse i løpet av livet (Kessler 2005a, Mykletun 2009). I følge Folkehelseinstituttet får rundt 30 % en angstlidelse, hvor spesifikk fobi og sosial fobi er de vanligste. 25 % får en stemningslidelse/affektiv lidelse (hovedsakelig depresjon), mens 10-20 % får en rusrelatert lidelse. Omkring 1-2 % får schizofreni eller annen psykoselidelse (FHI 2009).

Når det gjelder utviklingsforstyrrelser/adferdsforstyrrelser som ADHD, autisme, CP og epilepsi, får litt over 5 % av befolkningen diagnosen før fylte 12 år (FHI 2015). Halvparten av personer med psykiske lidelser, har minst to psykiske lidelser og den totale sykdomsbyrden kan bli større enn summen av hver lidelse for seg (Kessler 2005b, FHI 2015).

**Angstlidelser** hører inn under nevrotiske, belastningsrelaterte og somatoforme sykdommer (F40-F48) (Direktoratet for E-helse). Fobiske angstlidelser (F40) omfatter lidelser hvor angst kun oppstår i bestemte situasjoner som ikke innebærer reell fare. Hjertebank og følelse av besvimelse er ofte tilstede. Fobisk angst forekommer ofte sammen med depresjon. Agorafobi er en type fobi knyttet til frykt for å forlate hjemmet, gå i butikken, reise alene på transportmidler eller oppsøke folkemengder. Sosiale fobier er frykt for å bli kritisk gransket av andre mennesker, og man unngår ofte sosiale situasjoner. Spesifikke (isolerte fobier) er begrenset til spesifikk angst for eksempelvis dyr, høyder, torden, flyturer, lukkede rom osv. Panikkanfall kan forekomme for alle tre typene fobi. Andre angstlidelser (F41) er angst som ikke begrenser seg til særskilte miljøbestemte situasjoner. Både panikkangst, hvor hovedtrekket er uforutsigbar tilbakevendende anfall av alvorlig angst og generalisert angstlidelse, som er vedvarende og generell og ikke er knyttet til bestemte situasjoner, faller inn under denne gruppen (Direktoratet for E-helse). Obsessiv-kompulsiv lidelse (F42) regnes noen ganger inn som angstlidelse (FHI 2015) og er preget av tvangstanker og/eller tvangshandlinger. Dette er tanker eller handlinger som gjentas gang på gang for å hindre en objektivt sett usannsynlig hendelse som pasienten frykter vil skje. Angst er nesten alltid tilstede. Angst er også et symptom på andre diagnoser i denne gruppen som posttraumatisk stresslidelse (F43.1). Dette er en reaksjon på en hendelse som oppleves som ekstremt truende eller katastrofal. Typiske trekk omfatter gjenopplevelse av traumet, mareritt, distansering fra andre mennesker, unnvikelse av aktivitet som påminner om traumet (Direktoratet for E-helse).

**Affektive lidelser** (F30-39) omfatter både depresjoner, mani og bipolar lidelse (Direktoratet for E-helse). Affektive lidelser omfatter lidelser hvor man har en endring i affekt eller stemningsleie til depresjon (med eller uten ledsagende angst), eller heving av stemningsleiet. Stemningsforandringen gir seg ofte utslag i endret aktivitetsnivå og de fleste lidelsene er tilbakevendende. Enkeltepisoder er ofte utløst av belastende enkelthendelser eller situasjoner.

Maniske episoder (F30) omhandler enkeltepisoder av hypomani eller mani med og uten psykotiske symptomer. Kort fortalt er hypomani kjennetegnet ved økt omgjengelighet, pratsomhet, overdreven fortrolighet og redusert søvnnivå – men hvor det ikke er i en slik grad at man får problemer sosialt. Mani derimot er mer ekstremt, hvor man kan tape normale sosiale hemninger og i noen tilfeller også få psykotiske symptomer med hallusinasjoner eller vrangforestillinger (Direktoratet for E-helse).

Depresjon kjennetegnes av senket stemningsleie, redusert energi og aktivitetsnivå. Tretthet, manglende evne til å føle glede, redusert selvfølelse og selvtilitt, søvnproblemer m.m. er vanlige symptomer. Avhengig av alvorlighet og omfang av symptomer kan depresjon klassifiseres fra mild til alvorlig. Depresjon kan opptre både som enkeltepisode (F32) og som tilbakevendende (F33) eller som del av sykdomsbildet ved andre diagnoser (eks. F31, F34) (Direktoratet for E-helse).

Bipolar affektiv lidelse (F31) kjennetegnes at man noen ganger har hevet stemningsleie (oppstemthet) og økt energinivå (hypomani og mani) og andre ganger senket stemningsleie (nedstemthet) nedsatt energi og aktivitet (depresjon) (Direktoratet for E-helse).

Tidligere forskning på mentale funksjonsnedsettelse og reiseproblematikk (Mackett 2017) har også sett på **utviklingsforstyrrelser** som ADHD og autismelidelser (inkludert Aspergers). Autismelidelser har til felles at personene har vanskeligheter med kommunikasjon og sosialt samspill. Noen har alvorlig psykisk utviklingshemming og lite språk, mens andre har gode intellektuelle evner og normalt språk (FHI 2015). Aspergers

skiller seg fra autisme ved at det ikke er forsinkelser i språkutvikling, hemming av språk eller kognitiv utvikling (Direktoratet for E-helse).

## 2.2 Metode

### 2.2.1 Intervju

Vi har valgt å bruke en kvalitativ tilnærming i dette prosjektet av flere årsaker. Kvalitative metoder er særlig egnet når det er gjort lite på forskningsfeltet fra før og en stiller høye krav til fleksibilitet og åpenhet. I tillegg er det særlig egnet når man studerer personlige og sensitive temaer, samt forskning på svakerestilte grupper i samfunnet (Thagaard 2009). For å kunne svare på forskningsspørsmålene har vi gjennomført dybdeintervjuer med mennesker med ulike former for psykiske utfordringer. Vi har forsøkt å få et bredt spekter av deltakere, ettersom type sykdom og alvorlighetsgrad vil påvirke hvilke barrierer en møter og hva som skal til for at vedkommende vil ta i bruk ulike transportmidler.

Vi bruker en semistrukturert intervjuguide. Her er temaene bestemt på forhånd, men rekkefølgen på spørsmålene bestemmes underveis. På denne måten får vi spurt deltakerne om de samme temaene slik at vi enklere kan sammenlikne resultatene, samtidig som vi kan følge informantenes fortelling. Intervjupersonene har oppgitt diagnose, men ikke alle har spesifisert hvilken type av angst de har. Vi har ikke spurt om de er diagnostisert hos lege/psykolog/psykiater, da opplevelsene folk har i transportsystemene ikke er avhengig av en «objektiv» diagnose.

Deltakerne har blitt rekruttert via lokale og nasjonale organisasjoner for mennesker med nedsatt funksjonsevne og mental helse. Vi sendte forespørsel til følgende organisasjoner: Mental Helse, ANAKE – Norsk OCD forening, Angstringen, Aurora, Bipolarforeningen, Hvite Ørn, Mental Helse, ADHD Norge og We shall overcome. Mental Helse og Bipolarforeningen Norge stilte med intervjuobjekter, i tillegg til Spekteret (aspergerforening) som kontaktet oss etter å ha hørt om prosjektet.

I utgangspunktet skulle vi se på Oslo som caseområde, men ettersom det var vanskelig å rekruttere nok personer til denne typen studie, så har vi hatt deltakere fra hele landet. Dette har i ettertid vist seg å styrke studien, med tanke på de geografiske forskjellene i transportsystemene og tilgjengelighet til disse. Ettersom vi har hatt deltakere fra hele landet valgte vi å gjennomføre intervjuene over telefon. Dette kan ha gitt oss en fordel for informasjonen vi har fått ettersom mental helse fremdeles er tabubelagt, og mennesker kan være mindre villige til å snakke om sensitive tema ansikt-til-ansikt (Mann & Stewart 2000). Ulempene med telefonintervju er det at vi mister kroppsspråk hos informanten og at vi ikke får standardisert intervjusituasjonene (Opdenakker 2006).

## 2.2.2 Litteraturstudie

Vi har i tillegg til intervjuer gjennomført en litteraturstudie hvor vi har søkt på følgende søkeord:

*Transportation, Architectural Accessibility, Environment Design, Concept Formation, Phobic disorders, Anxiety disorders, Universal design, Transport, Mental, Anxiety Mental health, Public Transportation*

Det er søkt i 19 databaser hvor følgende databaser gav treff:

*Medline, Embase, PsychInfo, Sociological Abstracts, Trid, RIP- research in progress, Transportation Sustainability Researc Center, Berkeley, SWEMED, regjeringen.no, NORART, DAAI (Design & Applied Arts Index)*

Til sammen fikk vi 55 treff, hvor 3 av dem var relevante for studien. 1 av treffene var ikke tilgjengelige. Vi har også funnet noe litteratur ved å følge referanser på de relevante studiene.

## 3 Resultater

### 3.1 Informantene

I dette prosjektet har vi intervjuet 9 personer med psykiske/mentale utfordringer om hvordan de opplever det å reise med disse utfordringene. Vi har intervjuet noen flere kvinner enn menn og alderen på informantene er fra 25 år og opp til pensjonsalder. De fleste er over 50 år. Informantene er også spredt geografisk og dekker alle de fem landsdelene. Omkring halvparten av informantene bor i byer. Dette betyr at vi, til tross for forholdsvis få intervjuer, har en rimelig god spredning på informantene i forhold til slike demografiske bakgrunnsvariabler og at informasjonstilfanget er ganske bredt, selv om det kunne ha vært interessant å hatt noen flere yngre personer i utvalget.

Informantene har ulike typer diagnoser: depresjon, ulike former for angst, bipolar og aspergers. I tillegg har noen av informantene fysiske utfordringer som gjør det vanskelig å reise.

De fleste informantene er uten jobb, men en stor andel utfører frivillig arbeid, for eksempel i form av organisasjonsarbeid.

Hvilke transportmiddel informantene i hovedsak bruker varierer, men de fleste kombinerer bruk av egen bil eller taxi og kollektivtransport som tog og buss på kortere hverdagsreiser. En informant sykler og går for det meste, og en bruker servicebuss som henter henne på bestilling til faste tider. Når det gjelder reiser over lengre distanser, er reiser med alle de vanlige transportmidlene representert i intervjumaterialet, selv om en del av informantene ikke bruker enkelte av disse transportmidlene.

Det viste seg at en av informantene har arbeidet som bussjåfør. Dette gjør at vi har fått innsyn i hvilke problemer sjåførene kan oppleve og hva som skal til for at sjåførene skal kunne gjøre en bedre jobb i forhold til passasjerer med mentale/psykiske utfordringer.

### 3.2 Reise som nødvendighet

Som nevnt innledningsvis viser tidligere forskning at personer med psykososiale funksjonsnedsettelse gjør færre reiser enn andre (Mackett 2016). Informantene i dette prosjektet foretar reiser alt fra 1 gang pr. uke til hver dag. Formålet med reisene er typisk: besøk hos lege/psykolog, organisasjons- og frivillighetsarbeid og handleturer i tillegg til sosiale treff og trening. Dette er altså i stor grad reiser som må gjennomføres for å følge opp grunnleggende behov.

Flere av informantene gir uttrykk for at disse reisene oppleves som en belastning og at de unngår en del av disse nettopp på grunn av den belastningen det er mentalt å skulle gjennomføre dem.

*«Hvis jeg skal noe sted og må ta buss dit så føler jeg at jeg bruker opp all energien på selve reisen. Når jeg kommer fram så er jeg egentlig ferdig... Sånn som jeg har det nå så gjør jeg de tingene jeg må» (Kvinne, Sør-Trøndelag)*

*«Hvis jeg har en dårlig dag så forsøker jeg å unngå buss, for da blir det så mye ekstra. Når jeg har greid å ta bussen hjem så er jeg helt utslitt. Orker ikke mer den dagen». (Kvinne, Sør-Trøndelag)*

Informantene blir nødt til å vurdere om det å reise er verdt den ekstra belastningen reisen utgjør. En av informantene forteller at det hender han velger å ikke reise dersom han på forhånd vet at det er mye forsinkelser og arbeid på linja. En annen forteller at det er dager da hun ikke kommer seg ut av huset i det hele tatt på grunn av stor angst. Slike beslutninger om ikke å gjennomføre en reise, kan skje selv om dette kan ha store konsekvenser for dem det gjelder. For eksempel er det en av informantene som forteller at hun ikke kom seg på forelesninger på grunn av den ekstra belastningen det var å skulle å reise dit. De fleste informantene forteller at de ofte begynner å grue seg dagen i forveien dersom de skal reise. Til tross for at det er mye angst knyttet til reisene svarte alle de spurte om at reiser var veldig viktig for deres mentale velvære.

*«Uten den muligheten til å reise hadde det vært ganske stusselig. Blitt isolert på alle måter. Alt er bedre enn å sitte hjemme å se i veggen» (Mann, Buskerud).*

### 3.3 Barrierer

#### 3.3.1 Trengsel og komfort

Et tema som ble trukket fram hos alle informantene var problemet med trengsel og folkemengder i forbindelse med kollektivtransportreiser. Fulle busser genererer en mer uoversiktlig situasjon, og mange av informantene våre opplever det som stressende å ha folk tett på seg.

*«Ofte kan det være det å finne plass. Svært ofte mye folk. Bråk. Litt sånn stressende» (Mann, Buskerud)*

*«Det er lettere å ta bussen når den er nesten tom» (Kvinne, Sør-Trøndelag)*

*«Buss har jeg tatt en gang siden jul...Den bussen var det veldig lite folk på». (Kvinne, Nordland)*

Det å ikke finne et sted å sitte, og ende opp med å måtte stå på transportmiddelet blir fremholdt som ekstra belastende for flere av informantene. Manglende sitteplasser på selve stasjonsområdene nevnes også som et element som øker belastningen ved det å reise.

*«Hvis det ikke er et sete å sette meg på. At jeg skulle måtte bli stående. Da er jeg i hvert fall sikker på at jeg kommer svime av, selv om jeg aldri har gjort det» (Kvinne, Vestfold)*

Ubehaget, eller den mentale belastningen det er å reise i et overfylt transportsystem gjør at mange unngår å reise kollektivt i rushtidene. En av informantene trekker også fram at hun er redd for å sette seg på «feil plass» – f.eks. setene som er forbeholdt personer med fysisk handicap og eldre personer.

Flere av informantene ønsker å sitte alene, uten å ha medpassasjerer på setet ved siden av seg, og flere føler at de må sitte på spesifikke steder i transportmiddelet. Ønskene kan være ganske forskjellige, for eksempel foretrekker en av informantene å sitte foran i bussen for å slippe å se de andre passasjerene, mens en annen ønsker å sitte helt bak for å ha god oversikt over hva som skjer inne i transportmiddelet. Alt dette er forhold som er med på å gjøre trengsel generelt, og det å reise i rushtiden spesielt, til en utfordring for mange av personene i vårt materiale.

Når det gjelder trengselsproblematikken synes den å være større på buss enn tog. En av informantene trekker fram det at man unngår at folk står i midtgangen som positivt, mens

en annen trekker fram fordelene med bredere seter og at armlenene gjør at toget føles mindre trangt og ubehagelig. To av informantene velger 1. klasse på toget for å være sikret god plass og komfort på reisene sine.

*«På toget så får du ikke folk opp i livet ditt. Bedre plass» (Kvinne, Sør-Trøndelag)*

Også T-banen trekkes fram i positiv forstand når det gjelder det å finne et sted å sitte. Informanten som har arbeidet som sjåfør selv trekker fram at passasjerene generelt blir rolige og avslappede på de bussene han har kjørt hvor det er god sitteplass og høy komfort, sammenliknet med situasjonen på fulle busser med høyere seteantall.

### 3.3.2 Informasjon

Flere av informantene snakket svært positivt om **sanntidssystemene** som forteller når bussen kommer og hvor lang tid det er igjen til påfølgende stopp. Også de som ikke har sanntidssystem tilgjengelig på den delen av kollektivtrafikken de benytter, mener dette ville ha bedret deres situasjon som brukere av kollektivtransport. Informantene fremholdt at sanntidssystemet gjør at de føler de har større kontroll og oversikt over reisen, og at de slipper å være usikker på hvor og når de skal gå av.

*«Det har muliggjort å bruke kollektivtransport. Uten det systemet hadde jeg slitt» (Mann, Buskerud)*

*«Hvis jeg skal ta bussen et sted i en annen by er det veldig viktig med skjermene. Tenk om jeg går av på feil bussholdeplass? Jeg sitter og ni-glor på skjermen. Så det er veldig greit med mest mulig informasjon». (Kvinne, Sør-Trøndelag).*

Det å få tilgang på nok informasjon er et punkt som mange av informantene oppgir som et viktig element. Selv om informasjonen kan være tilstede er det ikke alltid den oppleves som særlig tilgjengelig. En av informantene trekker for eksempel fram at hun kan bli usikker på om hun har kjørt for langt, eller hvor hun skal av bussen. Hun gruer seg da for å måtte spørre sjåføren om hvor hun skal av. Dette er en belastende situasjon som ikke oppstår når informasjonen gis på skjermen.

Selv om alle som har snakket om sanntidssystemene synes det er et bra tiltak, er det også noen som nevner at systemet ikke fungerer som det skal og at det ofte er svarte skjjermer eller andre tekniske feil på systemet. Dette gir informantene et ekstra uromoment.

*«Og du vet ikke om bussen har kjørt eller ikke. Rakek jeg bussen? Du blir stående å måtte passe på hver eneste buss som kommer, om den har vært forsinket. Det blir også sånn kaos» (Kvinne, Sør-Trøndelag).*

Det er heller ikke alltid at informasjonen på rutetabellen eller skjermen samsvarer med hvilke busser som kommer når. Våre informanter beskriver dette som belastende og noe som gir dem en følelse av kaos og usikkerhet.

Når det gjelder forskjeller i informasjon transportmidlene imellom blir det trukket fram at informasjon om forsinkelser ofte er bedre på NSB sin app enn den generelt er på buss. Dette gjør at toget oppleves som mer forutsigbart og lettere å forholde seg til. Samtidig er det en informant som synes det er vanskelig å ta flytoget i Oslo fordi det, på grunn av manglende informasjon, er vanskelig å skjønne hvilket tog som er hennes.

Når det gjelder ruteopplysninger som ikke gis over skjermer, men på ulike oppslag, trekkes det fram at denne kan være uoversiktlig og at det er vanskelig å finne fram til hvor denne informasjonen faktisk befinner seg. I tillegg er skriften ofte svært liten, noe som gjør det ekstra vanskelig å lese dersom man er stresset og oppjaget. Det er som regel heller ingen å spørre om hjelp.

Spesialløsninger som buss for tog trekkes også fram som svært negativt i forhold til informasjon, blant annet fordi det oppleves at det gis motstridende informasjon fra personalet.

En av informantene trekker fram at flyplasser har veldig dårlig informasjon. Det oppleves som vanskelig å finne fram til hvor man skal levere bagasje og hvor man skal gå til sikkerhetskontrollen. Det oppleves også som vanskelig å få hjelp av personell.

### 3.3.3 Tilgjengelighet

Flere av informantene sier at frekvens er veldig viktig for hvordan de opplever det å skulle reise med kollektivt.

*«Det hadde vært lettere (om den kom oftere). Det har vært noen ganger at den ikke kommer. Det å stå å vente og være så redd for at den ikke skal komme er veldig trasig». (Kvinne, Sogn og Fjordane)*

Det varierer i stor grad hvor god kollektivdekning de ulike personene vi har intervjuet har. Frekvensen varierer fra 5-10 minutt til at det går buss 2 ganger om dagen. De fleste har dårlig dekning på kollektivtransport når det kommer til antall avganger – over en time mellom hver avgang. Med såpass sjeldne avganger blir hver avgang avgjørende og det blir viktig at det ikke skjer noe galt eller uforutsett.

*«Avhengig av at kollektiv går ofte nok. Her er det 3 timer mellom hver buss. Hvis jeg skal ta buss på morgenen og jeg ikke klarer å gå på den, da er min dag ødelagt. Så jeg må ha bil» (Kvinne, Sør-Trøndelag).*

Avstand til holdeplass varierer også i stor grad – fra umiddelbar tilgjengelighet (5 minutters gange) til at man må kombinere eventuelle kollektivreiser med bil. Det å måtte stå vente på bussen eller gå til holdeplassen oppleves også som belastende.

*«Tidligere hadde jeg holdeplass rett over veien, nå må jeg gå i 5 minutter, og det er forferdelig, da får jeg tid å grue meg». (Kvinne, Sør-Trøndelag).*

### 3.3.4 Sømløse reiser

Hvor sømløse reisene er synes også være av stor betydning for flere av informantene. Med sømløse reiser mener vi reiser med flyt og minimalt med venting og bytting av transportmidler.

Lange turer med mange bytter er også noe flere av informantene fremholder som problematisk. Det er særlig reiser som må gjøres i flere ledd som oppleves som problematiske.

*«Det er bussbytte [på reisen] til psykologen. Det gjør det ekstra vanskelig. Prøv mitt ytterste for å dra til psykolog, men ikke klart å komme» (Kvinne, Sør-Trøndelag).*

*«Jeg skulle av og til ha reist til Skåne i Sverige. Og da reiser du med fly fra Gardermoen, til København, og videre derfra med tog til Helsingborg. Og der stopper det for meg. Det klarer jeg ikke. Hvordan skal jeg komme meg dit?» (Kvinne, Sogn og Fjordane).*

Flyreiser blir nevnt som svært vanskelig på grunn av alle etappene til og fra flyplass.

*«Har ikke flyskrekke, men synes det å fly er en veldig stor prosess. Jeg må ikke bare fly, jeg må ta buss, tog, flybuss, vente på flyplassen og reise kollektivt igjen på andre enden». (Kvinne, Sør-Trøndelag).*

Venting trekkes fram som et problem av veldig mange av informantene. Problemer med samkjøring mellom busser og buss til tog er også et element av reisen som flere av

informantene trekker fram. Slik samkjøring fører til økt ventetid og perioder med venting skaper ekstra angst. De fleste gruer seg på forhånd og forteller at angsten øker mens de venter på transportmiddelet.

«Når jeg venter på bussen får jeg tanker om å gå derifra» (Kvinne, Nordland).

«Jeg begynner heller å gå enn å stå å vente på bussen» (Kvinne, Vest-Agder).

En av informantene trekker også fram at det er viktig for henne at det ikke er for mange uforutsette stopp, og at selve reisen «går på skinner». Hun synes derfor det er mye bedre å ta toget enn bussen, ettersom man da ikke blir sittende fast i trafikk-kork underveis.

Det er også svært viktig med en reell forutsigbarhet i forhold til reisen. Det at transportmiddelet faktisk kommer som det skal er av stor betydning. Avvik gir fort grunnlag for bekymringer «der og da». Flere har trukket fram at toget er bedre enn bussen når det kommer til forutsigbarhet. Her legges det vekt på at togsystemet er stramt strukturert: Man ser stort sett hvor det går og det går til faste tider. Dette gjør situasjonen oversiktlig og gjør at man i ro og mak kan sette seg på toget.

### 3.3.5 Sosialt miljø

Med det sosiale miljøet rundt reisen, mener vi personell, medpassasjerer og det å reise sammen med andre. Flesteparten av informantene klarer fint å gjennomføre de fleste turer alene, mens en del ønsker helst å ha noen med seg på enkelte turer.

«Når jeg skal ta buss vil jeg helst ha noen med» (Kvinne, Nordland).

«Men jeg har alltid noen med meg, gjør det ikke alene (om båten til Sverige)» (Kvinne, Vestfold).

Personellet i kollektivtrafikken oppfattes av flere av informantene som til dels stressede og/eller lite hjelpelige. En av informantene med asperger forteller at han flere ganger har blitt kontrollert og fått beskjed om at han ikke har gyldig billett selv om han har betalt. Han forteller også at han oppfatter personellet som tidvis aggressive. Han kjenner også til andre som har asperger og som har blitt kastet av bussen på grunn av «uønsket adferd». En av informantene har generell angst knyttet til sjåførene. Hun er redd for at sjåføren skal være krass og at hun ikke skal klare å gjennomføre betalingen slik hun skal.

«Litt redd for bussjåføren. Hvis han eller hun er kvass i stemmen da får jeg stikk i meg. Vedkommende har jo ikke noe spesielt imot meg, men jeg er var på hvordan folk oppfører seg» (Kvinne, Sogn og Fjordane).

Det er flere av informantene som ønsker at de som jobber i kollektivtransporten hadde mer kunnskap om hvordan de kan møte mennesker med psykiske lidelser på god måte. Det trekkes dog fram av en informant at besetningene på flyene virker å ha mer trening med tanke på passasjerer med angst, og hun sier at det på flyet i større grad er «lov å ha angst».

Informanten som selv har arbeidet som bussjåfør forteller at sjåførene er utsatt for et stort tidspress, og at rutene ikke er lagt opp med lange nok stopp. Det at sjåførene er stresset smitter over på passasjerene og kan være særlig belastende for dem som føler en utrygghet.

«Veldig knappe rutetider som stresser sjåføren. Dette opplever passasjerene. Da er veien kort til klage». (Mann, Sogn og Fjordane).

Han trekker fram betydningen av at sjåførene har tid til å gjøre en god jobb slik at man i større grad kan yte service til passasjerene, og særlig om det kommer passasjerer med ekstra behov.

Det er flere informanter som nevner at de klarer å benytte kollektive transportmidler dersom de har kjent sjåføren. Det at det er trygge ordnede forhold gjør at det blir enklere å gjennomføre reisen.

Selv om det pekes på at en del sider ved personellens væremåter har et forbedringspotensial, skal det også nevnes at flere av informantene er ganske fornøyd med personellet.

Når det gjelder medpassasjerene nevner to av informantene at de synes det er ubehagelig med støyende personer, men ingen nevner spesifikt at de har direkte negative opplevelser med hvordan folk rundt reagerer når de får sterk angst. Den ene informanten opplyser at hun kan få så sterke reaksjoner hvis et barn skriker, eller det kommer på en hund hun synes virker truende, at hun må gå av bussen.

Også på reiser hvor man ikke benytter offentlig transport kan man oppleve at publikum reagerer. En av informantene med HC kort har ikke noen synlige handikap og har flere ganger opplevd at folk mener hun har parkert ulovlig og skal «sette henne på plass» når hun benytter HC-parkeringsplasser.

En annen ting som nevnes i forbindelse med det sosiale miljøet er at det var bedre tidligere hva service og assistanse angår.

*«Før var det folk man fikk hjelp av. Nå er de mer tilbakeholdne, får jeg lov å be om hjelp? Jeg har bruk for at noen kommer og tilbyr meg hjelp (om flyplassen)» (Kvinne, Sogn og Fjordane).*

*«Det var bedre før da man kunne kjøpe kaffe, kjøpe billett, gå inn. Nå er det bare en automat. Mindre og mindre menneskelig kontakt. Savner det. (om stasjonsområdet for toget)» (Mann, Buskerud).*

### 3.3.6 Økonomi

Forskning i England har funnet at den økonomiske siden ved reiser er noe mange mennesker med psykiske funksjonsnedsettelse sliter med. Dette finner vi også igjen i våre intervjuer. Flere av informantene forteller at det også er økonomiske årsaker til at de velger å ikke foreta en del reiser. For eksempel er det flere informanter som oppgir at de ikke deltar på organisasjonsarbeid i den grad de ønsker pga. økonomi, mens to informanter sier at de ikke drar på feriereiser på grunn av økonomiske årsaker. I tillegg nevner en informant at bilkjøpet hennes var noe hun egentlig ikke hadde råd å bruke minstepensjonen sin til. Den yngste av informantene er avhengig av økonomisk støtte av foreldrene for å kunne kjøpe periodebillett på bussen. Hun skulle også veldig gjerne hatt bil for å øke frihetsfølelsen sin, men har ikke råd til dette.

### 3.3.7 Tilrettelegging fra kommunen

Informantene våre har ulik grad av tilrettelegging fra kommune/offentlige instanser. To av dem har TT-kort ordning (kun en av dem på psykisk grunnlag), hvor man får dekket taxireiser for en viss sum i året. Hvordan denne ordningen fungerer varierer fra kommune til kommune. I tillegg er det to informanter som har HC kort.

Problemet som trekkes fram med TT-kort ordningen er at det er for lite penger i forhold til antall turer man faktisk ønsker å ta. I tillegg er det flere av informantene som ikke har hørt om ordningen. En av disse uttrykte også et ønske om å kunne bestille taxi til de dagene hvor det blir for vanskelig å ta bussen. Det er også flere som har inntrykk av at det er vanskeligere å få tilrettelegging basert på et psykisk enn på et somatisk grunnlag. En av informantene har også opplevd å få avslag på søknad om kort.

Når det gjelder HC kort var det en av informantene som først hadde fått avslag, men mente hun til slutt fikk det fordi hun kjente folk som arbeidet aktivt i politikken. Det hadde gjort det mulig for henne å få forklart hvor viktig det er med HC kort for mennesker med psykiske vansker. Da hun fikk kortet sitt var hun da også den første i kommunen som hadde fått dette med begrunnelse i en psykisk diagnose. Hun hadde også søkt om trygdebil, men fått avslag på dette.

Begge personene som har HC kort forteller at de tidligere tok taxi i mye større grad, og skulle de reise noe sted så måtte de bli hentet av andre. Begge forteller at de er helt avhengige av å ha kortet for å kunne gjennomføre daglige reiser. Det at de nå har et slikt kort har gitt dem en mye større grad av frihet. En av dem forteller også at HC kortet er avgjørende for at hun skal klare å gjennomføre reiser hvor hun må ta ferge. Med dette kortet slipper man å sitte i kø og kjenne på angsten.

### 3.4 Forskjeller mellom transportmidlene

De fleste av informantene foretrekker toget framfor bussen på grunn av høyere forutsigbarhet, komfort, bedre plass, fast struktur og mer sømløs reise.

Når det gjelder fly er det flere av informantene som synes at flyplasser og flyreiser er blant de verste reisene, selv om ikke alle av dem har faktisk flyskrekk. Særlig sikkerhetskontrollen oppleves som ubehagelig og stressende. En av informantene liker ikke det at det kommer en pipelyd når man går gjennom, ettersom hun får ekstra oppmerksomhet mot seg. En annen trekker fram at hun synes det er svært vanskelig å orientere seg både på selve flyplassen generelt, men også i sikkerhetskontrollen.

*«Forsøker å komme meg så fort gjennom som mulig. Jeg er en av dem som tar av seg skoene 10 meter før» (Kvinne, Sør-Trøndelag).*

De informantene som har egen bil trekker fram hvor viktig den er for følelse av frihet. Alle som har bil forteller at de hadde sittet veldig mye inne om de ikke hadde hatt muligheten til å kunne kjøre. En av informantene med HC kort trekker fram angst knyttet til at det ikke alltid er parkeringsplasser å oppdrive. Må kjøre hjem igjen om det ikke er parkering – da er dagen ødelagt. I tillegg er hun avhengig av at parkeringen finnes på gateplan ettersom hun får sterk klaustrofobi i parkeringshus.

### 3.5 Tiltak

I vårt intervjumateriale har vi sett det vi kan beskrive som to hovedtyper opplevelser av ubehag. For det første finnes det en følelse, eller behov for å ha oversikt over situasjonen og ikke minst en angst for å miste denne oversikten. Dette gjelder både de situasjonene man er *i* så vel som situasjoner man *kan* komme i. Den andre typen opplevd ubehag som blir beskrevet av informantene er det vi kan beskrive som frykten for fatale opplevelser.

Disse to formene for ubehag blir gjerne tematisert i forbindelse med det vi kan beskrive som ulike typer av trengsel, situasjoner med tidspress og situasjoner som nødvendiggjør planlegging. Situasjoner med uforutsette hendelser blir koblet opp mot muligheten for at det kan ha skjedd fatale hendelser, som for eksempel en bussulykke. Også en annen form for opplevelse av trengsel; opplevelsen av overfylte systemer som for eksempel i rushtiden, blir delvis knyttet til muligheten for at fatale hendelser kan inntreffe. Denne rushtidstrengselen blir imidlertid også knyttet til den andre hovedtypen av opplevd ubehag; angsten for å miste kontrollen. Fulle transportmidler gir ikke bare uoversiktlige situasjoner, men de fører også til en påtvunget fysisk nærhet. Denne formen for trengsel, en «nærhetstrengsel», blir av informantene fremstilt som noe som i seg selv kan virke truende og angstfremkallende. I våre intervjuer er det den fysiske nærheten i seg selv og ikke personenes intensjonalitet, deres mulighet til å utføre ubehagelige eller truende handlinger som er det sentrale i framstillingen av angsten knyttet til situasjonene. En tredje form for angstskapende trengsel som det blir referert til av våre informanter kan vi benevne som en

form for «oppmerksomhetstrengsel»: Det å få, eller å kunne få, «alles» oppmerksomhet rettet mot seg fordi man gjør noe «feil», for eksempel ved å bli stoppet ved at det piper i sikkerhetskontrollen på flyplassen er en slik belastende situasjon.

To situasjoner som typisk blir knyttet til opplevelsen av å ha kontroll er muligheten til å få rett informasjon og å kunne orientere seg, samt å ha muligheten til å kunne planlegge. En tidsdimensjon gjør seg også gjeldene: jo mer prekært et tidspunkt er, jo sterkere angstskapende blir det fremstilt. Slik er det å skulle benytte kollektivtrafikk i distrikter med få avganger mer belastende enn der det går tett med slik kollektivtrafikk. Å miste avgangen i slike distrikter blir til en viss grad en «fatal» hendelse.

### 3.5.1 Komfort og trengsel

Når det gjelder tiltak knyttet til komfort og trengsel ser det ut til at utforming og planlegging av sitteplasser er et viktig moment. Både det at det finnes tilstrekkelig med sitteplasser og at en del seter er noe avskjermet fra de andre plassene er viktig. Dette er både et ønske fra brukerne av kollektivtransporten, og det vektlegges også av den intervjuede bussjåføren at busser med færre sitteplasser og god plass skaper et mer rolig og avslappet reisemiljø. Når det gjelder selve utformingen av sitteplasser trekkes togets komfortklasse fram som en god mal. At man slipper å stå på kollektivtransporten er også viktig for flere av informantene. Løsningen på dette problemet kan være å reservere noen flere seter for personer med spesielle behov. Men slik situasjonen er nå opplever ikke våre informanter at de reserverte setene er for dem, men forbeholdt eldre og folk med fysiske funksjonshemninger. I sammenheng med slike reserverte seter kan det vurderes om man bør utvide antallet reserverte seter, samt gi informasjon om at det finnes flere grupper av passasjerer som har behov for slike seter enn bare eldre og personer med fysiske funksjonshemninger. Ut fra de behovene vi har fått informasjon om gjennom våre intervjuer, bør slike reserverte sitteplasser være plassert både foran ved sjåfør og noe lengre bak i bussen, for på den måten å dekke noe ulike opplevelser av hva som gir oversikt og kontroll. De bør også omfatte både dobbelt- og enkeltseter. Det er også viktig at det finnes sitteplasser på stasjonsområder og bussholdeplasser. Flere informanter ønsker at setene i størst mulig grad er plassert i kjøretretningen, eller at man evt. kan bestille seterretning på transportmidler hvor man kan forhåndsbestille billetter.

### 3.5.2 Informasjon

Det å ha tilgang på tilstrekkelig informasjon er et viktig tiltak for å bedre reiseopplevelsen for våre informanter. Sanntidssystemer som fungerer er et av de beste tiltakene for nettopp dette.

Vanskeligheter med å finne fram til informasjonen kan forbedres ved at man får en standard for hvordan informasjonen presenteres. Dette gjelder både de tekniske løsningene, som blant annet utforming av skjermer og apper, hvor man kunne hatt et integrert system mellom ulike reiseselskaper, men også i forhold til informasjon fra personell. Bussjåføren vi intervjuet trekker fram at det burde finnes en standard med minimumskrav til hva som bør informeres om over mikrofon, og at sjåføren får tid til å gi ekstra informasjon til passasjerer med ekstra behov. Et annet viktig punkt er at man ikke kan gå ut fra at informasjon gitt over tekniske systemer, som skjermer og apper, dekker alle de reisendes informasjonsbehov. Det er ikke alle passasjerer som klarer å finne informasjonen som gis på slike systemer, og det å være usikker på om man behersker systemene kan oppleves som en nesten uoverstigelig hindring. Det bør derfor finnes tilgjengelig personell som kan hjelpe de kundene som har problemer med dette.

### 3.5.3 Tilgjengelighet

I enkelte områder, særlig i distriktene, er det såpass sjeldne avganger, eller såpass lang avstand til holdeplass, at informantene våre er avhengig av å bruke bil. I områder hvor det ikke er trafikkgrunnlag for å øke kollektivtilbudet, bør det derfor settes inn andre typer tiltak for å unngå at personer blir mer avskjermet enn de som bor i områder hvor det er god dekning. Dette kan f.eks. være økt støtte til transport gjennom ordningen med TT-kort, eller at det gjøres enklere å få tilrettelegging for bil, for eksempel ved lettere tilgang på HC-kort.

### 3.5.4 Sømløse reiser

Overganger mellom transportmiddel fører ofte til ekstra ventetid og avbrudd, som krever at de reisende skaffer seg oversikt over et nytt sted og en ny situasjon. Dette oppleves som en ekstra belastning ved reiser. Et tiltak som nevnes her er at samkjøring mellom de ulike transportsystemene burde forbedres slik at ventetiden mellom to transportmidler blir så kort så mulig. En av informantene har også problemer med å oppfatte tid, og dersom billettene hadde hatt lenger tidshorisont hadde det gjort slike reiser enklere.

### 3.5.5 Sosialt miljø

Hvordan personell (billettører, sjåfører, flyplasspersonell etc.) oppfører seg er svært viktig for personer med mentale funksjonsnedsettelse. Flere av informantene ønsket at personellet hadde hatt bedre trening i hvordan de skulle håndtere personer med psykiske vansker knyttet til reising. Dette trekkes også fram av sjåføren vi snakket med. Et relevant tiltak kan være å ha opplæring av personell som gir innsikt i aktuelle sider ved det å ha psykisk sykdom, både med tanke på kundeservice generelt og førstehjelps kurs spesielt. Bussjåføren forteller at han bruker sine egne erfaringer og forsøker å tilrettelegge ved blant annet å gå gjennom sikkerhetsrutiner og etterkomme plassønsker dersom han merker at det kommer en passasjer som er ekstra nervøs for turen. Han legger vekt på at en av utfordringene med dette er at sjåførene behøver ekstra tid på rutene, og at dagens stramme rutetider virker mot sin hensikt og øker stresset hos sjåførene noe som igjen smitter over på passasjerene. Han ønsker også kursing av sjåfører om hvordan man skal takle ulike situasjoner. Et annet relevant tiltak som er nevnt av en av informantene er ønsket om et «bevis-», eller «identitetskort» som viser at man har krav på ekstra assistanse og som kan ha noen enkle tips om hvordan man kan hjelpe vedkommende. Flere av informantene klarer å gjennomføre en del turer dersom de har noen med seg på reise. Et tiltak som kunne vært gjennomført er muligheten til å ha ledsager med på reise slik at personene etter hvert også klarer å gjennomføre turene alene.

### 3.5.6 Økonomi

Flere av informantene har dårlig økonomi, som påvirker hvor ofte de kan reise. TT-kort ordningen er et svært positivt tiltak for at de skal kunne reise, men det er for lite penger til å kunne gjøre så mange reiser som de faktisk ønsker å gjennomføre. I tillegg er det ulike TT-ordninger mellom de ulike delene av landet, noe som gjør at ikke alle har de samme mulighetene. Et annet punkt som trekkes fram er at honnørbilletten er utformet som en stor oransje lapp, noe som gjør at man tiltrekker seg ekstra oppmerksomhet fra andre. Denne hadde vært ønskelig å ha i bankkort format. En del av informantene driver også med foreningsarbeid eller frivillig arbeid, men kan av økonomiske grunner ikke delta i den utstrekning de ønsker. Dersom det hadde vært mulig å få kompensasjon for slik deltakelse, så kunne de deltatt i større grad.

### **3.5.7 Tilrettelegging fra kommune**

I vårt intervjumateriale lot det til å være betydelige forskjeller mellom kommunene med hensyn til hvem som får tilrettelegging, og også hvor mye tilrettelegging man får. Det bør ikke være slik at det skal være vanskeligere å leve med angst alt ettersom hvilken kommune man er bosatt i. Vårt datagrunnlag kan ikke gi et generelt bilde av situasjonen, men det antyder at det kan være behov for større grad av felles normer, slik at hjemstedskommune ikke blir avgjørende for om man kan foreta en reise eller ikke. Et annet punkt når det kommer til tilrettelegging, er at ikke alle informantene er kjent med hvilke typer hjelp som finnes for deres problemer. Det burde derfor gis bedre informasjon, slik at de som har behov for hjelp faktisk er klar over at den finnes.

## 4 Konklusjon og diskusjon

### 4.1 Konklusjon

#### 4.1.1 Hvilke barrierer finner vi i transportkjedene for mennesker med mentale funksjonsnedsettelse?

Gjennom intervjuene med våre informanter har vi funnet barrierer på flere ulike nivåer. Sammenlikner vi med studiene om mental helse i Storbritannia (Mental Health Action Group 2011, Penfold et al. 2008) ser vi at det er mange av de samme utfordringene som går igjen. *Trengsel og folkemengder* er et stort hinder også for våre informanter. Informantene syntes det var viktig å kunne ha en sitteplass som var avskjermet for å kunne få en mer behagelig opplevelse av reisen, og flere unngikk rushtrafikken. *Mangel på informasjon* går også igjen i vår studie som en barriere for å kunne gjennomføre reiser. Sanntidssystemer trekkes fram som et tiltak som har bedret situasjonen for en del av informantene, men dette er ikke tilgjengelig i alle deler av landet. *Manglende tilgang på offentlig transport i distriktene* er også, i likhet med England, et problem i vår studie. I områder hvor det er få avganger eller dårlig samkjøring mellom transportmidlene er informantene avhengig av å bruke alternative reisemidler som bil eller sykkel. Når man har angst er det ikke sikkert man klarer å komme seg med den første bussen, og om det da ikke kommer noen ny buss før om noen timer så vil det ha store konsekvenser for den reisende. *Ventetid og reiser med flere ledd* oppleves som særlig belastende. Det å bli stående å vente gir økt følelse av angst. Dårlig samkjøring mellom busser og buss til tog oppleves som problematisk. *Økonomiske barrierer* blir også nevnt i vår studie, flere av informantene blir forhindret å gjennomføre det antallet reiser de ønsker å gjøre. I tillegg er det en del av dem som har fått avslag på tilrettelegging fra offentlige instanser, eller som har lite informasjon om hvilke hjelpemidler som finnes. Punktet om *manglende forståelse fra personell* dukker også opp i intervjuene vi har gjennomført. Men i motsetning til studiene gjennomført i Storbritannia, er det ingen som nevner at de blir utsatt for stigma og diskriminering fra medpassasjerer i kollektivtrafikken. Men det er en informant som har blitt utsatt for ubehagelige kommentarer i forbindelse med bruk av HC-plass på parkeringer da hennes funksjonshemming ikke er synlig. Det er også en representant som opplevd kontrollører som ubehagelige og delvis aggressive.

I tillegg til kollektivtransportbrukere hadde vi i denne studien også en del informanter som brukte bil som hovedtransportmiddel. Det å ha mulighet til å kjøre bil oppleves som veldig viktig for å kunne leve et liv med frihet. De informantene som har bil uttrykker at dette er helt avgjørende for at de skal kunne reise i det hele tatt. Tilgangen på HC-kort ble i denne sammenhengen trukket frem som en nødvendighet for noen.

Toget oppleves som det transportmiddelet som er enklest og mest behagelig å reise med av de fleste informantene. Som transportsystem oppleves det som strukturert og godt organisert. Dette gjør det forholdsvis enkelt å forholde seg til endringer, som for eksempel forsinkelser blir annonsert på en oversiktlig måte og følges sjeldent av mange andre endringer.

#### **4.1.2 Hvilke praktiske tiltak kan få personer med nedsatte mentale funksjonsevner til å kunne bruke de ulike typene offentlige transportsystemer?**

Basert på intervjuanalysene har vi laget en oppsummering på 19 praktiske tiltak som bør vurderes for å bedre reiseopplevelsen for mennesker med mentale funksjonsvansker. En del av tiltakene vil også ha positive effekter på reiseopplevelsene for den generelle befolkningen.

- Hyppigere avganger
- Bedre plass per passasjer
- Sitteplasser stasjonsområder
- Bruk av fungerende sanntidssystemer
- Standard for informasjonsutforming
- Integreerte informasjons- og appløsninger mellom transportselskapene
- Standard for informasjonsgivning fra sjåfører
- Tilgjengelig personell
- Hyppigere avganger eller alternative løsninger med bil/taxi i rurale områder
- Opplæring av personell i psykisk helse
- 'Beviskort' på krav om ekstra assistanse
- Bedre samkjøring mellom transportmidler
- Økt tidshorisont på billett
- Standardisering av tilretteleggingspraksis
- Forbedret informasjonsspredning om hjelpetjenester
- Øke beløpene på TT-kort
- Like geografiske vilkår på TT-kort
- Honnørkort i bankkortformat
- Økonomisk støtte/kompensasjon til foreningsarbeid og frivillig arbeid

#### **4.1.3 Ivaretar dagens forståelse for universell utforming mennesker med psykiske utfordringer?**

I vår undersøkelse er det lite som tyder på at dagens universelle utforming tar hensyn til behovene til dem med psykiske lidelser. Det teoretiske rammeverket for hvordan man forstår funksjonsnedsettelse passer også til psykiske funksjonsnedsettelse, men det som gjøres av praktiske tiltak ivaretar ikke mennesker med mentale utfordringer knyttet til å reise. Dokumenter som Vegdirektoratets sjekkliste for vurdering av diverse anlegg i transportsystemet og Kartverkets veileder for tilgjengelighet og universell utforming, fokuserer i stor grad på fysiske funksjonsnedsettelse. Også innenfor forskning er det stort sett fokus på fysiske funksjonsnedsettelse, og gjennom våre litteratursøk har vi funnet svært lite informasjon om hvordan psykisk syke opplever transportsystemene og hva som skal til for å bedre deres situasjon. Gjennom intervjuene har vi fått konstatert at det er vanskelig å få tilrettelegging fra kommunen på psykisk grunnlag, og flere av informantene har fått avslag, eller har måttet kjempe seg til retten for tilrettelegging. Også i den politiske debatten om reduksjon av bilkjøring og overgang til kollektivtransport og gange/sykkel, mangler det fokus på personer som er helt avhengig av bil for å kunne gjennomføre reiser. Dette er særlig viktig for personer med mentale utfordringer, og enkelte av informantene er som sagt helt avhengige av å ha bil for å kunne transportere seg rundt. Dersom man ønsker at personer med psykiske og mentale funksjonsnedsettelse også skal kunne anvende seg av offentlig transport, er det derfor helt avgjørende at man inkluderer

dem når man planlegger for utforming av transportsystemene, og finner tiltak som gjør at det blir enklere for dem å kunne anvende seg av dette. I tillegg bør man ta hensyn til at det finnes personer som kanskje aldri vil være i stand til å benytte seg av dagens kollektivtilbud.

## **4.2 Videre forskning**

Dette prosjektet har avdekket en del barrierer og problemer knyttet til reiseopplevelsen for mennesker med mentale og psykiske funksjonsnedsettelse i Norge. Ettersom vi hadde et begrenset utvalg er det behov for ytterligere undersøkelser av både kvalitativ og kvantitativ art for å få mer kunnskap om kjønnsforskjeller, aldersforskjeller og geografiske forskjeller. Siden denne undersøkelsen er av kvalitativ art mangler vi fremdeles et representativt bilde av hvordan status er i Norge i dag og hvordan vi best kan planlegge videre infrastruktur slik at flest mulig kan benytte seg av kollektivtilbudet. I denne undersøkelsen har vi fokusert på personer med mentale funksjonsnedsettelse, men det vil også være interessant å gjøre undersøkelser i større omfang av hvordan transportpersonell og transportselskaper fokuserer på ivaretagelse av personer med mentale utfordringer knyttet til reise. Vi har dekket et bredt spekter av diagnoser, men det er likevel behov for å inkludere flere typer mentale og kognitive diagnoser i en slik undersøkelse. Undersøkelsen vår har heller ikke tatt for seg universell utforming for personer med mentale funksjonsnedsettelse når det gjelder utforming av bybildet ellers.

## 5 Referanser

- Bradburn, N. M. & Caplovitz, D. (1965). *Social origins of depression*. London: Tavistock.
- Bellivier, F. Leboyer, M., Courtet, P., Buresi C., Beaufils B., Samolyk et. al. (1998). Association Between the Tryptophan Hydroxylase Gene and Manic-depressive Illness. *Archives of General Psychiatry*, 55 (1), 33-37.
- Brechan, I. (2006). *Psykologiske faktorer ved reisemiddelvalg. En litteraturstudie*. TØI rapport 830/2006.
- BUFDIR (2016). *Hva er nedsatt funksjonsevne?* Nedhentet 06. jan 2017 fra: [https://www.bufdir.no/Nedsatt\\_funksjonsevne/Hva\\_er\\_nedsatt\\_funksjonsevne/Hva\\_er\\_nedsatt\\_funksjonsevne/](https://www.bufdir.no/Nedsatt_funksjonsevne/Hva_er_nedsatt_funksjonsevne/Hva_er_nedsatt_funksjonsevne/)
- Copeland, J.R.M, Cooper, J.E., Kendell, R.F., & Gourlay, A.I. (1971). Differences in Usage of Diagnostic Labels among Psychiatrists in the British Isles. *The British Journal of Psychiatry*, 118, 629-640.
- Eknes, J. (2006). *Depresjon og mani. Forståelse og Behandling*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Hanson, J. (2004). *The inclusive city: delivering a more accessible urban environment through inclusive design*. I: (Proceedings) RICS Cobra 2004 International Construction Conference: responding to change. : York, UK
- Direktoratet for E-helse. ICD-10: Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer.
- Ingstad, B. (2007). *Medisinsk antropologi*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Jørgensen, S. H. (2009). Sted og helse – noen geografiske perspektiver. I Berg, N. G., Jørgensen, S.H., Karlsen, A. & Aase, A. (eds.) *Mennesker og steder i samspill*. Trondheim: Tapir akademiske forlag.
- Kessler, R. C., P. Berglund, O. Demler, R. Jin and E. E. Walters (2005a). "Lifetime prevalence and age-of-onset distributions' of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication." *Archives of general psychiatry*62(6): 593-602, from ISI:000229628400003.
- Kessler, R. C., W. T. Chiu, O. Demler and E. E. Walters (2005b). "Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication." *Archives of general psychiatry*62(6): 617-627, from ISI:000229628400006.
- Lid, I. M. (2013). *Universell utforming. Verdigrunnlag, kunnskap og praksis*. Cappelen Damm
- Mackett, R. (2017). Building confidence: Improving Accessibility for people with mental impairments. Nedhentet 10. Januar fra <https://www.gov.uk/government/publications/exploring-the-barriers-to-travel-for-people-with-mental-impairments>
- Chris Mann & Fiona Stewart (2000). *Internet Communication and Qualitative Research: A Handbook for Researching Online*. London: Sage

- Meade, M. S. & Earickson, R. J. (2000). *Medical Geography* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Mental Health Action Group (2011). *Mental Health & Public Transport*. Nedhentet 22. des 2016 fra: <http://www.derbyshiremind.org.uk/pdf/MHPublicTransportReport.pdf>
- Missonnier, J. & Dejoux, V. (2016). The Commented Walk Method as a way of Highlighting Precise Daily Mobility Difficulties – A case study focusing on Cognitive or Mental Diseases. *Transportation Research Procedia* 14: 4403-4409
- Mæland, J. G. (2009). *hva er HELSE*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Nes, R. B. & Clench-Aas, J. (2011). *Rapport 2011:2. Psykisk helse I Norge. Tilstandsrapport med internasjonale sammenlikninger*. Oslo: Folkehelseinstituttet.
- Næss, S. (2001). Livskvalitet som psykisk velvære. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 121, 1940-4.
- Nordenfelt, L. (2007). The concepts of health and illness revisited. *Medicine, Healthcare and Philosophy*, 10(1), 5-10.
- Obeyesekere, G. (1985). Depression and Buddhism and the work of culture in Sri Lanka. In Kleinman, A. & Good, B. (eds.) *Culture and depression: studies in the anthropology and cross-cultural psychiatry of affect and disorder*. Berkeley: University of California Press.
- OECD/ITF (2009). *Cognitive Impairment, Mental Health and Transport. Design with Everyone in Mind*. Nedhentet 20. des 2016 fra: <http://www.itf-oecd.org/sites/default/files/docs/09cognitive.pdf>
- Opdenakker, R. (2006). Advantages and disadvantages of four interview techniques in qualitative research [Electronic Journal] *Forum: Qualitative Social Research*. 2006;7: Article 11. Hentet 13. oktober fra <http://www.qualitative-research.net/fqs-texte/4-06/06-4-11-e.htm>.
- Penfold, C., Cleghorn, N., Creegan, C., Neil, H. & Webster, S. (2008) *Travel behavior, experiences and aspirations of disable people*. Great Britain Department of Transport, London.
- Thagaard, T. (2009). *Systematikk og innlevelse – En innføring i kvalitativ metode*. (3 utg.) Bergen: Fagbokforlaget.
- Segall, A. (1976). The Sick Role Concept: Understanding Illness Behavior. *Journal of Health and Social Behavior*, 17(2), 162-169.
- FHI 2009. Rapport 2009:8, s 18.
- FHI 2015. Fakta om autisme. Nedhentet: 20. september 2017 fra: <https://www.fhi.no/fp/barn-og-unge/utviklingsforstyrrelser/autisme---faktaark/>