

Livet etter trafikkulykken

En fenomenologisk studie av stress og mestring hos personer med nakkeslengskade som følge av en trafikkulykke

Gjertrud Husøy
Høgskolelektor/Ass. Professor

LIFE AFTER A TRAFFIC-ACCIDENT. A PHENOMENOLOGICAL STUDY OF STRESS AND COPING OF PERSONS WITH WHIPLASH AFTER A TRAFFIC-ACCIDENT

ABSTRACT:

Traffic-accidents are a major problem in our society. There has not been done much nursing research on the coping aspects after a traffic-accident. The research question was: How does a person with whiplash experience life after a traffic-accident? This project is placed in a phenomenal research tradition and six persons were interviewed, three men and three women. The Norwegian Whiplash Union was helpful in finding interviewees. The result was analysed according to Giorgi's phenomenological method. The discussion is based on Benner's and Wrubel's nursing theory on stress and coping. Lazarus's and Folkmann's psychological theory is also used. The article is presented in five themes based on the results of the research, the first two are about the accident and the pain, the next two is about the help they received and how the new life turned out after the accident, and the last one is about acceptance. This statements resulted in a number of coping strategies.

KEY WORDS: Whip lash, traffic-accident, nursing research, phenomenology

1.0 Innledning

Trafikkskader er et stort problem i vårt samfunn, både menneskelig og materielt. Mange pådrar seg en nakkeslengskade etter å ha vært involvert i trafikkuhell. Hensikten med denne artikkelen er å rette søkelyset mot hvordan personer med slik skade mestrer livet etter ulykken. Artikkelen er basert på min hovedfagsoppgave i helsefag der jeg som utgangspunkt foretok kvalitativt intervju med personer med nakkeslengskader.

Det var flere grunner til at jeg ønsket å fordype meg i dette temaet. For det første jobbet jeg flere år på en røntgenavdeling. Der tok jeg i mot mange personer som hadde vært utsatt for trafikkulykker, det var ofte dramatisk og oppstyr omkring mottakelsen. Senere kom disse pasientene igjen, enten til kontroll eller på grunn av senplager. Disse pasientene må ha gjort inntrykk på meg, for flere år etter at jeg hadde sluttet på denne avdelingen kunne jeg «kjenne» luktene av blod, asfalt, bensin og oppkast når jeg så slike sener på TV. Jeg har dessuten selv opplevd en kjedekollisjon og har kjent støtet, selv om det var lite, og opplevd overraskelsen ved det som skjedde.

Nakkesleng som lidelse har vært kjent i over 30 år, men det kan fortsatt være problemer med å få stilt denne diagnosen som antas å ramme rundt 200 nordmenn hvert år. Rundt halvparten av nakkeslengskadene kommer etter bilulykker, men problemet er å fastslå med sikkerhet at smertene skyldes ulykken. Det hevdes også at det er et stort problem at helsevesenet ikke har bedre kunnskaper om problemet (1).

2.0 Hensikt og bakgrunn

Hensikten med studien var å få innsikt i hvordan personer med nakkeslengskade opplever at de diffuse plagene innvirker på deres livssituasjon og mestringsevne. For helsepersonell generelt og

sykepleiere spesielt vil det være nyttig å vite mer om mulige plager slike skader kan medføre, og hva disse pasientene kan trenge av informasjon. Mye forskning foreligger på trafikkskade, jeg har kun funnet en forskningsrapport som er skrevet av sykepleiere (2). I tidligere forskning har det ikke vært mulig å finne årsakssammenheng mellom traumat og de kroniske følgetilstandene til denne lidelsen. Whiplashskade eller nakkeslengskade er en vanlig skade som følge av trafikkulykke med bil. Nakkesleng er definert som en «akselerasjon – deselerasjons – mekanisme som overfører energi til nakken» (3, 4, 5), og forklarer nakkeslengskade som en skade som kan oppstå når en person i bil blir påkjørt av bil bakfra eller forfra og får «piskesnertbevegelse» av nakkevirlvene.

Det er registrert en økning i prosentandel hals/nakkeskader de senere år. Symptomene på nakkeskader av piskesnertypen er uspesifikke og forenelig med en rekke andre medisinske tilstander(6). Det kan derfor være vanskelig å vite hva plagene kan skyldes i det enkelte tilfellet.

Hypighet og forekomst av nakkeslengskader i den vestlige verden er 1 pr 1000 (7). Av de som utsettes for whiplashskade får ca 10 % varig men, og sees mest i aldersgruppen 20–40 år, kvinneandelen er her så stor som ca. 70 %. Kvinner og barn har større sjanse for å få nakkeslengskade enn menn. Ofte er traumene små, og mange søker legekontakt av forsikringsmessige grunner. En kanadisk undersøkelse viste at over 95 % av pasientene med nakkeslengskade hadde symptomlindring i løpet av kort tid, mens 1 % av de skadde hadde alvorlige følger med vedvarende, betydelige nevrologiske utfall (3). Men her er det store mørketall, mange blir ikke registrert fordi den skadde selv ikke vet hva som feiler han. Man blir utsatt for et trafikkuhell og utvikler etter hvert symptomer som man ikke forstår

eller setter i direkte sammenheng med uhellet. Norske og svenske data viser at opp mot 40 % av de som får symptomer etter nakkesleng blir langtidssykemeldt eller uføretrygdet. Men i forhold til diagnostiseringen må en ta i betraktning at 14 % av befolkningen har nakkeplager (5). I tillegg til helsemessige konsekvensene er de trygdemessige konsekvensene av den typen skader betydelige.

Det er diskutert om whiplash er en diagnose eller om det er et syndrom. SMM (Senter for medisinsk metodevurdering) – rapport 5/2000 (5) konkluderer med at det ikke finnes noen diagnostisk gullstandard for undersøkelsesteknikk for å fastslå en sikker diagnose. I følge Kierulf (8) gjelder følgende kriterier for diagnosen:

Det må ha foreligget tilstrekkelige krefter i ulykkesøyeblikket
Symptomene må ha meldt seg innen 72 timer etter ulykken
Det må foreligge brosymptomer (er man bra etter noen uker, for så å få vondt igjen etter et par år, gir ikke det grunnlag for erstatning. Det er da lite sannsynlig at det foreligger noen sammenheng)

Det må ikke foreligge andre sannsynlige årsaker til skaden

Legen stiller diagnosen på bakgrunn av skademekanismes art og pasientens plager. Whiplash kan ikke sees på MR-scanning, CT-scanning eller ved hjelp av andre billeddiagnostiske undersøkelser. Røntgenbilde taes ved mistanke om brudd eller prolaps i halsvirvelsøylen (5).

3.0 Utvalg og metode

Metodologisk vil denne studien kunne plasseres i et fenomenologisk perspektiv. På grunn av studiens hensikt ble kvalitativt forskningsintervju valgt som metode. Det er en hensiktsmessig måte å bli kjent med informantens synspunkter og meninger på (9). En slik tilnæringsmåte gir

også anledning til fordypning i fenomenet. Jeg valgte å konsentrere meg om personenes opplevelse av stress og mestring etter ulykken. Tidligere forskning viser at stress kan være relatert til fysiske plager eksempelvis synsproblemer (10). Det er også rapportert om manglende mestring i forhold til bilkjøring (10), arbeid, familie og deltagelse i samfunnsliv (11). Det viser seg for øvrig at kvinner og menn opplever tilværelsen etterpå noe forskjellig (12, 13). Utfra dette var ønsket primært å belyse opplevelse av fysiske plager, synsforstyrrelser, bilkjøring, familie, nettverk, arbeidsevne og informasjon fra helsevesenet. Herunder var det også av betydning å få kjennskap til hvorvidt det var gitt hjelp til å bearbeide inntrykkene fra ulykken. Intervjuguiden hadde den åpen form slik at informantene fritt kunne gi uttrykk for sine opplevelser og meninger.

Norges Whiplashforbund var behjelpelig med å skaffe informanter ved å sende ut informasjon til et utvalg av sine medlemmer som svarte til følgende inklusjonskriterier; kvinner og menn mellom 25 og 50 år, og at det skulle være mellom 2 til 10 år siden ulykken fant sted. Fire av medlemmene sa seg villig til å delta. Jeg fikk kjennskap til ytterligere to informanter via bekjente som sa seg villig til å delta. Totalt ble tre kvinner og tre menn i alderen 38 og 53 år intervjuet, og tid fra ulykkestidspunktet varierte fra 1 ½ til 12 år. Hvert intervju varte en time, de ble tatt opp på lydband og transkribert ordrett. Jeg valgte Amadeo Giorgis (14) metode for analyse av de innhentede dataene. Denne analysemetode kjennetegnes ved meningsfortetting, det vil si at en trekker ut et konsentrat av meninger i det som fortelles. Disse meningsenhetene blir samlet i tema, dataene syntetiserte slik at essensen av det informantene «snakker om» kommer frem.

Forskningsetiske retningslinjer gitt i Helsinkideklarasjonen ble

fulgt. Ikke terapeutisk forskning reiser etiske problemer, for Helsinkideklarasjonen sier at individet må gå foran det som er nyttig for samfunnet og forskningen. Jeg innhentet informert samtykke fra informantene, og gav informasjon om at de kunne avbryte sin medvirkning når tid som helst uten konsekvenser for dem. Under arbeidet ble registrering, oppbevaring og bruk av data gjort etter de regler som Datatilsynet krever.

4.0 Teoretiske referanser

Jeg tok utgangspunkt i Benner og Wrubels (15,16) teori om stress og mestring. De definerer stress som brudd i det som er meningsfullt, det man forstår og ens jevne fungering, noe som medfører smerte, tap og utfordringer, og man trenger å utvikle nye forståelsesmåter og ferdigheter. Det en gjør med disse forandringene eller forstyrrelsene, kalles mestring. I forhold til mestring støttet jeg meg videre til Lazarus og Folkmanns (17) teori. De beskriver mestring som en prosess som inkluderer tanker, følelser og handlinger i en gjensidig avhengighet. Følelser kan skape tanker og handlinger, handlinger kan skape tanker og følelser, og tanker kan skape handlinger og følelser. Lazarus og Folkmann (17) legger også vekt på individuelle forskjeller i mestringsprosessen. Det er den opplevde trussel som vil være utfordringen, mens det en gjør for å møte utfordringen, er mestringsstrategien. De mestringsstrategier en foretar etter at de kroniske plagene har meldt seg er mer sekundærvurderinger. Forfatterne snakker her om to reaksjonsmønstre for mestring, problemfokustert mestring og emosjonell fokustert mestring. Problemfokustert mestring er handlinger som har til hensikt å definere problemet, utvikle alternative løsninger, vurdere fordeler og ulemper mellom ulike løsninger, velge mellom

dem og handle. Emosjonelt fokustert strategi er mer eller mindre bevisste handlinger hvor en forsøker å lindre eller regulere følelser. Emosjonell kontroll og avreagering har til hensikt å opprettholde håp og samtidig holde følelsene under kontroll. Resignert akseptering vil si å forsone seg med situasjonen og akseptere den slik den er. Alt dette er strategier for å mestre de følelser som situasjonen kan utløse, og for å opprettholde den følelsesmessige balansen hos personen. Som tidligere nevnt har en både tanke og følelse med seg i de handlinger en foretar seg. Alle informantene i denne studien opplever plager som samsvarer med det en kaller whiplashsyndromet og har utviklet en rekke mestringsstrategier for å takle plagene de er påført.

5.0 Funn og resultat

5.1 Ulykken

Informantene sier at situasjonen var en tilfeldighet og at ingen kan lastes for ulykken, og flere har dessuten omtanke for «den andre» dvs. personen i den andre bilen.

«Lurte på hvordan det var gått med den andre. Han foran stoppet for å slippe inn en bil og han bak meg i minibussen... så hørte jeg et smell og så kjente jeg dunket og så for brillene av meg, jeg tenkte ikke på meg selv.»

«Kroppen husker» hendelsen flere år etterpå, samt hva en tenkte, lydene og følelsene en hadde under selve ulykken, men flere sier de har skjøvet følelsene foran seg. Alle unntatt en hevder at de ikke har fått bearbeidet hendelsen ved profesjonell hjelp. De mestrer tilværelsen og følelsene noe forskjellig, noen forteller at de har hatt hjelp ved å snakke om det som hendte, mens andre fortsatt har tanker om å få profesjonell hjelp til å bearbeide hendelsen.

5.2 Smerten

I dette forskningsprosjektet har jeg fått kjennskap til kunnskap og ferdigheter personer med nakkelengskade har utviklet. For det første har de gjort seg godt kjent med sykdomskomplekset whiplash. Videre er de blitt eksperter på kroppslig viten ved å kjenne når «stresset setter seg som en klo i nakken», og eksperter på å kjenne hvilke aktiviteter som kan utløse smerter, en sier for eksempel at «asfalt er pyton». De har fått erfaring og kunnskap om hvordan man kan bevege kroppen til tross for sykdom som «ikke bære for tungt». De ønsker å unngå smertestillende medikamenter og oppsøker annen måte å få smertelindring på som for eksempel trim, fysioterapi og akupunktur. Flere sier også at de har bagatellisert plagene og tenkt at det går nok over. Å takle smertene kan beskrives slik:

«Takle det med å ståsette meg. Det skal ikke ødelegge meg og mitt. Tar fram det en har av forsvarsmekanismer, nødvendig for å klare det. Stoppe opp innimellom. Fortrenge... alt dreier seg om utholdenhet. Bevisstgjøring av kroppen, min tilstedeværelse, alle situasjoner og gjøremål. Kan fort gjøre ting feil for å provosere smerten... tenke positivt, ikke minst det å gjøre kjekke ting, tenke på alt som kunne vært verre.»

5.3 Hjelpen

Informantene forteller at de har fått hjelp, men har da spurt om det selv. Opplevelse av stress og mestring i forhold til jobb viser likhet mellom kjønne, og for alle gjelder det at når plagene blir for store klarer en kanskje ikke å være i jobb lenger. Mange forhold spiller inn her, slik som jobbens karakter og graden av støtte en kan få både av arbeidsgiver og kollega. De sier at de har satt seg inn i forsikringsvilkår, trygderettigheter og rettigheter i forhold til jobb, attføring og omskolering, og gjort erfaring om hvor en kan

få støtte og hjelp til helseplagene, samt skaffet seg kunnskap om hvor en kan få økonomisk støtte for skadene ulykken har påført dem. Flere hevder at dette har opplevdes som en kamp, en sier: *«Føler det er en veldig belastning alt du skal gå igjennom, altså, forsikringsselskap og leger og fysioterapeut, alt som følger med å få erstatning»*

Dette føles også bittert, en sa det slik:

«Ja av og til så kan jeg bli litt sånn bitter på det, det verste er å slite med økonomien... når du engang har jobbet hele livet og prøvd å yte, og den dagen du kanskje ikke greier å jobbe i den grad som tidligere, da skal det bli dårlig økonomi på toppen, for det er et slit det og»

En sier at han først ikke ble trodd av sin lege, men etter et par år forlangte forsikringsselskapet spesialisterklæring, og hos spesialisten ble diagnosen stilt:

«Men bare det å få en diagnose, det hjalp meg jo veldig da.»

Det å få diagnostisert en whiplashskade vil ha betydning i forhold til erstatning fra forsikringsselskapet, for eksempel til dekning av utgifter til behandling og til dekning av eventuelle hjelpemidler. En slik diagnose kan også ha betydning i forhold til en jobbsituasjon, samt trykderettigheter. Malterud (18) sier det kan være belastende å lide av en tilstand som ikke heter noe. Påførende og arbeidskamerater vil sjelden akseptere at pasienten er ute av funksjon uten at de vet hvorfor. Hun sier videre at noen ønsker diagnose for ikke å bli avfeid med merkelappen «bare nerver», andre for å få en bekreftelse for hvorfor de føler seg så elendig. Atter andre ønsker navn på plagene som uttrykk for at legen har funnet ut av det, eller at symptomene ikke er tegn på farligere sykdom.

5.4 Den nye hverdagen

Hverdagen er blitt forandret og det har vært viktig å bli møtt med støtte og forståelse av de nærmeste. For familien og det sosiale livet har det skjedd en del forandringer, flere sier de er mindre sosiale enn før. De har utviklet kunnskap om hvilke aktiviteter de kan klare, og som det er mulig å delta i sammen med familien. Ektefellen har tatt over enkelte funksjoner i hjemmet, og de har lært å søke støtte og hjelp til praktiske oppgaver i hjemmet og på arbeid. Videre har de utviklet god teft i å unngå stressede situasjoner både i hjemmet, sosialt og på arbeid. Fire av informanter sier de har noe problem i forhold til bilkjøring. En kvinne hevder å ha så store problemer og at hun inntil videre vil vente med å kjøre bil. En av mennene sier han ikke har hatt problem med bilkjøring, men så kjører han flere mil til og fra jobben hver dag. I denne studien har forholdet til bilen fått en dominerende plass, og det synes for meg som om bilen kan stå som en indikator på hvordan de mestrer tilværelsen etterpå. Følelse av kontroll blir her viktig. *«Har problem altså når jeg kjører, får angst, det knyter seg»*

Man kan undre seg over om denne angsten skyldes smerter i nakken eller om det er ubearbeidet krisereaksjon. Ut fra diagnosekriteriene for post traumatisk stress disorders (PTSD) får en symptomer ved møte med hendelser som symboliserer eller likner på den traumatiske hendelsen (11). Det kan synes som om angsten kommer hver gang en skal ut å kjøre bil. Dalggaard (11) sier at en har økt risiko for sykdom hvis en har vært utsatt for flere traumatiske livshendelser.

Tidligere undersøkelser har vist at vansker med bilkjøring kan ha sammenheng med synet, og at det igjen kan skyldes nevrologiske skader (10). Flere klager over tretthet, hodepine og konsentrasjonsvansker og noe som

selvfølgelig også kan influere på kjøreferdighetene. Nakkesmerter kan også føre til problem når en vrir seg. En av informantene sa at det å vri på nakken var svært plagsomt, spesielt når han skulle lukeparkere eller rygge. Flere takler gjennomføring av aktiviteter med god planlegging.

5.5 Akseptasjon

Troen på at en skal bli som før er til stede hos noen, men også bekymring for at bedring kanskje ikke kommer. En sier:

«Jeg håper jo at jeg skal bli frisk igjen... perioder føler jeg det nå, nå føler jeg at nå kommer jeg meg, men så, ja, men så begynner det på igjen. Det er av og til jeg har troen på at jeg, nå er det kommet seg, men håpet har jeg ennå heldigvis»

Livet har forandret seg og informantene beskriver bekymringen for framtiden, helsen, familien og det økonomiske. Flere sier at å akseptere at skaden har ført til varige plager har vært vanskelig, og at det har tatt tid. Plagene kan oppleves som endeløse og uten snev av håp innen overskuelig framtid. Flere gir uttrykk for at det har vært en lang prosess å kunne akseptere at smertene ville komme til å vare, og at livet derfor ville bli forandret.

«Jeg vet ikke om jeg fikk øynene opp for det før jeg kom til... og fikk en annen lege jeg kunne prate med ... søke på halv uføretrygd det har jo skremt meg litt, for da visste jeg nesten med meg selv, at da var det ikke noen vei tilbake i arbeidslivet igjen. Så jeg har prøvd å unngå det hittil da»

Ønsket om å slippe smerte og ubehag kan gjøre at en utsetter det å akseptere lidelsen i det lengste slik en forteller:

«Så plager har jeg, men det har jeg lært meg å leve med. Det er noe å akseptere den skaden du har fått. Sette punktum lå veldig høgt hos meg, før jeg greidde å

akseptere. Jeg ville ikke være syk, være skadet, ville ikke være svak, kan du si»

Det tar tid å forson seg med situasjonen og slå seg til ro med at konsekvensene av det som har skjedd ikke kan forandres. Sentralt i fenomenologisk tenkning står forståelsen av menneskets livsverden, det kjennetegnes ved at en tolker og legger mening i det en opplever. Av de informantene som her er intervjuet har fire fått ulykken så pass på avstand at de har akseptert forandringene og funnet nye verdier i livet.

6.0 Diskusjon

Funnene i en fenomenologisk studie kan vanligvis ikke generaliseres, derimot kan funnene ha allmenn betydning. Da dette er en beskrivende studie kan ikke resultatet gi medisinske eller psykologiske svar på forhold vedrørende årsak – virkning. Den kan bare gi en bedre forståelse for hvordan personer med nakkeslengplager kan ha det. Denne innsikten kan være nyttig når vi som helsepersonell eller kollega møter personer med disse plagene. At flere av informantene var medlem av Norges Whiplashforbund kan ha hatt innvirkning på resultatene, også det at det var mer enn 10 år siden trafikkuhellet for en av informantene. Men dette til tross, etter intervjuene satt forsker med det helhetsinntrykk at pasienthistoriene var ganske like, uavhengig av kjønn og medlemskap i interesseorganisasjon, og at en trenger tid til å bearbeide og akseptere sin nye livssituasjon.

Informantene har her fortalt om sine liv, de gir dermed sykepleieren kunnskap om deres livsverden og hva som er viktig for dem. Benner og Wrubel (16) er opptatt av at man bør anerkjenne og gjøre bruk av pasientens erfaringskunnskap, og sier at en systematisk studie av denne kunnskap kan lede til ny teori. Et slikt syn deler de med Malterud (18),

som sier at en behøver ikke bli lammet av medisinsk hjelpeløshet i møtet med de ubestemte plagene, hvis vi i større grad nyttiggjør oss pasientens egen kompetanse og kunnskap. Benner og Wrubel (16) beskriver seks områder av slik erfaringskunnskap som pasient, eventuelt pårørende, kan tilegne seg ved å leve med kronisk sykdom.

- man kan utvikle en økt evne til konstruktive kroppslige reaksjoner på symptomer
- bli var for sin kroppslige tilstand
- utvikle komplekse ferdigheter i forhold til å gjenkjenne hvilke aktiviteter som kan utløse eller forverre symptom, og derved forebygge anfall
- bygge opp kunnskap i forhold til dosering av medisiner
- bygge opp kunnskap om hva slags mat man tåler eller ikke under behandling av sykdomstilstander
- bygge opp kunnskap om hvordan man kan bevege kroppen til tross for sykdom

Denne studien har gitt innblikk i en rekke mestringsstrategier. Den problemfokuset mestringsstrategier er i følge Lazarus og Folkmann (17) en handling som har til hensikt å definere problemet og utvikle alternative løsninger. Når spesielle situasjoner oppstår, sier Lazarus og Folkmann (17), foretar personen en kognitiv vurdering av hva som står på spill, og hva det betyr i forhold til egne verdier og mål. Man gjør et skille mellom vurderinger en foretar primært og sekundært i forhold til en hendelse. Det som synes som de mest karakteristiske kjennetegn ved primærvurderingene her er at alle informantene har opplevd en stressende hendelse som har ført til et vendepunkt i livet, men som de i utgangspunktet ikke forstår rekkevidden av. En sa det slik: «Vi gikk jo heile ut av bilen». Det som er viktig for en som førlighet og jobb, står da i fare. Informantene i denne stu-

dien sier at de har søkt støtte både på jobben, hjemme og sosialt. Videre har de testet ut sine egne grenser for hvor store belastninger de kan tåle før de får smerter. I tillegg har de lært seg nye måter å takle situasjoner på, som for eksempel gå ut av stressede situasjoner eller avlyse avtaler. Ulempen med slik fokusert mestringsstrategi, sier Benner og Wrubel (16), er at noe av spontaniteten forsvinner.

Den emosjonelt fokuserte strategien, sier Lazarus og Folkmann (17), er mer eller mindre bevisst handling hvor en forsøker å lindre eller regulere følelser. Emosjonell kontroll og avreagering har til hensikt å opprettholde håp og samtidig holde følelsene under kontroll. Mange sliter med plager i lang tid før de blir bra, så tidsdimensjonen blir her viktig. «Tid oppleves ikke som noe abstrakt. Den er spesifikk og formet av hva som er skjedd tidligere og av hva man forventer skal skje. Dette betyr at fortid og fremtid er viktige dimensjoner både av stress og av mestringsstrategi» (16 s.67). Lazarus og Folkmann (17) hevder videre at det ikke kan være følelse uten tankemessige vurderinger, uttrykt på en annen måte: Du blir hva du tenker. Benner og Wrubel (16) ser det på en annen måte, og mener at en ikke kan si om en person at vedkommende er skyld i sin sykdom. Og du kan ikke uten videre tenke deg frisk, du må handle, det vil si gjøre noe aktivt for å komme videre.

Nakkeslengskadde er en liten gruppe pasienter, men disse pasientene møter en i alle deler av helsetjenesten. Jeg har selv støttet på denne pasientgruppen da jeg arbeidet som røntgensykepleier. Jeg har også møtt personer med nakkeslengsplager privat, samt i student- og kollegasammenheng. Når en hører om nakkesleng tenker en straks på forsikringsaker og store utbetalinger. Slikt er vel unntakene, men til gjengjeld har slike saker fått stor medieoppmærksomhet. I dette forskningsprosjektet er det kommet frem et sett

av plager nakkeslengskadde kan ha, men lidelsen er uklar. Denne uklarheten kan igjen føre til at helsepersonell kan vegre seg for å engasjere seg for mye. Men etter hvert som vi får mer kunnskap om lidelsen, og diagnosen blir mer akseptert, vil disse pasientene på sikt få bedre og mer adekvat hjelp. Dette til tross, Benner og Wrubel (16) skiller mellom det å ha patologisk sykdom og hva pasienten opplever av sykdom. Sykdomsopplevelsen henger sammen med tap eller nedsatt funksjon, den er reell i forhold til hva pasienten føler uansett om det foreligger en diagnose eller ikke. Dette er viktig for en sykepleier å være klar over, og var nok en av grunnene til at jeg i utgangspunktet ikke sette krav om at diagnose var stilt, samtidig kan dette være en minus for oppgaven. Kongsmo (15) skriver at dersom en sykepleier både har gode kunnskaper om sykdommen og i tillegg forstår den enkelte pasients opplevelser, vil hun ha en unik posisjon i forhold til å hjelpe mennesker. Benner og Wrubel (16) skriver at de helsefremmende tiltakene må bygge på personens ressurser, samtidig som en må ta hensyn til personens «spesielle anliggende» dvs. det de bryr seg om og verdsetter. De hevder videre at omsorg alltid er spesiell og relasjonell og at en aldri vil finne en kontekstfri liste over råd om hvordan man bør mestre forhold for å løse stress, og sier følgende:

«Fordi personen ikke fritt har valgt sine følelser, og fordi den eneste kilden til hva som er mulig er det nåværende, må tiltakene baseres på en nøyaktig fortolkning av pasientens nåværende måte å være i situasjonen på. Endring til en annen måte å være i situasjonen på, kan bare skje ut fra den situasjonen han er i» (16 s.277)

Derfor er det viktig å få kartlagt den situasjonen pasienten er i. Videre sier de at omsorg er en grunnleggende og nødvendig del

av sykepleien, og at en av forutsetningene er å bry seg om pasientene.

7.0 Konklusjon

Det finnes i dag mange forskjellige behandlingsmetoder for whiplashskade, alt fra immobilisering på den ene siden til aktivisering på den andre siden, samt passive behandlingsformer med elektrotterapi, farmakologisk behandling og mer psykososiale tilnæringsmåter (4). Det er gjort flere studier som tar for seg effekten av ulike behandlingsformer ved nakkeslengsproblem. Når det gjelder behandling av slike skader sier Nygren (4) at ved oppfølging 2 år etter avsluttet behandling, viser det seg at pasienter som behandles med mobilisering, det vil si smertestillende medisiner og myk halsskrage i starten, og de pasienter som får ordinert hvile etter ulykken, har likt behandlingsresultat. Han sier videre: «Gruppen som hadde fått forhållningsråd og hemtråningsprogram visade sig ha signifikant høyere grad av forberettering en de två andra grupperna» (4 s.61–62). Og da blir spørsmålet, hva er god informasjon og oppfølging for den enkelte.

I følge sykepleierne Gouzou og Kearney (2) burde pasienter som har vært utsatt for et nakkeslengstraume bli fulgt bedre opp etterpå, fordi god oppfølging vil føre til mindre senplager. Men hvordan kan vi komme i kontakt med disse menneskene? De har jo ingen synlige skader. De har selv gitt beskjed slik at de har fått hjelp med bilen, og har omtanke for de andre som har vært med i ulykken. Etter uhellet kommer de seg hjem ved egen hjelp, eller de drar på jobb og tror at alt er i orden. Der er ingen sykebil eller lege som tar hånd om dem, og som kan gi råd og veiledning. De har derfor ingen anelse om hva de kan ha i vente. Vi står derfor overfor en utfordring når det gjelder å nå fram med støtte og informasjon til personer som har vært

utsatt for nakkesleng. Det er slik at de fleste blir bra, men noen få får diffuse plager over lang tid som de ikke helt kjenner årsaken til. Derfor har fokus i dette forskningsprosjektet vært på det sekundærførebeggende plan, som det å få innblikk i hva informan- tene snakker om, hva de opplever som stressende og hvordan de mestrer tilværelsen.

Under arbeidet har nye spørsmål og tanker dukket opp. Det hadde vært interessant å få vite mer om hvordan en arbeidssituasjon eller skolesituasjon kan legges til rette slik at personer med nakkesleng- splager kan få en bedre hverdag. Og er det spesielle grunner til at enkelte får plager mens andre ikke. Et annet viktig område som dukket opp under arbeid med forsknings- prosjektet var flere avisartikler som omhandlet barn og barns problem etter en nakkeslengskade. Barn er en stor gruppe trafikkanter, jeg tenker i denne sammenheng at de ofte er passasjerer i bil, det er vel nok å antyde alle turene til og fra for- skjellig slags trening, samt ferietur- rer med foresatte. Det kunne ha vært interessant å få mer kunnskap om hvordan barn utsatt for nakkes- leng opplever en slik situasjon, og hvordan de mestrer livet etter et trafikkuhell.

Godkjent for publisering
04.10.2004

Gjertrud Husøy
Høgskolen Stord/Haugesund
Avd. Sykepleie – Stord
Postboks 5000
NO – 5409 STORD
gjertrud.husoy@hsh.no

Litteratur

1. Gran M.A.(2001) Nakkesleng. Motor:3:78–79
2. Gouzed B. Kearney K. (2000) Emergency: Whiplash Injury. American Journal of Nursing 100(3): 41–42
3. Hunskaar S. (1997) Allmenmedisin Ad Notam Gyldendal. Oslo

4. Nygren Å. (2000) Nacksador efter bilolyckor. Studentlitteratur. Lund
5. SMM-rapport nr 5/2000 Nakkeslengskader. SINTEF rapport. Oslo
6. Helsedirektoratets utredningsserie 3/92 Trafikkskaddes situasjon i Norge
7. Olsen V. et.al. (2000) Nevrologi og nevrokirurgi. Nyt Nordisk Forlag Arnold Busch. København
8. Knoph et.al. (1999) Synsproblemer ved nakkeslengskade. Hovedprosjekt Institutt for optometri. Høgskolen i Buskerud
9. Kvale S.(1997) Det kvalitative forskningsintervju. Ad Notam Gyldendal. Oslo
10. Gimse R. Bjørgen H. og Straume A. (1997) Driving skills after whiplash. Scandinavian Journal of Psychology. 38(3): 165–170
11. Dalgaard O.S.Døhlie E. Ystegaard M. (red)(1995) Sosialt nettverk. Universitetsforlaget, Oslo
12. Haukeland J. (1991) Velferdstap ved trafikulykker. Personskadeulykkene i vegtrafikken og deres velferdsmessige konsekvenser. Transportøkonomisk institutt. Rapport 0092/1991. Oslo
13. Lundalv J. (1998) Formåga till välfärd. Fischer & Co. Stockholm
14. Giorgi A. (1988) Phenomenology and Psychological Research. Duquesne University Press. Pittsburg, PA
15. Konsmo T.(1995) En hatt med slør: om omsorgens forhold til sykepleie: en presentasjon av Benner og Wrubels teori. Tano Oslo
16. Benner og Wrubel (1989) The primacy of caring. Addison-Wesley Publishing Company. California.
17. Lazarus R.S. Folkmann S. (1984) Stress, appraisal and coping. John Wiley and sons. Chichester
18. Malterud K. (1993) Vanlige helseplager hos kvinner – ubeste og diffuse; i Schei et.al. Kvinne medisin. Ad Notam Gyldendal. Oslo

Dr Lisbeth Hockey of Edinburgh – a great pioneer

Lisbeth Hockey, a great friend and supporter of the growing field of nursing research in Europe – and perhaps especially in Sweden during the 1980s – died on June 15th 2004. The Scotsman, Scotland's national newspaper wrote on 25th June: «With the death of Lisbeth Hockey, the nursing profession has lost one of its most distinguished personalities who was recognised internationally for her contribution to research and teaching in nursing».

Dr Hockey was born in Graz, Austria in 1918. She studied medicine at Graz University just before the German occupation. Her Jewish parents opposed Nazism and advised her to leave Austria for England. Both parents perished later in concentration camps. In London Lisbeth Hockey started a nursing career and with her bright mind became a challenge to her superiors through her conviction that the care of patients must be research-based. Early on she also started to take an interest in the economics of nursing. In the 1960s she earned a degree in economics. She served as Research Officer at the Queen's Institute of District Nursing during 1964–1971. She was appointed to Director of the Nursing Research Unit at the University of Edinburgh in 1971, where she stayed until retirement in 1982. This unit was one of the first of its kind in Europe. She received numerous honorary appointments in Great Britain and elsewhere including an O.B.E. (Order of the British Empire) in 1979 and honorary doctorates from several universities, among them University of Alberta, Canada in 1975 and Uppsala University in 1985.

We met her for the first time when she was invited to Uppsala University for its 500th Jubilee in 1977. She understood our need to increase scientific knowledge related to nursing. Since the early nurse researchers in Sweden only had members of other academic disciplines as scientific advisors, we were happy to be given the opportunity to participate in doctoral courses, seminars and conferences at the Nursing Research Unit in Edinburgh. Dr Hockey also taught preparatory and doctoral courses arranged at that time by the Programme for Research in Nursing and other Caring Sciences at Uppsala University and often stayed for longer periods. She took part in the first international conference of the WENR, Workgroup of European Nurse Researchers in Uppsala in 1982, where she concluded with a brilliant «Summing up Lecture» evaluating the conference and looking into the future. One challenge she stressed was that «researchers should attempt to answer the questions which have been asked by nurses, and not just questions that are easy to answer». She also quoted what Dag Hammarskjöld wrote about friendship in his book «Markings» (Vägmärken).

Lisbeth Hockey was a true friend who inspired and challenged. We, like many others, remember her for her outstanding contribution to nursing science/caring science in our own country and elsewhere. We thank her for many years of co-operation and friendship.

Elisabeth Hamrin Linköping
Catharina Lindencrona Uppsala
Alice Rinell-Hermansson Uppsala



Lisbeth Hockey
May 1985 as
Doctor Honoris
Causa in Medi-
cine at Uppsala
University.