

EXAMENSARBETE - KANDIDATNIVÅ
I VÅRDVETENSKAP
VID INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP
2010:2

Att leva med whiplashrelaterade besvär

Pernilla Ohlin



HÖGSKOLAN I BORÅS
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP

Uppsatsens titel: Att leva med whiplashrelaterade besvär.

Författare: Pernilla Ohlin

Ämne: Vårdvetenskap

Nivå och poäng: Kandidatnivå, 15 högskolepoäng

Kurs: Fristående kurs

Handledare: Lena Carlsson

Examinator: Margret Lepp

Sammanfattning

Whiplash är en skada som uppstår efter ett nacktrauma och besvär som uppstår pga denna skada benämns whiplashrelaterade besvär (WAD). Alla som råkar ut för ett nacktrauma får inte bestående men, men för de 10% där besvären kvarstår påverkas livssituationen avsevärt. Skadan går inte att påvisa med den medicintekniska apparatur som finns idag. De kroniska besvären är många och omfattande, ofta diffusa och kan inte alltid logiskt kopplas till nacktraumat. Patienten känner att skadan ideligen måste "bevisas" eftersom den inte syns. Läkarvetenskapen står dessutom oenig om vad whiplash verkligen är, och om hur tillståndet ska behandlas. Den som lider av WAD söker ofta vård och vårdpersonal tycks ha bristande kunskaper om, och förståelse för, whiplashproblematiken och detta leder till ett ökat lidande för den drabbade. För att kunna förstå och stödja dessa patienter på ett optimalt sätt är det nödvändigt att skaffa sig kunskaper om hur den som lider av whiplashrelaterade besvär upplever sin livssituation och det är syftet med detta arbete. Metoden som använts är en litteraturbaserad studie av biografier. Elva berättelser om hur det är att leva med whiplashrelaterade besvär ingick i analysen. Sex teman framkom efter att de meningsbärande enheterna satts samman utifrån innebörd, skillnader och likheter. Känsla av otrygghet och ovisshet, känsla av att inte bli trodd och inte bli förstådd, känsla av sorg och saknad, behov av stöd och uppmuntran, känsla av att inte ha kontroll, och acceptans och känsla av att kunna gå vidare, var de teman som sammanfattade de upplevelser de elva whiplashskadade berättade om i sina biografier. Diskussionen tar upp betydelsen av att sjuksköterskan har en förståelse för patientens situation. En djupare diskussion förs runt temat "känsla av att inte bli trodd och inte bli förstådd" eftersom det temat är centralt och interagerar med de andra kategorierna.

Nyckelord: whiplash, whiplash-associated disorders, experience, neckpain, qualitative och interview.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

<i>INLEDNING</i>	1
<i>BAKGRUND</i>	1
Begreppet whiplash.....	1
Problematik runt begreppet.....	2
Ett samhällsproblem.....	3
Forskning kring livssituationen för en whiplashskadad	3
Livsvärld och vårdvetenskaplig anknytning	4
<i>PROBLEMFÖRMULERING</i>	5
<i>SYFTE</i>	5
<i>METOD</i>	6
Litteratursökning.....	6
Analys.....	6
<i>RESULTAT</i>	7
Känsla av otrygghet och ovisshet.....	7
Känsla av att inte bli trodd och inte bli förstådd	8
Känsla av sorg och saknad	10
Behov av stöd och uppmuntran	11
Känsla av att inte ha kontroll	13
Acceptans och känsla av att kunna gå vidare	13
<i>DISKUSSION</i>	14
Metoddiskussion.....	14
Resultatdiskussion	15
Egna erfarenheter och reflektioner	17
<i>REFERENSER</i>	19

INLEDNING

Jag har arbetat som projektkoordinator i ett forskningsprojekt om whiplash där jag under två års tid haft kontakt med individer med långvariga whiplashrelaterade besvär (Whiplash Associated Disorders, WAD). Jag har förstått att det är en mångfacetterad ”åkomma” och att problematiken den omfattar är komplex. Både fysiska, psykiska och sociala aspekter är involverade i detta tillstånd. Många känner inte igen sig själva och är förundrade över hur deras livssituation kunde utvecklas som den gjorde. De som är drabbade av whiplashrelaterade besvär verkar dessutom känna en misstro och oförståelse från sin omgivning, vilket uppenbarligen innebär ett omfattande lidande. De individer jag mött har uttryckt en besvikelse och hopplöshet över att inte bli ”tagen på allvar”. De drabbade har vanligtvis haft upprepade kontakter med vården, och tyvärr har mötet med vården och dess personal många gånger varit en besvikelse. En större kunskap om hur dessa individer upplever sin livssituation kan förhoppningsvis leda till att åtminstone de som vårdar patienten uppnår en förståelse. Möjligheterna att sedan bemöta dessa patienter på ett individuellt plan och se till den enskildes behov blir större och patientens lidande blir förhoppningsvis mindre.

BAKGRUND

Att råka ut för en olycka är, i sig, en traumatisk upplevelse för de flesta. Ett nacktrauma kan uppfattas ytterligare stressande eftersom det är sammankopplat med ryggraden och att skador där anses ”farliga” (Russel & Nicol, 2009). När besvär, som inte existerat före olyckstillfället, sedan utvecklas blir situationen förvirrande för många eftersom de inte klart kan sammankoppla flera av besvären med olyckan de råkat ut för. När besvären blir långvarig har rehabiliteringsmöjligheterna visat sig vara svåra. (Whiplashkommissionen, 2005).

Begreppet whiplash

Begreppet whiplash introducerades första gången 1928 på en konferens i USA, då amerikanen Harold Crowe beskrev den klassiska skademekanismen (Grottkau, 2003). Begreppet visade sig första gången i en medicinsk tidskrift 1945. Läkarna försökte då förstå sig på en speciell grupp av patienter, och när de inte kunde finna någon känd patologi för att förklara patienternas symtom och besvär, utvecklades teorier, utan vetenskapliga belägg, om skador i nacken (Ferrari, 2003).

Det har varit mycket oklarheter kring ordet whiplash. Det har använts för att beskriva själva olyckan och även skademekanismerna, men också de symtom som utvecklats efter skadan (Seferiadis, Rosenfeld & Gunnarsson, 2004). Nationalencyklopedin (2009) likställer ordet whiplashskada med ”pisksnärtskada” och förklarar det som en ”skada vid plötslig bakåtböjning av huvudet”.

Whiplash används idag som ett diagnostiskt begrepp men är snarare en skademekanism. 1995 publicerade Quebec Task Force on Whiplash-Associated Disorders (ett internationellt team bestående av 18 whiplashexperter) en översikt över befintlig vetenskaplig litteratur där whiplash definieras som: ”en accelerations-

/decelerationsmekanism av energitillförsel till nacken” (Spitzer, Skovron, Salmi, Cassidy, Duranceau, et al., 1995).

Vanligtvis uppstår en whiplashskada efter en trafikolycka i motorfordon (Berglund, Alfredsson, Jensen, Bodin & Nygren, 2003) men kan också vara resultatet från en dyk- eller annan olycka. Olyckan kan resultera i skelett- och/eller mjukdelsskador som i sin tur kan leda till ett flertal kliniskt manifesterade tillstånd, s.k. Whiplash Associated Disorders (WAD) eller whiplashrelaterade besvär.

Problematik runt begreppet

Whiplashkommissionen (2005) upprättades på initiativ av, och finansiering från, de fyra stora försäkringsbolagen i Sverige; If, Folksam, Länsförsäkringar och Trygg Hansa, för att under tre års tid (2002-2005) undersöka problematiken runt de whiplashrelaterade besvären efter trafikskador. Vetenskapligt baserad kunskap inom området ligger till grund för kommissionens slutrapport. Enligt kommissionen blev WAD ett konkret problem först på 1980-talet, även om whiplashskada eller s.k. pisksnärtskada länge har beskrivits i den medicinska litteraturen.

Enligt Ferrari (2003) tenderar vetenskaplig litteratur att definiera whiplash som en spinal sjukdom. Det är mycket mer omfattande än en patologi i ryggraden och Ferrari (2003, s.2) uttrycker detta som följande:

Whiplash, in the clinical sense, is not an injury, but an illness with widespread symptom presentations.

Karaktäristiskt för en whiplashskada är symtomfördröjning på upp till två dygn. Smärta i nacken, huvudvärk, rörelseinskränkning i nacke och skuldror och utstrålade smärta i axelparti, armar och brösttrygg är de vanligaste symtomen i den akuta fasen efter en olycka med nacktrauma. Symtombilden är dock ytterligare omfattande och yrsel, dimsyn, minnesstörningar, koncentrationssvårigheter, hörselnedsättning, tinnitus, sväljsvårigheter, käkledsvärk, domningar och svaghet i övre extremiteterna är besvär som kan visa sig vid samtliga grader av WAD. Ytterligare symtom som kan tillkomma om besvären består är depression, ångest, uttrötthet och irritabilitet (Eck, Hodges & Humphreys, 2001, Seferiadis, et al., 2004, Whiplashkommissionen, 2005). Studier har visat att patienter med långvariga whiplashrelaterade besvär visar symtomatik i alla kroppsdelar, från topp till tå. Redan efter en månad efter olyckstillfället visar sig psykologiska avvikelser (Ferrari, 2003).

Enligt Whiplashkommissionen (2005) finns det ingen enighet bland läkare om hur whiplashrelaterade skador ska diagnostiseras och beskrivas. Vanligtvis finner man inga skador när den kliniska undersökningen görs. Vare sig slätröntgen, datortomografi eller magnettröntgen brukar påvisa några objektiva fynd, och i många fall sker symtomutvecklingen över tid och någon medicinsk förklaring till varför kan inte beskrivas. Diagnosen grundar sig på skademekanismens art och på de besvär patienten talar om att de har. Läkarvetenskapen kan idag inte säkert bedöma vad symtomen beror på och detta leder till meningsskiljaktigheter, bland både forskare och vårdpersonal, om vad whiplashrelaterade besvär verkligen är.

Ett samhällsproblem

Trots att trafikolyckornas svårighetsgrad har ökat, så har personskadornas omfattning minskat. Även om förhållandet är på detta viset så har antalet whiplashrelaterade besvär ökat (Richter, Ferrari, Otte, Kuensebeck, Blauth et al., 2004). Idag orsakar whiplashskador i Sverige mer än tre gånger så många invaliditeter som för 20 år sedan. Långt ifrån alla som har varit med en olycka kommer att drabbas av WAD. De flesta blir besvärsfria inom några veckor, men ungefär en tiondel får bestående invaliditet (Krafft, 1998). Det finns ingen bra förklaring till varför vissa får omfattande besvär, medan andra blir besvärsfria. Den individuella förmågan till smärthantering kan ha betydelse enligt Lovell och Glasko (2002).

Enligt avdelningen för trafikskadeprevention vid Karolinska Institutet är den årliga incidensen av WAD cirka 2 promille i befolkningen. Samma rapport anger att whiplashskador ökar mest och svarar för den största andelen av bestående invaliditet efter olycksfall (Holm, Cassidy, Sjögren & Nygren, 1999). Whiplashskador är vanligare bland kvinnor, som utgör 70% av de rapporterade fallen (Husøy, 2005).

Enligt Whiplashkommissionen (2005) görs det över 30 000 anmälningar till försäkringsbolag per år rörande nackbesvär efter trafikolycka. Statistik från försäkringskassan visar att minst 500 personer blir arbetsoförmögna varje år p.g.a. whiplashrelaterade besvär. Omfattningen som de whiplashrelaterade skadorna i Sverige utgör idag, dels sett ur ett samhällsekonomiskt perspektiv men framförallt ur ett lidandeperspektiv för den drabbade individen, visar att det är ett samhällsproblem och också ett samhällsansvar.

Eftersom det saknas full förståelse för mekanismerna runt skadan är det risk för att individen som drabbats antingen inte får tillfredsställande behandling eller helt enkel blir ignorerad. När organiska skador inte kan påvisas och behandlingseffekten är begränsad kan det uppstå en känsla av maktlöshet och frustration hos behandlarna samtidigt som patienten kan känna sig misstrodd och kränkt när ingen lösning på problemen tycks finnas inom räckhåll. Detta i sin tur kan leda till att eventuella samtidiga psykosociala problem kan intensifieras (Eck, et al., 2001). Hög vårdkonsumtion, framförallt inom primärvården, blir följderna av att patienter med whiplashrelaterade besvär inte får någon lindring i sitt lidande. Husøy (2005) menar att vårdgivarnas kunskap om patientens lidande är oklart och denna okunskap kan leda till att vårdarens engagemang i patientsituationen blir begränsat.

Forskning kring livssituationen för en whiplashskadad

Tidigare forskning kring upplevelser av att leva med whiplashrelaterade besvär är begränsad. Intervjustudierna är få. I de berättelser som inkommit till Whiplashkommissionen, så upplever den drabbade att socialförsäkringssystemet och vårdapparaten bemöter dem med ”en axelryckning” trots att deras besvär är så stora att ”vardagen är svår att uthärda” (2005, s. 53). Det är vanligt att den som lever med en whiplashrelaterad skada inte känner sig tagen på allvar och upplever ofta att besvären ideligen måste ”bevisas” (Whiplashkommissionen, 2005).

I Husøy's studie (2005) beskriver informanterna att livet har förändrats och att besvären känns som om de aldrig kommer att bli bättre. De upplever också att de fått kämpa för sin tillvaro eftersom omgivningen inte kan förstå deras skada. Även vårdinrättningar har ifrågasatt deras besvär. Husøy (2005) menar att det en fördel om sjuksköterskan har kunskaper om patientens livsvärld eftersom han/hon då kan förstå de individuella behov som föreligger.

Kunskaper om patientens livsvärld är värdefullt då sjuksköterskan ska möta patienten på ett optimalt sätt menar Russel och Nicol (2009) i en studie som utforskar hur patienterna upplever hanteringen av sin whiplashskada på vårdcentralen. Den påvisar att det är positivt för patientens tillfrisknande om doktorn kan förstå hur patienten upplever sin situation.

Holm, Carroll, Cassidy, Skillgate och Ahlbom (2008) visar i en studie att det finns ett "dose-response"-förhållande mellan invaliditet och patientens förväntningar runt tillfrisknande. De menar att det är betydelsefullt att, förutom biomedicinska faktorer, även ta hänsyn till dessa förväntningar liksom till psykologiskt status och social situation när en planering för den whiplashskadade görs.

Livsvärld och vårdvetenskaplig anknytning

Livsvärlden är individens vardagsvärld (Dahlberg, 1997). Det är den värld som vi befinner oss i och upplever varje dag, och som alla våra aktiviteter utspelas i utan att vi tänker närmare på det (Bengtsson, 1987). Det primära i livsvärlden ligger i relationen mellan världen och subjektet och inte i någon specifik del av de två (Dahlberg, Segesten, Nyström, Suserud & Fagerberg, 2003). När vården sker ur ett livsvärldsperspektiv så försöker vårdaren förstå patientens tillvaro på samma sätt som patienten själv uppfattar den. "Det viktiga är således inte att det som patienten berättar kan kontrolleras mot den 'objektiva' verkligheten." (Dahlberg, et al., 2003, s. 59). Att vara en mänsklig varelse innebär att befinna sig i ständig existentiell rörelse och hur vi uppfattar och upplever den egna livssituationen kan hela tiden förändras beroende på hur omständigheterna runt oss förändras (Dahlberg, Todres & Galvin, 2009). Det är av största betydelse att sjuksköterskan/vårdaren förstår den enskilda upplevelsen och ser det individuella behovet hos patienten och inte bemöter patienten som om han/hon tillhör en homogen grupp (Dahlberg, et al., 2003, Dahlberg, et al., 2009).

Upplevelsen av att leva med konstant smärta är en betydelsefull del i den drabbades livsvärld. "Tillvaron förvandlas för många snabbt till hopplöshet. Livet blir en enda lång jakt på stunder av relativ smärtlätnad" (Whiplashkommissionen, 2005, s. 54). De drabbade menar att det blir svårt att överhuvudtaget planera sitt sociala liv eftersom det är svårt att förutsäga hur smärtan kommer att vara från en dag till en annan.

Livskvalitet kan ses som ett mått på hur väl individen bemästrar sin livssituation. Enligt Guez (2006) så tycks, speciellt hos individer med långvariga whiplashbesvär, upplevelsen av subjektiva besvär och ett dåligt hälsotillstånd påverkas av att dessa individer har en högre grad av somatisering och otillräckliga strategier för coping – att orka med sitt tillstånd. Väl fungerande bemästring (coping) synes därför vara viktig för

individens upplevelse av sin livssituation (Tenenbaum, Rivano-Fischer, Tjell, Edblom & Stibrant Sunnerhagen, 2002).

Bunketorp, Andersson och Asker (2007) visar i sin studie att patienter med subakuta whiplashrelaterade besvär upplever sig mindre kapabla till att klara av vardagliga aktiviteter jämfört med normalbefolkningen. Detta understödjer att WAD är ett multidimensionellt problem och att det behöver behandlas i enlighet därmed.

Att vara människa innebär att vara en helhet där man kan inte skilja ur kropp, själ och/eller ande från helheten. Vårdvetenskapen innebär att det är patientperspektivet som har företräde – hur patienten själv upplever sin situation, och vårdandet ska ske utifrån ett helhetsperspektiv (Dahlberg, et al. 2003). Kunskap och förståelse för patientens situation möjliggör för sjuksköterskan att se patienten i sin helhet. Det är uppenbart att det finns ett stort behov av att kunskapen om whiplashrelaterade besvär förbättras inom sjukvården och enligt Whiplashkommissionen (2005) så uttrycker samtliga patientföreningar kopplade till whiplash att så är fallet. Individer som råkat ut för en whiplashskada och lever med whiplashrelaterade besvär är en utsatt grupp som behöver få komma till tals, bli förstörd och bli betrodd. Genom att ta del av patientens upplevelser och begrunda dem, kan sjuksköterskan få en förståelse för hur livsvärlden ser ut och har då större möjlighet att möta, stödja och vårda individen ur ett helhetsperspektiv (Dahlberg, et al. 2009).

PROBLEMFÖRMULERING

Whiplash är den vanligaste orsaken till bestående invaliditet efter en bilolycka. De flesta som drabbas av ett nacktrauma blir helt återställda, men för de 10 % som får bestående men så påverkas livssituationen avsevärt. Besvären som vanligtvis tillkommer gradvis kan bli kroniska. Eftersom whiplashskadan inte syns utanpå kan det vara svårt för den drabbade att förklara och påvisa sina symtom. Det tycks vara påfrestande att ideligen behöva ”bevisa” sin skada för omgivningen, vilket i sin tur kan leda till ett ökat lidande för individen. Vårdpersonal tycks ha bristande kunskaper om whiplash-problematiken, vilket gör att den drabbade känner hopplöshet och lidandet blir större. En sjuksköterska ska kunna bemöta en patient på ett optimalt sätt, men utan kunskaper om patientens situation så är denna förmåga begränsad. Det är därför av stor betydelse att skaffa sig kunskaper om hur den drabbade upplever sin livssituation.

Frågeställning:

Hur upplever individer med whiplashrelaterade besvär sin livssituation?

SYFTE

Syftet är att belysa hur det är att leva med whiplashrelaterade besvär.

METOD

Litteratursökning

Sökning efter vetenskapliga artiklar i databaserna Medline, Cinahl och PsycInfo utgick ifrån sökorden whiplash, whiplash-associated disorders, experience, neckpain, qualitative och interview i olika kombinationer och var för sig. Även referenslistor användes för att söka artiklar. Artiklarna skulle vara peer-reviewed och i första hand inte vara äldre än tio år. Mycket begränsat med material om upplevelsen av att leva med whiplashrelaterade besvär hittades (endast fyra kvalitativa artiklar, varav två inte var specifikt whiplashrelaterade utan ryggradsrelaterade). Därför beslutades att istället använda biografier som rör ämnet. Biografier ”ger kunskap om hur det är att leva i en speciell situation” (Dahlborg Lyckhage, 2006, s.143). Biografierna söktes i bibliotekskatalogen på Högskolan i Borås och på Södra Älvsborgs Sjukhus. Sökning i fritext på ordet whiplash gav 6 respektive 18 träffar i de olika bibliotekskatalogerna. Eftersom dessa inte innehöll enbart biografier så lades ordet biografi till och det resulterade i två träffar (en dublett) i respektive bibliotekskatalog. De tre träffarna var primärkällor, där två författare beskriver sin livssituation i var sin bok, och en tredje redaktör publicerar nio berättelser som whiplashskadade har skrivit om sig själva. Dessa ingår i analysen.

Titel	Författare	Typ av källa	Antal berättelser	Beskrivning
Min whiplash och jag	Fossmo Gunnar	Primärkälla	1	En man beskriver sin livssituation på följande sätt ”Min whiplash-skada är från 1969 och vi kommer fortfarande inte överens.”
När livet plötsligt tar en ny vändning – en whiplashrelaterad berättelse	Lindelöf Helen	Primärkälla	1	En kvinna beskriver sin egen situation som whiplashskadad, från olycksdagen och två år framåt.
Svarta nätter och snurriga dagar – Whiplashskadade berättar	Magnusson Catharina (redaktör, Nordiska museet)	Primärkälla	9	En man och åtta kvinnor berättar om sina liv både före och efter whiplashskadan.

Analys

En biografi är en skriven berättelse och när en berättelse analyseras inleds det med att texten först ses i sin helhet för att sedan analyseras till delar. Meningsbärande delar, som kan vara enstaka ord eller en hel mening, definieras så att innebörden är förståelig och sätts sedan samman i olika teman/kategorier beroende på likheter eller skillnader

mellan varandra. Dahlborg Lyckhage (2006, s. 144) menar vidare att det är viktigt att ha en ”medveten strävan om att hålla tillbaka den egna förståelsen av det som studeras” dvs. reflektera så att inte den egna kunskapen tar över i analysen.

Biografierna lästes flera gånger innan de meningsbärande delarna kunde definieras och de sex kategorierna formuleras. När texten sedan sattes ihop till en helhet i resultatet utgick den ifrån dessa kategorier. Texten och kategorierna styrktes med citat ur berättelserna.

RESULTAT

Analysen av de sammanlagt elva berättelserna resulterade i sex teman: känsla av otrygghet och ovisshet, känsla av att inte bli trodd och inte bli förstådd, känsla av sorg och saknad, känsla av att inte ha kontroll, behov av stöd och uppmuntran, acceptans och känsla av att kunna gå vidare. Följande citat beskriver övergripande hur det kan vara att leva med whiplashrelaterade besvär. En kvinna beskrev sin whiplashskada på följande sätt:

Du är min värste ovän. Du besvärar mig dag och natt och Du ger dig inte. Du biter dig fast och hindrar mig varje dag (Magnusson, 1997, s. 43).

Känsla av otrygghet och ovisshet

De flesta upplevde den närmaste tiden efter olyckan som förvirrande eftersom man inte riktigt förstod skadan man drabbats av. Flera berättade att de inte insåg omfattningen av den skada de råkat ut för. Symtomen, som ibland uppfattades som märkliga, uppstod gradvis och så gjorde även omfattningen av besvären. Det var inte självklart för den drabbade var de nytillkomna symtomen kom ifrån och de upplevdes som svåra att förstå (Lindelöf, 2001, Magnusson, 1997). Att inte förstå skapade en otrygghet och detta belystes av en kvinna som berättade:

Den svåra huvudvärken kunde jag härleda till olyckan men yrseln, illamåendet, och ljus- och ljudkänsligheten, vad var det? Högra handen domnade och jag tappade saker i golvet. En dag kunde jag inte ens hitta hem. Jag greps av panik. Höll jag på att förlora förståndet? (Magnusson, 1997, s. 25).

Svenskar tycks vara vana vid att sjukvården kan förklara och bota i de allra flesta fall. När det gäller whiplashskador är så oftast inte fallet. Skadorna kan oftast inte påvisas. De syns inte och kan inte mätas med den medicinska teknik som finns att tillgå idag. Men de flesta drabbade berättade att de ville ha svar, och ville få förklaringar till det som hände dem. När de sökte vård för sina tilltagande besvär, och inte fick några klar besked, så upplevdes det som frustrerande och förvirrande för många (Fossmo, 1994, Lindelöf, 2001, Magnusson, 1997). En kvinna berättade:

Det var överkligt när de på rondan talade om för mig att inget syntes på röntgen som kunde vara orsak till mina stora omfattande smärtor... Hela tiden väntade jag nog på att det skulle dyka upp något fel som de skulle kunna operera och sedan skulle allt bli bra (Magnusson, 1997, s. 13).

Flera av de whiplashskadade påtalade att trots att flertalet inom vården var vänliga så kändes det som om det fanns för lite kunskap om whiplashproblematiken. De gånger då förståelsen brast hos vårdpersonalen upplevdes som oerhört svåra och det tärde på deras, redan starkt begränsade, energi. Någon menade att man kunde få en känsla av att doktorn inte riktigt visste vad han skulle göra med den whiplashskadade patienten och det kändes obehagligt och otryggt när förklaringarna man förväntade sig uteblev (Fossmo, 1994, Lindelöf, 2001, Magnusson, 1997). En man ansåg att det var läkarens uppgift att ställa en diagnos och ge en förklaring. Det besked han fick när han sökte vård, var att han fick lära sig leva med sin problematik (Fossmo, 1994).

När det gäller framtiden beskrev de flesta att den var svår att förutspå, vilket både skapade en otrygghet och ingav en känsla av ovisshet. Läkaren hade svårt att yttra sig om framtiden och efter ett tag när besvären inte gav vika så utvecklades oron för hur morgondagen skulle komma att se ut. En man beskrev hur hans läkare uttalade sig om hans framtid:

Enligt intyget kan doktor Sven ej uttala sig om kvarstående men kommer att finnas kvar för mig, eller om mina besvär kan komma att flamma upp igen längre fram i tiden, Frågan jag ställer mig är, hur mycket vet läkarna i år om whiplash-skador... (Fossmo, 1994 s. 15).

Känsla av att inte bli trodd och inte bli förstådd

Smärtan, som var det vanligaste symtomet, kunde man kanske förstå, men alla andra svårförståeliga symtom såg man ingen logisk förklaring till. Man uppsökte läkaren, gång på gång, för att få en förklaring. Flera menade att det visserligen var svårt för någon annan att sätta sig in i och förstå den drabbades situation, men att det ändå var något man hela tiden önskade vara möjligt. Ibland kände de också att deras trovärdighet ifrågasattes (Fossmo, 1994, Lindelöf, 2001, Magnusson, 1997). Detta belystes av en man som berättade att när han vände sig till sjukvården och beskrev sina flertaliga symtom och sin besvärliga situation, så tittade läkaren på honom och förklarade att det var psykiska besvär han led av. Mannen fick lugnande preparat utskrivet och blev sjukskriven. Han berättade:

Där stod jag som ett levande fån och begrep inte ett dugg. Han hade med andra ord inte lyssnat en sekund på vad jag sagt eller så trodde han inte på mig och mina bekymmer (Magnusson 1997, s 29).

Några av individerna i biografierna uppgav att de kände sig ointressanta för läkaren – de kunde inte botas helt, hade svårtolkade och diffusa besvär och var därmed mycket svårbehandlade (Lindelöf, 2001, Magnusson, 1997).

En kvinna som besvärades av en mängd svårförståeliga symtom, berättade om ett besök hos sin läkare. Hon hade en lång lista med, för henne, obegripliga symtom och händelser som hon hoppades få en förklaring till. Hon började berätta om en händelse när läkaren, småskrattade och sa:

... du har ju passerat trettio nu, så det är sådant man får räkna med. Så där gör jag med ibland (Lindelöf, 2001, s. 33).

Efter detta kändes situationen svår för kvinnan och hon berättade:

Jag vågade inte berätta för min egen doktor hur hela bilden såg ut! Hans bemötande gjorde att jag inte tyckte mig ha stora utsikter att bli trodd och än mindre att han skulle bry sig om det (Lindelöf, 2001, s. 34).

Flera upplevde att myndigheter ofta ifrågasatte deras trovärdighet. Samtliga, i de berättelser som presenterades, upplevde att försäkringsbolag och försäkringskassor var instanser vilka det krävdes mycket energi för att orka strida mot. Denna energi saknades hos de drabbade och en man uttryckte detta på följande sätt:

... hur ska man orka med att strida... när man knappt orkar leva? (Magnusson, 1997, s. 32).

Mannen berättade om ytterligare ett tillfälle då han tvingades möta försäkringskassans totala oförståelse. Detta var efter att hans arbetssituation blivit ohållbar då han sjukskrivits vid upprepade tillfällen. Sårad berättade han:

Tjänstemannen undrade om jag inte blivit trött på att gå hemma ännu så att jag kunde börja arbeta och sköta mig (Magnusson, 1997, s. 30).

Flera menade att en stor del av oförståelsen för whiplashproblematiken ligger i att whiplashskadan inte går att se utifrån. Det hade varit lättare att bli trodd om skadan hade syns (Fossmo, 1994, Magnusson, 1997, Lindelöf, 2001). Detta belystes av två kvinnors berättelser. Den ena påpekade:

Vi har ingen rullstol som väcker sympatier, inga gipsade ben som synliggör problemet. Vi sitter framför våra läkare till synes helt oskadade och försöker få förståelse och hjälp med alla våra svårbeskrivna symtom (Magnusson, 1997, s. 26).

Den andra sa:

Ibland får man nästan ursäkta att man ser pigg och solbränd ut – då kan man väl inte ha ont?! (Magnusson, 1997, s. 131).

Eftersom whiplashskadan inte syns utanpå menade flera att de levde med ett dolt handikapp. De påpekade att det var vanligt att medmänniskor inte förstod att de hade ett handikapp som innebar att de inte kunde göra vissa saker eller delta i vissa aktiviteter. Att en aktivitet ena dagen kunde leda till sängliggande nästföljande dag hade många utomstående svårt att förstå. De påtalade att deras livssituation hade varit lättare om medmänniskor och vänner hade förstått. (Fossmo, 1994, Magnusson, 1997, Lindelöf, 2001). Detta belystes av en kvinna när hon berättade om omgivningens reaktion när hon tackade nej till aktiviteter som hon älskade bara för att morgondagen skulle bli så smärtsam:

Detta gör att många undrar vad jag egentligen håller på med och vad jag gör med mitt liv. När dom frågar så förklarar jag att jag fortfarande kämpar för att få ett drägligt liv och dom godtar den förklaringen. Sedan går det några månader och då tror dom att jag är bra bara för att jag inte gnäller över att jag har ont... Detta sliter psykiskt och fysiskt på mig. Jag blir spänd när jag måste förklara hela tiden att jag inte orkar göra vissa saker längre och det för att jag får mer värk än jag behöver ha (Magnusson, 1997, s. 80).

En annan kvinna berättade:

Det värsta är att ingen tror på en. Ingen fattar hur ont man har, hur trött man blir av den ständiga värken, hur ledsen och deprimerad man egentligen är... Orken är inte som förr men det enda man får höra är att man är lat. Hur ska man få folk att förstå hur ont man har varje timme och minut under dygnet. Hur ska man få folk att förstå att man inte klarar av vissa saker när inget syns på en (Magnusson, 1997, s. 46).

Att få en diagnos tycktes vara viktigt för de flesta. Det beskrevs som en bekräftelse på att det fanns fysiska orsaker till besvären trots att medicintekniska undersökningar inte resulterat i något som kunde kopplas till besvären. Flera uttryckte det som en lättnad och en upprättelse när diagnosen, trots dess allvarliga innebörd, fastställdes (Fossmo, 1994, Magnusson, 1997, Lindelöf, 2001). Detta belystes av en kvinna som berättade om när hon fick sin diagnos:

Den dagen blev en vändpunkt i mitt liv. Efter fem år hade jag äntligen fått en diagnos. Min glädje visste ingen gräns och jag grät och skrattade om vartannat. Mina symtom gick att förklara och nu kunde jag ta itu med problemet på rätt sätt. Jag skymtade ett ljus i mörkret (Magnusson, 1997, s. 26).

Känsla av sorg och saknad

Samtliga berättade att livssituationen förändrades efter olyckan. Skadan beskrevs som ett hinder som var i vägen för livet man ville fortsätta leva. De flesta upplevde att man förändrades i sin personlighet och en känsla av sorg över att inte vara som förr infann sig. De beskrev att när man har så ont, så orkar man inte riktigt med vardagen; tålamodet tryter, irritationen ökar, humöret pendlar och kroppen känns ofattbart skör. Man kände inte igen sig själv, och kunde bete sig på ett sätt som man egentligen inte ville, men ändå gjorde. Den gamla identiteten kändes förlorad och det uppstod en önskan att förändringen aldrig hade hänt (Fossmo, 1994, Magnusson, 1997, Lindelöf, 2001). Detta belystes av en kvinna på följande sätt:

Dagarna går och inget blir gjort. Tänker att om det ska vara så här så vet jag inte... Längre än så tänker jag inte, blir rastlös av smärtan. Vet inte var jag ska ta vägen. Kan inte läsa, orkar bara lyssna på musik korta stunder. Jag går inte att ha till nåt. Jag känner att det inte finns plats för mig att vara så här dålig... Och jag känner att jag vill inte! Vill inte vara så här. Vill så

mycket men kan inte, orkar inte (Magnusson, 1997, s. 116). Mitt förra jag var så mycket mer... Det lilla jag gör tar lång tid mot förr... Allt får man be andra hjälpa till med. Livet är liksom halvt... (Magnusson, 1997, s. 118).

Det tycktes vanligt att det sociala livet begränsades och flera kände sorg över att vara tvungna att ge upp aktiviteter man tidigare deltog i. Fortsättningsvis beskrev flera svårigheten med att vistas runt många personer samtidigt eftersom ljud är svåra att särskilja då man har koncentrationssvårigheter (vilket var ett vanligt symptom för många).

Livet liksom krymper (Magnusson, 1997, s. 40) är ett citat som belyste detta.

En annan kvinna berättade om förändringen och menade:

Det är nog egentligen svårast för en självtänksam för man sörjer ju den personen som man var förut. Man saknar någon, någonting... Det är inte lätt att skaffa nya intressen som ska passa en skadad nacke och ett "stukat" intellekt. Det tog mig drygt två år att förstå att jag genomgick något slags sorgearbete (Magnusson, 1997, s. 41).

Arbetet upplevdes som en viktig del av livet för de flesta och yrkesidentiteten var en betydelsefull roll. När arbetssituationen blev ohållbar och det inte var möjligt att arbeta på samma sätt som före olyckan så upplevde de flesta att livssituationen blev ansträngd. Detta beskrevs av två kvinnor:

Man upplever stor ångest och uppgivenhet när vardagen ändrar karaktär och arbetsgemenskap och invanda rutiner byts mot isolering och handlingsförlamning (Magnusson, 1997, s. 26) och plötsligt var jag en sådan där som började snylta på alla och envar istället för att arbeta flitigt och betala massor med skatt (Lindelöf, 2001, s. 79).

Behov av stöd och uppmuntran

De drabbade påpekade återkommande att stöd och uppmuntran var av största betydelse för att orka med vardagen. Även om stödet från den allra närmaste i familjekretsen var ovärderligt upplevde dock de flesta att det inte riktigt räckte, utan att stöd även från de som inte "var tvungna" att stödja pga av den nära relationen, var nödvändigt för att få livet att fungera (Fossmo, 1994, Lindelöf, 2001, Magnusson, 1997). Detta belystes av en man som berättade:

Jag har tagit mig ur den djupa kris jag var i och idag lever jag ett mycket lyckligt liv. Detta är också tack vare den läkare jag har. Hon har under alla dessa år stöttat mig i både vått och torrt. Hon har hjälpt mig mot försäkringskassan och mot bolag när de har bråkat. Hon gör ingenting utan att först rådfråga mig om vad jag tycker, och det är i allt... Det är en människa med hjärtat på rätta stället! (Magnusson, 1997, s. 36)

En annan man menade att man har fullt upp med att klara av sin skadesituation, som tar all ork och energi, och därför är även stöd från vårdgivare och myndigheter och andra berörda instanser av största betydelse (Fossmo, 1994). Behovet av medmänsklighet tycktes stort för samtliga, och sjukgymnasten, som den whiplashskadade ofta hade nära kontakt med, tillgodosåg många gånger detta behov (Lindelöf, 2001, Magnusson, 1997). En kvinna belyste detta när hon uttalade sig om sin sjukgymnast:

Det var tur att jag under den här tiden hade min sjukgymnastkontakt. Inte bara för behandlingen skull, utan också för den mänskliga... Han fick svara på många frågor och lyssna till många funderingar. Utan hans funderingar, tankar, idéer och erfarenhet av andra fall hade det varit otroligt jobbigt. Han blev mitt största stöd mitt i bedrövelsen (Lindelöf, 2001, s. 34).

Det finns förstås undantag och en annan kvinna visade på skillnaden mellan två sjukgymnaster hon haft och berättade först att:

Min sjukgymnast, som själv har en whiplashskada, var mitt ovärderliga stöd. Vi pratade och jag kunde berätta om alla, som jag tyckte, fåniga symptom och rädslor jag hade. Hon förklarade också bra och lättfattligt vilket ofta lugnade oron inom mig (Magnusson, 1997, s. 13).

Hon berättade sedan om en annan sjukgymnast som sa till henne att det är bara att acceptera att whiplash inte går att göra någonting åt och

... ju förr jag fattade det ju bättre ansåg sjukgymnasten (Magnusson, 1997, s. 16).

Flera av de drabbade kände att kontakt med andra whiplashskadade var viktigt. De kände sig då inte så ensamma i sin situation. Det framstod som ett stöd i sig att förstå att andra delade likartade upplevelser (Fossmo, 1994, Lindelöf, 2001, Magnusson, 1997).

Några upplevde att deras husdjur gav dem glädje och uppmuntran, speciellt under svåra perioder, Hunden, som var det husdjur som påtalades, kunde avläsa husses/mattes sinnesstämning och agera därefter vilket var mycket uppskattat (Lindelöf, 2001, Magnusson, 1997). Detta belystes av två kvinnor som beskrev sina hundar:

När vi flyttade ut på landet skaffade vi en liten dvärgcollie, vilket har varit mycket värdefullt. Det är ett fantastiskt sällskap och en bra anledning att komma ut i friska luften... På morgonen stiger han inte upp förrän jag gör det och det verkar som han förstår när jag är dålig och måste vila (Magnusson, 1997, s. 95)

Nappe ser precis vilket humör jag är på. Han skrattar så framtänderna syns och ylar serenader av lycka när jag kommer hem. Han gillar mig fast jag är totalt utslagen ibland och inte alls kan göra det vi gjorde förr... Hund rekommenderas varmt (Magnusson, 1997, s. 112).

Känsla av att inte ha kontroll

Samtliga berättade att smärtan dominerade vardagen och flera beskrev att det var som att leva i en berg- och dalbana; emotionellt, existentiellt, fysiskt och ekonomiskt. Man kunde aldrig veta hur nästa dag skulle se ut eller vad man skulle orka med. Det kändes omöjligt att planera sin tid eftersom hälsotillståndet var så opålitligt och det upplevdes som frustrerande att inte kunna kontrollera sin situation. Det man gjorde ena dagen fick konsekvenser för nästa dag och flera berättade att man fick ”sota för” till synes helt vardagliga aktiviteter, som att laga mat, duscha, tvätta eller leka en stund med barnen (Lindelöf, 2001, Magnusson, 1997). En kvinna belyste detta när hon sa:

De flesta prioriterar av tidsbrist, jag prioriterar av fysiska skäl för att jag skall orka gå upp på morgonen och klara av dagen. Att inte kunna planera min tid i mer än en dag framåt är mycket påfrestande. Att inte veta om jag kan tvätta när jag äntligen har fått en tvättid i tvättstugan, att inte veta om jag kan kliva upp ur sängen på morgonen utan att det tar en halvtimme innan jag kan stå på mina ben (Magnusson, 1997, s. 73).

Skadan gjorde också att man behövde få hjälp med vardagliga företeelser och flera beskrev att man hamnade i en beroendesituation (Fossmo, 1994, Lindelöf, 2001, Magnusson, 1997). En kvinna berättade:

Jag kunde inte klä mig själv... Jag kunde inte dra en tröja över huvudet. Jag kunde inte få på mig en behå själv. Kunde inte tvätta håret... Jag blev helt beroende av min man (Lindelöf, 2001, s. 55).

Det beskrevs också att man varit tvungen att lära sig att leva i nuet eftersom det var så svårt att kontrollera sin tillvaro (Lindelöf, 2001, Magnusson, 1997). En kvinna berättade:

Jag vet inte om jag kommer att kunna jobba mer... Det enda jag har idag är nuet. Jag vet inte om jag är sängliggande imorgon Jag vet inte om jag kommer att komma ihåg mötet nästa vecka. Jag vet inte om jag är i skick att ta mig till tandläkaren när jag skall dit på torsdag. Jag vet bara hur läget är just i detta nu. Inte i morgon, inte om en timme. Nu. Ett jättekort nu (Lindelöf, 2001, s. 203).

Acceptans och känsla av att kunna gå vidare

Flera påpekade att det tar tid att acceptera en bestående förändring. Trots den långa krisbearbetningstiden som whiplashskadan krävde hos samtliga, så hade vissa ändå kommit så långt att de accepterade sitt förändrade liv. Andra hade, än så länge, inte kommit till det stadiet, utan befann sig fortfarande i en situation av frustration och uppgivenhet. (Fossmo, 1994, Lindelöf, 2001, Magnusson, 1997). De som nått fram till ett accepterande berättade om strategier och omvärderingar de gjort i sina liv. De berättade att de kommit till insikt och börjat förstå sig själva och sin kropp. Strategierna för att fungera i vardagen gjorde att det kändes ganska uthärdligt. De lyssnade när kroppen sa ifrån och bad om hjälp när det behövdes utan att känna någon skuld för det. Det kände att det var okej att ”ta plats”, kunna säga nej, och att inte kunna arbeta 8

timmars arbetsdag (Lindelöf, 2001, Magnusson, 1997). Detta belystes av en kvinna som sa:

Jag kom till insikt efter insikt och började förstå min situation på ett helt nytt sätt. För första gången tänkte jag tanken att man kan ha ett människovärde även om man inte kan arbeta heltid, plus en massa övertid (Lindelöf, 2001, s. 101).

Flera menade att man fick omvärdera vad som är viktigt, öppna sina sinnen och glädjas och njuta de stunder som man mår bättre och lära sig leva på de positiva stunder som livet ändå erbjuder. En kvinna uttryckte detta på följande sätt:

Det gäller att hitta ett nytt mönster att leva efter, en egen väg att gå, som leder fram till en meningsfull tillvaro. Det är först när all ilska och självömkan frigjorts som man är kapabel att bygga broar och ta nya initiativ. Det är en lång och smärtsam process men när man väl nått fram ser man livet med nya ögon” (Magnusson, 1997, s. 26) och ”Det är du själv som måste hitta ut ur tunneln, ty vi lever här och nu och det finns oändligt mycket att glädja sig åt om man bara öppnar sina sinnen (Magnusson, 1997, s. 27).

DISKUSSION

Metoddiskussion

Initialt så söktes både kvantitativ och kvalitativ litteratur för att beskriva upplevelsen av att leva med whiplashrelaterade besvär. Det visade sig att den kvalitativa litteraturen var starkt begränsad och det kvantitativa materialet beskrev inte konkret upplevelsen av att leva med whiplash. De kvantitativa artiklarna var oftast baserade på enkätinformation där inget utrymme för individuella beskrivningar kan ges, utan informationen är styrd av de förtryckta frågorna. Att välja en kvalitativ ansats för att beskriva en upplevelse kändes således som det bästa valet. Eftersom de kvalitativa artiklarna som hittades var allt för få, beslutades att använda biografier istället.

Att göra en litteraturstudie för att söka kunskap om en upplevelse kändes inte optimalt, men att använda biografier tycktes som ett bra alternativ om man ändå beslutat att basera uppsatsen på redan skrivet material. I biografierna har de drabbade själva berättat om sin livssituation, och det är just den informationen som eftersöktes. Livet beskrivs genom våra livsberättelser (Skott, 2004) och det är motiverat att använda en biografi när man söker kunskap om upplevelsen av livssituationen för en individ menar Dahlberg när hon uttrycker ”en biografi är ett material som beskriver hur människor erfar världen eller delar av den och utgör en källa för analyser som syftar till att ta del av hur människor i olika skeenden i livet erfar sin värld. De utgör ”livsbeskrivningar” som kan vara skrivna i ett underhållande eller upplysande syfte men de innehåller ofta detaljerade och rikliga beskrivningar av hur människor erfar sin vardag och utgör därför ett intressant material även i ett vetenskapligt syfte (Dahlborg Lyckhage, 2006, s. 140).

Två av biografierna är skrivna av informanterna själva och en av källorna består av berättelser som en redaktör satt samman. Redaktören påpekar att ev. redigeringsarbete har varit i samförstånd med respektive författare och informanternas ”personliga uttryckssätt och stil har konsekvent lämnats företräde framför vedertagna språkregler” (Magnusson, 1997, s. 136). Man bör dock vara medveten om att det finns en risk för att det ursprungliga och genuina som författaren delgivit kan komma att modifieras när det ”förs på tal igen” då ett redigeringsarbete görs. Även när författaren själv skriver sin biografi, så finns ett medvetande, i skrivandets stund, om att detta kommer att kunna läsas av andra (ej speciellt utvalda av författaren själv, utan ”vem som helst”). Det kan kanske leda till att vissa detaljer i upplevelsen av livssituationen, som inte är till författarens fördel, utelämnas. Det synes därför att föredra att göra en egen kvalitativ intervjustudie om man söker kunskap om en upplevelse. Då får man höra de exakta orden och de specifika tonlägena som kan vara så betydelsefulla i förståelsen för hur en individ upplever en situation. Detta planerar jag att göra i min fortsatta forskning kring upplevelsen av att leva med whiplash.

Analysen innebar att samtliga biografier lästes igenom flera gånger. De var ett tidskrävande arbete eftersom det rörde sig om cirka 350 sidor. Jag förstod, allt eftersom jag läste, att det var nödvändigt att läsa texterna flera gånger då det klarnade mer och mer vad texterna hade för innebörd och vad som var meningsbärande enheter. När de sedan sattes samman i teman var det dock svårt att namnge dessa så att de beskrev innehållet på ett heltäckande sätt. Vissa teman interagerar med varandra.

Jag är medveten om att min egen förförståelse kring ämnet kan ha påverkat analysen även om det fanns en medveten strävan att åsidosätta den.

Resultatdiskussion

Resultatet visar att de drabbades liv har förändrats påtagligt efter den olycka de varit med om. I samtliga berättelser får man följa den whiplashskadades personliga upplevelser om vardagliga företeelser och hur den sociala omvärlden uppfattas. De beskriver på ett gripande sätt hur livssituationen ser ut för dem och vad de tror om sin framtid. Det är elva individuella berättelser, men man kan ändå finna många likheter i dem. På samma sätt visar Husøy (2005) i föreliggande studie att informanterna förmedlade betydelsefull kunskap om vad som var viktigt för dem och de gav tämligen likartade redogörelser för sin livsvärld. Husøy säger vidare att det är viktigt för all vårdpersonal, men speciellt för sjuksköterskan, att ha god kunskap om de mångfacetterade besvär som dessa patienter kan uppleva och vilka individuella behov som kan finnas.

De sex teman som framkommer i resultatet; känsla av otrygghet och ovisshet; känsla av att inte bli trodd och inte bli förstådd; känsla av sorg och saknad; behov av stöd och uppmuntran; känsla av att inte ha kontroll; och slutligen acceptans och känsla av att kunna gå vidare går ibland in i varandra – de interagerar. Ett exempel på detta är när symtom, som kunde uppstå gradvis, inte riktigt kunde förklaras av varken läkaren eller den drabbade själv. Symtomen uppfattades ofta märkliga och passade inte riktigt in i skademönstret som var allmänt vedertaget för just den situation som individen råkat ut för. T.ex. en liten krock som inte ens gjort någon speciell åverkan på bilen kunde väl

ändå inte ge sådana märkliga besvär som ljud- och ljuskänslighet eller extrem trötthet? Här interagerar flera teman. Individen känner otrygghet när symtomförklaringar uteblir, en känsla av att bli ifrågasatt och misstrodd kan också finnas eftersom det känns som om läkaren inte tror på symtombeskrivningarna och detta kan leda till att individen känner en enorm saknad av sitt liv före olyckan. Det är möjligt att även en känsla av att inte ha kontroll också finns hos individen i denna situation. Kanske tänker han/hon: Hur ska jag reda ut mitt liv när ingen kan hjälpa mig att förstå och ingen kan förklara. Vart tog mitt gamla liv vägen? I biografierna berättar de drabbade att de ofta kände sig missförstådda och att deras trovärdighet ibland ifrågasattes. Framförallt personal från olika myndigheter, men också vårdpersonal, kunde framkalla dessa känslor. Russel och Nicol (2009) visade i en studie att flera av läkarna inte förstod hur deras whiplashskadade patienter upplevde sin situation, vad de kände inför sin skada eller vilka tankar de hade om sitt tillstånd. Detta sågs som ett hinder till den patientfokuserade vård som vi strävar efter att bedriva idag.

Det är alltså av största betydelse att de som vårdar en individ med WAD uppmärksammar att livssituationen är komplex. Finns det ingen konkret förklaring till symtomet som plågar och förbryllar individen, så behöver inte det betyda att vården inte har något mer att ge. Som sjuksköterska eller annan vårdare kan man försöka identifiera de specifika behov som individen uttrycker. Det är kanske inte enbart en symtomförklaring som är betydelsefullt. Sjuksköterskan kan sätta sig in i hur individens psykosociala situation ser ut. Finns det ett stöttande nätverk runt individen? Hur ser arbetssituationen ut? Har individen bearbetat den kris som en olycka ofta innebär? Vilka strategier kan vara lämpliga för att lindra individens lidande? Strategierna baseras på de specifika behov man identifierat, och inte enbart på vilket symtom som individen beskrivit.

Temat känsla av sorg och saknad beskriver de drabbades frustration över att inte kunna leva sitt liv som tidigare. De beskriver att de, mot sin vilja, förändrats och inte känner igen sig. Det är betydelsefullt att, både vårdpersonal och medmänniskor, har kunskap om och förståelse för detta. Det är lätt att glömma att förändringar i humör, tålamod och sociala förmågor långt ifrån alltid är självvalda. Ett bristande tålamod t.ex. kan bero på att individen har haft konstant ont just denna dagen och orkar till slut inte fungera på samma sociala sätt som tidigare.

Informanterna beskriver livet som att leva i en berg- och dalbana under temat känsla av att inte ha kontroll. Planering för morgondagen beskrivs som omöjligt eftersom hälsotillståndet är så opålitligt. Ibland kan de inte klara av de mest banala vardagssituationer. Familjen, vänner, arbetskamrater och även myndighetspersonal den drabbade kan ha kontakt bör ha i åtanke att en, för dem, lättsam och trevlig social aktivitet kan upplevas som lättsam ena dagen för att nästa dag kännas helt omöjlig att genomföra för den som lider av whiplashrelaterade besvär.

Eftersom livssituationen blivit så påfrestande påpekar de drabbade återkommande att behovet av stöd och uppmuntran är nödvändigt för att de ska orka med sin vardag. Som sjuksköterska fyller man en viktig funktion i att stödja och uppmuntra. Det är oftast en sjuksköterska som utgör den första kontakten inom primärvården då patienten ringer för att berätta om sin situation. Reda i det inledande samtalet kan sjuksköterskan stötta,

uppmuntra och vägleda vidare efter att ha lyssnat och reflekterat över de specifika behov som föreligger just denna patient.

Några av informanterna hade, efter lång krisbearbetning, accepterat sin situation, medan andra fortfarande upplevde livet som ett kaos. De som nått fram till acceptans berättar att de börjat förstå sig själva och sin kropp och gjort omvärderingar om vad som är viktigt i livet. Husøy (2005) visar på liknande resultat då informanterna i studien testat sina gränser och lärt sin nya sätt att bemästra situationer i vardagen. De har lärt sig att lämna en stressande situation och att våga säga nej då de känner att de inte orkar.

Egna erfarenheter och reflektioner

Temat ”känsla av att inte bli trodd och inte bli förstådd” var, för mig, mycket lärorik. I rollen som projektkoordinator för ett forskningsprojekt om whiplash har jag under två års tid träffat och samtalat med över 100 individer med långvariga whiplashrelaterade besvär. Jag har spenderat åtskilliga timmar att lyssna på livsberättelser och jag har förstått att det funnits ett stort behov hos dessa att delge sin vardagssituation. Men jag har nog inte riktigt förstått hur de verkligen har det. Jag har emellanåt ansett att de överdrivit sin oförmåga att genomföra vissa aktiviteter och tyckt inom mig att ”så farligt kan det ju bara inte vara och ibland måste man ju faktiskt bita ihop.” Jag har ändrat min uppfattning efter att ha läst och begrundat biografierna. Den som inte orkar komma på en avtalad tid...orkar faktiskt inte det. Jag, som sjuksköterska ELLER medmänniska, kan inte avgöra att individen visst borde orka med det eftersom han/hon ju BARA har den enda tiden att passa på hela dagen... långtidssjukskriven eller sjukpensionär som han/hon är. Att leva med ständig värk, att aldrig veta hur man mår imorgon, att inte kunna gå på en fest p.g.a. alla ljud, att inte kunna få hjälp för sina besvär och dessutom få en känsla av att doktorn inte ens tror på det man säger....ja, då är det inte lätt att orka med. Det har jag insett nu.

Det är när man verkligen förstår patientens situation som man kan se vilka individuella behov som finns. Kan man sedan tillgodose behoven leder det förhoppningsvis till ett minskat lidande för patienten. Enligt Eriksson (1994, s. 82) ”har vårdandet och olika slag av vårdorganisationer uppkommit i syfte att lindra det mänskliga lidandet,” och det tolkar jag som att vi som sjuksköterskor finns för att lindra lidandet hos våra patienter. Jag kan se behovet av att delge sin livsvärld som något genomgående hos de individer jag mött och samtalat med i mitt arbete som projektkoordinator under de senaste två åren. Jag har lyssnat, tålmodigt, på deras berättelser och låtit dem tala till punkt (även om samtalen kunnat sträcka sig till närmare två timmar), men så här efteråt, funderar jag på om jag verkligen bemött dem på bästa sätt. Det irriterade mig när patienterna inte höll avtalade tider eller svarade i telefon när jag sökte dem. Eller när de helt enkelt sa att de inte kunde vara med i forskningsstudien längre för det var för mycket för dem (vilket jag bett dem överväga innan de tackade ja till studien). Min dolda (hoppas jag) ilska när detta inträffade avspeglade sig säkert vid nästa möte. Även om jag inte sa något negativt till dem, så förstår jag nu att de säkert upplevde att jag inte förstod deras situation. Så här i efterhand så måste jag nog förhålla mig kritisk till hur jag mötte dessa individer. Min ilska hade nog sitt ursprung i min egen frustration att inte lyckas genomföra studien perfekt utan några avhopp.

Som sjuksköterska och vårdpersonal gäller det att man använder sina vårdvetenskapliga kunskaper i sitt praktiska arbete. Man vet ju att en patient inte är den andre lik, men trots det tenderar man att ibland möta patienter som tillhör en patientgrupp på samma vis. Med sin kunskap, gäller det att känna av varje enskild patient och försöka komma på vad just denna individ har för behov och hur de kan tillgodoses på ett bra sätt.

REFERENSER

- Bengtsson, J. (1987). *Edmund Husserls filosofi. En introducerande översikt över hans fenomenologi och dess inflytande*. Göteborgs universitet, sociologiska institutionen, forskningsrapport nr. 90.
- Berglund, A., Alfredsson, L., Jensen, I., Bodin, L. & Nygren, A. (2003). Occupant- and crash-related factors associated with the risk of whiplash injury. *Annals of Epidemiology*, 13(1), 66-72.
- Bunketorp-Käll, L., Andersson, C. & Asker, B. (2007). The impact of subacute whiplash-associated disorders on functional self-efficacy: a cohort study. *International Journal of Rehabilitation Research*, 30(3), 221-226.
- Dahlberg, K. (1997). *Kvalitativa metoder för vårdvetare*. Lund: Studentlitteratur.
- Dahlberg, K., Segesten, K., Nyström, M., Suserud, B-O. & Fagerberg, I. (2003). *Att förstå vårdvetenskap*. Lund: Studentlitteratur.
- Dahlberg, K., Todres, L. & Galvin, K. (2009). Lifeworld-led healthcare is more than patient-led care: an existential view of wellbeing. *Medicine Healthcare and Philosophy*, 12, 265-271.
- Dahlborg Lyckhage, E. (2006). Att analysera berättelser (narrativer). Ingår i F. Friberg (red.), *Dags för uppsats – vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s.139-148). Danmark: Studentlitteratur.
- Eck, J. C., Hodges, S. D. & Humphreys, S. C. (2001). Whiplash: A Review of a Commonly Misunderstood Injury. *American Journal of Medicine*, 110, 651-656.
- Eriksson, K. (1994). *Den lidande människan*. Arlöv: Liber Utbildning.
- Ferrari, R. (2003) Myths of whiplash. *Surgeon*, 99(2), 101-103.
- Fossmo, G. (1994). *Min whiplash och jag*. Arboga: Textab.
- Guez, M. (2006). *Chronic neck pain. An epidemiological, psychological and SPECT study with emphasis on whiplash-associated disorders* (akad.avh.). Umeå university, Division of orthopedics, department of surgical and perioperative science, Umeå.
- Holm, L. W., Carroll, L. J., Cassidy, J. D., Skillgate, E. & Ahlbom, A. (2008). Expectations for recovery important in the prognosis of whiplash injuries. [Electronic version]. *PLoS Medicine*, 5(5)0760-0767.
- Holm, L., Cassidy, J. D., Sjögren, Y. & Nygren, A. (1999). Impairment and work disability due to whiplash injury following traffic collisions. An analysis of insurance material from the Swedish Road Traffic Injury Commission. *Scandinavian Journal of Public Health*, 27(2), 116-123.

- Husøy, G. (2005). Livet etter trafikkulykken. *Vård i Norden*, 75(25), 16-20.
- Krafft, M. (1998). *Non-fatal injuries to car occupants: injury assessment and analysis of impacts causing short- and long-term consequences with special reference to neck injuries* (akad. avh.). Karolinska Institutet, Stockholm.
- Lindelöf, H. (2001). *När livet plötsligt tar en ny vändning – en whiplashrelaterad berättelse*. Kumla: ProLitterA.
- Lovell, M. E. & Glasko, C. S. B. (2002). Whiplash disorders – a review. *Injury, International Journal of the Care of the Injured*, 33, 97-101.
- Grottkau, B. (2003). Whiplash and other useful illnesses. Book review. *The New England Journal of Medicine*, 348(14), 1413-1414.
- Magnusson, C. (Red). (1997). *Svarta nätter och snurriga dagar. Whiplashskadade berättar*. Stockholm: Svenskt Tryck AB.
- Nationalencyklopedin. (2009). [Http://www.ne.se/pisksnärtsskada](http://www.ne.se/pisksnärtsskada).
- Richter, M., Ferrari, R., Otte, D., Kuensebeck, H-W., Blauth, M. & Krettek C. (2004). Correlation of clinical findings, collision parameters, and psychological factors in the outcome of whiplash associated disorders. *Journal of Neurological Psychiatry*, 75, 758-764.
- Russel, G. & Nicol, P. (2009). "I've broken my neck or something!" The general practice experience of whiplash. *Family Practice*, 26, 115-120.
- Seferiadis, A., Rosenfeld, M. & Gunnarsson, R. (2004). A review of treatment interventions in whiplash-associated disorders. *European Spine Journal*, 13, 387-397.
- Spitzer, W. O., Skovron, M. L., Salmi, L. R., Cassidy, J. D., Duranceau, J., Suissa, S. et al. (1995). Scientific monograph of the Quebec Task Force on whiplash-associated disorders: redefining "whiplash" and its management. *Spine (Phila Pa. 1976)*, 20(8 suppl), 1-73.
- Skott, C. (Red). (2004). *Berättelser i teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur.
- Tenenbaum, A., Rivano-Fischer, M., Tjell, C., Edblom, M. & Stibrant Sunnerhagen, K. (2002). The Quebec classification and a new Swedish classification for whiplash-associated disorders in relation to life satisfaction in patients at high risk of chronic functional impairment and disability. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 34, 114-118.
- Whiplashkommissionen (2005). *Whiplashkommissionens slutrapport 2005*. Hämtad 2009-10-09 från "http://www.whiplashkommissionen.se/pdf/Wk_slutrapport2005.pdf"