



Lene Mosberg-Stangeby

**Livet to år etter multitraume;
erfaringer, utfordringer og anbefalinger**

**Masteroppgave i rehabilitering og habilitering
Høgskolen i Oslo og Akershus, Fakultet for helsefag**

Vår 2013

Forord

Proessen med denne oppgaven har vært utelukkende spennende og lærerik.

En takk til min veileder Helene Lundgaard Sjøberg, for at du har gitt meg tilgang til materialet ditt, og for å ha vist fleksibilitet i forhold til å gjennomføre veiledingstimer på Skype.

En stor takk til medstudent Ina og ansvarlig for masteroppgaven Astrid Bergland, for gode råd i en avgjørende fase.

Takk til Cathrine, Sara og Anne, som alle tok seg tid til å lese gjennom oppgaven og komme med konstruktive tilbakemeldinger.

Takk til Veslemøy, for gode diskusjoner og samtaler gjennom disse tre årene. Spesielt det siste året hadde vært ensomt uten deg.

Den største takken går til min kjære Thomas, som har bidratt med alt fra gjennomlesning til datatekniske utfordringer. Mest av alt, takk for at du har troen på meg og for at du har tatt det fulle ansvaret i hjemmet alle ukene jeg har reist til Norge.

Sist, men ikke minst, takk til Karoline for den daglige påminnelsen om hva som er viktig her i livet.

God lesning.

Lene Mosberg-Stangeby

Sammendrag

Bakgrunn: I tråd med at stadig flere overlever alvorlige traumer, har man hos pasientgruppen multitraumatiserte fått et større fokus på rehabilitering og funksjon. Det har vært økt oppmerksomhet rundt konseptet livskvalitet, som en mulig måte å fastslå utfallet etter traume. Forskning på utfall hos pasientgruppen multitraumatiserte, kjennetegnes av å være målt kvantitativt ved hjelp av diverse livskvalitetsmåleinstrumenter. Forskere på feltet påpeker vanskelighetene med å sammenligne resultatene, og begrunner dette med en utstrakt bruk av ulike måleverktøy. Det er også reist spørsmål rundt hvorvidt disse generiske måleverktøyene som benyttes er sensitive nok. Hensikten med denne studien har vært å finne ut hva de multitraumatiserte pasientene ved hjelp av egne ord vektlegger av erfaringer, utfordringer og anbefalinger om livet og rehabiliteringen to år etter skade, og på hvilken måte mestringsaspektet kommer frem. **Forskningsspørsmål:** 1) Hvilke ressurser legger multitraumatiserte pasienter vekt på som viktige for å mestre hverdagen og ha et godt liv to år etter skade? 2) Hvilke utfordringer møter de, og på hvilken måte kommer mestringsaspektet inn i svarene som er gitt? 3) Ut i fra egen erfaring, hva mener de det bør legges vekt på ved rehabilitering etter ulykker? 4) Har alder og kjønn noe å si for hva de erfarer knyttet til ressurser og utfordringer, og hva de mener det bør legges vekt på ved rehabiliteringen etter ulykker? **Metode:** Utvalget bestod av 101 multitraumatiserte pasienter som to år etter skade har svart på tre åpne spørsmål. Det er gjort en kvalitativ innholdsanalyse av materialet. **Resultater:** Studien viser at ressurser som i størst grad blir vektlagt som viktige for å ha et godt liv etter skade er sosialt nettverk, hjelpen fra helseapparatet og aspekter ved egen personlighet. Tilbake i hverdagen viser de største utfordringene seg å være relatert til aspekter ved den fysiske kroppen, psyken, den sosiale rollen, det å komme tilbake i jobb eller skole, aksept av situasjonen og det mer overordnede ved å komme tilbake til dagliglivet. Når det gjelder anbefalinger for hva som bør vektlegges ved rehabilitering etter ulykker, var det stor enighet blant respondentene om at forbedringspotensialet ligger på psykisk og individuell oppfølging og riktig og god informasjon. Gjennomgående for respondentene er at de later til å mestre utfordringene ved hjelp av en resilient mestringsstil. Analysen av hva som blir vektlagt ut i fra kjønn og alder har bidratt til å belyse de øvrige resultatene. **Diskusjon:** Nye perspektiver på utfall fremkommet i denne studien, bidrar til en økt forståelse og et nyansert bilde på multitraumatiserte pasienters liv etter skade. Funnene tyder på at det er behov for flere kvalitative studier som ser på utfall etter multitraume, noe som igjen kunne resulterte i et mer sensitivt verktøy for å evaluere utfall hos denne pasientgruppen. **Nøkkelord:** Multitraume, rehabilitering, livskvalitet, utfall, mestring.

Summary

Background: As the number of individuals surviving serious trauma has increased, a greater emphasis has been placed on rehabilitation and functional outcome. The concept of quality of life has gained more attention as a possible way to determine the outcome of trauma patients. The majority of research into quality of life has used quantitative methods, including various rating scales and questionnaires. However, some researchers highlight the difficulty of comparing results due to the wide range of measurement tools utilized. The question has also been raised as to whether these generic outcome measurements are sufficiently sensitive. The purpose of this study has been to gain knowledge of what experiences, challenges and recommendations to which a group of patients with multiple traumas give emphasis, and how they are coping, living with their injuries, two years after injury. **Research questions:** 1) What tools and resources do patients value as important, in order to live a good life with multiple traumas, two years after injury? 2) What challenges do they face, and how are they coping, living with their injuries? 3) Based on their experience, what are their recommendations regarding rehabilitation after injury? 4) Does age and gender have any significance with regards to their experiences, challenges, and recommendations? **Method:** 101 multi-traumatized patients answered three open questions two years after injury. The material has been analyzed using qualitative content analysis. **Results:** This study shows that resources emphasized as important in order to have a good life after injury include social support, support from health care providers and individual personality. In addition to the general difficulty of returning to everyday life, the patients claim that their biggest challenges relate to aspects of the physical body, mental health, the social role, returning to work or school, as well as acceptance of the new situation. There is a general agreement among the respondents that there is room for improvement when it comes to providing better mental health support, individual follow-up and providing the necessary information. The study shows that the respondents mainly seem to be characterized by resilient traits. Analyzing the age and gender of the respondents contributed to a better general understanding of the results. **Discussion:** New perspectives on outcomes after multiple trauma obtained in this study contributes to an increased and nuanced understanding of their life after injury. The findings suggest the need for more qualitative research, which could lead to a more sensitive measurement tool for evaluating outcome within this group of patients. **Key words:** Multiple trauma, rehabilitation, quality of life, outcome, coping.

Innholdsfortegnelse

FORORD	2
SAMMENDRAG	3
SUMMARY	4
INNHALDSFORTEGNELSE	5
1 INNLEDNING	7
1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA	7
1.2 OPPGAVENS STRUKTUR	8
1.3 VALG AV TERMER	9
1.4 MULTITRAUME	9
1.4.1 DEFINISJON	9
1.4.2 SKADENE OG PASIENTKARAKTERISTIKA	9
2 TIDLIGERE FORSKNING	10
2.1 RESULTATENE ETTER EN LITTERATURSTUDIE AV 80 STUDIER PÅ EMNE	10
2.2 PRESENTASJON AV RESULTATER FRA LONGITUDINELLE STUDIER SOM HAR BETYDNING FOR DENNE STUDIEN	10
2.3 LIVSKVALITET SOM MÅL PÅ UTFALL HOS MULTITRAUMEPASIENTER	11
2.4 ERKJENT PROBLEM KNYTTET TIL METODE FOR Å EVALUERE LIVSKVALITET ETTER TRAUME	12
2.5 LITTERATURGJENNOMGANG	12
3 HENSIKT MED STUDIEN, FORSKNINGSPØRSMÅL OG TEORETISK FORANKRING	16
3.1 HENSIKT MED STUDIEN OG FORSKNINGSPØRSMÅL	16
3.2 TEORETISK FORANKRING	17
3.2.1 BIOPSYKOSOSIALT PERSPEKTIV	17
3.2.2 LIVSKVALITET	19
3.2.3 REHABILITERING SETT FRA ET POLITISK STÅSTED	20
3.2.4 MESTRING	22
3.2.5 RESILIENCE	23
3.2.6 SOSIALT NETTVERK/STØTTE	25
4 MATERIALE OG METODE	27
4.1 MATERIALE	27
4.2 FORSKNINGSETISK VURDERING	28
4.3 METODE	29
4.3.1 VALG AV ANALYSEMETODE	29
4.3.2 BESKRIVELSE AV METODEN KVALITATIV INNHALDSANALYSE	29

4.3.3	GJENNOMFØRING AV ANALYSEN	30
4.4	TROVERDIGHET, PÅLITELIGHET OG OVERFØRBARHET I KVALITATIV FORSKNING	32
4.4.1	TROVERDIGHET	32
4.4.2	PÅLITELIGHET	33
4.4.3	OVERFØRBARHET	34
4.4.4	METODE KNYTTET TIL RESULTATPRESENTASJONEN	34
5	RESULTATER	36
5.1	RESSURSER VEKTLAGT AV MULTITRAUMATISERTE PASIENTER SOM VIKTIGE FOR Å MESTRE HVERDAGEN OG HA ET GODT LIV TO ÅR ETTER SKADE	36
5.1.1	PSYKOSOSIALE ASPEKTER	38
5.1.2	ASPEKTER VED HELSEAPPARATET OG DEN FYSISKE KROPPEN	39
5.1.3	EKSTERNT	40
5.1.4	OPPSUMMERING AV ERFARINGER RELATERT TIL RESSURSER	43
5.2	UTFORDRINGENE PASIENTENE MØTER OG MESTRINGSASPEKTER SOM FREMKOMMER I SVARENE	44
5.2.1	PSYKOSOSIALE ASPEKTER	46
5.2.2	ASPEKTER VED DEN FYSISKE KROPPEN	48
5.2.3	EKSTERNT	48
5.2.4	OPPSUMMERING AV UTFORDRINGER OG MESTRINGSASPEKTER	51
5.3	ANBEFALINGER OM HVA SOM BØR VEKTLLEGES VED REHABILITERING ETTER ULYKKER	52
5.3.1	PSYKOSOSIALE ASPEKTER	53
5.3.2	ASPEKTER VED HELSEAPPARATET OG DEN FYSISKE KROPPEN	54
5.3.3	OPPSUMMERING AV ANBEFALINGER	59
6	DISKUSJON	60
6.1	ERFARINGER - RUNDT VIKTIGE RESSURSER FOR Å MESTRE HVERDAGEN OG FOR Å HA ET GODT LIV TO ÅR ETTER SKADE	60
6.2	UTFORDRINGER - DE MULTITRAUMATISERTE PASIENTENE MØTER, OG MESTRINGSASPEKTET SOM VISER SEG I SVARENE	63
6.3	ANBEFALINGER - OM HVA SOM BØR VEKTLLEGES VED REHABILITERING ETTER ULYKKER	66
6.4	SVAKHETER VED STUDIEN	70
7	AVSLUTNING	72
7.1	KONKLUSJON	72
7.2	IMPLIKASJONER FOR FORSKNING, PRAKSIS OG UTDANNING	73
	LITTERATURLISTE	74
	VEDLEGG	81
	EKSEMPEL FRA ABSTRAKSJONSPROSESSEN UNDER FORSKNINGSSPØRSMÅL 1	81
	UTDYPING AV SØKET VED LITTERATURGJENNOMGANGEN	81
	INFORMASJONSSKRIV TIL PASIENTENE	82

1 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Historisk sett har evalueringen av utfallet etter traumer fokusert på dødelighet. Etter hvert som man har fått mer avansert utstyr og kunnskap om traumebehandling, har dødeligheten gått ned, og vi får flere overlevende (Post, van der Sluis, & Ten Duis, 2006). De siste ti årene har man i større grad sett viktigheten av å ha et fokus på funksjonsutfall etter alvorlig traume, og det har vært økt oppmerksomhet rundt konseptet livskvalitet som en mulig måte å fastslå utfallet etter traume (M. P. J. M. Dijkers, 2005; Holbrook & Hoyt, 2004; Nicola Pirente et al., 2007; Post et al., 2006). Tall fra Traumeregisteret ved Ullevål universitetssykehus viser at det i 2011 totalt var 1505 pasienter inkludert i registeret. Totalt antall inkluderte i registeret for 2012 er ikke klart enda, men de antar at det vil ligge på over 1800 pasienter (Ullevål, 2012). I industriland er fire av fem tilfeller forårsaket av trafikkulykker med høyenergipåvirkning, hvor dødeligheten gjennomsnittelig ligger på 30 %. De resterende 70 % som overlever plages av skaderelaterte problemer som fører til funksjonshemninger, begrensninger i daglig aktivitet og sosial deltakelse (Soberg, Bautz-Holter, Roise, & Finset, 2007).

I tråd med et større fokus på funksjonsutfall etter traume har rehabiliteringen en sentral plass. Multitraumatiserte pasienter som har behov for det skal etter avsluttet behandling på akuttsykehus få tilbud om tverrfaglig opptrening på rehabiliteringssykehus (Helse- og omsorgsdepartementet, 1999). Mange som etter et slikt opphold blir skrevet ut til hjemmet, vil fortsatt ha et behov for ulik grad av oppfølging. Ansvaret for den videre rehabiliteringen forflyttes da over til kommunen. Sentralt i rehabiliteringen står individets egen prosess. Høy grad av livskvalitet blir av mange sett på som det overordnede målet med rehabiliteringen. Målet er å kunne leve så optimalt som mulig med sin funksjonshemning, i forhold til egne ønsker og mål, og som deltaker i samfunnet (Bautz-Holter, Sveen, Søberg, & Røe, 2007).

Med bakgrunn som sykepleier, har jeg etter endt utdanning arbeidet på Sunnaas Sykehus HF med multitraumer, nevrologi, ortopedi og ryggmargskade. Lenge før samhandlingsreformen og andre omorganiseringer, var det ikke uvanlig at alvorlige skadede pasienter var innlagt på Sunnaas sammenhengende i opptil ett år. Som primærsykepleier fikk man da muligheten til å bli godt kjent med pasientene, og gleden av å følge utviklingen og rehabiliteringen over en lang periode. Som nyutdannet hadde jeg alle krise- og sorgteoriene friskt i minne, men var stadig overrasket over hvor godt pasientene, omstendighetene tatt i betraktning, taklet utfordringene som møtte dem. Selv om man observerer pasientene over en lang periode, kan

det være en kunstig trygg hverdag på sykehuset. Man er omringet av andre i samme situasjon, galgenhumoren kan ha smitteeffekt og hjelpen er lett tilgjengelig. Jeg har i mange år lurt på hvordan disse pasientene mestrer det å komme hjem og møter den virkelige hverdagen. Møter de veggen, eller vil de ved hjelp av blant annet mestringsstil vise tendenser til å håndtere situasjonen godt? Hvilke faktorer har størst betydning for livskvaliteten, hvilke utfordringer møter de og hvilke erfaringer har de gjort rundt rehabiliteringsprosessen etter utskrivning fra institusjon? Jeg er derfor glad for å få muligheten til å utforske og forhåpentligvis finne noen av svarene på disse spørsmålene gjennom denne studien.

1.2 Oppgavens struktur

Oppgaven innledes med en beskrivelse av pasientgruppen multitraumatiserte. Som tidligere påpekt har det de siste årene vært økt oppmerksomhet rundt konseptet livskvalitet, som en mulig måte å fastslå utfallet etter traumer. Verdens helseorganisasjon (WHO) har med bakgrunn i at livskvalitet må forstås som en subjektiv evaluering og opplevelse av eget liv, definert det som:

Enkeltmenneskers oppfatning av sin posisjon i livet innenfor den kultur og verdssystem de lever i, i forhold til sine mål og forventninger, hvordan de ønsker livet skal være og hva de er opptatt av.

(WHOQOL group, 1996, 5).

Begrepet livskvalitet vil bli nærmere presentert og avklart under teoretisk forankring i kapittel tre. I tråd med et fokus på livskvalitet som utfallsmål etter traume, vil jeg ved hjelp av en litteraturgjennomgang se på hva forskning på livskvalitet hos multitraumatiserte har kommet frem til i dag, og hva det er behov for mer forskning på. En liten diskusjonsdel på slutten av teorikapittelet oppsummerer denne kunnskapen før jeg presenterer hensikt, formål og forskningsspørsmål i kapittel tre. Et bevisst valg er gjort om å la forskningsspørsmålene utlede av kunnskapshullene som avdekkes gjennom litteraturgjennomgangen. Videre i kapittel tre vil jeg først presentere det overordnede teoretiske perspektivet før jeg går gjennom den teoretiske forankringen presentert i form av relevant litteratur. I kapittel fire gjør jeg først rede for pasientene og datamaterialet før jeg beskriver den valgte metoden. Det samme kapittelet tar også for seg troverdighet, pålitelighet, overførbarhet og det etiske aspektet knyttet til denne studien. Kapittel fire avsluttes med en begrunnelse og forklaring på hvordan jeg har valgt å belyse resultatene. Resultatene vil i kapittel fem bli presentert i tråd med forskningsspørsmålene. I kapittel seks vil resultatene som svarer på forskerspørsmålene, bli diskutert opp mot teori og tidligere forskning presentert i kapittel to og tre. Dette kapittelet

avsluttes med en diskusjon rundt svakhetene ved denne studien, før jeg oppsummerer svarene på problemstillingen i konklusjonen.

1.3 Valg av termer

Jeg har i denne oppgaven bestemt meg for å bruke betegnelsen *pasient* om de multitraumatiserte personene som blir omtalt. Årsaken til dette er at i tillegg til at de aller fleste av studiene det refereres til her, benytter denne betegnelsen, omtaler også respondentene seg selv ved hjelp av dette begrepet.

1.4 Multitraume

1.4.1 Definisjon

Multitraume er definert som to eller flere alvorlige skader, ofte i ulike kroppsregioner (Baker, O'Neill, Haddon, & Long, 1974).

1.4.2 Skadene og pasientkarakteristika

Multitraume er altså alvorlig skade i to - eller flere kroppsregioner, som oftest i muskel og eller skjelettsystemet. De ulike kroppsregionene inndeles i; ansikt, brystkasse, buk/indre bekkenorganer, armer/ben og hud og hode/hals. Ofte vil multitraume i bevegelsesapparatet medføre kompliserte brudd i armer, ben, bekkenskjelett og/eller amputasjon(er). I tillegg vil det også kunne medføre skade på nerver utenfor sentralnervesystemet, lunger, indre organer, muskulatur, bløtdeler, og ansikt (Sunnaas, 2013).

Ulike traumemekanismer som kan forårsake traume blir ofte delt inn i penetrerende og ikke-penetrerende traume. Den vanligste formen for ikke-penetrerende traume er trafikkulykker og fall, mens penetrerende traumer ofte er forårsaket av skudd eller knivstikking. Traumer som følge av trafikkulykker er den tiende ledende årsaken til død og den niende ledende årsaken til sykdom og skade i verden (Krug, Sharma, & Lozano, 2000).

Data fra Sunnaas Sykehus viser at over 50 % av de som skader seg her til lands har vært utsatt for ulike former for trafikkulykker, hvorav flere er fotgjengere. Litt over 30 % av ulykkene skyldes fall, mens resten av ulykkene skyldes arbeidsulykker, vold, sport- og fritidsulykker, samt selvpåført skade (Sunnaas, 2013). Til tross for at multitraumatiserte pasienter er en svært heterogen gruppe med tanke på skadetype og grad, finnes det også en del særtrekk. Den gjennomsnittlige alder for mennesker som pådrar seg traumatiske skader i den vestlige verden er mellom 20 og 45 år. To tredjedeler av disse er menn (N. Pirente, Ottlik, Lefering, Boullion, & Neugebauer, 2006).

2 Tidligere forskning

I dette kapittelet åpner jeg med å presentere resultatene fra en publisert litteraturstudie som ser på utfall etter alvorlig traume. I tillegg til å gi en oversikt over aktuelle utfall, vises det her til at studier på dette temaet er svært ulike og dermed vanskelige å sammenligne. Det konkluderes også med en mangel av studier med lang oppfølging. Noe av hovedhensikten med studiene til Helene L. Søberg, har nettopp vært å se på livet til multitraumatiserte pasienter i et longitudinelt perspektiv, og jeg vil derfor kort presentere relevante resultater fra disse. I lys av at det ser ut til å være en generell enighet om at livskvalitet er et egnet utfallsmål hos denne pasientgruppen, kommer jeg deretter til å presentere litteraturgjennomgangen jeg har gjort på multitraumatiserte og livskvalitet, resultatene fra denne og hvilke kunnskapshull som avdekkes.

2.1 Resultatene etter en litteraturstudie av 80 studier på emne

I tråd med et større fokus på utfall etter multitraume finnes det i dag flere publiserte studier som ser på følgetilstander hos denne gruppen. Diversiteten i pasientgruppen multitraumatiserte gjenspeiler seg i forskningen. Til tross for heterogeniteten i disse studiene, som vanskeliggjør sammenligning, ble det i 2005 publisert en litteraturstudie av 80 studier som tok for seg livet etter alvorlig traumatisk skade (Halcomb, Daly, Davidson, Elliott, & Griffiths, 2005). Her konkluderes det med at de overlevende rapporterer om sekveler som signifikant påvirker funksjon, psykologisk velbefinnende, livskvalitet og muligheten til å komme seg tilbake i produktivt arbeid. Hovedtemaene som viste seg i denne studien var; dagens traumebehandling gir utilstrekkelig oppfølging, henvisning til rehabilitering påvirkes av geografisk plassering og behandlers preferanser og langtids tap av produktivitet og kapasitet til å komme tilbake i arbeid påvirker en betydelig del av de overlevende. Videre fant man at den høye andelen av psykisk sekvele i liten grad blir adressert og at sosial støtte kan være til hjelp i rehabiliteringen. I gjennomgangen legges det vekt på at mange av de inkluderte studiene hadde signifikante begrensninger grunnet kort varighet eller lav oppfølgingsfrekvens (Halcomb et al., 2005).

2.2 Presentasjon av resultater fra longitudinelle studier som har betydning for denne studien

Da Søberg skrev sin doktoravhandling "Life after multiple injuries – multidimensional functioning and the rehabilitation process" i 2007, var dette med bakgrunn i at de fleste studier til da var av typen tverrsnittstudier eller kun hadde en oppfølgingsperiode på rundt ett

år. Det var behov for studier som så på konsekvensene av å leve med multitraumer over lengre tid og rehabiliteringen de ble tilbudt (Soberg, Bautz-Holter, et al., 2007). Med utgangspunkt i det samme utvalget er det publisert 7 studier. Resultater fra disse studiene som er av betydning for min studie er at utvalget ved 6 uker, ett år og to år etter skade skåret lavere enn den generelle befolkningen med tanke på funksjon og livskvalitet, hvorav de største forskjellene dreide seg om fysisk og sosial funksjon og fysisk og emosjonell rollefunksjon (Soberg, Bautz-Holter, et al., 2007). To av studiene ser på mental helse og konkluderer med at selv om fysisk og mental helse forbedret seg i løpet av fem år, skårer de fortsatt signifikant lavere enn norsk normal populasjon. Variabler som predikerte Post Traumatisk Stress Symptom (PTSS) to år etter skade var personlige faktorer som kjønn, ung alder, unnvikende mestring og funksjonelle faktorer som smerte, mental helse og kognitiv funksjon (Soberg, Bautz-Holter, Roise, & Finset, 2010; Soberg, Finset, Roise, & Bautz-Holter, 2012). To av studiene ser på hvor mange som hadde kommet seg tilbake i arbeid (Return to Work (RTW)) etter skaden og faktorer som kan predikere dette. To år etter skade hadde 43 % av pasientene kommet seg fullt tilbake i arbeid. Åtte av de 101 respondentene var uføretrygdet. Signifikante prediktorer for RTW var demografiske og skaderelaterte faktorer og sosial fungering. Fem år etter skade var tallet kun gått opp til 49 %. Denne studien konkluderte med at faktorer som høy utdanning, bedre fysisk, sosial og kognitiv fungering og mestringsstrategier alle predikerte RTW (Soberg, Finset, Bautz-Holter, Sandvik, & Roise, 2007; Soberg, Roise, Bautz-Holter, & Finset, 2011).

2.3 Livskvalitet som mål på utfall hos multitraumepasienter

Utfall hos multitraumatiserte pasienter kan uttrykkes i form av fysisk, psykisk eller sosiale termer. Som nevnt innledningsvis har livskvalitet i økende grad blitt brukt som en mulig måte å vurdere utfall hos multitraumepasienter (MacKenzie et al., 2002; N. Pirente et al., 2006; Post et al., 2006). I tillegg til å være det overordnede målet for rehabiliteringen har det også vist seg å korrelere godt med andre faktorer som kjønn, alder, alvorlighet av skade, intervensjon fra helsevesenet og fysiske og psykiske konsekvenser (Sluys, Häggmark, & Iselius, 2005). Dette gjenspeiler seg i metodikken i de publiserte studiene som ser på utfall etter multitraume. Uavhengig av om hovedhensikten med studien er å se på livskvalitet etter skade, korrelasjonen mellom livskvalitet og andre faktorer eller om hovedhensikten er å se på fysisk funksjon etter skade, bruker majoriteten av studiene livskvalitet som primære eller sekundære utfallsmål.

2.4 Erkjent problem knyttet til metode for å evaluere livskvalitet etter traume

I tråd med et større fokus på utfall hos de overlevende etter multitraumer, og en mangel på enighet om en måte å evaluere det på, eksisterer det i dag utallige forskjellige spørreskjemaer for å måle livskvalitet. Problemet med utstrakt bruk av ulike verktøy hadde vært erkjent i en årrekke, og ble ikke forsøkt løst før i 1999, da man tok initiativ til den internasjonale konferansen ”Quality of Life after Multiple Trauma” (Hladki et al., 2009). Hensikten var å utvikle evidensbaserte retningslinjer for evaluering av livskvalitet etter multitraume. Med evidensbasert menes her at retningslinjene ikke kun skulle basere seg på de internasjonale ekspertenes meninger, men i hovedsak på virkelige (publiserte) erfaringer av vurdering av livskvalitet hos multitraumepasienter. Utfallet av konferansen var en enighet mellom de ulike ekspertene om Medical Outcomes Study 36-Item Short form (SF-36) som et validert globalt verktøy i vurderingen av livskvalitet hos alle traumepasienter (Neugebauer, Bouillon, Bullinger, & Wood-Dauphinée, 2002). SF-36 er et generisk instrument designet for å si noe om egenrapportert funksjon og helse, uten å gå inn på områder som er spesifikke for alder, sykdom eller behandlingsgrupper. Som det ligger i navnet, består skjemaet av 36 spørsmål som tar for seg åtte aspekter ved helse (Fayers & Machin, 2007). Videre ble det anbefalt å bruke dette generelle verktøyet i kombinasjon med andre mer tilstandsspesifikke instrumenter for å bedre få frem de individuelle problemene (Neugebauer et al., 2002).

2.5 Litteraturgjennomgang

I arbeidet med litteraturgjennomgangen har jeg ved hjelp av søkeordene ”multiple trauma”, ”major trauma”, ”quality of life”, ”life satisfaction” og ”well-being” gjennomført søk i Medline, Cinahl og Svemed+¹. Variasjonene er store både ved tanke på de studerte subjektene som inkluderes ved hjelp av ulike definisjoner på multitraume, ulikt skadeomfang målt ved forskjellige måleinstrumenter som Injurie Severity Score (ISS), Glasgow Coma Scale (GCS) og diverse verktøy for å måle livskvaliteten. Eksklusjon av studier ble derfor gjort i et forsøk på å få et mer homogent utvalg. Ved hjelp av utvalgsriterier i databasene inkluderte jeg kun engelskspråklige studier hvor utvalgspopulasjonen var av kategori voksen. Jeg valgte også kun å inkludere studier publisert etter år 2000. Hensikten med dette var for det første å se om det som kom ut av den internasjonale konferansen i Tyskland i 1999 hadde resultert i en mer allmenn vurdering av livskvalitet, men også for å ha fokus på den nyeste forskningen.

¹ Utdypende beskrivelse av søket finnes som vedlegg.

Av de 15 studiene jeg satt igjen med etter eksklusjon, var det ingen kvalitative studier. For å få en ide om hvor representative studiene jeg inkluderte var, med tanke på omfang av kvalitative studier gjort på denne pasientgruppen, har jeg ved hjelp av søkeordene ”multiple trauma”, ”qualitative research/studies” og ”quality of life” gjort søk i Medline og Cinahl. Søket i Medline, før jeg inkluderer ”quality of life”, resulterer i fire treff, hvor alle dreier seg om tiden før utskrivning av sykehus (Clukey, Hayes, Merrill, & Curtis, 2009; Friedemann-Sánchez, Griffin, Rettmann, Rittman, & Partin, 2008; O'Brien & Fothergill-Bourbonnais, 2004; Wiman, Wikblad, & Idvall, 2007). Ved å inkludere ”quality of life” går søket ned til null treff. Det samme søket i Cinahl, før jeg inkluderer ”quality of life”, resulterer i ett treff, også dette en studie om tiden som mottaker av pleie på sykehus (Cox, Turner, & Penney, 2002).

En stor andel av multitraumatiserte pasienter vil i ulik grad også pådra seg en hodeskade. Til tross for mangelfull kvalitativ forskning på multitraumatiserte, er det gjort betydelig mer på traumatisk hodeskade. Levack WM m.fl. (2010) gjorde i 2010 en systematisk vurdering av kvalitativ forskning gjort på erfaringer og utfall etter traumatisk hjerneskade. Funnene fremhever nøkkelfaktorer som tap og rekonstruksjon av identitet, tap av kontakt og kontroll over egen kropp, følelsesmessig sekvele og tap av og å finne tilbake til sin plass her i verden.

Litteraturgjennomgangen av de inkluderte studiene på multitraumatiserte pasienter viser at de fleste opplever å ha redusert livskvalitet etter skade (Anke & Fugl-Meyer, 2003; Dimopoulou et al., 2004; MacKenzie et al., 2002; Sluys et al., 2005; Snekkevik, Anke, Stanghelle, & Fugl-Meyer, 2003; Soberg, Bautz-Holter, et al., 2007; Ulvik, Kvåle, Wentzel-Larsen, & Flaatten, 2008). Kirsti Tøien (2012) skriver i sin doktoravhandling om livskvalitet, psykologisk stress og å komme tilbake til arbeid etter traume, at både studier hvor populasjonen har ulike grader av skadenivå og studier med alvorlige skader rapporterer om forverret livskvalitet etter skade.

I tråd med de mange ulike verktøyene som i forskjellig grad vektlegger ulike ting, er det stor variasjon i faktorer som ser ut til å ha betydning for livskvaliteten til multitraumatiserte etter skade. Gjennomgangen viser også at studiene på flere punkter konkluderer med motstridende resultater, for eksempel i hvilken grad skadeomfang har noen innvirkning. Fem av studiene ser på om skadeomfang har noen innvirkning på livskvaliteten. To av studiene finner at det har betydning (Dimopoulou et al., 2004; Ulvik et al., 2008), mens to studier konkluderer med at det ikke har innvirkning på livskvaliteten (Post et al., 2006; Sluys et al., 2005). En femte

studie finner at det ikke er signifikant forskjell på ISS-skåren til de som har Post Traumatisk Stress Diagnose (PTSD) og de uten (Holbrook, Hoyt, Stein, & Sieber, 2001).

Variabler som har positiv innvirkning på livskvaliteten, og som det ser ut til å være større grad av enighet rundt, er; grad av yrkesaktivitet, fysisk mobilitet og sosial(t) deltakelse/nettverk (Anke & Fugl-Meyer, 2003; Dimopoulou et al., 2004; Hładki et al., 2009; Soberg, Bautz-Holter, et al., 2007). Faktorer som ser ut til å være forbundet med redusert livskvalitet er ervervet hodeskade, smerte og kjønn(kvinner) (Anke & Fugl-Meyer, 2003; Dimopoulou et al., 2004; Holbrook & Hoyt, 2004; Holbrook, Hoyt, Stein, et al., 2001; MacKenzie et al., 2002; Probst et al., 2010; Sluys et al., 2005; Steel et al., 2010; Ulvik et al., 2008).

Av de i alt 15 studiene er den ene litteraturstudien som ble presentert i kapittel 2.1 (Halcomb et al., 2005). Av de resterende 14 studiene har seks tatt i bruk SF-36 som anbefalt etter den internasjonale konferansen, hvorav den ene studien (RCT) kun har benyttet seg av fire av de åtte aspektene under skalaen på skjemaet (Nicola Pirente et al., 2007), og to av studiene har benyttet seg av "The short form 12" (SF-12) som er en kortversjon og består av 12 av aspektene fra SF-36 (Probst et al., 2010; Steel et al., 2010).

To studier tok utgangspunkt i den mer subjektive individuelle vurderingen av eget liv og brukte begrepet "life satisfaction" (Anke & Fugl-Meyer, 2003; Snekkevik et al., 2003). Til tross for dette er begge studiene kvantitative og "life satisfaction" er målt ved hjelp av Life satisfaction checklist, en liste med 12 utsagn som skal rangeres fra 1-6 på en skala. Som hovedverktøy har de resterende studiene brukt følgende verktøy: Quality of Well-being Scale (Holbrook & Hoyt, 2004; Holbrook, Hoyt, Stein, et al., 2001), EuroQol 5-D (Ulvik et al., 2008), Nottingham Health Profile (Dimopoulou et al., 2004), ICIDH (Hładki et al., 2009) og Sickness Impact Profile (Post et al., 2006). De tre studiene som har benyttet hele SF-36 for å måle livskvaliteten, har i tillegg brukt tilstandsspesifikke verktøy som anbefalt (MacKenzie et al., 2002; Sluys et al., 2005; Soberg, Bautz-Holter, et al., 2007).

I litteraturgjennomgangen kommer det frem at flere av studiene vektlegger vanskelighetene ved å sammenligne sine resultater med tidligere studier og begrunner dette med stor variasjon i måleinstrumenter, utvalg av pasienter, og oppfølgingstid (Dimopoulou et al., 2004; Halcomb et al., 2005; N. Pirente et al., 2006; Sluys et al., 2005; Ulvik et al., 2008). En metodisk gjennomgang av ulike måleinstrumenter brukt i forskning om livskvalitet fra 1999 og en artikkel basert på konferansen "Quality of Life Measurement: Building an Agenda for the Future" fra 2003 fremhever de samme utfordringene (M. Dijkers, 1999; Tulskey & Rosenthal,

2003). I 1994 gjennomførte Gill og Feinstein (1994) en studie hvor de blant annet talte hvor mange livskvalitetsinstrumenter som var brukt i 75 vitenskapelige artikler og kunne rapportere om totalt 159, hvorav 136 kun var brukt en gang.

Til tross for konsensuskonferansen avholdt i 1999, ser det ikke ut som om dette har hatt noen særlig innvirkning på hvilke instrumenter som har blitt tatt i bruk de siste 12 årene. Som det kommer frem av denne gjennomgangen benyttes det fortsatt et bredt spekter av ulike måleverktøy. Det er uten tvil et behov for en enighet rundt måling av livskvalitet blant de som jobber med denne typen forskning i dag. Hensikten bak konsensuskonferansen var god, men foreløpig ser det dessverre ikke ut som om det har hatt noen særlig innvirkning på metodikken i forskningen. Det var enighet om at SF-36 var det best egnede generiske verktøyet. SF-36 ble utviklet i USA som en del av Medical Outcomes Study (MOS); et kvasiekperimentelt, multisenterstudie gjennomført i tidsrommet 1986-1992. Verktøyet ble i utgangspunktet utviklet ut fra fem svært ulike kroniske sykdommer, frem til i dag hvor det blir brukt til undersøkelser av mer enn 130 ulike sykdommer. På bakgrunn av dette og at SF-36 opprinnelig har sitt opphav innen helseøkonomi, kan man stille spørsmål ved hvor relevant dette verktøyet fortsatt er i dag (Hauken, 2006).

Halcomb's (2005) litteraturstudie av 80 studier om livet etter traume og min litteraturgjennomgang reflekterer et fokus på fysisk funksjon, psykiske utfall som depresjon og PTSD og RTW. Når instrumentene som blir brukt gjennom kvantitative design er lite sensitive med tanke på subjektive, individuelle forskjeller, fører dette blant annet til at resultatene fokuserer på de samme områdene (M. P. Dijkers, 2003; Fuhrer, 2000; Gill & Feinstein, 1994). Som Karen W. Hammel (2006, 138-140) påpeker og denne gjennomgangen har bekreftet, er det frem til i dag en hovedvekt av kvantitative studier som ser på livskvalitet (Hammel, 2006). Jeg stiller meg bak Hammel som er skeptisk til om man i det hele tatt kan måle noe kvalitativt kvantitativt, men tror det med et mer egnet måleverktøy vil kunne være hensiktsmessig å benytte kvantitativ tilnærming til dette formålet.

3 Hensikt med studien, forskningsspørsmål og teoretisk forankring

3.1 Hensikt med studien og forskningsspørsmål

Studiene som det siste tiåret har sett på utfall hos pasientgruppen multitraumatiserte, har med et kvantitativt design inkludert pasientenes perspektiv i kontrollerte former ved hjelp av selvutfyllende spørreskjemaer. Det finnes, så vidt meg bekjent, nærmest ingen kvalitative studier på denne pasientgruppen. Den kvalitative innfallsvinkelen i denne studien, vil derfor bidra til en økt forståelse og et nyansert bilde på multitraumatiserte pasienters erfaringer om livet etter skade. Forhåpentligvis vil denne kunnskapen kunne bidra til å gi dem et bedre rehabiliteringstilbud i et biopsykososialt perspektiv. I tråd med et forholdsvis nytt fokus på utfall og livskvalitet hos overlevende etter multitraumer, har det vist seg å være vanskelig å sammenligne forskningsresultater grunnet usystematisk bruk av ulike måleinstrumenter. Litteraturgjennomgangen viser også at studiene ved bruk av lite sensitive standardiserte verktøy, ender opp med et fokus på de samme områdene. Jeg mener derfor også at flere kvalitative studier kan bidra til en bedre forståelse av hva et eventuelt verktøy bør inneholde, for på best mulig måte å kunne måle livskvaliteten hos multitraumatiserte pasienter. Det er også et behov for flere prospektive longitudinelle studier av livskvalitet etter multitraume for å få en bedre forståelse av hvilke faktorer som har sammenheng med dårlige utfall, og som ser på hvordan livskvaliteten til multitraumatiserte utvikler seg med årene. Hensikten min med denne studien er å kaste et lys på hva multitraumatiserte pasienter ved hjelp av egne ord, vektlegger og beskriver om tiden etter utskrivning fra institusjon, med hensyn til livskvalitet, utfordringer og erfaringer om rehabilitering etter ulykker.

Med bakgrunn i dette er det som søkes besvart følgende:

1. *Hvilke ressurser legger multitraumatiserte pasienter vekt på som viktige for å mestre hverdagen og ha et godt liv to år etter skade?*
2. *Hvilke utfordringer møter de, og på hvilken måte kommer mestringsaspektet inn i svarene som er gitt?*
3. *Ut i fra egen erfaring, hva mener de det bør legges vekt på ved rehabilitering etter ulykker?*
4. *Har alder og kjønn noe å si for hva de erfarer knyttet til ressurser og utfordringer, og hva de mener det bør legges vekt på ved rehabiliteringen etter ulykker?*

3.2 Teoretisk forankring

I denne studien har jeg valgt å forstå rehabilitering og funksjon i et biopsykososialt perspektiv, og dette kapittelet innledes derfor med en utdyping av dette perspektivet. Det biopsykososiale perspektivet er ikke direkte knyttet til forskningsspørsmålene mine, men brukes i denne oppgaven som en forståelsesramme for materialet. Videre presenterer jeg teori forankret i forskningsspørsmålene mine, i form av livskvalitet, rehabilitering og mestring. Det neste teoretiske perspektivet jeg vil presentere er resiliens som er en forholdsvis ny måte å se på voksne menneskers evne til å mestre alvorlige hendelser. Resiliens er forankret i det nye fokuset på positiv psykologi, og dette perspektivet samsvarer med mine erfaringer fra klinikken. Som det kommer frem av litteraturgjennomgangen min, har man problemer med å sammenligne studier på denne pasientgruppen. En faktor det allikevel ser ut til å være enighet om er betydningen av sosialt nettverk, og dette er det neste perspektivet jeg tar for meg. Disse teoretiske perspektivene har logiske koblinger til hverandre, noe jeg vil forsøke å vise i de kommende avsnittene.

3.2.1 Biopsykososialt perspektiv

Tradisjonelt har funksjonshemming blitt sett på som egenskaper ved enkeltindividet, og blitt knyttet til konsekvenser av sykdom, skade eller lyte (Tøssebro, 2010, 15-38). Når man snakker om den medisinske modellen vises det i mange sammenhenger til et klassifiseringssystem, The International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH), som WHO utarbeidet på slutten av 1970-tallet som et utgangspunkt for denne forståelsen. Her forklares funksjonshemming med en lineær årsaksforståelse der grunnlidelse fører til funksjonsnedsettelse som igjen fører til ”handikap”. Tiltakene skal rettes mot funksjonsnedsettelsen og har som mål å bedre den enkeltes tilpasning til eksisterende rammebetingelser (Grue, 2004, 103).

Den sosiale modellen ble, med de viktigste bidragene fra akademikere og aktivister som selv var funksjonshemmet, utviklet som en kritikk til den medisinske modellen (Grue, 2004, 113-123). Kritikken rettet seg mot at det lenge hadde vært et fokus der individuelle begrensinger hadde blitt vektlagt. Pådriverne bak den sosiale modellen ønsket å skifte fokus fra individers funksjonelle begrensninger til samfunnsmessige barrierer (Tøssebro, 2010, 15-38).

Den biopsykososiale modellen ble lansert av indremedisineren George L. Engel i en serie artikler på 1970-tallet. Den la vekt på å forstå sykdom i et helhetlig lys av både biologiske, mentale og sosiale faktorer (Imrie, 2004). Engel argumenterte for at hvert enkelt av nivåene i modellen, fra atomer til samfunn og biosfære, ikke kan forstås isolert, men kun som elementer

som påvirker hverandre gjensidig i et hierarkisk system (Falkum, 2008). Det store gjennomslaget for den biopsykososiale modellen kom med det reviderte funksjonsklassifiseringssystemet International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF), hvor målet var å bygge bro mellom en biomedisinsk og sosial forståelse av funksjonshemming (Imrie, 2004). Den største forandringen fra det opprinnelige klassifiseringssystemet ICIDH, er at personlige faktorer og omgivelsene blir trukket inn som et element som påvirker funksjon og funksjonshemming (Tøssebro, 2010, 15-38).

Gill og Feinstein (1994) gjennomgang av 75 artikler som hadde brukt livskvalitetsmåleinstrumenter, fant at de aller fleste studiene hadde vurdert pasientene på bakgrunn av forhåndsdefinerte områder på funksjon i tråd med den biomedisinske modellen. Kritikken av å bruke utfallsmål basert på den biomedisinske modellen går ut på at respondentene blir pålagt et forhåndsbestemt verdssystem, uten selv å ha noen påvirkning på hva som måles som viktig (Fuhrer, 2000). En annen utfordring ved å skulle bruke ulike "universelle" generiske instrumenter, er at man står i fare for å overse individuelle forskjeller i de ulike pasientgruppene og de ulike kontekstene pasientene befinner seg i. I tråd med en biopsykososial forståelse er verdiene i livet og kvaliteten av det, i stor grad knyttet til de hverdagslige tingene og den sosiale rollen personen innehar. Å pådra seg alvorlig traume i en av vestens velferdsstater er noe helt annet enn om det samme skulle skjedd i et utviklingsland. Konteksten i form av; tilgjengelighet, tilgang til bistand, rehabilitering og andre tjenester påvirker i stor grad aktivitet og begrensinger i aktivitet. Dette vil igjen kunne ha stor innvirkning på deltakelse, mestringsfølelse og opplevelsen av å ha et godt liv. Av den grunn vil det være avgjørende å inkludere disse perspektivene når man ut i fra et biopsykososialt perspektiv skal definere områder og kategorier som er av betydning for livskvaliteten (M. P. J. M. Dijkers, 2005).

I kraft av å være bosatt i velferdsstaten Norge, vil pasientene i denne studien i stor grad ha det samme utgangspunktet med tanke på tilgang til og krav på helsetjenester. Ut over det de har krav på, vil det kunne være store individuelle forskjeller med hensyn til personlige og sosiale ressurser og begrensninger. En kvalitativ tilnærming i denne studien, vil bidra til at disse individuelle forskjellene i større grad trer frem. Ved å se materialet i lys av en biopsykososial forståelse, søkes det i denne studien og også inkludere det som måtte bli vektlagt av personlige og sosiale faktorer.

3.2.2 Livskvalitet

I Verdens helseorganisasjons (WHO) "grunnlov" fra 1946, blir helse definert som: "A state of complete physical, mental and social well-being, and not merely the absence of disease" (Mæland, 2009, 41-54). Til tross for at uttrykket livskvalitet ikke slo gjennom før på 1960- og 1970 tallet, har det blitt sagt at livskvalitetsbegrepet kommer frem som det viktigste aspektet ved denne definisjonen på helse. Men hva er så livskvalitet? Det finnes ulike tradisjoner for hvordan man kan kartlegge folks grad av tilfredshet med egen liv. På den ene siden kan man ta utgangspunkt i enkeltpersoners ønsker og mål for eget liv, for så å spørre om disse er oppnådd. Problemet med denne subjektive vurderingen er om det lar seg gjøre å sammenlikne dem, da de bygger på indre individuelle skalaer. Den mer "objektive" måten å forstå livskvalitet på er tanken om at det fins et felles sett av behov som må være tilstede før man kan snakke om et godt liv. Kvantitativ måling av livskvalitet består ofte av slike skalaer (indekser) basert på et omfattende sett av spørsmål (Mæland, 2009, 41-54).

Til tross for at livskvalitet innen rehabiliteringsfeltet representerer selve hovedmålet og det ønskede utfallet, mangler konseptet i følge Hammel (2006) en klar definisjon. Hammel bruker mange referanser i sitt kritiske syn på hvordan man i medisinsk forskning viser til livskvalitet både i forbindelse med de målbare, materielle godene i livet og erfaringene som gjør livet verdifullt og meningsfylt. Med bakgrunn i at livskvalitet kun kan evalueres av den personen hvis liv det er, velger Hammel å se på livskvalitet som "*erfaringen av et liv verdt å leve*". Hammel referer til at det aller meste av forskning på livskvalitet er gjort ved hjelp av kvantitative studier i form av spørreskjemaer og skalaer, og stiller seg kritisk til om man kan kvantifisere kvalitative erfaringer (Hammel, 2006 s.138-140).

Den norske psykologen Siri Næss er en av dem som har arbeidet mest med livskvalitet som teoretisk begrep (Mæland, 2009, 41-54). Hun tar utgangspunkt i personers subjektive opplevelse og følelse av å ha det godt, av å ha en grunnstemning av glede og definerer livskvalitet som;

En persons livskvalitet er høy i den grad personens bevisste kognitive og affektive opplevelser er positive, og lav i den grad personens bevisste kognitive og affektive opplevelser er negative.

(Næss, Moum, Eriksen, & Næss, 2011).

Innen medisin og helse blir det stadig mer vanlig å benytte begrepet "helsereelatert livskvalitet" (HRQL) (Mæland, 2009, 41-54). Begrepet er ment å være snevrere enn

livskvalitetsbegrepet og menes hvordan sykdom og symptomer påvirker helsen, velbefinnende og evnen til å fungere i dagliglivets aktiviteter. Helsereelatert livskvalitetsforskning tar utgangspunkt i sykdom og til det sykdommen fører med seg for pasienten (NOU 1999: 2, 1999). Til tross for at mange forskere som i dag ser på multitraumatiserte benytter begrepet helsereelatert livskvalitet, tar de færreste seg tid til en begrepsmessig og teoretisk avklaring, og det er av den grunn vanskelig å vite hvor bevisst valget av begrep er (Tøien, 2012, 18).

Både WHO's definisjon av livskvalitet presentert i innledningen og Næss sin definisjon, reflekterer et syn på livskvalitet som en subjektiv evaluering og opplevelse av eget liv. Jeg velger i denne studien å støtte meg til denne oppfatningen, og vil derfor benytte begrepet livskvalitet i forståelsen av en følelse eller opplevelse av å ha det godt.

3.2.3 Rehabilitering sett fra et politisk ståsted

Rehabilitering betegner en kompleks og mangfoldig virksomhet som beveger seg på tvers av forvaltingsområder. På den ene siden kan rehabilitering, med utgangspunkt i politikk og forvaltning betraktes som en offentlig tjeneste. Den andre dimensjonen dreier seg om rehabilitering som et fagområde, hvor fagfeltet favner en rekke ulike yrkesgrupper. Den siste, men ikke minst viktige dimensjonen av rehabilitering, er en forståelse av rehabilitering som en individrettet prosess, hvor hensikten for den enkelte bruker er å bedre funksjonsevnen (Wekre, Vardeberg, Skogan, & Hagen, 2004, 15). I "Lærebok i rehabilitering" (Wekre et al., 2004, 28) slår forfatterne fast at "det finnes ingen allment akseptert oppfatning av hva rehabilitering er", men sier videre at det i klinikken eksisterer en implisitt enighet om at det man streber etter, både behandler og pasient, er "å bli frisk".

Rehabilitering er komplekst og de siste ti årene har flere definisjoner av begrepet rehabilitering blitt presentert, blant annet av Sosial- og helsedepartementet og Helsetilsynet, av faggrupper, fagpersoner og brukerforeninger. Selv om de ulike definisjonene fokuserer på litt forskjellige ting synes de å enes om at rehabilitering innebærer planmessig, systematisk arbeid, og at fagarbeidet er organisert tverrfaglig (Wekre et al., 2004, 28). I 1998 la regjeringen frem "Ansvar og meistring", en stortingsmelding om strategier for et mer systematisk og effektivt rehabiliterings- og habiliteringsarbeid på brukernes egne premisser. Bakgrunnen for denne meldingen var at tilbudet som ble gitt i for stor grad var preget av manglende planlegging og koordinering samt uklare ansvarsforhold og for liten medvirkning fra brukerne selv (St. meld. nr. 21, 1998-99). Definisjonen av rehabilitering presentert i stortingsmeldingen "Ansvar og meistring" er mye brukt i Norge. Definisjonen er bred og

legger vekt på et samarbeid mellom brukere og diverse aktører og profesjoner i og utenfor helsetjenesten. Regjeringens definisjon av rehabilitering og forståelsen av denne er forankret i et biopsykososialt perspektiv på rehabilitering, hvor rehabilitering blir knyttet til både opptrening og tilrettelegging av omgivelsene (Solvang & Slettebø, 2012, 15-17). Med bakgrunn i at den går ut fra et biopsykososialt perspektiv og at den er nært knyttet opp til faktorer som i tidligere forskning har vist seg å ha relevans for livskvaliteten, velger jeg i denne studien å forholde meg til regjeringens definisjon hvor rehabilitering blir forstått som:

Tidsavgrensa, planlagde prosessar med klare mål og verkemiddel, der fleire aktørar samarbeider om å gi nødvendig assistanse til brukaren sin eigen innsats for å oppnå best mogeleg funksjons- og meistringsevne, sjølvstende og deltaking sosialt og i samfunnet.

(St. meld. nr. 21, 1998-99).

I 2005 ble rehabiliteringsmeldingen evaluert i form av en nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering. Nasjonale strategier skal bidra til at brukerne og pasientene får sosial- og helsetjenester av god kvalitet og skal bidra til at myndighetenes politikk for god kvalitet gjennomføres, og at igangsatt kvalitetsarbeid på ulike områder innen sosial- og helsetjenesten samordnes og styrkes (Nasjonal strategi, 2005: 19).

Den nasjonale strategien la blant annet vekt på at kjernen i habiliterings- og rehabiliteringspolitikken er det enkelte menneskets livskvalitet, mestring og deltakelse sosialt og i samfunnet. Det ble konkludert med at individuell plan og koordinerende enheter, tiltak innført for å styrke rehabiliteringstjenestene, ikke fungerte etter intensjonen (St. prp. nr. 1, 2007-08).

En av de tyngste tilbakemeldingene fra brukerne, var i følge den nasjonale strategien, at koordineringen av tjenestene ikke fungerer godt nok, og at de sammen med pårørende ofte må overta koordineringsoppgaven som skal ivaretas av tjenestene.

Med tanke på at brukerne innen rehabilitering og habilitering ofte er avhengige av tjenester fra mange aktører og sektorer, ble det også lagt vekt på at kvaliteten i tjenestene avhenger av at det legges til rette for god samhandling mellom de ulike aktørene (St. prp. nr. 1, 2007-08).

I januar 2009 trådte Samhandlingsreformen, ”Rett behandling - på rett sted- til rett tid” i kraft. Reformen har som hovedmål å forbedre samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene. Som en følge av at den nye loven trer i kraft har Helse- og omsorgsdepartementet varslet om endringer i forhold til gjeldende lover og forskrifter. Kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven oppheves, samtidig som det gjøres

endringer i svært mange andre sentrale lover, som spesialisthelsetjenesteloven og pasientrettighetsloven (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012b).

Som en del av kommunenes nye regelverk har det kommet en ny forskrift som gjelder habiliterings- og rehabiliteringstjenester etter både kommunehelsetjenesteloven og spesialisthelsetjenesteloven. Denne forskriften utdyper på hvilken måte kommunene skal skaffe seg en generell oversikt over behov, planlegge sin habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet og sørge for at det tilbys nødvendig undersøkelse og utredning. Den nye forskriften er et resultat av at forskrift om rehabilitering og habilitering og individuell plan har blitt slått sammen. I tillegg til at kommunene har et ansvar for å planlegge rehabiliteringsvirksomhet er det også et stort fokus på kommunenes plikt til å utarbeide individuell plan der det er behov for det (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012a).

3.2.4 Mestring

Mestring er en egenskap som preger oss til daglig og spesielt i forbindelse med helse og rehabilitering. Det er et omfattende og mangfoldig begrep, som kan defineres på ulike måter. I følge Lazarus og Folkman (1984) er mestring en kognitiv og behovsprosess som involverer et valg av strategier som kan hjelpe individet til å takle et identifisert problem og følelsene som følger av dette. De har definert mestring som: ”Dynamisk endring av kognitive prosesser og oppførsel for å møte eksterne krav og/eller nå personlige målsettinger som vurderes av den enkelte som belastende eller vanskelig” (fritt oversatt etter s. 141) (Lazarus & Folkman, 1984).

I interaksjonsmodellen om stress og mestring, et rammeverk for å evaluere stress og mestringsprosesser, skiller Lazarus og Folkman (1984, 141-160) mellom problemfokustert mestring og følelsesbasert eller affektiv mestring. Problemfokustert mestring krever egen innsats fra personen selv for å løse et problem og inkluderer blant annet aktiv mestring, problemløsning og informasjonssøking. Følelsesbasert mestring derimot er rettet mot å forandre måten man tenker eller føler om den stressende situasjonen. Denne strategien inkluderer å søke sosial støtte, få utløp for følelser, unngåelse og benekting. En annen vanlig mestringsrespons på helsetrusler er meningsbasert mestring, som igjen kan føre til en positiv følelse. Meningsbasert mestring kan bestå av positiv tolkning av egen situasjon, aksept og bruk av religion eller spiritualitet (Glanz, Rimer, & Viswanath, 2008).

Til forskjell fra situasjonsavhengig mestringsinnsats som diskutert over, er mestringsstil et annet konsept. Mestringsstil er mer stabilt tilgjengelige karakteristika som gjenspeiler

generelle tendenser til å tolke og respondere på stress på en spesiell måte. De individuelle forskjellene på mestringsstil kan bli sett på som moderatorer for innvirkningen av stress på mestringsprosesser og utfall. Mestringsstil kan også ha direkte innvirkning på de følelsesmessige og fysiske utfallene etter stressfulle opplevelser. Typer mestringsstil kan være å ha kvaliteter som gjør at man er informasjonssøkende, optimistisk, at man benytter seg av sosial støtte og besitter kvaliteter i tråd med konseptet positiv psykologi. Med mestringsstil basert på positiv psykologi, menes her hvordan mennesker i møte med stressende situasjoner opprettholder relativt stabile, sunne nivåer av psykologisk og sosial fungering og utviser en hardførhet i form av resiliens. (Glanz et al., 2008).

Traumatiske skader som resulterer i multitraumer skjer plutselig og uventet. I disse situasjonene har mennesker derfor liten eller ingen erfaring med å håndtere situasjonen og stressfaktorene som følger. I en studie fra 2001 (Tsay, Halstead, & McCrone, 2001), som ser på hvilke faktorer som bestemmer mestringseffekten etter multitraume, viser det seg at disse er; kontrollerbarhet over stressorer, tilfredshet med sosial støtte, problemfokustert mestring og mestring ved hjelp av ønsketenkning. Et høyt nivå av opplevd stress, mangel på bruk av problemfokustert mestring og bruk av ønsketenkning predikerte i denne studien nedstemthet. PTSS ble forklart med bruk av en mestring i form av ønsketenkning og unngåelse. Sosial støtte blir i denne studien funnet å være signifikant faktor for mestring, og støtter dermed Lazarus og Folkmans påstand om at sosial støtte bidrar til en mer effektiv mestring av stressende situasjoner. Resultatene fra denne studien indikerer også at traumepasienter som opplever en høyere kontrollbarhet over stressorer, har en tendens til å bruke en mer problemfokustert mestringsstrategi i møte med innvirkningene av skaden. Som et resultat av dette mestrer de skadene mer effektivt (Tsay et al., 2001).

3.2.5 Resilience

I Quale og Schankes (2010) studie fra 2010 "Resilience in the face of coping with a severe physical injury", hvor de intervjuet 80 pasienter med ryggmargskade og multitraume, viste resultatene at den vanligste måten å takle den nye livssituasjonen på var ved hjelp av resiliens. På grunnlag av George Bonanno's (2004) definisjon av resiliens hos voksne, har Quale og Schanke definert resiliens i en rehabiliteringssetting som;

Evne til hos voksne som står overfor en alvorlig og potensielt invalidiserende fysisk skade, å opprettholde relativt stabile, sunne nivåer av psykologisk og sosial fungering, og til å opprettholde positive følelser og en positiv oppfatning av seg selv og fremtiden.

(Quale og Schanke 2010).

Etter at forskning i årtier har vært fokusert på psykiske problemer og negative følelser kom det på 1970-tallet, med Martin Seligman i spissen, en vending mot det vi i dag kaller positiv psykologi. Seligman (2006) oppfordret psykologien til å prøve å forstå og bygge opp menneskelig styrke. Fokuset i positiv psykologi er nettopp å kartlegge og forstå de positive kreftene i mennesket, og hva slags innflytelse de har på liv og helse. Innenfor positiv psykologi spør man derfor: Hva er det som gjør at noen mennesker, på tross av utfordringer og vanskeligheter, klarer seg bra?

I tråd med det nye fokuset på positiv psykologi, kom resiliensbegrepet i bruk i psykologien i 1960- og 70-årene. Resiliens er altså et relativt nytt begrep, og av all forskning på fenomenet er om lag 85 % publisert i det siste tiåret (O. Friberg, 2010). ”Løvetannbarn” er et velkjent fenomen, og det meste av resiliensforskning har til dags dato fokusert på barnepopulasjonen. Vi vet langt mindre hvordan resiliens ser ut hos voksne (Quale og Schanke 2010).

Professor, George Bonanno, fra Yale University har de siste 15 årene undersøkt hvordan voksne og barn reagerer på og takler ekstreme hendelser, slike som tapet av en kjær person, krig, smittsomme sykdommer, seksuelle overgrep og terrorangrep. De siste årene har han arbeidet mer spesifikt med å definere psykologisk motstandsdyktighet (resiliens) hos voksne som har vært utsatt for ekstrem motgang og om kjennskap til psykologiske og kontekstuelle faktorer kan bidra til å forutsi motstandsdyktighet (Columbia University, 2012). Da Bonanno (2004) begynte å arbeide med sorg, jobbet mange innenfor feltet ut fra en teori om at mennesker som opplevde tap og sorg måtte gå gjennom faste sorgstadier. En gjennomgang av litteraturen har derimot vist at mange, og i noen tilfeller majoriteten av de som opplever traumer håndterer opplevelsen ved hjelp av resiliens (Bonanno, 2004). Det som i dag blir karakterisert som resiliens, kunne tidligere bli sett på som en form for personlighetsforstyrrelse, blant annet som følge av mangel på sorg. Bonanno legger vekt på at for liten oppmerksomhet blant traumeteoretikere på den distinkte forskjellen mellom gjenvinning (recovery) og resiliens, ofte har ført til at man har gått ut i fra at alle mennesker utsatt for alvorlig traume vil ha nytte av intervensjon fra klinikere. Han argumenterer videre for at en slik intervensjon hos mennesker som viser resiliens er ineffektivt og til og med kan være skadelig, i form av at folk som i utgangspunktet takler situasjonen ved hjelp av hardførhet igjen blir usikre på egen mestringskapasitet (Bonanno, 2004).

I Norge har Oddgeir Friborg og Odin Hjemdal (2004) utviklet et måleinstrument for voksne som er ment å favne bredden i fenomenet resiliens. Etter en omfattende litteraturanalyse kom de til slutt frem til fem kategorier som indikasjoner på resiliens. Disse var; personlig kompetanse, sosial kompetanse, personlig struktur, familiesamhold og sosial støtte. Det sammensatte begrepet resiliens, som på norsk ofte blir omtalt som ”hardførhet”, berører altså både personlighetsmessige og omgivelsesrelaterte faktorer. En studie har sett på sammenhengen mellom resiliens, personlighet, mestring og psykiske symptomer hos unge voksne. Her fant de blant annet ut at problemorientert mestring hadde sammenheng med resiliens, mens følelsesbasert mestring var assosiert med lav resiliens (Campbell-Sills, Cohan, & Stein, 2006).

For mennesker som er utsatt for livstruende hendelser som alvorlige traumer, kan mestringsmåte ha en viktig innvirkning på den psykiske og fysiske helsen. En annen komponent som kan ha avgjørende effekt på helsen er støtten fra venner, familie og helsearbeidere (Glanz et al., 2008).

3.2.6 Sosialt nettverk/støtte

Med sosialt nettverk, mener jeg forholdet mellom mennesker og samhandlingen dem i mellom. Live Fyrand (2005) referer til Finset (1986) sin definisjon: ”Et sosialt nettverk består av uformelle relasjoner mellom mennesker som samhandler mer eller mindre regelmessig med hverandre” (Fyrand, 2005, 34).

Forskere har sett på sammenheng mellom mestringsstrategier og den støtten vi får fra sosiale nettverk. Det har vist seg at mennesker som til vanlig i hverdagen velger gode mestringsstrategier, er flinkere til å mestre store livskriser og vanskeligheter. Det har også vist seg at hvis man takler problemene på en hensiktsmessig måte, vil nettverket reagere positivt på dette. Dette fordi nettverket da ikke blir ansvarliggjort for mer hjelp enn de kan klare å gi. Det viser seg også at deprimerte personer kan ende med å støte fra seg personer i nettverket, fordi de i sin fortvilelse blir aggressive og fiendtlige (Fyrand, 2005, 55). Forskning viser også at det er forskjeller på kvinner og menns sosiale nettverk. Menn har færre nære og fortrolige venner, og deres nettverk er i større grad knyttet til kollegaer. Den tidligere klare rollefordeling i samfunnet hvor kvinnen har påtatt seg den største omsorgsrollen, har ført til at kvinnen har hatt mer nabo- og slektskontakt enn mannen, men i dagens samfunn er nok dette i ferd med å endre seg (Fyrand, 2005, 81).

Begrepet sosial støtte er viktig for å forstå hva som formidles i det sosiale nettverket, i form av nettverkets ulike funksjoner. Støtten i nettverket vil variere, avhengig av individuelle behov og den aktuelle situasjonen. Kaplan og Mearing (1977) definerer sosial støtte som: ”Sosial støtte er graden av en persons basale behov som tilfredstilles gjennom interaksjon med andre” (Fyrand, 2005, 118).

Store livsforandringer og kriser som det å pådra seg en multitraumeskade, vil i seg selv kunne mobilisere sosial støtte. I situasjoner som dette vil noen komme til å trekke seg unna, mens andre kanskje vil komme oss nærmere og man får en bekreftelse på hvem som befinner seg i det nære nettverket. Sidney Cobb (1976), som regnes som en av pionerene på feltet sosial støtte, knytter forventninger om sosial støtte til mestring av stress, i form av en buffer. Bufferhypotesen går på at folk med sterk sosial støtte, i mindre grad får redusert sin livskvalitet dersom de blir utsatt for belastende livshendelser (Næss et al., 2011, 202).

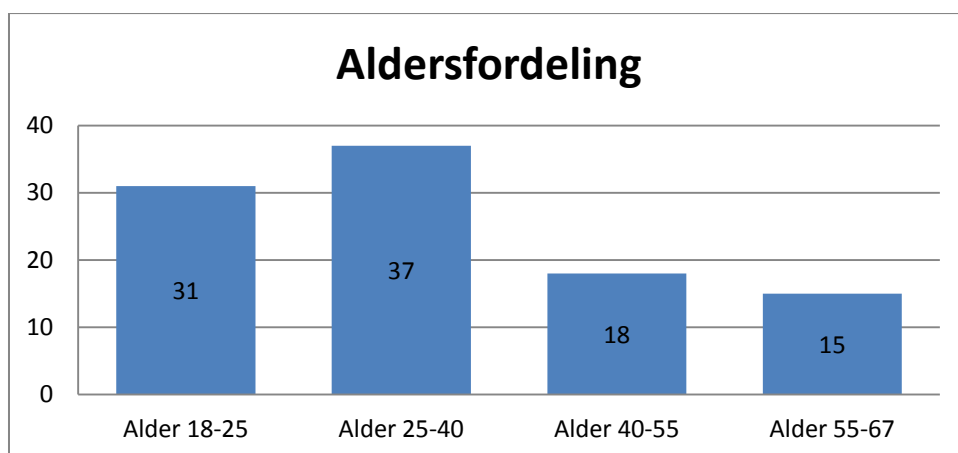
4 Materiale og metode

4.1 Materiale

Gjennom min veileder Helene Sjøberg, har jeg fått tilgang til materialet fra en prospektiv kohortstudie med multitraumatiserte pasienter to og fem år etter skade, hvor mine data er fra to års oppfølgingen. Datainnsamling ble gjort av Sjøberg, ved henholdsvis seks uker etter hjemkomst fra sykehus/rehabiliteringsinstitusjon, ett år, to år og fem år. Studien ble gjennomført ved Ullevål universitetssykehus og studiepopulasjonen (utvalget) bestod av pasienter innlagt på sykehuset innen 24 timer etter skade, i løpet av en 18 måneders periode fra januar 2002 til juni 2003.

Inklusjonskriteriene bestod av pasientenes alder, som skulle være fra 18-67 år, med en New Injury Severity Score (NISS-skår) på 16 eller mer, og minimum to skader. Pasienter med tidligere multitraumer, kun brannskader, stoffavhengighet eller alvorlig psykisk sykdom, afasi, dårlige norskkunnskaper eller tidligere alvorlig sykdom ble ekskludert. Av i alt 1295 pasienter registrert i traumeregisteret på UUS, deltok 105 pasienter på den første datainnsamlingen, og 104 på 12 måneders oppfølgingen. Etter et frafall av tre pasienter ble i alt 101 pasienter inkludert det andre året av studien. Av disse var gjennomsnittsalderen på 34.5 år, 83 % var menn (Sjøberg, Finset, et al., 2007). 61 % av pasientene i utvalget hadde pådratt seg hodeskade og 17 % en ryggmargsskade. I tillegg hadde de multiple ekstremitetsskader.

Aldersfordeling av pasientene:



Prosedyren var at respondentene i forkant av intervjuet fikk tilsendt et informasjonsskriv². To års oppfølgingen ble gjennomført som telefonintervju. Intervjuguiden som ble brukt hadde i alt 65 spørsmål med hovedvekt på lukkede formuleringer med ferdige svaralternativer. De åpne spørsmålene ble stilt i intervjuform på slutten av intervjuet. Svarene ble skrevet ned av forsker underveis i samtalen og ble repetert for intervjuobjektet slik at vedkommende kunne bekrefte om de ble forstått riktig og om det var det de hadde ment.

De åpne spørsmålene som danner grunnlag for min oppgave er som følger;

- 1. Når du tenker tilbake de to siste årene, hva (hvilke faktorer) tror du har hatt størst betydning for rehabiliteringen din og livskvaliteten din nå?*
- 2. Hva har vært den største utfordringen for deg etter at du kom hjem?*
- 3. Med din erfaring, hva bør det legges vekt på ved rehabilitering etter ulykker, hva mener du er viktig?*

Det kommer ikke klart frem av spørsmålsformuleringen i spørsmål 1 om det her menes livskvalitet i form av hvordan sykdommen har påvirket helsen (HRQL), eller den generelle opplevelse av å ha det godt. Begrepet livskvalitet er velkjent, og jeg vil tro at de fleste har en formening om betydningen av det. Helserelatert livskvalitet derimot er et nyere begrep, og betydningen av dette er nok i større grad forbeholdt fagfolk. Med bakgrunn i dette, svarene som er gitt og at begrepet som blir brukt i spørsmål 1 er livskvalitet, har jeg som tidligere poengtert i teorikapittelet, i denne oppgaven valgt å benytte begrepet livskvalitet i forståelsen av å ha et godt liv.

4.2 Forskningsetisk vurdering

Hovedprosjektet mine data stammer fra er allerede godkjent av Regional Etisk Komité. 18/9-12 tok jeg kontakt med personvernombudet for forsker- og studentprosjekt (NSD) for å finne ut om prosjektet mitt ville være meldepliktig. Jeg fikk da beskjed om at så lenge mine dataer ikke kan spores tilbake til en liste med navn, var det ikke nødvendig å melde det inn. Etter en samtale med min veileder Søberg, får jeg bekreftet at mine data ikke består av ID-nummer, kun et løpenummer, og derfor ikke kan spores tilbake. Som en tilleggssikkerhet, har jeg unngått å inkludere sitater som av ulike grunner kunne hatt større gjenkjennelseeffekt.

² Informasjonsskrivet finnes vedlagt

4.3 Metode

4.3.1 Valg av analysemetode

I denne studien inngår det data fra 101 intervjuobjekter, i form av tre åpne spørsmål. Dette medfører at den ”kvalitative” tilnærmingen i undersøkelsen ikke defineres under det som vanligvis kjennetegner en kvalitativ studie, og jeg har derfor valgt å gjøre en kvalitativ innholdsanalyse av teksten. Kvale m.fl. (2009, 209-210) beskriver innholdsanalyse som en teknikk hvor man systematisk kvantifiserer (teller forekomsten av), det åpenbare i utsagnet. Ved å kode innholdet i teksten i kategorier vil man kunne kvantifisere hyppigheten av temaene som opptar respondentene, som igjen kan sammenlignes og sees i sammenheng med andre målinger. I tillegg til at jeg vil kunne supplere med informasjon fra de andre studiene med det samme utvalget, har jeg også tilgang til demografiske og skaderelaterte data, som jeg vil kunne benytte meg av.

4.3.2 Beskrivelse av metoden kvalitativ innholdsanalyse

At denne metoden, som kan betegnes som en mellomting mellom kvalitativ og kvantitativ metode, blir oppfattet som kontroversiell, blir godt gjort rede for i en artikkel skrevet av David L. Morgan (1993). Analysemetoden ”content analysis” dukket opp, i hovedsak som en teknikk for å analysere propagandamateriale under andre verdenskrig, men har siden blitt betegnet som ”a path not taken”. De tidligste talsmenn for kvantitativ metode hadde vanskelig for å se nytten av en kvalitativ tilnærming til denne metoden. I dagens samfunn derimot, på grunn av metodens numeriske tilnærming til tekst, en form for kvantitativ analyse av kvalitativ data, opplever mange kvalitative forskere dette som en krenkelse mot deres analytiske mål. Ved å belyse forskjellene på kvalitativ innholdsanalyse og kvantitativ metode argumenterer Morgan for at kvalitativ innholdsanalyse i all hovedsak må forstås som en kvalitativ metode. Ved generering av koder, vil de kvantitative forskerne i stor grad bruke dataene som kilder til koder som automatisk blir tatt i bruk ved hjelp av algoritmer. Kvalitative innholdsanalytikere derimot, foretrekker å stole på nøye gjennomlesning av data, som igjen vil kunne føre til bredere mer subjektive kodete kategorier. Den neste viktige forskjellen er ifølge Morgan, at den analytiske innsatsen innen kvantitativ forskning gjerne stopper opp etter en presentasjon av de numeriske resultatene. I kvalitativ innholdsanalyse derimot, leder denne opptellingen til det neste viktige steget med å tolke mønstrene som er funnet i dataene (Morgan, 1993).

Opptelling i kvalitativ innholdsanalyse blir videre beskrevet som det første steget for å lokalisere mønstre i dataene. Deretter følger en videre undersøkelse av data for å kunne

produsere en teori som forklarer hvorfor disse mønstrene forekommer som de gjør. Beskrivelsen av metoden som en bevegelse fra koding til opptelling til tolkning er en forenkling av innholdsanalyse- metoden. Som de fleste kvalitative analyser, involverer denne prosessen i stor grad rekursjon i form av at opptelling av eksisterende koder eller tolkning av data viser et behov for videre koding, osv (Morgan, 1993).

Morgan (1993) argumenterer i artikkelen for at kvalitativ innholdsanalyse i hovedsak har karakter som kvalitativ metode, både med tanke på tilnærmingen til koding og tolkningen av de opptalte kodene. Rent praktisk betyr dette at man i kodingen leter etter meningen i stedet for ord og at man ved tolkningen av resultater ikke sier seg fornøyd med en dekontekstualisering av de opptalte kodene, men at man søker en helhetlig forståelse av dataene.

Malterud (2011, 194) som jeg oppfatter som noe mer skeptisk til denne analysemetoden, påpeker at det er viktig med et orienterende blikk på hele materialet, spesielt hvis man tar i bruk databaserte analyseprogrammer. Viktigheten av å se sammenhengen i materialet, og hvordan dette har blitt sikret i denne studien kommer jeg tilbake til i avsnittet under.

4.3.3 Gjennomføring av analysen

I henhold til en artikkel publisert i JAN research methodology (Elo & Kyngäs, 2008), bekreftes mitt inntrykk av at de fleste metodebøker kun beskriver metoden kvalitativ innholdsanalyse veldig kort. Ved hjelp av en litteraturgjennomgang på emne, presenterer artikkelforfatterne en beskrivelse av induktiv og deduktiv innholdsanalyse, og jeg har derfor valgt å følge anbefalingene om gjennomføring av innholdsanalyse som blir beskrevet her. Induktiv og deduktiv analyse består hovedsakelig av tre faser: forberedelse, organisering og rapportering. Imidlertid finnes det ingen systematiske regler for selve analysen av data. Nøkkelfunksjonen i all innholdsanalyse er at tekstens mange ord klassifiseres i mindre innholdskategorier. Jeg har valgt og la kategoriene utlede fra data, i form av en induktiv innholdsanalyse. Induktiv analyse brukes i tilfeller hvor det er ingen eller få tidligere studier på fenomenet (Elo & Kyngäs, 2008).

I kvalitativ innholdsanalyse må det avklares om analysen kun skal fokusere på det manifeste innholdet, eller i tillegg på det latente. Med manifest innhold menes innholdsaspektet av hva teksten sier, det synlige, opplagte i teksten. Latent innhold derimot, er en analyse av hva teksten snakker om, og involverer en tolkning av den underliggende meningen i teksten (Graneheim & Lundman, 2004). Dataene mine består av forholdsvis korte, konkrete svar. Av

den grunn ville det være vanskelig å forsvare dype tolkninger av teksten. Målet mitt har hele tiden vært å la teksten snakke for seg, i form av det manifeste innholdet. På den andre siden har jeg ikke villet at analysen kun skal basere seg på lokalisering av ord, men meningen bak ordene eller innholdet som omtalt i artikkelen til Morgan (Morgan, 1993). Mestringsaspektet er et godt eksempel på noe som i større grad kommer frem gjennom det latente. I tråd med dette består min analyse av både det manifeste og det latente innholdet.

Dannelsen av kategorier utgjør kjernen i kvalitativ innholdsanalyse. Hensikten med å lage kategorier er altså å sørge for at man har et middel til å forklare fenomenet med, for på den måten å øke forståelse og generere kunnskap. Når man, ved induktiv innholdsanalyse formulerer kategorier, gjør forskeren ved hjelp av tolkning et valg om hva som hører inn under samme kategori. Kategoriene må være gjensidig utelukkende og uttømmende. Dette betyr at ingen data relatert til formålet bør bli ekskludert grunnet mangel på egnet kategori og at ingen data bør falle mellom to kategorier, eller passe i mer enn én kategori. En utfordring er imidlertid at det når det er snakk om menneskelige erfaringer, ikke alltid er mulig å lage gjensidig utelukkende kategorier. Hovedsakelig referer en kategori til et beskrivende nivå av innholdet, som igjen kan bli sett på som det manifeste innholdet i teksten. En kategori inkluderer ofte en rekke underkategorier eller under- underkategorier. Disse underkategoriene kan sorteres og abstraheres i en kategori eller en kategori kan deles i underkategorier (Graneheim & Lundman, 2004). Med abstraksjon menes å formulere generelle beskrivelser av forskningstema, ved å danne kategorier (Elo & Kyngäs, 2008).

Etter å ha lest gjennom svarene mange ganger og etter å ha fått et første inntrykk om hva hovedtemaene var, skrev jeg ned det som kom frem i teksten ved hvert svar ved hjelp av informantenes egne ord. Neste steg var å ta ut disse meningsbærende enhetene og forkorte dem i kategorier ved hjelp av informantenes egne uttrykk. Så gikk jeg gjennom disse kategoriene flere ganger igjen for å danne meg et inntrykk av hvilke hovedkategorier disse kategoriene kunne grupperes under. Hensikten med denne grupperingen er å redusere antall kategorier ved å slå sammen de som er like og klassifisere data som hører til under samme gruppe (Elo & Kyngäs, 2008).

Hovedkategoriene jeg har kommet frem til består i hovedsak av innholdskarakteristiske ord. Utfordringen ved å slå sammen kategoriene er å sikre at de fortsatt representerer det enkelte utsagnet gruppert under den enkelte kategori. Etter å ha gruppert kategoriene i hovedkategoriene, har jeg derfor gått tilbake til teksten for å forsikre meg om at de fortsatt

representerer data. Gjennom hele prosessen med analysen har jeg lest materialet horisontalt, og spesielt i tilfeller hvor jeg har vært usikker på om jeg har forstått utsagnet riktig og dermed tolket det inn i riktig kategori. Dette har vært svært nyttig. I tilfeller hvor jeg fortsatt har vært usikker, har jeg i samråd med forsker som innhentet data gått gjennom tilleggsinformasjon på vedkommende, for på den måten å se svaret i sammenheng med ting som type arbeid, skade osv.

I den første delen av innholdsanalysen vil jeg, etter å ha analysert og organisert dataene ved hjelp av åpen koding, kategorisering og abstraksjon, presentere de overordnede funnene kvantitativt ved hjelp av diagrammer i tråd med de tre første forskningsspørsmålene mine. Dette vil gi en oversikt over hva som vektlegges og om det finnes koblinger mellom erfaringene knyttet til de ulike forskningsspørsmålene.

Under hver av disse resultatdelene utledet fra forskningsspørsmålene, vil jeg i del to av analysen, se på nyansene i svarene relatert til de enkelte kategorier. Dette søkes oppnådd ved å gå tilbake til teksten i intervjuene for å se hva de ulike kategoriene dreier seg om ut i fra informantenes egne ord. Del to av analysen er også en videre undersøkelse av data hvor jeg vil forsøke å finne teorier som kan forklare de eventuelle mønstrene. I tråd med dette vil resultatene etter analysen av det fjerde forskningsspørsmålet mitt, som ser på variablene kjønn og alder, vil bli presentert kvantitativt etter sitatene.

4.4 Troverdighet, pålitelighet og overførbarhet i kvalitativ forskning

All forskning bør ha som mål å være så pålitelige som mulig, og hver forskningsstudie bør derfor bli evaluert ut i fra hvilken prosedyre som blir brukt for å generere funn. Reliabilitet og ulike validitetsformer blir i kvantitativ forskning brukt som kriterier for kvalitet. Innenfor kvalitativ forskning opereres det derimot med begreper som pålitelighet, troverdighet, overførbarhet og bekreftbarhet som mål på kvalitet (Johannessen, Tufte, & Kristoffersen, 2010, 229). I tråd med Morgans (1993) argumenter for at kvalitativ innholdsanalyse i all hovedsak har karakter som kvalitativ metode, og at det i Graneheim og Lundmanns (2004) artikkel blir foreslått å benytte konsepter knyttet til kvalitativ tradisjon i arbeidet med kvalitativ innholdsanalyse, velger jeg i min studie å se på troverdighet, pålitelighet og overførbarhet som kriterier for kvalitet.

4.4.1 Troverdighet

Troverdighet i kvalitative studier dreier seg om forskerens fokus og hvorvidt studien faktisk undersøker det den skal undersøke. Det første steget for å sikre troverdighet skjer ved valg av

studiefokus, kontekst, deltakere og tilnæringsmåte ved innsamling av data. Ved å velge deltakere med ulik erfaring, øker sannsynligheten for at man får belyst problemstillingen ut ifra varierte aspekter. I min studie har jeg ingen mulighet til å påvirke troverdigheten i prosessen opp til transkribert data. Selv om gjennomsnittsalderen på informantene er 34.5 år, vil jeg tro at utvalget på hele 101 personer med en variasjon i alder fra 18-67 år vil sikre rik variasjon i opplevelse av fenomenet. I form av utvalgets alder, kjønn og skadeomfang kan materialet kjennetegnet som et typisk traumemateriale, noe som igjen bidrar til økt troverdigheten. Intervjuene ble gjennomført som telefonintervjuer. I følge Polit m.fl. (2006) er de fleste fordelene med ansikt til ansikt intervjuer også gjeldene for telefonintervjuer. I mange tilfeller kan telefonintervjuer vise seg å være gunstig, da respondentene vil ha lettere for å snakke om sensitive temaer. Etter at respondentene hadde uttalt seg ble svarene gjentatt av forsker for på den måten å forsikre seg om at de var forstått riktig. Med tanke på at det, som det kommer frem av kapittelet om tidligere forskning viser seg å være behov for kvalitative studier på dette fenomenet, ville det nok ideelt sett vært gunstigere med en litt annen tilnæringsmåte ved innsamling av data, for eksempel i form av et kvalitativt intervju. Jeg tror allikevel at denne studien vil kunne kaste et første lys på et tema som nærmest ikke ser ut til å være berørt. En annen måte å sikre troverdighet på er ved valg av meningsbærende enhet, med tanke på det å være bevisst balansegangen mellom å inkludere for mye eller for lite. En god måte å sikre troverdighet på er ved å illustrere abstraksjonsprosessen ved hjelp av eksempler. Som vedlegg til denne oppgaven finnes det derfor et eksempel som bidrar til å belyse hvordan jeg har gått frem i analysearbeidet. Den siste måten å sikre troverdighet på går på likheter og forskjeller mellom kategorier, og dette kan gjøres på to måter, hvorav jeg har valgt begge. Det ene er ved å vise representative sitater fra den transkriberte teksten, eller gjennom å søke enighet hos medforsker. I tillegg til at jeg i del to av analysen vil vise til sitater, har mine kategorier blitt gått gjennom og diskutert med veileder. Til tross for at vi alle har vår subjektive tolkning av ting, er denne formen for dialog og enighet mellom forskere verdsatt (Graneheim & Lundman, 2004).

4.4.2 Pålitelighet

I kvantitative studier er reliabilitet kritisk, og testes blant annet ved hjelp av test-retest reliabilitet og interreliabilitet. Slike krav om reliabilitet er lite hensiktsmessige innenfor kvalitativ forskning, hvor det ofte ikke benyttes strukturerte datainnsamlingsteknikker. I kvalitativ forskning er observasjoner verdiladet og kontekstavhengige, og man bruker seg selv som instrument. Derimot kan påliteligheten styrkes ved å gi leseren en åpen og detaljert

beskrivelse av hele forskningsprosessen (Johannessen et al., 2010, 229-232). Åpenhet rundt forskningsprosessen fra transkribert data er søkt oppnådd i det foregående avsnittet om gjennomføring av analysen.

4.4.3 Overførbarhet

Kan resultatene fra et kvalitativt forskningsprosjekt overføres til liknende fenomener?

Overførbarhet dreier seg om hvorvidt man lykkes i å etablere beskrivelser, begreper, fortolkninger og forklaringer som kan være nyttige på andre områder enn det som blir studert. Forfatteren av studien kan komme med forslag til overførbarhet, men det er leserens valg å avgjøre om resultatene er overførbare til en annen kontekst. I denne studien er det lagt til rette for overførbarhet ved hjelp av en åpen, tydelig beskrivelse utvalg og karakteristika av deltakerne, datainnsamling og analyseprosessen. Dette sammen med en innholdsrik presentasjon av funnene og passende sitater vil styrke muligheten for overførbarhet (Graneheim & Lundman, 2004).

4.4.4 Metode knyttet til resultatpresentasjonen

For at resultatdelen skal bli så oversiktlig som mulig har jeg valgt å legge frem resultatene i tråd med forskningsspørsmålene mine. Kategoriene anses som del av resultatene og presenteres derfor i resultatkapitlet. Noen kategorier går igjen under flere av forskningsspørsmålene. Disse må sees i lys av spørsmålsformuleringen i det opprinnelige intervjuet, og har derfor et litt forskjellig meningsinnhold. Som beskrevet tidligere i analysen er også resultatdelen delt opp i to deler. I den første delen har jeg ved hjelp statistikkprogrammet SPSS og Excel, kunnet fremstille frekvensfordelingen av kategoriene kvantitativt. Under hvert forskningsspørsmål følger derfor en tabell som beskriver innholdet i de ulike kategoriene. Deretter følger en figur som viser frekvensfordelingen av de ulike kategoriene. I analysen viste det seg at påfallende mange knyttet til forskningsspørsmål 1, under kategorien *hjelp fra helseapparatet*, nevnte fysioterapi. For å få et bilde av om dette faktisk var tilfellet, er fysioterapi i denne kategorien skilt ut. For å følge opp denne tråden, er fysioterapi også skilt ut av kategorien *opptrening* under forskningsspørsmål 3, om anbefalinger for hva som bør vektlegges ved rehabilitering. Resultatene av denne splittingen vil kun bli presentert skriftlig. Som beskrevet i analysekapitlet, består del 2 av en mer kvalitativ tilnærming. Her vil jeg for det første, på bakgrunn av interessante kategorier framkommet i del 1, gå tilbake i tekstmaterialet for å se på nyanser i kategoriene, for eksempel i form av om de har hatt positiv eller negativ betydning. Videre vil jeg ved hjelp av sitater, se på hva respondentene med egne ord formidler. For å skille ut sitatene er disse

skrevet i kursiv. For at fremstillingen av sitatene skal bli håndterbart, har jeg under hvert forskningsspørsmål slått sammen kategoriene i overordnede kategorier. Disse kategoriene har jeg ved hjelp av en fortolkning kommet frem til, og de er slått sammen ut i fra hva de handler om.

Etter å ha presentert sitater, følger tabeller som ser på om kjønn og alder har noen innvirkning på hva respondentene vektlegger, jamfør forskningsspørsmål 4. For å kunne se på alder, er respondentene fordelt i fire alderskategorier. Med tanke på at denne studien er en kvalitativ innholdsanalyse og ikke har et direkte kvantitativt design, må tabellene tolkes i forståelse med dette. Det er tatt hensyn til at man skal være forsiktig med å generalisere på bakgrunn av denne metoden, og det er dermed et bevisst valg å ikke kjøre analyser som kjennetegnes ved et kvantitativt design som statistisk signifikans osv. Fremstillingen av kjønns- og aldersforskjeller i prosent, beskriver dermed kun hva respondentene i dette utvalget har vektlagt. Når jeg sammenligner hva kvinnene og mennene i dette utvalget har vektlagt, vil jeg derfor kun kommentere det hvis det er ting som tydelig skiller seg ut. Under hvert forskningsspørsmål vil jeg avslutningsvis kort oppsummere resultatene som har fremkommet.

5 Resultater

Viktigheten av at rehabilitering og funksjon forstås ut i fra et biopsykososialt perspektiv, understrekes av resultatene i denne studien. Analysen viser at faktorer knyttet til det psykiske og det sosiale aspektet, representerer majoriteten av kategoriene fremkommet under forskningsspørsmålene relatert til ressurser, utfordringer og anbefalinger.

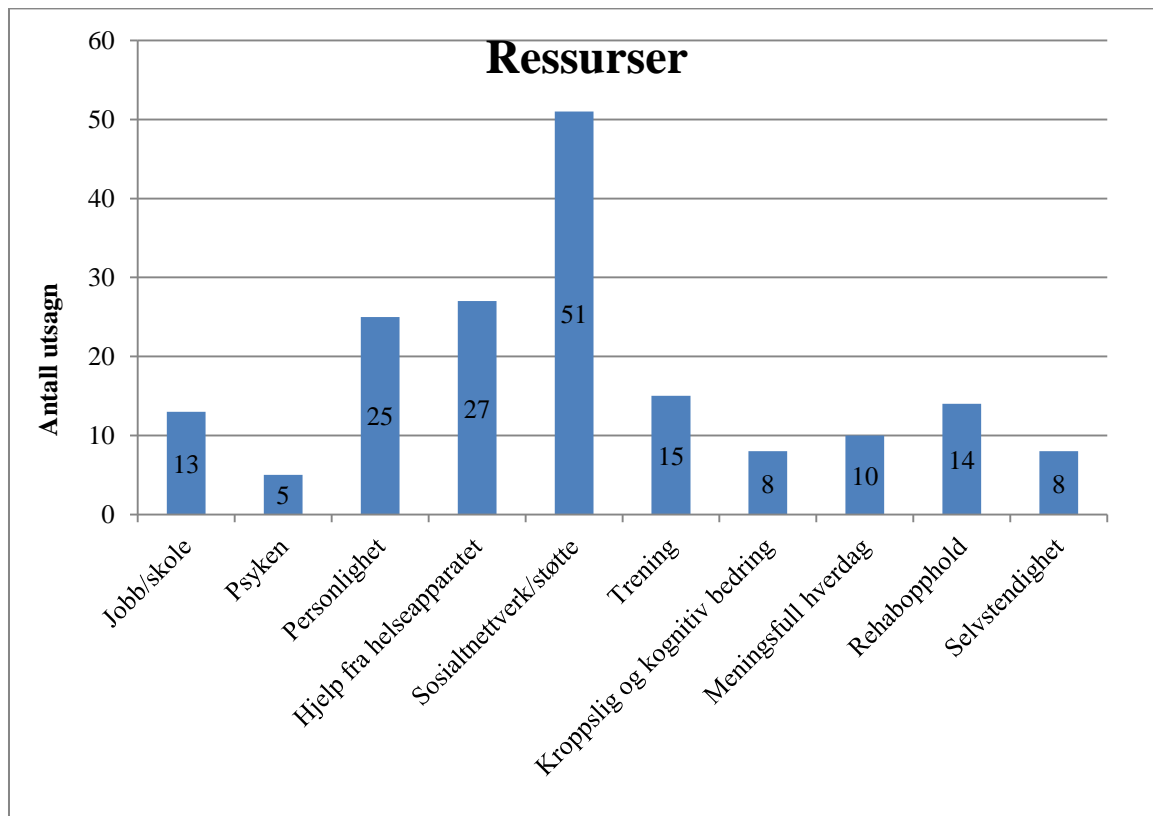
5.1 Ressurser vektlagt av multitraumatiserte pasienter som viktige for å mestre hverdagen og ha et godt liv to år etter skade

I analysen av svarene på det første spørsmålet, som her er knyttet til forskningsspørsmål 1, om viktige ressurser for å mestre hverdagen og ha et godt liv, fremkom ti kategorier. Oversikt og beskrivelse av kategoriene er vist i Tabell 5.1. Frekvensfordelingen av de enkelte kategoriene er presentert i Figur 5.1.

Tabell 5.1: Beskrivelse av kategoriene relatert til ressurser.

Kategori	Beskrivelse
Jobb/Skole	Å være tilbake i jobb/skole, eller mangel på dette.
Psyken	Psykiske utfordringer
Personlighet/ ståpåvilje	Egen styrke og vilje til å mestre utfordringene
Hjelp fra helseapparatet	Dekker alt fra førstehjelpen til opptrening med fysioterapeut
Sosialt nettverk/støtte	Partner, barn, venner, naboer og kollegaer
Trening	Der trening nevnes uten at det knyttes til rehabiliteringsopphold eller profesjonell terapeut
Kroppslig og kognitiv bedring	At det går fremover, enten på grunn av en operasjon eller trening (kognitivt inkludert)
Meningsfull hverdag	Daglige gjøremål, føle seg til nytte, eller gjøre nytte for seg
Rehabiliteringsopphold	Der dette er nevnt spesifikt
Selvstendighet	Mestre hverdagslige ting, klare

	seg selv og ta egne avgjørelser uten og til en hver tid å være avhengige av hjelp fra andre
--	---



Figur 5.1: Ressurser pasientene vektlegger for å mestre hverdagen og ha et godt liv etter skade. Fordelingen av utsagnene på de enkelte kategoriene, i antall.

Med unntak av kategorien psyken, omtaler samtlige respondenter faktorene i positiv forstand, som noe som har vært en viktig ressurs for å mestre hverdagen og ha en opplevelse av et godt liv etter skade. Når det gjelder kategorien psyken sier to av fem respondenter at de har hatt hjelp av psykolog eller samtaler, mens hos de resterende tre, må psyken forstås som utelukkende negativ i form av depresjon og angst.

Nedenfor presenteres resultatene i tråd med kategoriene som etter en fortolkning er slått sammen til følgende tre overordnede kategorier: Psykososiale aspekter, aspekter ved helseapparatet og den fysiske kroppen og eksternt. Kategoriene under den overordnede kategorien *psykososiale aspekter* består av; psyken, personlighet, meningsfull hverdag, selvstendighet og sosialt nettverk. Den overordnede kategorien *aspekter ved helseapparatet og den fysiske kroppen* består av; hjelp fra helseapparatet, rehabiliteringsopphold, trening og

kroppslig og kognitiv bedring. Den siste overordnede kategorien, *eksternt*, omfatter kategorien jobb/skole.

5.1.1 Psykososiale aspekter

Av alle kategoriene ser det ut til at sosialt nettverk er den viktigste fellesnevneren. Halvparten av respondentene nevner sosial støtte som viktig for å mestre hverdagen og å ha et godt liv og dette kommer til uttrykk gjennom følgende uttalelser:

”Kona og sønnen min, uten tvil, uten dem hadde jeg ikke vært her i dag. De har prøvd å bakke meg opp”.

”Familien, enestående kjerring som hjelper meg støtt. Det er helt uunnværlig”.

”Nettverket mitt har vært kjempeviktig. Mye forståelse, mye hjelp, mye omsorg”.

”Det å ha kontakt med venner og familie har hjulpet meg og har vært svært viktig. Føler at alle har brydd seg, tatt hensyn”.

Den tredje mest viktigste faktoren for å ha et godt liv og en opplevelse av mestre hverdagen viser seg å være personligheten. Uttalelsene under denne kategorien dreier seg om hvordan de ved hjelp av optimisme og ståpåvilje har mestret hverdagen og kommet seg der de er i dag, og dette viser seg gjennom uttalelser som:

”Egeninnsats og personlighet, hvordan jeg er og at jeg er bevisst og gjør ting selv”.

”At jeg ikke gir opp”.

”Min egen vilje, det å sitte i rullestol var helt uaktuelt for meg. Jeg er sta”.

”Meg selv, mitt eget pågangsmot og vilje, og at jeg har tatt mye initiativ hele tiden, og kjørt mye på meg selv”.

”Evnen til å takle det, til å se muligheter og ikke problemer”.

”At jeg har tatt ting positivt og holdt meg i gang”.

Videre er det å ha noe meningsfylt å fylle dagene med av betydning. Dette omfatter også betydningen av det å føle seg til nytte for noen andre, og kommer frem gjennom følgende uttalelser:

[...] ”hadde noe å gjøre i hverdagen [...] føler at none retter press på meg, at jeg gjør nytte for meg”.

[...] ”kunne hjelpe andre igjen”.

”Bikkja mi, å få bikkje, må stelle den, må gå tur, slipper å kjede meg”.

Selvstendighet ser også ut til å være en viktig faktor. Her er det verdt å legge merke til at de aller fleste i sammenheng med selvstendighet, vektlegger hjelpemidler, og særlig bil:

”Det å få tilpasset bolig. Kan se på TV når jeg vil, sitte på verandaen når jeg vil. Større frihet enn på sykehuset”.

”Bilen, mulighet til å transportere meg selv. Hater å vente, får mye frihet”.

”Bil. Komme deg dit du vil”.

Som nevnt innledningsvis er kategorien psyken den eneste faktoren som ikke blir omtalt i positiv forstand. Hos de tre respondentene hvor utelukkende negative faktorer ved psyken blir vektlagt, viser dette perspektivet seg gjennom uttalelser som:

”Har hatt det jævlig kjipt enkelt og greit. Har følt meg jævlig alene. Ingen som skjønner hva jeg mener, ingen som har gått gjennom det jeg har gått gjennom”.

Til tross for dette tyder avslutningen på utsagnet på at vedkommende allikevel ikke helt har gitt opp: ”Jeg prøver i hvert fall”. En av de andre som legger vekt på at det har vært problematisk grunnet psykiske utfordringer, forteller også hva som fører til at vedkommende har det bra:

”Depresjonen, at jeg blir tilbaketrukket. Kameratene mine, har det bra med dem. Når jeg har ungene i hus har jeg det bra”.

Den siste av respondentene ordlegger seg på denne måten:

”Vet ikke... har mye psykiske problemer, er sliten”.

5.1.2 Aspekter ved helseapparatet og den fysiske kroppen

Nest etter sosialt nettverk, er det kategorien hjelp fra helseapparatet, vektlagt av 27 respondenter, som er den viktigste faktoren. Tidlig i analysen viste det seg at fysioterapi ble nevnt oftere enn noen av de andre yrkesgruppene. For å få et bilde av om dette faktisk stemte, er denne yrkesgruppen skilt ut, og resultatet bekrefter at dette er tilfellet. Av de 27 som

vektlegger hjelp fra helseapparatet, nevner 18 spesifikt fysioterapi. Denne kategorien vil jeg belyse med følgende sitater:

”Profesjonelt gode terapeuter er voldsomt viktig”.

”Hjelpen fra kirurgen frem til fysioterapeuten”.

”De behandlinger jeg hadde hos fysioterapeut. Råd, opplæring og trening jeg fikk der”.

Kategorien trening består utelukkende av uttalelser om trening, uten at det settes i sammenheng med bistand fra fysioterapeut eller andre yrkesgrupper:

”At jeg er i fysisk god form og fortsetter å trene”.

”Det at jeg har jobbet og trent for å klare å gå lengre strekninger, for å bli som før”.

”At jeg begynte å gå og trene meg opp igjen med en gang jeg kom hjem”.

”Treningen. Hadde det ikke vært for den hadde jeg ikke vært her, da hadde jeg vel fortsatt sittet der. Har trent opp hele kroppen igjen”.

Utsagnene knyttet til rehabiliteringsopphold vitner om at dette har vært en positiv opplevelse for pasientene og fremdriften av rehabiliteringen:

”Catosenteret. Hadde jeg ikke vært der i 16-17 uker, hadde jeg ikke vært der jeg er nå”.

”Rehabiliteringen var bra, hadde nok kommet dit jeg er i dag uansett men med Catosenteret gikk det raskere, tror jeg”.

Flere legger også vekt på viktigheten av å få bekreftelse på å se at det går fremover, både med tanke på kroppen og det kognitive:

”At jeg har blitt bedre, sterkere i kroppen. Å se at det går fremover, da vil du mer”.

”At jeg rent fysisk mestrer dette som jeg gjør. At jeg orker ting, får gjort det jeg synes er nødvendig”.

”Det å få trent opp igjen foten. Og å begynne å huske litt bedre”.

5.1.3 Eksternt

Det viser seg også at det å komme seg tilbake i jobb eller skole er viktig. Flere av uttalelsene sier også noe om hvorfor dette er av betydning for livskvaliteten:

”Arbeid og samliv. Mangel på arbeid fordi arbeid har mye å si. Det hadde nok gått lettere hvis jeg hadde hatt daglige utfordringer for intellektet. Hadde følt at jeg mestret tilværelsen bedre”.

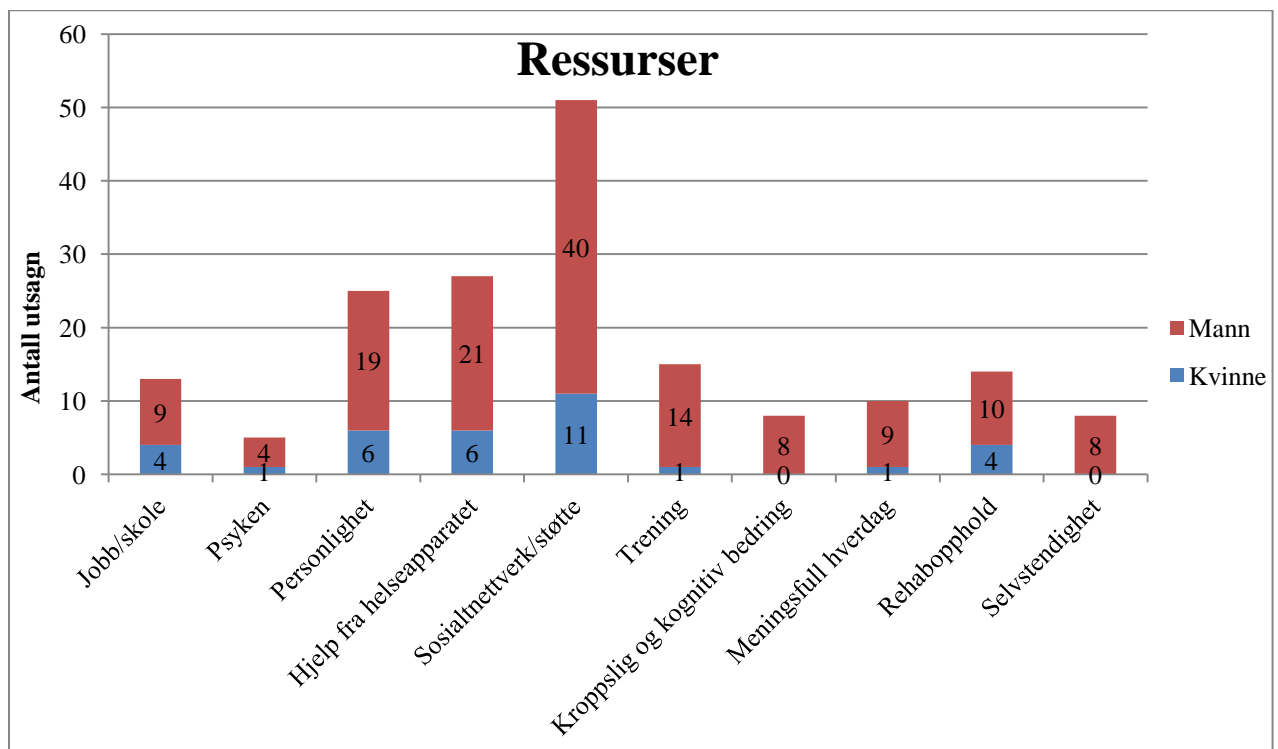
”Muligheten til å kunne jobbe har vært viktig for livskvaliteten min”.

”Jobben. Det sosiale, ha et sted og dra og jobbe”.

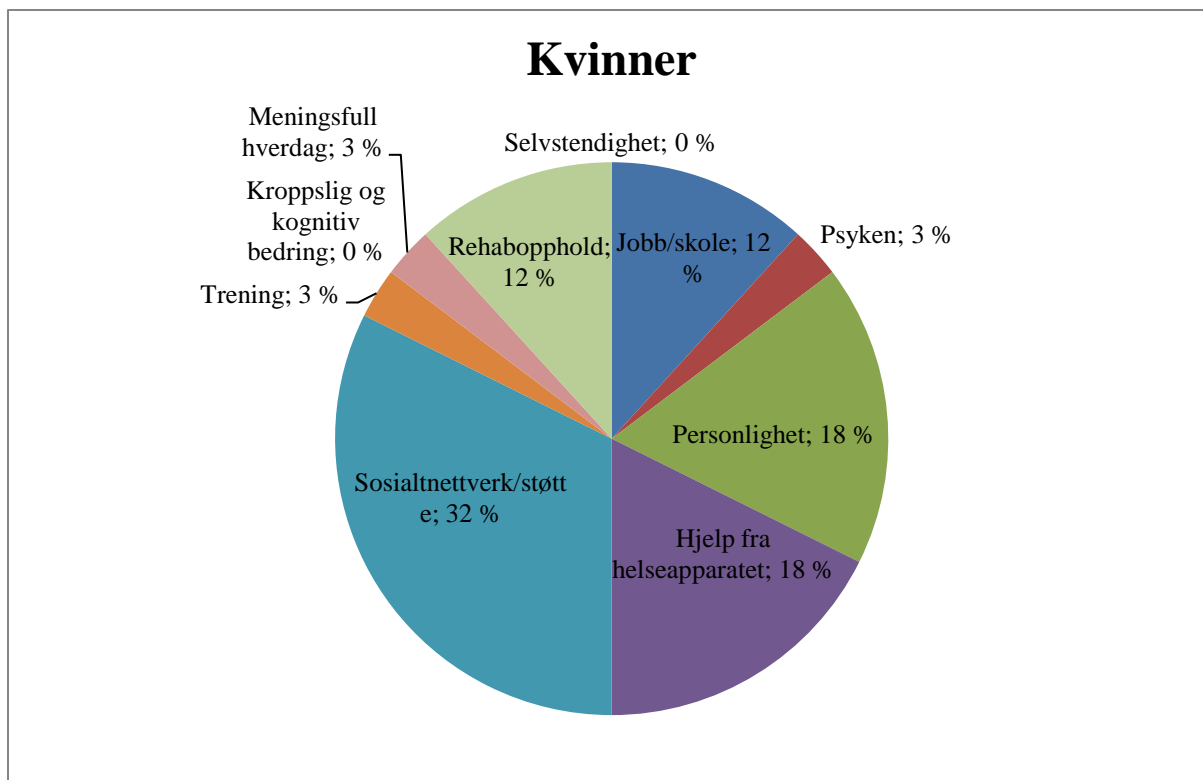
”Jobb – uten jobb er det ikke så lett å eksistere. At man trives og får til livets opphold”.

”At jeg kunne begynne på skolen, at jeg kom tilbake til livet, at jeg kunne gå videre uten å bli sittende å vente ett år”.

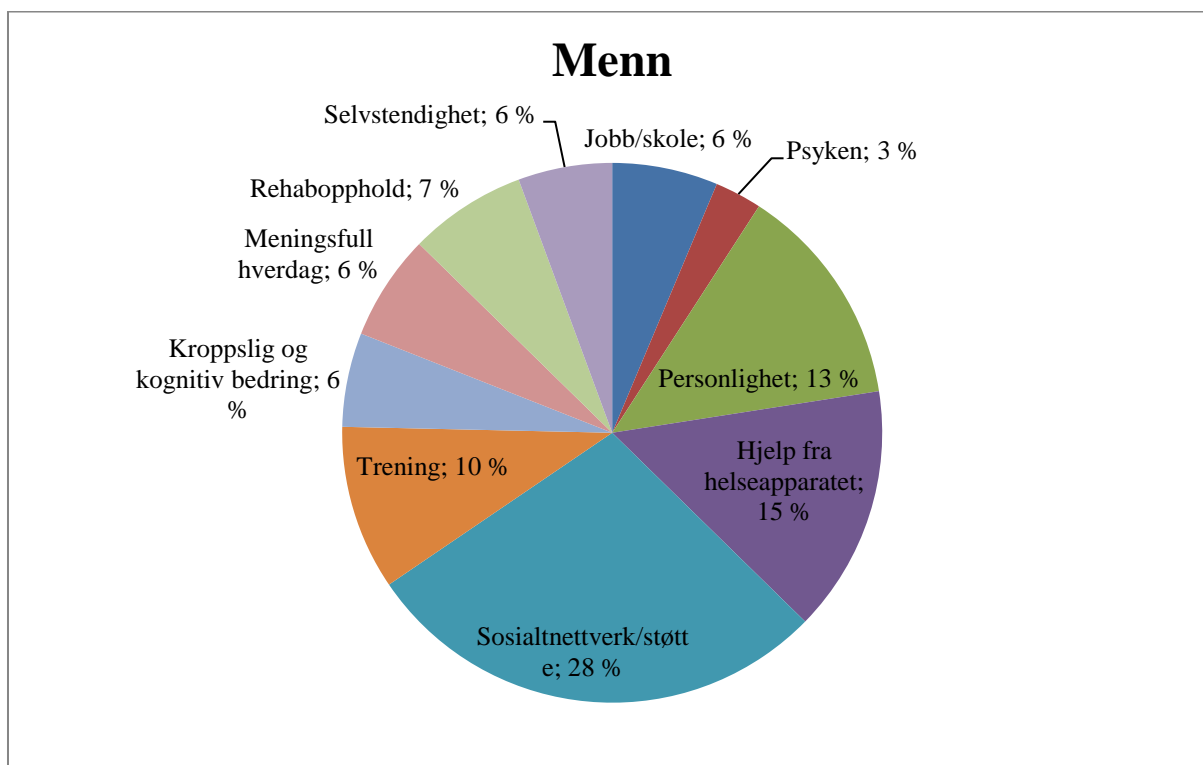
Figurene 5.2-5.5 viser fordelingen av kategoriene for menn og kvinner og for ulike aldersgrupper.



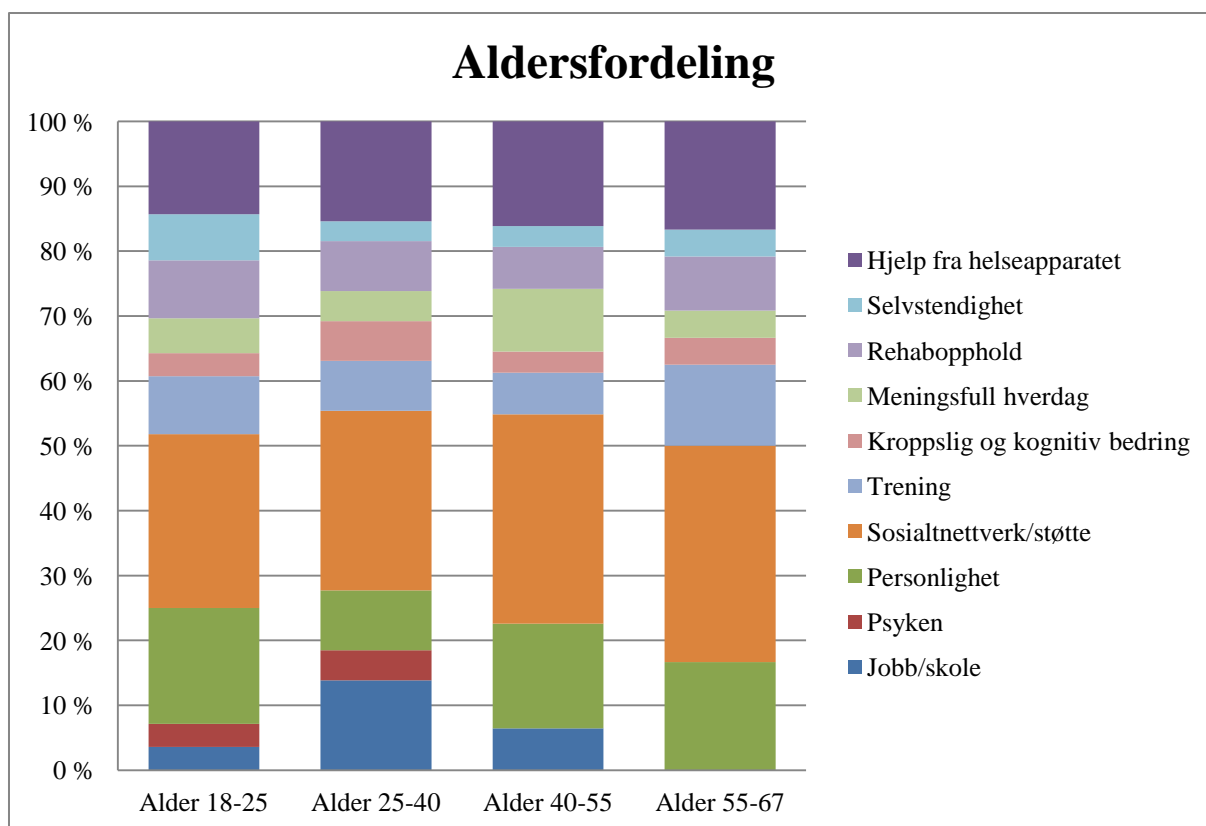
Figur 5.2: Fordelingen av svarene fra kvinner og menn og hva de vektlegger av ressurser, vist i antall.



Figur 5.3: Den prosentvise fordelingen av svarene fra kvinnene om hva de vektlegger av ressurser.



Figur 5.4: Den prosentvise fordelingen av svarene fra mennene om hva de vektlegger av ressurser.



Figur 5.5: Prosentvis vektning av ressurser, ut i fra alder.

5.1.4 Oppsummering av erfaringer relatert til ressurser

Blant kategoriene som representerer de ressursene som respondentene vektlegger, er det tre faktorer som peker seg ut som særlig viktige. Disse er sosialt nettverk/støtte, hjelp fra helseapparat og egen personlighet. Som sitatene viser, dreier det seg om viktigheten av bistand og støtte både fra sosialt nettverk og helseapparatet, men også hvor avgjørende egne ressurser som pågangsmot og optimisme er for å mestre hverdagen.

Mestring av hverdagen fremkommer særlig i tre kategorier, alle gruppert under psykososiale aspekter. Sitatene hentet fra kategoriene sosialt nettverk/støtte, trening og personlighet vitner om at respondentene aktivt har brukt ressurser i seg selv eller rundt seg for å mestre hverdagen.

Når det gjelder kjønnsfordelingen, kan det synes som om kvinnene i dette utvalget i noe større grad enn mennene vektlegger at jobb/skole og rehabiliteringsopphold har hatt betydning for livskvaliteten. På den andre siden vektlegger en større andel menn viktigheten av trening. Ingen av kvinnene i utvalget legger vekt på selvstendighet eller kroppslig og kognitiv bedring. Det ser derimot ut til at både kvinner og menn er like opptatt av viktigheten av den største kategorien, sosialt nettverk/støtte.

Når det gjelder alder og erfaringer med ressurser, er det små forskjeller. Psyken er som den eneste kategorien, ikke representert i alle aldersgruppene. Dette velger jeg ikke å legge vekt på, da denne kategorien i utgangspunktet er såpass liten. Når det gjelder kategorien jobb/skole, vektlegges dette i større grad av respondentene i aldersgruppen 25-40 år sammenlignet med de andre, mens ingen i alderen 55- 67 år har nevnt dette.

5.2 utfordringene pasientene møter og mestringsaspekter som fremkommer i svarene

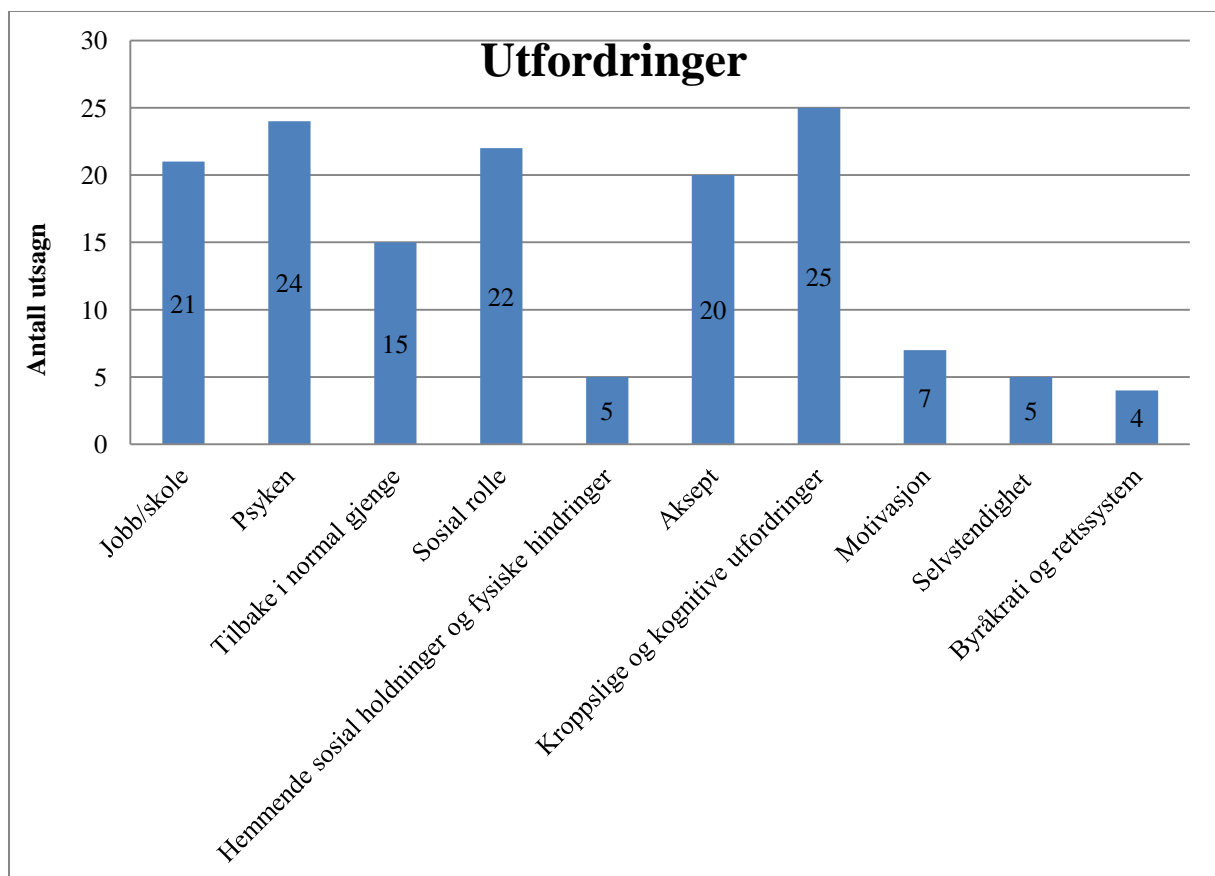
Analysen av svarene på det andre spørsmålet, som her er knyttet til forskningsspørsmål 2, om utfordringene de møter og mestringsaspekter som fremkommer, resulterte i ti kategorier.

Oversikt og beskrivelse av kategoriene er vist i Tabell 5.2. Frekvensfordelingen av de enkelte kategoriene er presentert i Figur 5.6.

Tabell 5.2: Beskrivelse av kategoriene relatert til utfordringer.

Kategori	Beskrivelse
Jobb/skole	Å komme tilbake i jobb/skole og mestre det
Psyken	Problemer med angst, depresjon, men også det å være sterk og ikke klage
Tilbake i normal gjenge	Tilbake til dagliglivet, få normalisert livet, finne tilbake til det gamle jeg
Sosial rolle	Det som forventes av oss som ektefelle, foreldre, kollega osv, møte med det sosiale miljøet etter skade, men også den sosiale rollen som mottaker av hjelp.
Hemmende sosiale holdninger og fysiske hindringer	Hemmende holdninger, i form av syn, meninger og glaning eller hindringer som følge av et lite tilrettelagt miljø
Aksept av situasjon/innse begrensinger	Akseptere ny situasjon, bli kjent med forandret selv
Kroppslige og kognitive	Mestre utfordringene som

utfordringer	følger med en forandret kropp (kognitivt inkludert)
Motivasjon	Finne motivasjon og ork til å ta tak i ting, for eksempel trening
Selvstendighet	Mestre ting på egenhånd
Byråkrati/rettssystem	Favner rettssaker, kamp med trygdekontoret og NAV



Figur 5.6: Utfordringene pasientene møter på etter å ha kommet hjem. Fordelingen av utsagnene på de enkelte kategoriene, i antall.

Utfordringer respondentene trekker frem er relatert til *psykososiale aspekter* som består av psyken, aksept, motivasjon, selvstendighet og sosial rolle og tilbake i normal gjenge. Andre utfordringer kategorisert under *eksternt*, består av jobb/skole, byråkrati/rettssystem og hemmende sosiale holdninger og fysiske hindringer, mens *aspekter ved den fysiske kroppen* omfatter kroppslige og kognitive utfordringer.

5.2.1 Psykososiale aspekter

De ulike kategoriene som representerer hva som blir sett på som de største utfordringene etter skaden fordeler seg jevnere her enn på det første forskningsspørsmålet. Med tanke på at spørsmålet respondentene har fått ikke direkte spør etter hvordan de har mestret utfordringene de møter, kommer allikevel dette aspektet frem. Hos noen tydeligere enn andre. Den kategorien hvor mestringsaspektet klarest kommer frem er svarene kategorisert under aksept:

”Å innrømme over meg selv at jeg faktisk har et handikap”.

”Å innse sjøl at man har forandret seg mye, for så å gjøre noe med det, og så ta tilbake sitt gamle jeg. Og samtidig få andre til å forstå”.

”Å tenke tilbake på det som skjedde uten å bli deprimert. Å tenke mer rasjonelt på det som skjedde”.

”Å akseptere at jeg ikke kan være med å gjøre de samme tingene jeg har gjort før”.

”Å godta at man er mer redusert enn tidligere”.

”Det med jobb, å få seg jobb, ny leilighet – mye skjedde. Det med fysisk trening har vært en utfordring. Å innse at man ikke blir som før og leve med det er en stor utfordring, ikke å ergre seg over det”.

Svarene kategorisert under sosial rolle sier også noe om hva som skal til for å mestre utfordringene knyttet til dette. Det handler her om forventningene som stilles i form av å skulle være ektefelle, foreldre, kollega osv., møte med det sosiale miljøet etter skade, men også den sosiale rollen som mottaker av hjelp:

”Prøve å være så normal som mulig, som for eksempel å ha selskap, nabotreff, være så normal som mulig sammen med dem jeg kjenner. Være ute i lokalmiljøet”.

”Takle dagliglivet på en måte; Alle ting, å balansere bruk og misbruk av venner og familie til å stille opp. Vanskelig å si ja til hjelp. Forholdet mellom meg og de jeg går sammen med oppleves som vanskelig fordi de må hjelpe”.

”Å komme meg videre. Trening for å klare å komme tilbake til funksjoner jeg vil klare, å være husmor, mor og bestemor”.

”Å fungere sosialt med flere mennesker, orker ikke holde kontakt med alle”.

Den nest største kategorien er psyken og uttalelsene dreier seg her om utfordringer relatert til angst og depresjon, men også det å være sterk og ikke klage:

”Å ikke bli deprimert, ikke tenke negative tanker”.

”De psykiske problemene mine, men de ble borte da jeg fikk jobb”.

”Prestasjonsangst i forbindelse med at jeg kanskje skal holde kurs i forbindelse med jobb, men det har gått bra”.

”Å prøve å holde maska, holde nivået, ikke være plaget, ikke syk, ikke så sliten. Være kjekk og selvstendig og klare seg uten egentlig å gjøre det”.

”Å holde kjeft. At ingen skulle ta meg for å klage – men det ble visst litt fullt etter hvert”.

Uttalelsene kategorisert under motivasjon dreier seg om å finne motivasjon og ork til å ta tak i ting, for eksempel trening:

”Å ta tak i ting, ikke bli lat, ikke sitte og kope. Å komme ut av det har vært den største utfordringen”.

”Å prøve å holde motivasjonen opp for å styrke trening fordi det går så sakte”.

”Å holde seg i form. Motivere seg for å trene”.

Selvstendighet handler her om mestre ting på egenhånd:

”Å komme dit jeg er nå, med å komme der jeg er. Mestre dine daglige gjøremål, gjøre ærend og aktiviteter på egenhånd... Få igjen den gode mestringsfølelsen”.

”Det at jeg skulle prøve å klare meg selv. At jeg skulle flytte for meg selv”.

Kategorien tilbake i normal gjenge, handler om utfordringen som møter en når man er tilbake i hverdagen og forsøker å få normalisert livet og finne tilbake til sitt gamle jeg:

”Det fysiske, å mestre det fysiske. Klare å komme på jobb, klare husarbeid. Dagliglivets fysiske aktiviteter”.

”Å komme tilbake til litt mer normal gjenge. Få normalisert livet lite grann”.

”Å prøve å komme tilbake til det normale: komme tilbake i jobb, og ikke minst fungere sosialt”.

5.2.2 Aspekter ved den fysiske kroppen

Kroppslige og kognitive utfordringer dreier seg om utfordringene som følger med en forandret kropp. Også her viser mestringsaspektet seg i form av hvordan utfordringen er forsøkt håndtert:

”Å gjøre det jeg hadde lyst til å gjøre, være med venner, være med dem ut da jeg gikk på krykker”.

”Å trene seg opp til at jeg kan være med på små jakturer og andre aktiviteter”.

”Å komme meg på beina igjen. Kunne gå, ikke være avhengig av å bli kjørt”.

”Bevegeligheten i benet er trøttendes mange ganger. At en må godta at det har blitt sånn”.

”Øyet, - blir fort sliten, ser ikke ordentlig klart. Tåken irriterer meg også. Bør være flinkere til å øve meg på å huske, men glemmer det”.

5.2.3 Eksternt

Utfordringene som møter respondentene når de skal komme seg tilbake i jobb/skole varierer i alt fra det å skulle hente seg inn igjen etter å ha vært borte lenge, til at det for eksempel oppleves fysisk krevende å skulle mestre jobben:

”Å komme i jobb igjen i og med at jeg har en slik jobb som jeg har, bygningsarbeider. Har bitt tennene sammen og prøvd så godt som jeg kan, og det har gått fremover”.

”Ha en plan mht. jobb/utdannelse [...]. Få igjen den gode mestringsfølelsen”.

”Å leve mest mulig normalt, jobbe opp mot det å komme tilbake i jobb”.

”Det å komme tilbake på skolen, å ta opp igjen etter nesten ett års pause. Hang etter, kom litt ut av rytmen”.

”Å komme ordentlig tilbake i jobb. Det har til tider vært tungt, selv om ikke noe spesielt har vært feil. Var sliten, tungt å ha fulle arbeidsdager”.

”[...] å tenke fremover og komme meg på jobb”.

Hemmende sosiale holdninger og fysiske hindringer handler om hemmende holdninger, i form av syn, meninger, eller et lite tilrettelagt miljø:

”Å komme dit jeg er i dag, være med på ting, ta utfordringen i å dra ukjente steder uten å vite om det er tilrettelagt”.

”Å takle andres syn og holdninger ovenfor meg og min situasjon”.

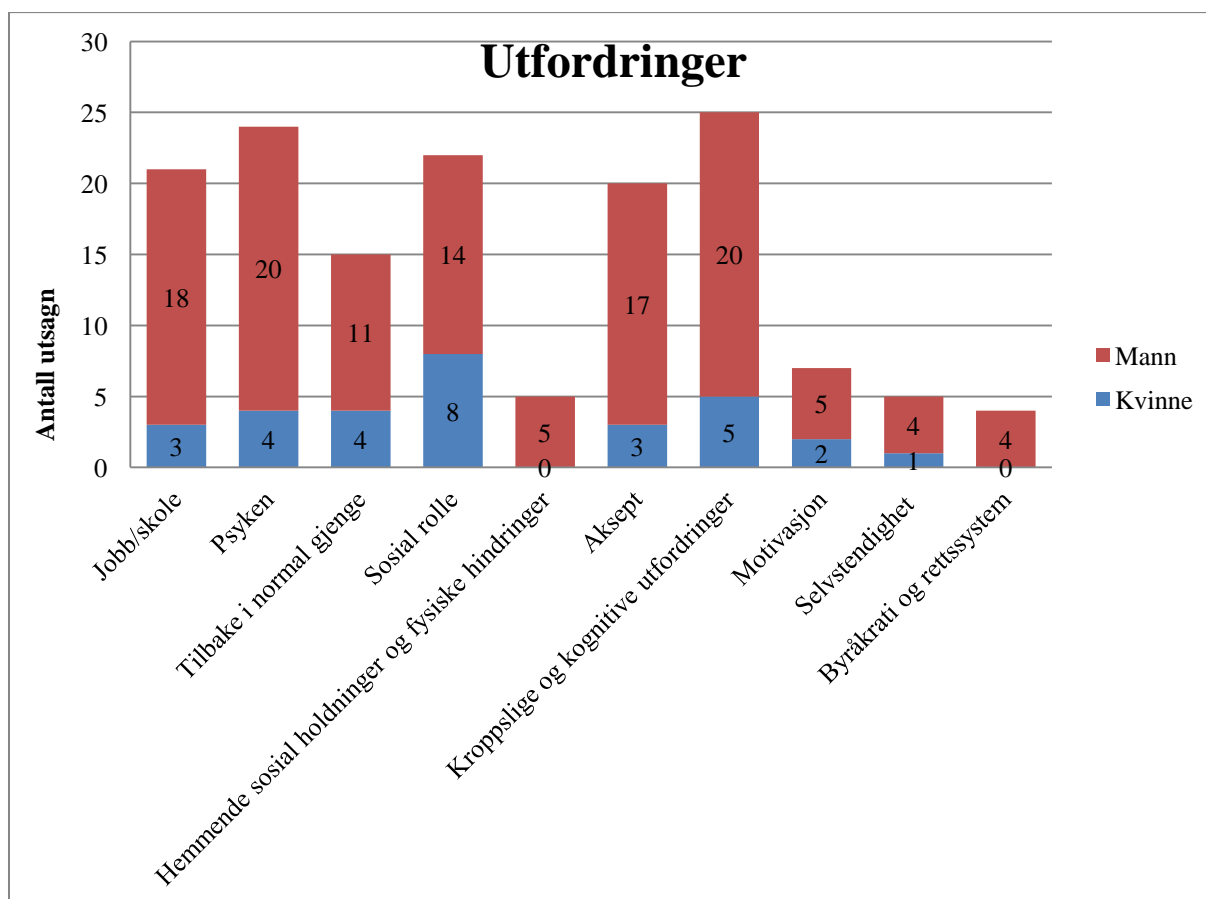
”Å bli vant til at folk ser eller glaner”.

Uttalelser kategorisert under byråkrati/rettssystem dreiser seg om utfordringer knyttet til rettssaker, kamp med trygdekontoret og NAV:

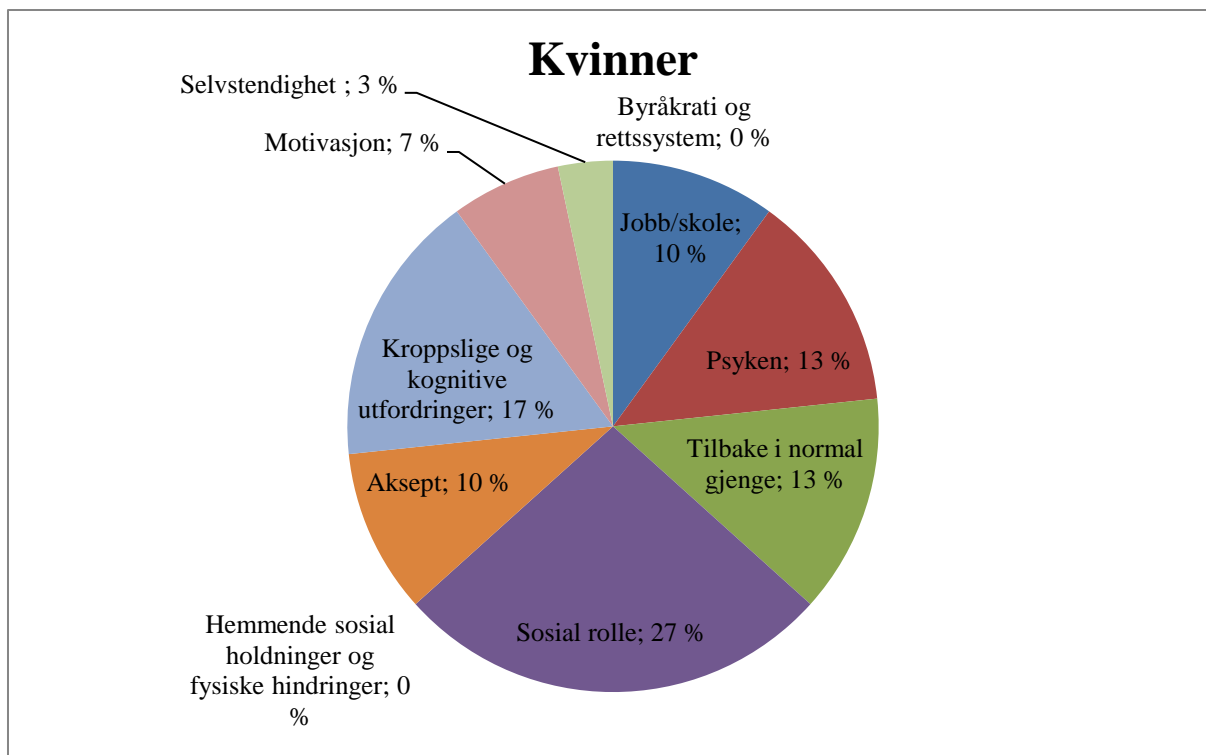
”Vet ikke, jeg kom meg ganske greit. Rettsaken var en belastning”.

”Norsk papirarbeid, alt med lover, trygder og rettigheter. Det er umulig å sette seg inn i det, det er ingen som kan det”.

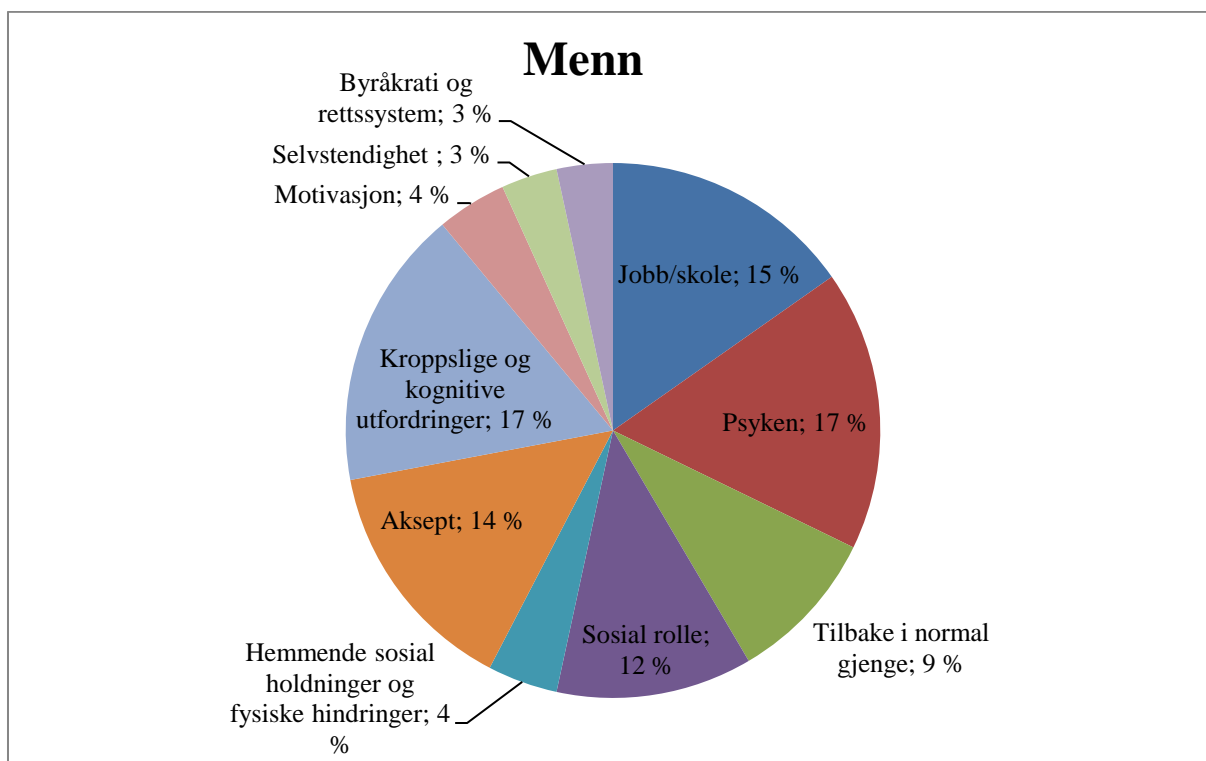
Figurene 5.7-5.10 viser fordelingen av kategoriene for menn og kvinner og for ulike aldersgrupper.



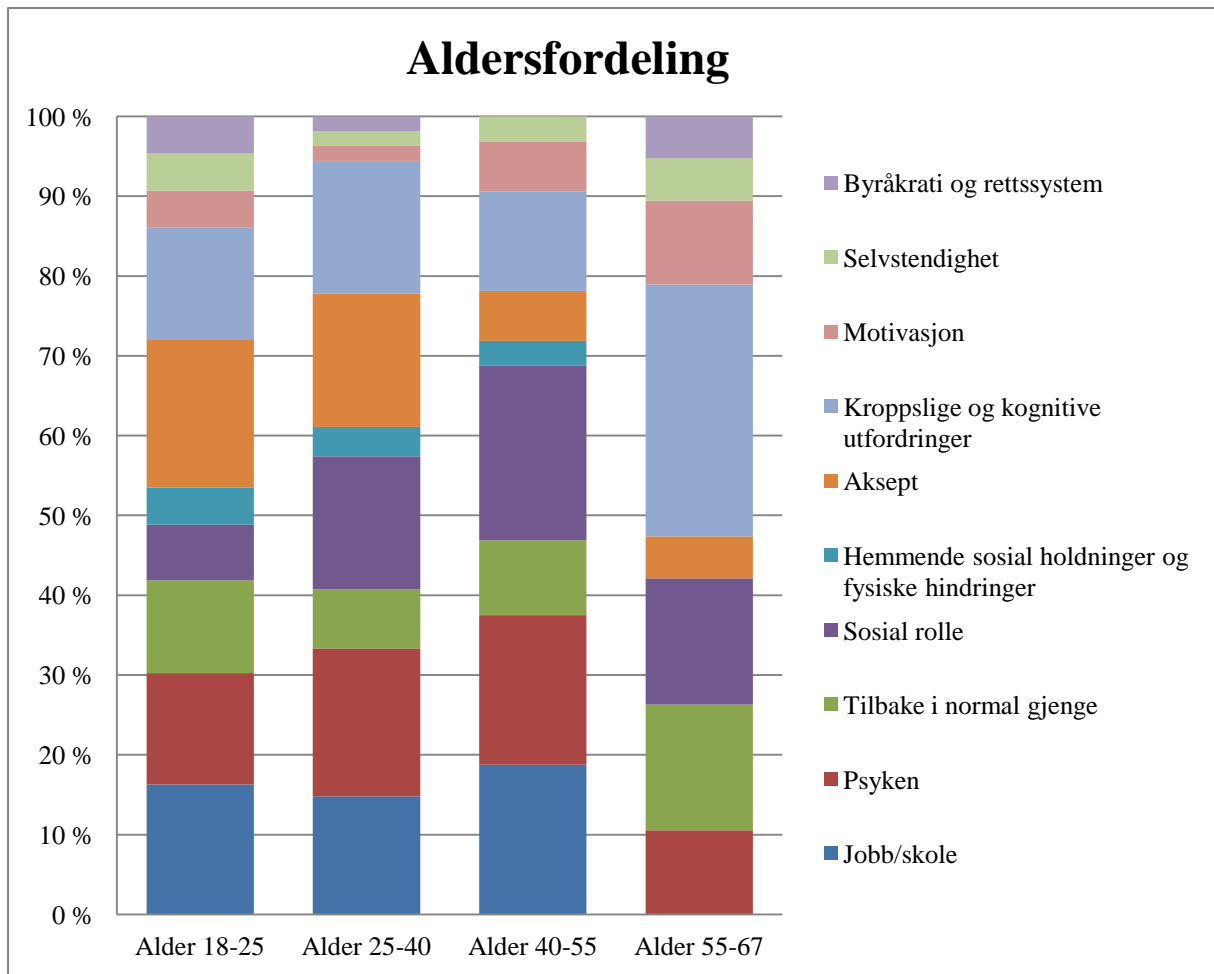
Figur 5.7: Fordelingen av svarene fra kvinner og menn, og hva de beskriver av utfordringer, vist i antall.



Figur 5.8: Den prosentvise fordelingen av svarene fra kvinnene om hvilke utfordringer de beskriver.



Figur 5.9: Den prosentvise fordelingen av svarene fra mennene om hvilke utfordringer de beskriver.



Figur 5.10: Prosentvis vektning av utfordringer, ut i fra alder.

5.2.4 Oppsummering av utfordringer og mestringsaspekter

Vektingen av de ulike utfordringene fordeler seg relativt jevnt under dette forskningsspørsmålet om utfordringer. Mestringsaspektet, i form av at de kan fortelle hvordan de har håndtert utfordringene, kommer tydelig frem i uttalelsene knyttet til de fleste aspektene. Når det gjelder forskjellen på kvinner og menn, er nok de eneste nevneverdige forskjellene at kvinner i større grad erfarer utfordringer ved den sosiale rollen, og at det kun er menn som erfarer utfordringer knyttet til holdninger og hindringer.

Med tanke på hva som blir vektlagt relatert til alder, er det ingen i aldersgruppen 55-67 år som erfarer utfordringer knyttet til å komme tilbake i jobb/utdanning. Resultatene viser også at respondentene i denne aldersgruppen i større grad erfarer utfordringer knyttet til kroppslige og kognitive utfordringer og motivasjon enn de andre.

Resultatene viser også byråkrati/rettssystem og hemmende sosiale holdninger og fysiske hindringer ikke er representert i henholdsvis aldersgruppen 45-50 og 50-67 år. Med tanke på

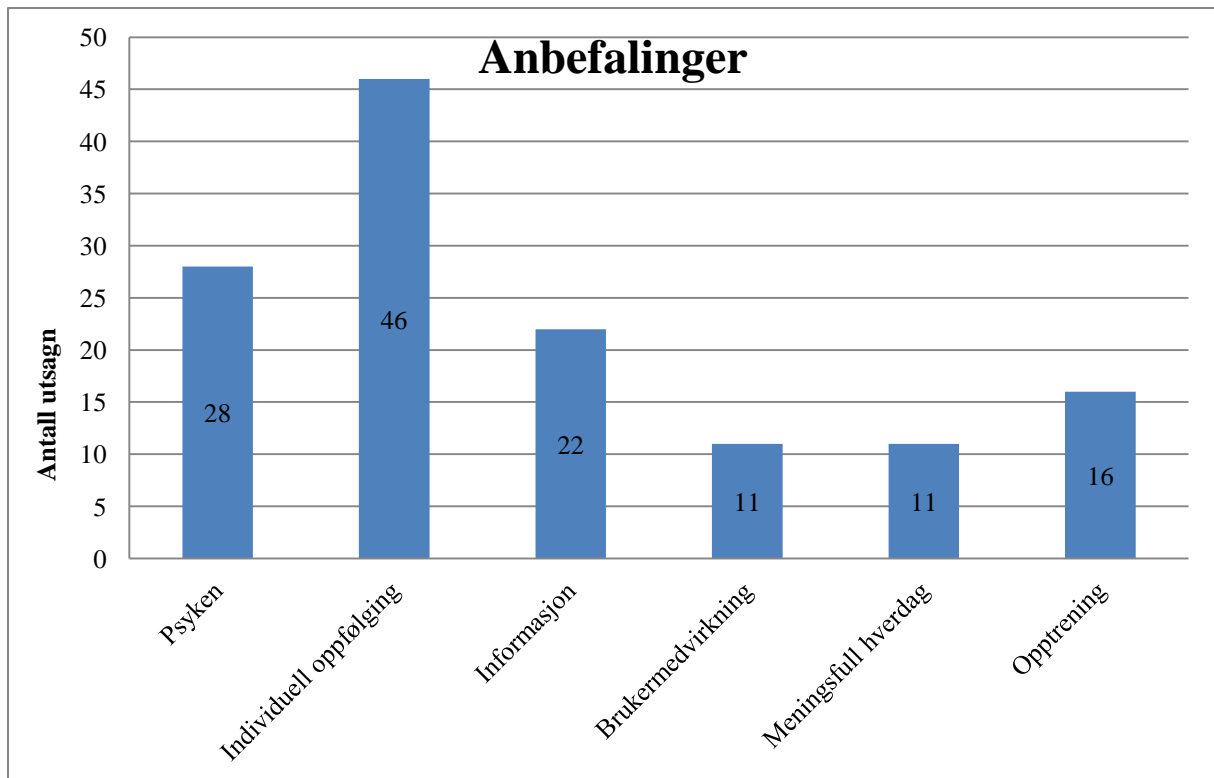
at disse kategoriene er såpass små, velger jeg også her å ikke vektlegge dette som noe betydningsfullt.

5.3 Anbefalinger om hva som bør vektlegges ved rehabilitering etter ulykker

Analysen av svarene på det tredje spørsmålet, som her er knyttet til forskningsspørsmål 3, om anbefalinger for hva som bør vektlegges ved rehabilitering etter ulykker, resulterte i seks kategorier. Oversikt og beskrivelse av kategoriene er vist i Tabell 5.3. Frekvensfordelingen av de enkelte kategoriene er presentert i Figur 5.11.

Tabell 5.3: Beskrivelse av kategoriene relatert til pasientenes anbefalinger.

Kategori	Beskrivelse
Psyken	Oppfølging av profesjonell terapeut, hjelp til å sosialisere seg.
Individuell tilnærming og oppfølging	En kontaktperson som kan bistå og følge videre mht informasjon, krav og den generelle rehabiliteringen
Informasjon	God, tydelig og lik informasjon om skade, utfall, forventinger, rettigheter og aktuelle tilbud
Brukermedvirkning	Bli hørt og tatt på alvor
Meningsfull hverdag	Noe meningsfullt og ta seg til, ofte i form av målrettet trening
Opptrening generelt	Fysisk og kognitiv trening



Figur 5.11: Pasientenes anbefalinger om hva som bør vektlegges ved rehabilitering. Fordelingen av utsagnene på de enkelte kategoriene, i antall.

Tidlig i analysen så jeg mønstre som vitnet om at respondenten var mer samstemte med tanke på hva de mente det bør legges vekt på ved rehabilitering etter ulykker. Dette viser seg ved at antall kategorier under dette forskningsspørsmålet er lavere enn ved de foregående. Spesielt har mange her vektlagt viktigheten av individuell oppfølging, psykisk oppfølging og god informasjon. Anbefalingene peker i større grad på det de har savnet, enn mot det de har fått av tilbud. For å følge opp tråden fra forskningsspørsmål 1, hvor fysioterapi ble skilt ut, er også dette gjort her under kategorien opptrening. Av de 16 som vektlegger viktigheten av opptrening, er det kun 5 som spesifikt nevner fysioterapi, og det er derfor ikke i særlig grad vektlagt under dette forskningsspørsmålet. Også her er kategoriene delt inn i henholdsvis to overordnede kategorier, psykososiale aspekter og aspekter ved helseapparatet og den fysiske kroppen. *Psykososiale aspekter* består her av psyken og meningsfull hverdag, mens *aspekter ved helseapparatet og den fysiske kroppen* består av individuell oppfølging, informasjon, opptrening og brukervedvirkning.

5.3.1 Psykososiale aspekter

Uttalelser kategorisert under psyken handler hos mange om å få oppfølging av profesjonell terapeut for å få snakket gjennom det som har skjedd, informasjon om reaksjoner og hva man

kan forvente. Andre legger vekt på at man burde få bedre hjelp til å sosialisere seg, og i flere av disse utsagnene kobles dette igjen til det å ha noen å snakke med:

”Få et bedre tilbud med prat med psykolog i en tidlig fase etter ulykken”.

”En psykolog – i mange tider er det problemer med å snakke med familie og venner om det”.

”Mange har nok behov for den psykiske biten, ha noen å prate med, gjennomleve det”.

”Det psykiske. På Sunnaas var det dårlig sosialt, det ble lagt lite vekt på å bli kjent med nye mennesker. Hjelp folk å bli bedre kjent, mange er sikkert redde. Det bør legges vekt på å komme seg ut blant folk, så man ikke blir sittende hjemme”.

”Litt mer informasjon om muligheter for psykiske lidelser på et tidligere tidspunkt. Det var mye somatisk det ble snakket om, så det kom som et sjokk med den psykiske reaksjonen jeg fikk”.

Med kategorien meningsfull hverdag, menes at man har noe meningsfylt å ta seg til, gjerne i form av målrettet trening. Noen av uttalelsene vitner også om et behov for en struktur i hverdagen:

”Komme i gang med rehabiliteringen og ikke sitte og vente på at det skal gå over. Det er viktig psykisk at det du holder på med har noe for seg”.

”Å ha et eller annet meningsfylt å gjøre, og få lov til å gjøre det når man vil”.

”Det å ha en viss aktivitet og kontakt med folk sosialt. Det er ofte vel så viktig mentalt sett som en psykolog. Mål bør en komme opp med tidlig, det er greit å vite hva som er det neste. Greit å vite hva en skal gjøre, ikke bare at en skal gjøre noe”.

”Få sette mål selv på hvilke aktiviteter en vil begynne med, klare ting, få mestringsopplevelse, gjøre noe sammen med andre, ikke alene, le litt av seg selv sammen med andre. Må stille krav til hvor man er i prosessen, bli pushet litt. Ikke bare bra å bestemme selv”.

5.3.2 Aspekter ved helseapparatet og den fysiske kroppen

Uttalelsene under kategorien individuell tilnærming og oppfølging dreier seg om å ha en kontaktperson som kan bistå og følge videre med hensyn til informasjon, krav og den generelle rehabiliteringen. Det er veldig få som gir uttrykk for at de er fornøyd med den oppfølgingen de har fått:

”Å bli fulgt opp på best mulig måte. Bli fulgt opp av psykologer og fysioterapeuter på en bedre måte så en slipper å be om det selv. Trygdekontor og a-etat likedan, er for sent på banen”.

”Viktig å ha en kontaktperson eller oppfølgingsperson som kan bistå og følge deg videre mht. informasjon, krav, søknader osv. Viktig å vise skjønn eller fleksibilitet ved behovsrettede tiltak”.

”Å ha en sterkere etterbehandling. At man hele tiden vet at man har noen å ty til. En som kan gi en tupp i ræva og klapp på skulderen. Bra å ha sterke folk rundt meg. Nå uten tiltak er jeg mer alene. Har ikke hatt kontakt med den kontaktpersonen som jeg hadde i kommunen”.

”Oppfølging er viktig. Cato-senteret var bra, det burde mange bruke. Men i ettertid, at man har et system som fanger opp de som har vært skadet. At man har en sjekk to ganger i året med fysioterapeut, eventuelt lege, på hvordan formen er, hvordan det går”.

”Viktig å bruke ressurser på å få vite hva man kan gjøre videre, hva man skal leve videre med. Få råd og vurdering av det. De er best på det akutte, oppfølgingen kunne vært bedre”.

Anbefalingene kategorisert under informasjon handler om et behov for god, tydelig og lik informasjon om skade, utfall, forventinger, rettigheter og aktuelle tilbud. Behovet for informasjon gjelder alle faser, fra skaden inntreffer og ut:

”Å ta vare på individet. Det å la informasjonen følge pasienten, slik at oppfølgingsapparatet vet hva de skal forholde seg til. Infoflyt og rød tråd gjennom hele prosessen. At noen kjenner min case godt. Helst kommunen, eventuelt Ullevål eller A-hus”.

”Det å fortelle den som har opplevd det hva de kan forvente, om hvor de kan søke hjelp, hva man kan påberegne å få. Fikk bare rekvisisjon til fysioterapeut, måtte finne en som var bra selv”.

”At det er en i traumeteamet som informerer pasienter, ikke alle med ulik informasjon. Det skaper forvirring og redsel når ulike personer informerer om ulike ting på ulike måter”.

”Å informere om tilbud og rettigheter og hva de kan gjøre. Jeg savner og for eksempel få et skriv om hvilke muligheter man har”.

”Informasjon om hva/hvem som kan gjøre hva. At du får informasjon om de tjenestene du kan ha tilgang til, både med tanke på fysisk og psykisk hjelp. Gjerne få skriftlig informasjon. Vite hvem man skal ta kontakt med”.

Kategorien opptrening handler om fysisk og kognitiv trening, og uttalelsene vitner om at treningen, og det å se at det gir resultater i stor grad er forbundet med psyken:

”Det å trene seg opp igjen. Det gir selvtillit og hjelper det psykiske at man merker at det går fremover fysisk”.

”Du trenger den psykiske oppbakkingen for å komme i gang med å trene. Og trenger treningen for det psykiske og fysiske”.

”Treningen min har vært jobben min, det har vært viktig for meg. Ha folk rundt meg der som jeg kan prate med og som er der, som man kan øse positivt og negativt utover”.

”Å fortsette å holde meg i form, trene, stå opp om morgenen. Ikke bare se på tv, gå tur i nabolaget, daglige aktiviteter som trening og bevegelse”.

Uttalelsene kategorisert under brukermedvirkning dreier seg om å bli hørt og å bli tatt på alvor.

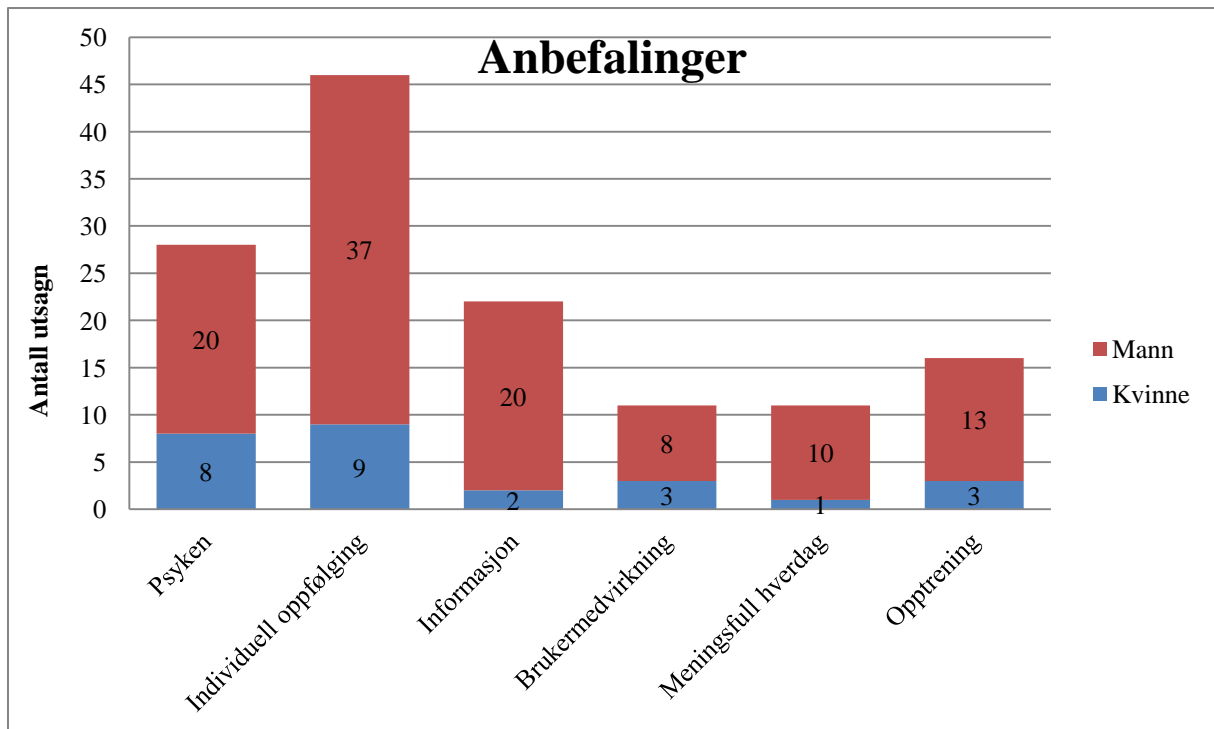
”Å høre på det vedkommende sier, og ta hensyn til det. Det er jævlig viktig også å ta hensyn til det, ikke bare høre på det”.

”At det ble lagt opp som jeg ville, at jeg fikk bestemme når jeg skulle trene, at de godtok det jeg ville, at jeg fikk det som jeg ville selv om det ikke var helt det de ønsket. De ville sende meg på Cato-senteret, men jeg ville heller være hjemme”.

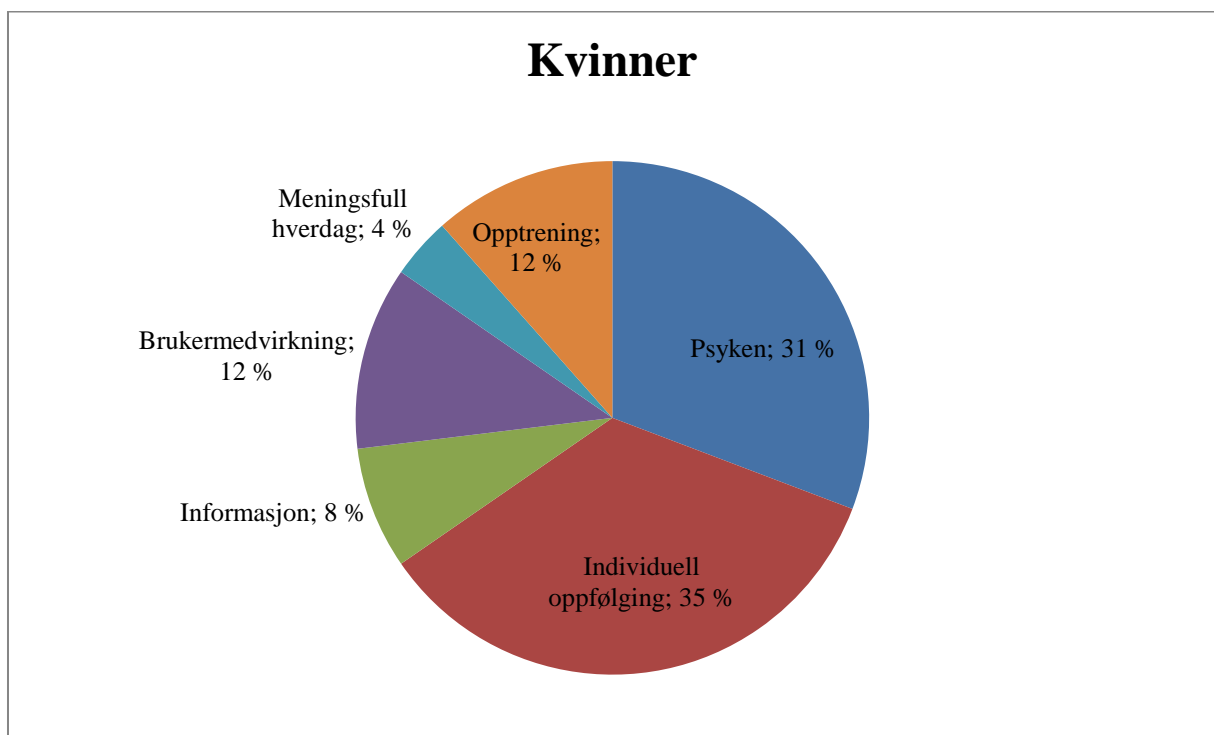
”At den som ønsker det får være med i prosessen. Tror det er nødvendig for at du skal klare en sånn prosess. At du ikke blir overkjørt av lege, trygdekontor osv. Tror det er opp til hver enkelt av oss”.

”Å være på likefot selv om man er pasient. Bli tatt på alvor, bli tatt for den personen eller kameraten du er. Bli behandlet som den voksne personen man er. Vite at man er godtatt”.

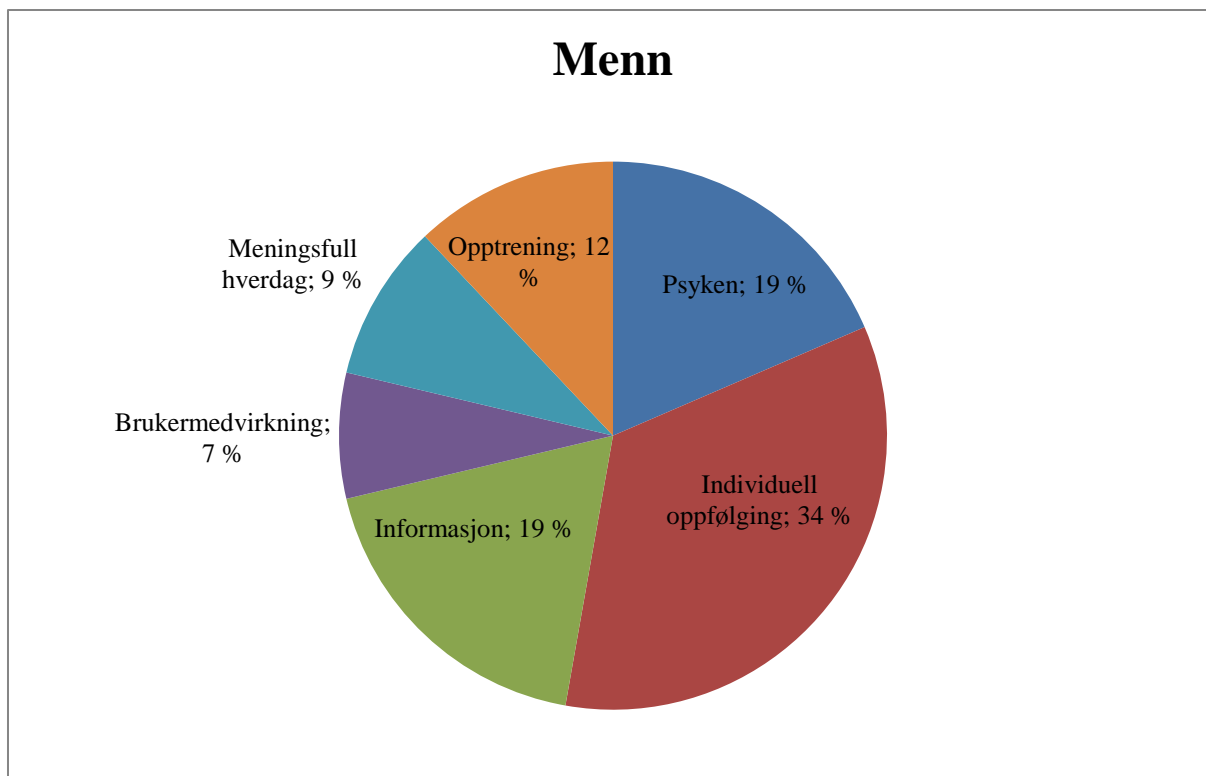
Figurene 5.12-5.15 viser fordelingen av kategoriene for menn og kvinner og for ulike aldersgrupper.



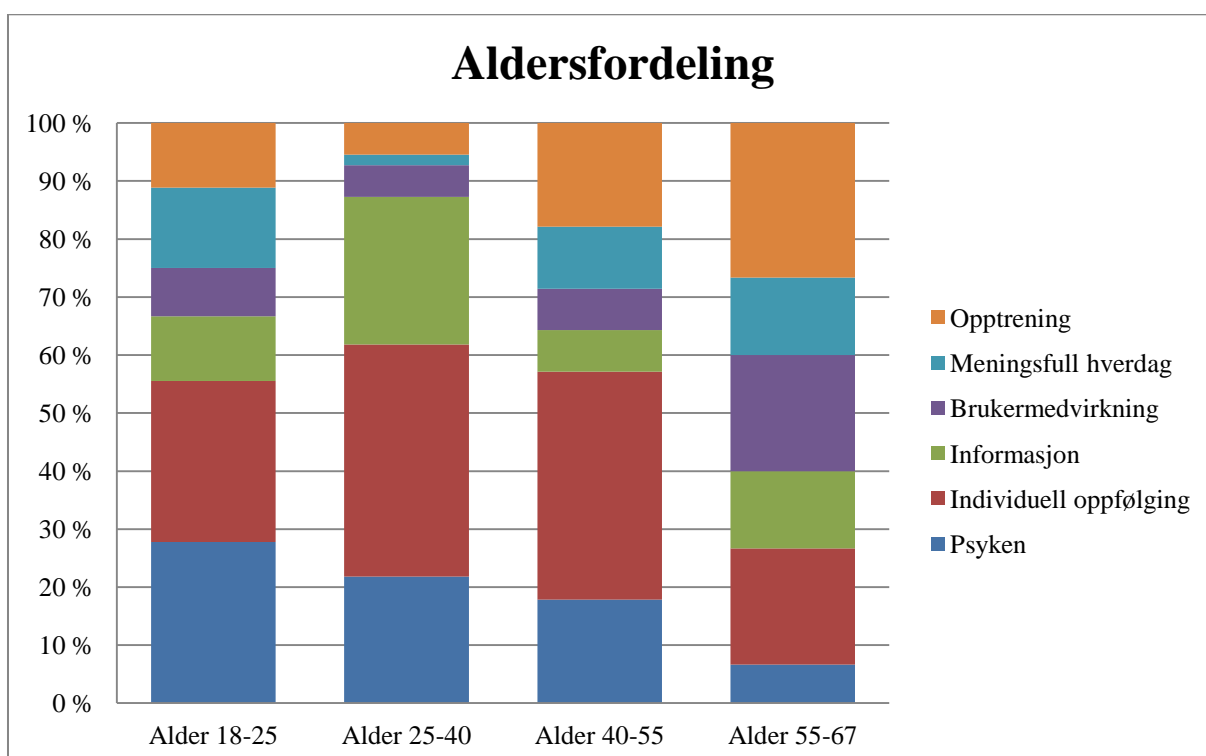
Figur 5.12: Fordelingen av svarene fra kvinner og menn, og hva de beskriver som viktig ved rehabilitering etter ulykker, vist i antall.



Figur 5.13: Den prosentvise fordelingen av svarene fra kvinnene om anbefalinger.



Figur 5.14: Den prosentvise fordelingen av svarene fra mennene om anbefalinger.



Figur 5.15: Prosentvis vektning av anbefalinger, ut i fra alder.

5.3.3 Oppsummering av anbefalinger

Det at kategoriene under dette forskningsspørsmålet er færre som følge av at respondentene i større grad er samstemte er i seg selv et viktig funn. I uttalelsene under de tre kategoriene som i størst grad er vektlagt, individuell oppfølging, psyken og informasjon, kommer det tydelig frem på hvilken måte oppfølgingen av pasienter etter multitraumer har et forbedringspotensial. I tråd med en biopsykososial forståelse, viser det seg gjennom erfaringene kategorisert under meningsfull hverdag, psyken og opptrening at det fysiske og det psykiske i stor grad henger sammen og påvirker hverandre.

De eneste relative forskjellene på kvinner og menn, ser ut til å være at kvinner i større grad vektlegger psykisk oppfølging, mens flere menn enn kvinner vektlegger viktigheten av god informasjon. Informasjon blir også i større grad vektlagt av de i aldersgruppen 25-40 år. Litt mer uventet er det at respondentene i den samme aldersgruppen, er de som i minst grad vektlegger viktigheten av opptrening, mens denne kategorien i størst grad er vektlagt i aldersgruppen 55-67 år. Dette stemmer også godt overens med at respondentene i den samme aldersgruppen i betydelig større grad enn de andre erfarer utfordringer knyttet til kroppslige og kognitive utfordringer. Psykisk oppfølging derimot ser ut til å bli mindre viktig jo eldre man blir.

6 Diskusjon

En litteraturgjennomgang av tidligere forskning på multitraumatiserte fremhever enkelte ting. For det første ser det nærmest ikke ut til å være gjort kvalitative studier på denne pasientgruppen. Til tross for at de fleste ser ut til å være enige om at livskvalitet er et godt utfallsmål etter traume, er det i dag liten enighet rundt hvilket verktøy som best egner seg for dette formålet (Bouillon et al., 2002; Garratt, Schmidt, Mackintosh, & Fitzpatrick, 2002; Tulsy & Rosenthal, 2003). Utstrakt bruk av diverse verktøy har vist seg å føre til store problemer når resultatene fra de ulike studiene skal sammenlignes. I dagens litteratur om vurdering av helsestatus, har det blitt argumentert for at livskvalitet kun gir mening hvis det er begrepsfestet og vurdert ut i fra et subjektivt perspektiv (Fuhrer, 2000). Lite sensitive måleinstrumenter når det gjelder subjektive, individuelle forskjeller har resultert i at studiene som ser på utfall etter multitraume fokuserer på fysisk funksjon, psykiske utfall som depresjon og PTSD og RTW. Av den grunn er alle kategoriene fremkommet i denne studien av interesse. Hensikten med denne studien var å få kunnskap om hva multitraumatiserte med egne ord beskriver når de blir spurt om livet etter skade, i form av livskvalitet, erfaringer, utfordringer og anbefalinger for rehabilitering etter ulykker. Et viktig funn er nettopp at det fremkommer andre perspektiver, enn det som viser seg gjennom kvantitative tilnærminger. Begrensningene i denne oppgaven fører allikevel til at jeg har måttet velge og kun fordype meg i de kategoriene som blir vektlagt av flest.

I tillegg til å diskutere resultatene fremkommet under hvert forskningsspørsmål, vil jeg i dette kapitlet se på resultatene på tvers, og løfte frem tematiske linker og fellestrekk. Resultatene vil bli diskutert opp mot eksisterende forskning. Vektingen av kategorier ut i fra kjønn og alder er tatt med i diskusjonen der det ser ut til å være av betydning, ellers er dette kun nevnt.

6.1 Erfaringer - rundt viktige ressurser for å mestre hverdagen og for å ha et godt liv to år etter skade

Når det gjelder ressurser som oppleves som viktige for å mestre hverdagen og ha et godt liv viser det seg å være tre faktorer som særlig skiller seg ut. Disse er sosialt nettverk/støtte, hjelp fra helseapparatet og kvaliteter ved egen personlighet.

Sosialt nettverk har både gjennom tidligere kvantitativ forskning og relevant litteratur vist seg å være viktig for valg av mestringsmåte, effekten av denne og den generelle opplevelsen av livskvalitet etter alvorlige traumer. Denne studien bekrefter, at sosialt nettverk og støtte, også

gjennom et kvalitativt design blir sett på som en viktig ressurs. Som Fyrand (2005, 81) påpeker, er det forskjeller på kvinner og menns sosiale nettverk, hvorav menns nettverk i større grad er knyttet til jobben i form av kollegaer. Resultater fra en tidligere studie med utgangspunkt i det samme utvalget som i denne studien har vist at det to år etter skade var noe færre menn enn kvinner tilbake i jobb, uten at resultatet var signifikant (Soberg, Finset, et al., 2007). En tendens til dette gjenspeiles i resultatene under denne studien, der kvinnene i større grad vektlegger jobb/skole. Allikevel ser ikke dette ut til å ha noe å si for vektleggingen av sosialt nettverk/støtte, da dette i like stor grad er vektlagt av både kvinner og menn. Ingen i aldersgruppen 55- 67 år nevner jobb/skole, verken relatert til livskvaliteten eller utfordringer. Forklaringen på dette kan være at personer som er utsatt for alvorlige traumer så sent i arbeidslivet kanskje legger mindre vekt på yrkeslivet enn tidligere. Derimot viser det seg at jobb/skole relatert til livskvaliteten, er viktigst for respondentene i aldersgruppen 25-40 år, som befinner seg i den aktive delen av arbeidskarrieren.

Utsagn kategorisert under hjelp fra helseapparatet, dekker alt fra ambulanspersonell til kirurg, sykepleier, fysioterapeut og ortoped. Man kan fundere på om disse svarene i større grad referer til at det i spørsmålsformuleringen også er spurt om betydning for rehabiliteringen i tillegg til livskvaliteten deres, men dette er umulig å vite. Økt livskvalitet blir ofte omtalt som det ønskede målet med rehabiliteringen. Pasientenes utsagn i denne studien vitner om at kvaliteten på rehabiliteringen igjen vil virke inn på livskvaliteten. Uavhengig av hvilken del av spørsmålet de har fokusert på, kjennetegnes svarene av at de ulike aspektene har en gjensidig innvirkning på hverandre. Pasientenes uttalelser om hvordan de ulike aspektene virker inn på hverandre, underbygger formålet med den biopsykososiale modellen, og dette kommer frem gjennom utsagn som: *”Det at jeg fikk så god trening i starten på A-hus og Catosenteret sånn at jeg fikk begynt på jobben min, at jeg har fått fysioterapi, at jeg har gått til samtaler siste året og selvfølgelig støtte fra familien min”*. Utsagnene kategorisert under hjelp fra helseapparatet, er som den nest største kategorien, en god indikator på viktigheten av riktig og god helsehjelp. En stor andel av de som sier at hjelp fra helseapparatet har vært viktig, nevner her spesielt fysioterapi. Selv etter utskrivning fra rehabiliteringsinstitusjon, vil mange ved hjemkomst ha store fysiske funksjonsnedsettelse. Rehabiliteringen videre, i form av fysisk opptrening vil derfor ofte foregå under veiledning av fysioterapeut. Til tross for at oppfølging av multitraumatiserte pasienter etter utskrivning burde bestå av et tverrfaglig tilbud, er nok dessverre ofte realiteten at man kun skrives ut med en rekvisisjon til fysioterapi. I en studie med det samme utvalget som i min studie, viser det seg

at majoriteten (77 av 101) av de inkluderte pasientene i prosjektet, etter utskrivning fra sykehus, mottok fysioterapi i kommunen (Soberg, Sandvik, & Ostensjo, 2008). Det var færre som mottok hjelp fra andre helseprofesjoner. Av den grunn, må det også her tas høyde for at dette har hatt en innvirkning på svarene.

Den tredje mest betydningsfulle ressursen pasientene nevner viser seg å være kvaliteter ved egen personlighet, og dette kommer frem i utsagn som: ”*Meg selv, mitt eget pågangsmot og vilje, at jeg har tatt mye initiativ hele tiden, og kjørt mye på meg selv*”. Utsagnene vitner om ståpåvilje, stahet, eget initiativ og en innstilling som har bidratt til at de har kommet seg der de er i dag. Dette funnet er i tråd med nyere forskning om positiv psykologis innvirkning på mestring og valg av mestringsstrategier (Glanz et al., 2008) og vil bli diskutert videre sammen med andre tegn på typer mestring under det neste forskningsspørsmålet.

Andre ressurser fremkommet under resultatdelen, men som i mindre grad blir nevnt er knyttet til trening, rehabiliteringsopphold, meningsfull hverdag og selvstendighet. Uttalelsene knyttet til trening, vitner om at respondentene aktivt har tatt i bruk ressurser i seg selv for å mestre hverdagen. Det er flest menn som vektlegger trening som viktig for livskvaliteten. Majoriteten av pasientene i utvalget er unge menn, og kanskje kan noe av forklaringen være at de har vært vant til å trene og være fysisk aktive før skaden. Kroppslig og kognitiv bedring blir kun vektlagt av mennene i utvalget, men om dette har sammenheng med treningen er vanskelig å si. I uttalelsene knyttet til det å ha en meningsfull hverdag, er det flere som legger vekt på viktigheten av å kunne hjelpe andre, og å føle seg til nytte. Selvstendighet som en viktig ressurs blir i denne studien i stor grad forbundet med tilgang til hjelpemidler, i form av bil eller tilpasset leilighet. Dette er det også kun mennene som nevner at er av betydning.

Kategorien psyken er med sine fem utsagn det som i minst grad blir vektlagt, men også det eneste som blir omtalt i negativ forstand. Som vist i forbindelse med sitatene i resultatdelen er to av disse knyttet til psykisk bistand i form av å få noen å prate med. De resterende tre dreier seg om at livet har bydd på utfordringer, hvorav det ene svaret utelukkende handler om hvor tøft livet har vært grunnet angst og depresjon. I gjennomgangen av materialet er det spesielt to utsagn som har skilt seg ut som utelukkende negative og hvor man ikke kan øyne noe håp eller optimisme. Disse to utsagnene som henholdsvis tilhører materialet under forskningsspørsmål 1 og 2, viser seg etter å ha lest materialet på tvers, å tilhøre den samme personen. Av denne grunn bidrar disse utsagnene til å kaste et lys på helheten i materialet og deretter på mestringsaspektet. Dette vil bli diskutert videre under neste forskningsspørsmål.

6.2 utfordringer - de multitraumatiserte pasientene møter, og mestringsaspektet som viser seg i svarene

Resultatene viser at de største utfordringene knyttes til det kroppslige/kognitive aspektet, psyken, den sosiale rollen, det å komme tilbake i jobb/skole, aksept av situasjonen og det mer overordnede aspektet representert ved tilbake i normal gjenge.

Som vi har sett har mye av tidligere forskning på utfall etter multitraume hatt et fokus på psykisk og fysisk funksjonsutfall og RTW. Grad av yrkesaktivitet og fysisk mobilitet er begge variabler som har vist seg å ha positiv innvirkning på livskvaliteten (Anke & Fugl-Meyer, 2003; Dimopoulou et al., 2004; Holbrook, Hoyt, & Anderson, 2001). Til forskjell fra det som vektlegges av ressurser, hvor svært få nevnte at psyken hadde betydning for livskvaliteten, blir derimot det psykiske aspektet i forbindelse med utfordringer og anbefalinger for oppfølging, vektlagt av langt flere. Tidligere forskning har funnet at kvinner har lavere livskvalitet etter skade (Holbrook & Hoyt, 2004; Holbrook et al., 2005; Probst et al., 2010; Ulvik et al., 2008), ofte i sammenheng med PTSS og depresjon. Knyttet til utfordringer, vektlegger kvinner og menn det psykiske aspektet i omtrent like stor grad. Derimot etterspør kvinnene i utvalget i større grad psykisk oppfølging. Også utfordringer knyttet til den sosiale rollen blir i langt større grad vektlagt av kvinnene i utvalget. Mange av disse utsagnene dreier seg om forventinger som stilles til rollen som ektefelle, foreldre osv. Dette kommer frem i utsagn som: ”Å mestre alt hjemme som jeg skal gjøre, holde huset ved like”. En mulig forklaring på at flere kvinner erfarer dette som en utfordring, kan være at de fleste kvinner fortsatt føler hovedansvaret for hus og hjem, og at det i dagens samfunn er et økende press om at man som kvinne skal være sterk og uavhengig og klare alt - helst på en gang.

Utfordringer knyttet til aspekter ved den sosiale rollen, det å komme tilbake i normal gjenge og aksept av situasjonen er eksempler på områder som viser seg å ha stor betydning for multitraumatiserte etter skade, og som av den grunn er av interesse for fagfolk innen rehabiliteringsfeltet. Dessverre reflekterer fokus i tidligere forskning at områder som disse i mindre grad treer frem ved bruk av standardiserte spørreskjemaer.

Når respondentene blir spurt om hva som har vært den største utfordringen, kjennetegnes majoriteten av svarene av at de samtidig gir uttrykk for hvordan de har imøtegått denne utfordringen. Dette gis uttrykk for i form av at de, enten ved hjelp av interne eller eksterne ressurser, aktivt forholder seg til utfordringene og forsøker å finne løsninger på utfordringene som møter dem. At svarene i stor grad er løsningsorienterte kommer frem i utsagn som: ”Å komme på jobb igjen i og med at jeg har en slik jobb (byggningsarbeider). Har bitt tennene

sammen og prøvd så godt jeg kan og det har gått fremover". På den måten vitner svarene om en problemfokuseret mestring. Denne typen mestring karakteriseres av egen innsats fra personen selv for å løse et problem, og inkluderer blant annet aktiv mestring, problemløsning og informasjonssøking (Lazarus & Folkman, 1984). Bedre informasjon blir etterspurt av mange av respondentene og vektlagt som viktig ved rehabilitering etter ulykker.

En annen vanlig mestringsrespons på helsetrusler er meningsbasert mestring i form av for eksempel aksept, som igjen kan føre til en positiv følelse (Glanz et al., 2008). I denne studien kommer det frem at aksept av situasjonen blir sett på som en stor utfordring. Uttalelsene vitner om at respondentene har nådd et punkt hvor de har innsett at livet slik de kjente det har forandret seg. De beskriver hvordan og hvorfor det har vært utfordrende å akseptere situasjonen, men sier også noe om hvordan de har forholdt seg til det. Disse uttalelsene er ikke beskrivelser om unngåelse og benekting, men vitner om en aktiv måte å forholde seg til realiteten på. Mestringsaspektet kommer her tydelig frem gjennom uttalelser som: *"Å innse selv at man har forandret seg mye, for så å gjøre noe med det, og så ta tilbake sitt gamle jeg. Og samtidig få andre til å forstå"*.

Sosialt nettverk og støtte er en annen viktig faktor, som både i tidligere forskning og teori har vist seg å ha relevans for hvordan man mestrer utfordringer (Fyrand, 2005; Glanz et al., 2008; Lazarus & Folkman, 1984). Som vi har sett er sosialt nettverk og støtte en ressurs som i stor grad blir benyttet og har vist seg å ha stor betydning for utvalget i denne studien. Forskere har sett på sammenhengen mellom mestringsstrategier og den støtten vi får fra det sosiale nettverket, og det har vist seg at mennesker som til vanlig i hverdagen velger gode mestringsstrategier, på en bedre måte mestrer store livskriser og vanskeligheter. Det har også vist seg at nettverket vil reagere positivt hvis man takler problemene på en hensiktsmessig måte, fordi de da ikke blir ansvarliggjort for mer hjelp enn de kan klare (Fyrand, 2005, 55). Næss refererer til Sidney Cobb's bufferhypotese, der forventninger om sosial støtte knyttes til mestring av stress, i form av en buffer (Næss et al., 2011). Bufferhypotesen går ut på at folk med sterk sosial støtte, i mindre grad får redusert sin livskvalitet dersom de blir utsatt for belastende livshendelser.

Til forskjell fra situasjonsavhengig mestringsinnsats som diskutert over, er mestringsstil mer stabile tilgjengelige karakteristika i individer, som kan virke som moderatorer for innvirkningen av stress på mestringsprosesser og utfall. I likhet med mestringsinnsats, kan typer mestringsstil være å ha kvaliteter som gjør at man er informasjonssøkende og bruker

sosial støtte på en hensiktsmessig måte. I tillegg kan det bety at man har kvaliteter som gjør at man er optimistisk og hardfør i form av å være resilient (Glanz et al., 2008). Som diskutert i forbindelse med ressurser, står én respondents utelukkende negative erfaringer i kontrast til den generelle stemningen i svarene som er gitt, som etter mitt inntrykk i større grad preges av optimisme. To utsagn knyttet til viktige ressurser for å ha et godt liv er gode eksempler på dette: *”Venner og familie er viktig i en overgangssituasjon – evnen til å takle det, til å se muligheter og ikke problemer ”* og *”At jeg har tatt ting positivt og holdt meg i gang. Selvsagt også dette med kontakt med venner også. Prøvd å gjøre ting, ikke satt meg ned, ikke bli slått ut”*. I følge Carver, Scheier, Miller og Fulford (2009), forventer optimister at gode ting vil skje, og gir ikke opp håpet på å nå målene de har satt, til tross for at de møter motsand. Voksende bevis i litteraturen indikerer at optimistiske individer responderer mer hensiktsmessig på motstand enn pessimister (Quale & Schanke, 2010). En longitudinell studie fant at høy grad av optimisme bør bli sett som en resilient karakteristika som beskytter individer mot langtids sekveler etter alvorlig skade (Vassend, Quale, Røise, & Schanke, 2011).

Som beskrevet i teorikapittelet poengterer Bonanno (2004), at en gjennomgang av litteraturen viser at mange, og i noen tilfeller majoriteten av de som opplever traumer håndterer opplevelsen ved hjelp av resiliens. En omfattende litteraturanalyse resulterte i fem kategorier som indikasjon på resiliens, og disse var; personlig kompetanse, sosial kompetanse, personlig struktur, familiesamhold og sosial støtte (Friborg & Hjemdal, 2004).

Det sammensatte begrepet resiliens berører altså både personlighetsmessige og omgivelsesrelaterte faktorer. To viktige faktorer de multitraumatiserte i dette utvalget vektlegger som betydningsfulle for å mestre hverdagen og å ha et godt liv, er nettopp personlighet i form av egen styrke og vilje til å mestre utfordringene og tilgangen til og støtte fra sosialt nettverk. Som tidligere begrunnet vitner utsagnene om en problemfokuset mestringsinnsats. En studie som har sett på sammenhengen mellom resiliens, personlighet, mestring og psykiske symptomer hos unge voksne, fant blant annet at problemorientert mestring hadde sammenheng med resiliens (Campbell-Sills et al., 2006). Med bakgrunn i det jeg nå har presentert relatert til mestring, vil jeg påstå at de multitraumatiserte i dette utvalget viser tendenser til en resilient mestringsstil.

Utfordringer fremkommet under resultatdelen, men som i mindre grad blir nevnt er knyttet til motivasjon, selvstendighet, hemmende sosiale holdninger og fysiske hindringer og

byråkrati/rettssystem. Trening ser ut til å være viktig for livskvaliteten, men det viser seg også som en utfordring gjennom å finne motivasjon og ork til det i hverdagen. Selvstendighet som også blir trukket frem som en viktig ressurs for å ha et godt liv, blir i forbindelse med utfordringer omtalt relatert til vanskelighetene det er å skulle mestre ting på egenhånd.

I tråd med et biopsykososialt perspektiv er blant annet kategorien hemmende sosiale holdninger og fysiske hindringer inkludert. De fleste utsagnene dreier seg allikevel her om sosiale holdninger, og utfordringer knyttet til dette blir kun beskrevet av mennene i utvalget. Hva som er grunnen til at så få opplever utfordringer knyttet til det fysiske miljøet er vanskelig å si. Er det fordi de opplever at det miljøet de ferdes i er tilrettelagt, er dette gledelige nyheter. En annen forklaring kan bero på at respondentene har en individrettet forståelse av funksjonshemming. Tanken om at miljøet er med på å skape funksjonshemming er ikke nødvendigvis noe folk utenfor funksjonshemmingsorganisasjoner og fagmiljøet er oppdatert på. To år etter skade er heller ikke lenger tid enn at fokuset hos mange sannsynligvis fortsatt er på opptrening for å fungere så optimalt som mulig, og ikke på miljøet.

Det viser seg også at det å måtte sette seg inn i og forholde seg til papirarbeid og lover er en utfordring. Dette funnet støttes av studien til Harris (2008) som viser at den generelle helsen etter alvorlig traume i større grad er assosiert med faktorer relatert til kompensasjon, enn alvorligheten av skaden.

6.3 Anbefalinger - om hva som bør vektlegges ved rehabilitering etter ulykker

Få antall kategorier gjenspeiler en generell enighet om hvor forbedringspotensialet ligger. Her kommer det tydelig frem på hvilke punkter det svikter i oppfølgingen av traumepasienter. Særlig har mange her lagt vekt på individuell oppfølging, psykisk oppfølging og informasjon. Informasjon blir her særlig vektlagt av mennene.

Opplevelsen av utilstrekkelig oppfølging som kommer frem i min studie, støttes av litteraturstudien som har sett på 80 studier på temaet, hvor nettopp dette er et av hovedresultatene (Halcomb et al., 2005). Studien konkluderer med viktigheten av at traumesentre ved hjelp av politisk, økonomisk og akademisk innsats, løfter blikket og sørger for at traumeofre også etter utskrivning følges opp og når sin optimale helsestatus. I Norge er traumeofres rett til oppfølging vedtatt og lovfestet gjennom lover som pasientrettighetsloven, samhandlingsreformen og loven om individuell plan. Utfordringene med å gjennomføre

lovfestede tiltak, som strategier for et mer systematisk og effektivt rehabiliterings- og habiliteringsarbeid på brukernes egne premisser (St. meld. nr. 21, 1998-99), har gjentatte ganger vist seg gjennom evalueringer. Gjennomgangen av rehabiliteringsmeldingen "Ansvar og meistring" i 2005, konkluderte med at individuell plan og koordinerende enheter, tiltak innført for å styrke rehabiliteringstjenestene, ikke fungerte etter intensjonen (Nasjonal strategi, 2005). Resultatene i denne studien er i samsvar med tilbakemeldingene fra brukerne i evalueringen, som la vekt på at koordineringen av tjenestene ikke fungerte godt nok, og at de som følge av dette i samråd med pårørende ofte måtte overta koordineringsoppgaven. Uttalelsene i denne studien handler om behovet for at en kontaktperson bistår med hensyn til informasjon, krav og den generelle oppfølgingen knyttet til videre rehabilitering etter utskriving. Anbefalingene om at dette bør vektlegges ved rehabilitering etter ulykker kommer frem gjennom utsagn som: *"At man hadde blitt tatt litt mer hånd om, blitt informert om hva man har blitt utsatt for, hvordan det kunne gått, opptrening i litt mer organiserte former i kommunen"*.

Resultatene i denne studien viser også at mange erfarer utfordringer knyttet til psyken, noe som gjenspeiler seg ved at mange under anbefalinger, etterspør og vektlegger viktigheten av psykisk oppfølging. I tråd med en biopsykososial forståelse av rehabilitering, har flere av respondentene eksplisitt forklart hvordan det psykiske og det fysiske virker inn på hverandre, og dette kommer frem i uttalelser som: *"Du trenger den psykiske oppbakkingen for å komme i gang med å trene. Og trenger treningen for det psykiske og fysiske"*. Det viser seg også at kvinnene i utvalget i større grad vektlegger viktigheten av psykisk oppfølging, og at psykisk oppfølging kan synes å bli mindre viktig jo eldre respondentene er. At de eldre respondentene i mindre grad nevner psykisk oppfølging, kan kanskje forklares med at utfordringer knyttet til psykisk helse i større grad var skambelagt tidligere, og at unge mennesker i dag er mer åpne om psykisk helse.

Litteraturstudien til Halcomb m.fl. (2005) konkluderer blant annet med at den høye andelen av psykisk sekvele hos traumepasienter i liten grad ble adressert. Traumatisk skade skjer plutselig og ofte uventet. Potensielt har dagens traumatiske skader en større tilbøyelighet til å forårsake psykisk stress, som følge av den store andelen skader ofte oppstår i forbindelse med trafikkulykker og vold. En stor andel av dagens forskning på utfall etter traumer, fokuserer på det psykiske aspektet, i form av PTSD, depresjon eller andre former for psykiske reaksjoner (Bonanno, 2004; Richard A. Bryant, 2010). PTSD har vist å ha sammenheng med mestringsferdigheter og evnen til å fungere normalt (Mason, Wardrope, Turpin, & Rowlands,

2002). Derfor vil forbedret psykisk helse potensielt kunne virke positivt inn på andre aspekter av forbedring, som helsestatus, RTW og livskvalitet. Flere studier rapporterer også om redusert livskvalitet som følge av psykiske lidelser (Han et al., 2011; Holbrook, Hoyt, & Anderson, 2001; Holbrook et al., 2005). PTSD er altså en faktor som har fått mye oppmerksomhet i studier som ser på utfall etter traumer, og en rekke studier kan rapportere om at traumatiserte sliter med psykiske utfordringer i form av PTSD. Sannheten er at majoriteten av traumeofre ikke utvikler denne lidelsen, men denne vinklingen har ikke fått tilstrekkelig oppmerksomhet (Bonanno, 2004). For eksempel viser resultatene fra Søbergs studie av det samme utvalget som er representert i denne studien at 20 % hadde PTSS skår som indikerte PTSD to år etter skade (Soberg et al., 2010). Resultatene fra analysen i min studie viser at mange ønsker psykisk oppfølging etter skade. Det er ikke dermed sagt at dette er fordi flertallet har psykiske lidelser. Som det kommer frem i utsagnene dreier det seg ofte om et behov for å ha noen å snakke med, for på den måten å avlaste nettverket. Det kan se ut som om mange har kjent på den psykiske belastningen, også de som har håndtert det. En ny litteraturstudie som ser på mental helse etter traumatisk skade, konkluderer med at vi har begrenset forståelse av hvordan det erfares å bli utsatt for en traumatisk skade. Bedre kunnskapsutveksling mellom forskningsfeltet og praksis er nødvendig for å fremme rutinemessig screening, slik at de som har et behov for det, får den psykiske oppfølgingen de trenger etter utskriving til hjemmet (Wiseman, Foster, & Curtis, 2012).

Et behov for bedre og mer informasjon kommer også klart frem i denne studien. Flere menn enn kvinner vektlegger viktigheten av god informasjon og særlig de i aldersgruppen 25-40 år. Sluys m.fl. (2005) utførte en studie hvor hensikten var å se på livskvalitet og identifisere potensielle faktorer relatert til utfall fem år etter alvorlig traume. Et av hovedfunnene var at utilstrekkelig informasjon og dårlig oppfølging direkte var assosiert med lav livskvalitet, hvorav nær halvparten rapporterte om et behov for bedre oppfølging. I likhet med min studie, blir det etterspurt bedre informasjon om egen tilstand og eventuelle følgetilstander. Pasienter og brukere har gjennom pasientrettighetsloven en rett til å få informasjon som er nødvendig for å få innsikt i egen helsehjelp og skal også informeres om mulige risikoer og bivirkninger. I tillegg er de gjennom loven sikret å få informasjon som er nødvendig for å få tilstrekkelig innsikt i tjenestetilbudet for på den måten å kunne ivareta egne rettigheter (Helse- og omsorgsdepartementet, 1999).

De multitraumatisertes anbefalinger om rehabilitering viser også at de har et behov for forståelig informasjon som er tilrettelagt mottaker. Behovet for tilrettelagt informasjon

kommer frem gjennom uttalelser som: ”At doktorer og andre sier ting til deg så du forstår. Forklare så du får med deg det som skal skje, at man får med seg alt. Spørre om man skjønner og har forstått informasjonen”. Også dette er lovpålagt i pasientrettighetsloven under informasjonens form, der det påpekes at informasjon skal være tilpasset mottakers individuelle forutsetninger, og at den skal gis på en hensynsfull måte. Videre er viktigheten av at personellet sikrer seg at mottaker har forstått innholdet og betydningen av opplysningene fremhevet (Helse- og omsorgsdepartementet, 1999). Ut i fra vedtatte lover burde alt ligge til rette for at den enkelte pasient får god, riktig og nødvendig informasjon. Allikevel er det tydelig at dette er et av de punktene som svikter når det kommer til oppfølgingen av multitraumatiserte pasienter.

De tre resterende kategoriene som representerer anbefalinger om hva som bør vektlegges ved rehabilitering etter ulykker er; opptrening, meningsfull hverdag og brukermedvirkning. Kategorien opptrening, handler om fysisk og kognitiv opptrening. For å finne ut om fysioterapi også ble spesielt vektlagt i svarene relatert til anbefalinger for hva som bør vektlegges ved rehabilitering etter ulykker, ble det også her skilt ut. Resultatene viser derimot at det bare skiller seg markant fra andre yrkesgrupper relatert til ressurser som har hatt betydning for livskvaliteten, jamfør forskningsspørsmål 1. Litt uventet er det at respondentene i aldersgruppen 25-40 år, er de som i minst grad vektlegger viktigheten av opptrening, mens denne kategorien i størst grad er vektlagt i aldersgruppen 55-67 år. Muligens kan dette forklares ved at det vil kreve mer av en person i 60- årene å skulle trene seg opp igjen. Det vil også være en større sannsynlighet for at respondentene i denne aldersgruppen har andre helsemessige utfordringer, som bidrar til at opptreningen blir ekstra krevende eller av stor betydning. At respondentene i aldersgruppen 55-67 år er opptatt av opptrening, stemmer overens med resultatene som viser at den samme alderskategorien i større grad erfarer utfordringer knyttet til det kroppslige og kognitive og motivasjon til å trene.

Kategorien meningsfull hverdag handler generelt om å ha noe meningsfylt å fylle hverdagen med. I mange av uttalelsene er dette knyttet til det å sette seg mål og målrettet trening: ”Å få ting til å virke som før, både muskler, ledd – den fysiske funksjonen. Men vel så viktig er det psykiske, det å ha et mål å jobbe mot. Viktig å sette seg et mål og delmål å jobbe mot slik at det ikke er uoppnåelig”.

Noen av uttalelsene under brukermedvirkning vitner om at de føler at de har hatt en form for medbestemmelsesrett relatert til avgjørelser som har blitt tatt. Dette er i tråd med intensjonen i

rehabiliteringsmeldingen (St. meld. nr. 21, 1998-99). Mer enn noe annet minner flere sterke uttalelser her om viktigheten av at pasientene selv kjenner sin egen kropp best, og at deres uttalelser må bli tatt på alvor. Brukermedvirkning er en lovfestet rettighet, og ikke noe tjenesteapparatet kan velge å forholde seg til eller ikke. Den åpenbare egenverdien i brukermedvirkning, er at mennesker som søker hjelp, gjerne vil styre over viktige deler av eget liv, motta hjelp på egne premisser og bli sett og respektert i kraft av sin egen grunnleggende verdighet. Hvis brukeren gjennom egne valg og ressurser kan påvirke omgivelsene sine, vil dette kunne påvirke selvbildet på en positiv måte og dermed kunne styrke brukerens motivasjon og mestringsfølelse. Dette vil igjen kunne bidra positivt til brukerens egen bedringsprosess (Helsedirektoratet, 2011).

6.4 Svakheter ved studien

Utfordringen ved denne studien har vært å skulle formulere forskningsspørsmål ut i fra tre allerede besvarte spørsmål. Som tidligere påpekt under avsnittet om metode, har jeg vært opptatt av å formidle det respondentene uttrykker, uten å presse det inn i rammer og perspektiver som kunne ført til en forskyvning eller forvrengning av deres budskap. I gjennomføringen av denne studien har jeg derfor vært opptatt av å formulere forskningsspørsmål som kunne ekstraheres fra og stemmer overens med det de blir spurt om, og som gjenspeiler innholdet i svarene som blir gitt.

En svakhet relatert til materialet i denne studien er at det i det første åpne spørsmålet i pasientintervjuet blir spurt om to ting: *Når du tenker tilbake de to siste årene, hva (hvilke faktorer) tror du har hatt størst betydning for rehabiliteringen din og livskvaliteten din nå?* I tråd med forskningsspørsmål 1, er min oppfatning er at respondentene for det meste har lagt vekt på det siste, livskvaliteten, og at svarene derfor i første omgang svarer direkte på dette. Denne oppfatningen beror også på at flere eksplisitt bruker begrepet livskvalitet i svarene som er gitt. Selv om jeg i diskusjonen også argumenterer for at rehabiliteringen og livskvaliteten etter utskrivning fra institusjon gjensidig virker inn på hverandre, er det ikke mulig å fastslå i hvor stor grad de ulike elementene i spørsmålet blir vektlagt.

Materialet til denne studien er fra 2003. Svakheten ved dette er at det må tas høyde for at funnene relatert til manglende oppfølging kunne ha sett litt annerledes ut hvis materialet hadde blitt hentet inn etter at samhandlingsreformen trådte i kraft i januar 2012. Jeg ser det allikevel som lite sannsynlig at det har skjedd store endringer i forhold til oppfølgingen av denne pasientgruppen i løpet av de siste månedene.

En svakhet knyttet til metode rundt innhenting av materiale er at svarene ble skrevet ned for hånd i stedet for å bruke lydopptak. En annen svakhet knyttet til metode er at jeg ikke har gjennomført intervjuene selv, og derfor ikke har hatt mulighet til å komme med oppfølgingsspørsmål der jeg har vært i tvil om hva som menes. For å bøte på dette har jeg i tillegg til å lese materiale vertikalt, tatt i bruk all tilgjengelig informasjon om respondentene.

Som følge av at litteraturgjennomgangen helt klart viser at det er et behov for mer kvalitativ forskning på området, var min umiddelbare tanke at tematikken ideelt sett burde vært belyst gjennom dybdeintervjuer. Konteksten rundt studien materialet mitt er hentet fra gav ikke rom for dette. Etter å ha jobbet med materialet vil jeg ikke lenger karakterisere den valgte metoden som en svakhet. Derimot vil jeg påstå at kvalitativ innholdsanalyse viste seg å være svært hensiktsmessig for formålet med denne studien.

7 Avslutning

7.1 Konklusjon

Hensikten med denne studien har vært, å se hva multitraumatiserte pasienter med egne ord vektlegger av erfaringer, utfordringer og anbefalinger om livet og rehabiliteringen etter utskrivning fra institusjon. Gjennom en kvalitativ tilnærming bidrar denne studien til økt kunnskap og et mer nyansert bilde på multitraumatisertes liv etter skade.

Viktigheten av å forstå rehabilitering og funksjon i et biopsykososialt perspektiv har vist seg ved at en stor del av pasientenes erfaringer er relatert til aspekter ved den psykiske helsen og det sosiale aspektet. I tillegg kommer det klart frem i uttalelsene på hvilken måte de ulike aspektene har en gjensidig innvirkning på hverandre.

Studien viser at ressurser som i størst grad blir vektlagt som viktige for å ha et godt liv etter skade er sosialt nettverk, hjelpen fra helseapparatet og aspekter ved egen personlighet.

Tilbake i hverdagen viser de største utfordringene seg å være relatert til aspekter ved den fysiske kroppen, psyken, den sosiale rollen, det å komme tilbake i jobb eller skole, aksept av situasjonen og det mer overordnede ved å komme tilbake til dagliglivet.

Funn fremkommet i denne studien relatert til utfordringer, og som det i liten eller ingen grad tidligere har vært fokus på, er blant annet aksept, motivasjon, selvstendighet i form av å skulle mestre ting på egenhånd og aspekter ved den sosiale rollen. Det samme gjelder egenskaper ved personligheten, en meningsfull hverdag og selvstendighet i form av tilgang til hjelpemidler, som viser seg å være betydningsfulle ressurser for å mestre hverdagen. Samtidig bekrefter denne studien at aspekter som sosialt nettverk og støtte, jobb/skole, det psykiske aspektet og den fysiske helsen representert ved kroppslige og kognitive utfordringer også gjennom et kvalitativt design viser seg å ha betydning for livet etter skade. Resultatene knyttet til forskningsspørsmålet relatert til variablene kjønn og alder, har ikke ført til noen store overraskelser. Valget om å inkludere dette perspektivet har likevel hatt betydning, da de har bidratt til å belyse de øvrige resultatene.

Få antall kategorier relatert til anbefalinger for rehabilitering, gjenspeiler en generell enighet om hvor forbedringspotensialet ligger. Det ble her særlig lagt vekt på psykisk og individuell oppfølging og riktig og god informasjon. Anbefalingene i denne studien vitner om viktigheten av at rehabilitering også omhandler det psykiske aspektet, og ikke bare fysikalskmedisinske forhold. Oppfølging etter utskrivning fra institusjon må bestå av mer enn en rekvisisjon til

fysioterapi. Viktigheten av god informasjon som er tilpasset mottaker kommer klart frem i denne studien. Til tross for at det i lovverket ligger til rette for at pasienter med behov for rehabilitering etter utskriving skal få individuell tilnærming og oppfølging, psykisk oppfølging og god informasjon, bekrefter denne studien at dette ikke gjennomføres i praksis. Dette funnet støttes også i evalueringen av rehabiliteringsmeldingen (St. prp. nr. 1, 2007-08).

Hensikten med denne studien var også å se nærmere på mestringsaspektet som kom frem gjennom uttalelsene. Med bakgrunn i teori og tidligere forskning på mestring har det gjennom de ulike kategoriene vært mulig å lokalisere tydelige mønstre, som igjen har resultert i at jeg våger å påstå at de multitraumatiserte i dette utvalget viser tendenser til en resilient mestringsstil.

7.2 Implikasjoner for forskning, praksis og utdanning

Helsepersonell som har en aktiv rolle enten i forbindelse med utskriving fra spesialisthelsetjenesten til hjemmet, eller ved mottak av pasienter som har behov for videre oppfølging i kommunen, må ha et bevisst forhold til pasientenes egne erfaringer rundt viktige ressurser for å mestre hverdagen og reelle utfordringer. Hvis vi som helsepersonell aktivt forholder oss til pasientenes erfaringer, er det en større sannsynlighet for at vi klarer å gi dem et bedre rehabiliteringstilbud.

I tråd med at resultatene i denne studien og ny forskning viser at flertallet faktisk takler utfordringene etter alvorlig traume bedre enn vi har trodd, vil det være viktig med en utveksling av kunnskap mellom forskning og praksis. Studenter ved helseprofesjonsutdanningene bør få opplæring og undervisning i en utvidet forståelse av mestringsbegrepet. Det er også et behov for kunnskapsutveksling mellom forskningsfeltet og praksis for å sikre gode screening- og oppfølgingsrutiner av psykisk helse, slik at de som har behov for det får den oppfølgingen de trenger.

Nye perspektiver fremkommet gjennom en kvalitativ tilnærming i denne studien, kan tyde på at verktøyene som i dag brukes for å måle utfall i form av livskvalitet, ikke er sensitive nok. Som diskutert innledningsvis, tror jeg det med et riktigere verktøy kan være hensiktsmessig og kunne bruke en kvantitativ metode for dette formålet. I beste fall vil kunnskapen fremkommet i denne studien kaste lys på behovet for mer kvalitativ forskning på denne pasientgruppen, som igjen vil kunne resultere i et mer sensitivt verktøy for å måle utfall i form av livskvalitet.

Litteraturliste

- Anke, A. G. W., & Fugl-Meyer, A. R. (2003). Life satisfaction several years after severe multiple trauma--a retrospective investigation. *Clinical Rehabilitation*, 17(4), 431-442.
- Baker, S. P., O'Neill, B., Haddon, W., Jr., & Long, W. B. (1974). The injury severity score: a method for describing patients with multiple injuries and evaluating emergency care. *The Journal Of Trauma*, 14(3), 187-196.
- Bautz-Holter, E., Sveen, U., Sjøberg, H., & Røe, C. (2007). Utfordringer og trender i rehabilitering. *Tidsskr Nor Lægeforening*, 127(3), 304-306.
- Bonanno, G. A. (2004). Loss, trauma, and human resilience: have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *The American Psychologist*, 59(1), 20-28.
- Bouillon, B., Kreder, H. J., Eypasch, E., Holbrook, T. L., Kreder, H. J., Mayou, R., . . . Yates, D. (2002). Quality of life in patients with multiple injuries--basic issues, assessment, and recommendations. *Restorative Neurology And Neuroscience*, 20(3-4), 125-134.
- Campbell-Sills, L., Cohan, S. L., & Stein, M. B. (2006). Relationship of resilience to personality, coping, and psychiatric symptoms in young adults. *Behaviour Research And Therapy*, 44(4), 585-599.
- Clukey, L., Hayes, J., Merrill, A., & Curtis, D. (2009). "Helping them understand": nurses' caring behaviors as perceived by family members of trauma patients. *Journal Of Trauma Nursing: The Official Journal Of The Society Of Trauma Nurses*, 16(2), 73-81. doi: 10.1097/JTN.0b013e3181ac91ce
- Columbia University. (2012). Faculty information. Retrieved 13.04.12, from <http://www.tc.columbia.edu/academics/?facid=gab38>
- Cox, H., Turner, D., & Penney, W. (2002). Narratives of recovery from traumatic injury: issues in the nursing care of patients in rehabilitation. *Journal of the Australasian Rehabilitation Nurses' Association (JARNA)*, 5(3), 8-15.
- Dijkers, M. (1999). Measuring quality of life: methodological issues. *American Journal Of Physical Medicine & Rehabilitation / Association Of Academic Physiatrists*, 78(3), 286-300.
- Dijkers, M. P. (2003). Individualization in quality of life measurement: instruments and approaches. *Archives Of Physical Medicine And Rehabilitation*, 84(4 Suppl 2), S3-S14.
- Dijkers, M. P. J. M. (2005). Quality of life of individuals with spinal cord injury: a review of conceptualization, measurement, and research findings. *Journal Of Rehabilitation Research And Development*, 42(3 Suppl 1), 87-110.

- Dimopoulou, I., Anthi, A., Mastora, Z., Theodorakopoulou, M., Konstandinidis, A., Evangelou, E., . . . Roussos, C. (2004). Health-related quality of life and disability in survivors of multiple trauma one year after intensive care unit discharge. *American Journal Of Physical Medicine & Rehabilitation / Association Of Academic Physiatrists*, 83(3), 171-176.
- Elo, S., & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal Of Advanced Nursing*, 62(1), 107-115. doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x
- Falkum, E. (2008). Den biopsykososiale modellen. *The Norwegian Medical Society*. Retrieved 13.03.13, from http://www.dnms.no/index.php?seks_id=72190&a=1
- Fayers, P. M., & Machin, D. (2007). *Quality of life*. Chichester: John Wiley.
- Friborg, O. (2010). Resiliens. Retrieved 25.04.12, from <http://uit-psyk.net/art10/Resiliens.pdf>
- Friborg, O. & Hjemdal, O. (2004). Resiliens som mål på tilpasningsevne. *Tidsskrift for norsk psykologiforening*(41), 206-208.
- Friedemann-Sánchez, G., Griffin, J. M., Rettmann, N. A., Rittman, M., & Partin, M. R. (2008). Communicating information to families of polytrauma patients: a narrative literature review. *Rehabilitation Nursing: The Official Journal Of The Association Of Rehabilitation Nurses*, 33(5), 206-213.
- Fuhrer, M. J. (2000). Subjectifying quality of life as a medical rehabilitation outcome. *Disability And Rehabilitation*, 22(11), 481-489.
- Fyrand, L. (2005). *Sosialt nettverk: teori og praksis*. Oslo: Universitetsforl.
- Garratt, A., Schmidt, L., Mackintosh, A., & Fitzpatrick, R. (2002). Quality of life measurement: bibliographic study of patient assessed health outcome measures. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 324(7351), 1417-1417.
- Gill, T. M., & Feinstein, A. R. (1994). A critical appraisal of the quality of quality-of-life measurements. *JAMA: The Journal Of The American Medical Association*, 272(8), 619-626.
- Glanz, K., Rimer, B. K., & Viswanath, K. (2008). *Health behavior and health education : theory, research, and practice*. San Francisco, Calif.: Jossey-Bass.
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112.
- Grue, L. (2004). *Funksjonshemmet er bare et ord : forståelser, fremstillinger og erfaringer*. Oslo: Abstrakt forl.
- Halcomb, E., Daly, J., Davidson, P., Elliott, D., & Griffiths, R. (2005). Life beyond severe traumatic injury: an integrative review of the literature. *Australian Critical Care: Official Journal Of The Confederation Of Australian Critical Care Nurses*, 18(1), 17.

- Hammel, K. W. (2006). *Perspectives on Disability & Rehabilitation: Contesting assumptions; challenging practice*. Churchill Livingstone: Elsevier Limited.
- Han, P. P., Holbrook, T. L., Sise, M. J., Sack, D. I., Sise, C. B., Hoyt, D. B., . . . Anderson, J. P. (2011). Postinjury depression is a serious complication in adolescents after major trauma: injury severity and injury-event factors predict depression and long-term quality of life deficits. *The Journal Of Trauma*, 70(4), 923-930. doi: 10.1097/TA.0b013e31820cf03e
- Harris, I. A., Young, J. M., Rae, H., Jalaludin, B. B., & Solomon, M. J. (2008). Predictors of general health after major trauma. *The Journal Of Trauma*, 64(4), 969-974. doi: 10.1097/01.ta.0000245972.83948.1a
- Hauken, H. M. A. (2006). En ideologikritisk analyse av livskvalitetsskjemaet SF-36. Retrieved 09.11.12, from <http://www.betaniensykepleierhøgskole.no/fou/essay/En%20ideologikritisk%20analyse%20av%20livskvalitetsskjemaet%20SF.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven). Retrieved 22.03.13, from http://www.lovdata.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/app/gratis/www/docroot/all/nl-19990702-063.html&emne=PASIENTRETTIGHETSLOV*&&
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2012a). Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator. Retrieved 29.11.12, from <http://www.lovdata.no/cgi-wift/ldles?ltdoc=/for/ff-20111216-1256.html>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2012b). Helse- og omsorgstjenesteloven. Retrieved 29.11.12, from http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/hod/tema/helse-og_omsorgstjenester_i_kommunene/helseogomsorgstjenesteloven.html?id=667453
- Helsedirektoratet. (2011). Brukermedvirkning. Retrieved 09.11.12, from <http://www.helsedirektoratet.no/psykisk-helse-og-rus/brukere-og-parorende/brukermedvirkning/Sider/default.aspx>
- Hładki, W., Lorkowski, J., Trybus, M., Brongel, L., Kotela, I., & Golec, E. (2009). Quality of life as a result of multiple injury in the aspect of limitations of handicaps--social roles. *Przeгляд Lekarski*, 66(3), 134-140.
- Holbrook, T. L., & Hoyt, D. B. (2004). The impact of major trauma: quality-of-life outcomes are worse in women than in men, independent of mechanism and injury severity. *The Journal Of Trauma*, 56(2), 284-290.
- Holbrook, T. L., Hoyt, D. B., & Anderson, J. P. (2001). The importance of gender on outcome after major trauma: functional and psychologic outcomes in women versus men. *The Journal Of Trauma*, 50(2), 270-273.

- Holbrook, T. L., Hoyt, D. B., Coimbra, R., Potenza, B., Sise, M., & Anderson, J. P. (2005). High rates of acute stress disorder impact quality-of-life outcomes in injured adolescents: mechanism and gender predict acute stress disorder risk. *The Journal Of Trauma*, 59(5), 1126-1130.
- Holbrook, T. L., Hoyt, D. B., Stein, M. B., & Sieber, W. J. (2001). Perceived threat to life predicts posttraumatic stress disorder after major trauma: risk factors and functional outcome. *The Journal Of Trauma*, 51(2), 287-292.
- Imrie, R. (2004). Demystifying disability: a review of the International Classification of Functioning, Disability and Health. *Sociology Of Health & Illness*, 26(3), 287-305.
- Johannessen, A., Tufte, P. A., & Kristoffersen, L. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Abstrakt.
- Krug, E. G., Sharma, G. K., & Lozano, R. (2000). The global burden of injuries. *American Journal Of Public Health*, 90(4), 523-526.
- Kvale, S., Brinkmann, S., & Anderssen, T. M. A. R. J. f. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Levack, W. M. M., Kayes, N. M., & Fadyl, J. K. (2010). Experience of recovery and outcome following traumatic brain injury: a metasynthesis of qualitative research. *Disability And Rehabilitation*, 32(12), 986-999. doi: 10.3109/09638281003775394
- MacKenzie, E. J., McCarthy, M. L., Ditunno, J. F., Forrester-Staz, C., Gruen, G. S., Marion, D. W., & Schwab, W. C. (2002). Using the SF-36 for characterizing outcome after multiple trauma involving head injury. *The Journal Of Trauma*, 52(3), 527-534.
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. Oslo: Universitetsforl.
- Mason, S., Wardrope, J., Turpin, G., & Rowlands, A. (2002). Outcomes after injury: a comparison of workplace and nonworkplace injury. *The Journal Of Trauma*, 53(1), 98-103.
- Morgan, D. L. (1993). Qualitative content analysis: a guide to paths not taken. *Qualitative Health Research* 3(1), 112-121.
- Mæland, J. G. (2009). *Hva er*. Oslo: Universitetsforl.
- Nasjonal strategi. (2005). ...og bedre skal det bli! Kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten Retrieved 29.11.12, from http://www.ogbedreskalidetbli.no/Om_kvalitetsstrategien/IS-1162_4390a.pdf
- Neugebauer, E., Bouillon, B., Bullinger, M., & Wood-Dauphinée, S. (2002). Quality of life after multiple trauma--summary and recommendations of the consensus conference. *Restorative Neurology And Neuroscience*, 20(3-4), 161-167.

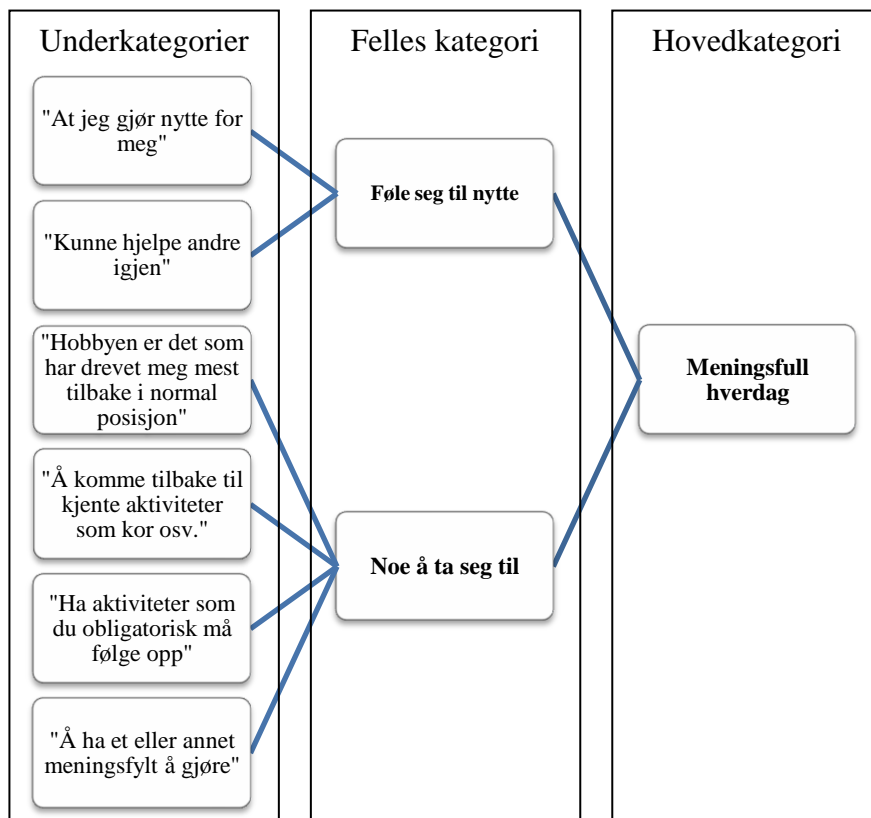
- NOU 1999: 2. (1999). Livshjelp: Behandling, pleie og omsorg for uhelbredelig syke og døende. Retrieved 03.11.12, from <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/nouer/1999/nou-1999-2/5/3.html?id=351008>
- Næss, S., Moum, T., Eriksen, J., & Næss, S. (2011). *Livskvalitet*. Bergen: Fagbokforl.
- O'Brien, J.-A., & Fothergill-Bourbonnais, F. (2004). The experience of trauma resuscitation in the emergency department: themes from seven patients. *Journal Of Emergency Nursing: JEN: Official Publication Of The Emergency Department Nurses Association*, 30(3), 216-224.
- Pirente, N., Blum, C., Wortberg, S., Bostanci, S., Berger, E., Lefering, R., . . . Neugebauer, E. A. M. (2007). Quality of life after multiple trauma: the effect of early onset psychotherapy on quality of life in trauma patients. *Langenbeck's Archives Of Surgery / Deutsche Gesellschaft Für Chirurgie*, 392(6), 739-745.
- Pirente, N., Ottlik, Y., Lefering, R., Boullion, B., & Neugebauer, E. (2006). Quality of life in multiply injured patients. *European Journal of Trauma*, 32(1), 44-62.
- Polit DF, B. C. (2006). *Essentials of nursing research*. (Vol. 6th Edition). Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.
- Post, R. B., van der Sluis, C. K., & Ten Duis, H. J. (2006). Return to work and quality of life in severely injured patients. *Disability And Rehabilitation*, 28(22), 1399-1404.
- Probst, C., Zelle, B., Panzica, M., Lohse, R., Sitarro, N. A., Krettek, C., & Pape, H.-C. (2010). Clinical re-examination 10 or more years after polytrauma: is there a gender related difference? *The Journal Of Trauma*, 68(3), 706-711.
- Quale, A. J., & Schanke, A.-K. (2010). Resilience in the face of coping with a severe physical injury: a study of trajectories of adjustment in a rehabilitation setting. *Rehabilitation Psychology*, 55(1), 12-22.
- Richard A. Bryant, P. D. M. L. O. D., Ph.D.; Mark Creamer, Ph.D.; Alexander C. McFarlane, M.D.; C. Richard Clark, Ph.D.; Derrick Silove, M.D. (2010). The Psychiatric Sequelae of Traumatic Injury. *The American Journal of Psychiatry*, 167, 312-320.
- Seligman, M. E. P. (2006). *Learned optimism: how to change your mind and your life*. New York: Vintage Books.
- Sluys, K., Häggmark, T., & Iselius, L. (2005). Outcome and quality of life 5 years after major trauma. *The Journal Of Trauma*, 59(1), 223-232.
- Snekkevik, H., Anke, A. G. W., Stanghelle, J. K., & Fugl-Meyer, A. R. (2003). Is sense of coherence stable after multiple trauma? *Clinical Rehabilitation*, 17(4), 443-453.
- Soberg, H. L., Bautz-Holter, E., Roise, O., & Finset, A. (2007). Long-term multidimensional functional consequences of severe multiple injuries two years after trauma: a prospective longitudinal cohort study. *The Journal Of Trauma*, 62(2), 461-470.

- Soberg, H. L., Bautz-Holter, E., Roise, O., & Finset, A. (2010). Mental health and posttraumatic stress symptoms 2 years after severe multiple trauma: self-reported disability and psychosocial functioning. *Archives Of Physical Medicine And Rehabilitation, 91*(3), 481-488.
- Soberg, H. L., Finset, A., Bautz-Holter, E., Sandvik, L., & Roise, O. (2007). Return to work after severe multiple injuries: a multidimensional approach on status 1 and 2 years postinjury. *The Journal Of Trauma, 62*(2), 471-481.
- Soberg, H. L., Finset, A., Roise, O., & Bautz-Holter, E. (2012). The trajectory of physical and mental health from injury to 5 years after multiple trauma: a prospective, longitudinal cohort study. *Archives Of Physical Medicine And Rehabilitation, 93*(5), 765-774.
- Soberg, H. L., Roise, O., Bautz-Holter, E., & Finset, A. (2011). Returning to work after severe multiple injuries: multidimensional functioning and the trajectory from injury to work at 5 years. *The Journal Of Trauma, 71*(2), 425-434.
- Soberg, H. L., Sandvik, L., & Ostensjo, S. (2008). Reliability and applicability of the ICF in coding problems, resources and goals of persons with multiple injuries. *Disability And Rehabilitation, 30*(2), 98-106.
- Solvang, P. K., & Slettebø, Å. (2012). *Rehabilitering : individuelle prosesser, fagutvikling og samordning av tjenester*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- St. meld. nr. 21, -. (1998-99). Ansvar og meistring. Mot en heilskapeleg rehabiliteringspolitikk. Retrieved 20.11.12, from <http://www.regjeringen.no/nn/dep/hod/Dokument/proposisjonar-og-meldingar/stortingsmeldingar/19981999/stmeld-nr-21-1998-99-.html?id=431037>
- St. prp. nr. 1, -. (2007-08). Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2008–2011. Retrieved 29.11.12, from <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stprp/2007-2008/Stprp-nr-1-2007-2008-/10.html?id=483776>
- Steel, J., Youssef, M., Pfeifer, R., Ramirez, J. M., Probst, C., Sellei, R., . . . Pape, H. C. (2010). Health-related quality of life in patients with multiple injuries and traumatic brain injury 10+ years postinjury. *The Journal Of Trauma, 69*(3), 523-530.
- Sunnaas, Sykehus HF. (2013). Retrieved 15.01.03, from <http://www.sunnaas.no/pasient/diagnoseogsykdommer/Sider/multitraume.aspx>
- Tsay, S. L., Halstead, M. T., & McCrone, S. (2001). Predictors of coping efficacy, negative moods and post-traumatic stress syndrome following major trauma. *International Journal Of Nursing Practice, 7*(2), 74-83.
- Tulsky, D. S., & Rosenthal, M. (2003). Measurement of quality of life in rehabilitation medicine: emerging issues. *Archives Of Physical Medicine And Rehabilitation, 84*(4 Suppl 2), S1-S2.

- Tøien, K. (2012). *Health related quality of life, psychological distress and return to work after trauma*. (Vol. no. 1248). Oslo: Unipub.
- Tøssebro, J. (2010). *Hva er funksjonshemming*. Oslo: Universitetsforl.
- Ullevål, Universitetssykehus. (2012). Trameregisteret: Ullevål Universitetssykehus.
- Ulvik, A., Kvåle, R., Wentzel-Larsen, T., & Flaatten, H. (2008). Quality of life 2-7 years after major trauma. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 52(2), 195-201.
- Vassend, O., Quale, A. J., Røise, O., & Schanke, A. K. (2011). Predicting the long-term impact of acquired severe injuries on functional health status: the role of optimism, emotional distress and pain. *Spinal Cord*, 49(12), 1193-1197. doi: 10.1038/sc.2011.70
- Wekre, L. L., Vardeberg, K., Skogan, A. H., & Hagen, M. I. (2004). *Lærebok i rehabilitering : når livet blir annerledes*. Bergen: Fagbokforl.
- WHOQOL group. (1996). WHOQL-Bref Introduction, administration, scoring and generic version of the assessment. Retrieved 09.05.13, from http://www.who.int/mental_health/media/en/76.pdf
- Wiman, E., Wikblad, K., & Idvall, E. (2007). Trauma patients' encounters with the team in the emergency department--a qualitative study. *International Journal Of Nursing Studies*, 44(5), 714-722.
- Wiseman, T., Foster, K., & Curtis, K. (2012). Mental health following traumatic physical injury: An integrative literature review. *Injury*.

Vedlegg

Eksempel fra abstraksjonsprosessen under forskningsspørsmål 1



Utdyping av søket ved litteraturgjennomgangen

Litteratursøk er gjennomført i databasene Medline, Cinahl og Svemed+. En tidlig gjennomgang av studiene på temaet viste at ulike begreper ble benyttet for multitraume. I utgangspunktet hadde jeg en liste på fire ulike begreper: "multiple trauma", "multiple injuries", "severe injuries" og "major trauma". Jeg så tidlig at studiene hvor begrepet "polytrauma" var benyttet kom med under søk på "multiple trauma". Etter en gjennomgang av betydningen som var lagt i de ulike MESH begrepene i databasene kunne jeg luke ut to av benevnelsene som overlappet hverandre og satt da igjen med "multiple trauma" og "major trauma". Når det kommer til begrepet livskvalitet ville jeg med tanke på de mange ulike måtene å forstå begrepet og hva man legger i det, være sikker på at jeg favnet de studiene som var relevante for mitt tema. Søkeordene jeg endte opp med var derfor: "quality of life", "life satisfaction" og "well-being".



Undersøkelsen ”TILBAKE I LIVET ETTER ULYKKEN – En studie av rehabilitering i kommunehelsetjenesten etter multitraume”

Til deg som deltar i undersøkelsen etter å har vært utsatt for multitraume

I januar 2002 ble det igangsatt et forskningsprosjekt om rehabilitering av multitraumatiserte pasienter (brukere) i kommunene ved Ullevål universitetssykehus som du allerede er deltaker i. Med multitraume menes at man har hatt to eller flere skader. Formålet med prosjektet er å få kunnskap om rehabiliteringsprosessen i kommunene etter gjennomgått rehabilitering på sykehus eller rehabiliteringsinstitusjon. Prosjektet blir nå utvidet slik at vi følger deltakerne med tanke på funksjon og rehabilitering i to år etter ulykken. Prosjektet er godkjent av Regional komite for medisinsk forskningsetikk og Datatilsynet. Det beregnes avsluttet i 2005.

Bakgrunn for prosjektet

I forbindelse med rehabilitering etter skade eller sykdom, vektlegges i økende grad betydningen av rehabiliteringsarbeidet i kommunene. Det finnes i dag lite forskningsbasert kunnskap om rehabiliteringsarbeidet i kommunene generelt, eller rehabilitering i kommunene av multitraumatiserte pasienter spesielt. Det vites fortsatt for lite om rehabiliteringsprosessen og hvordan det går med pasientene etter skaden i et lengre tidsperspektiv.

Hensikten med at prosjektet er utvidet til å omfatte oppfølging i to år:

I forskningsprosjektet har vi til hensikt å studere rehabiliteringsprosessen til multitraumatiserte pasienter i kommunene ved å følge deltakerne i to år etter skaden. Vi ønsker å få kunnskap om hva som har betydning for funksjon og det å komme tilbake i arbeid og/eller utdanning igjen. Økt kunnskap om de kommunale rehabiliteringstjenestenes og fysioterapeutenes arbeid med multitraumatiserte pasienter er viktig i dette. Videre er formålet med undersøkelsen å få større viten om hvordan brukerne opplever sin livssituasjon, funksjon og livskvalitet.

Målgruppe

Pasienter/brukere mellom 18 og 67 år med multitraume som har vært til akuttbehandling på Ullevål universitetssykehus. Rehabiliteringstjenester og fysioterapeuter i brukernes hjemkommuner.

Metode

Opplysningene fra brukerne gir kunnskap om rehabiliteringsprosessen, om behov, funksjon og helserelatert livskvalitet i forbindelse med rehabiliteringen etter skadene. Opplysningene fra rehabiliteringstjenestene og fysioterapeutene i kommunene innhentes for å få kunnskap om kartlegging, mål og tiltak for den enkelte bruker.

Det blir innhentet informasjon fra brukerne på tre ulike tidspunkt, og fra rehabiliteringsaktørene inntil tre tidspunkt avhengig av i hvor stor grad de er aktive i brukernes rehabilitering. Som deltakere i prosjektet har dere allerede vært igjennom:

Seks uker etter hjemkomst: Intervju og spørreskjema til bruker. Spørreskjema til rehabiliteringstjenesten og/ eller fysioterapeuten

Ullevål universitetssykehus HF
0407 OSLO

Telefon:

Besøksadresse:
Kirkeveien 166

Bankgiro:
1644 06 05897

Foretaksnr:
983 971 784

Telefaks:

HELSE ØST

Ett år etter skaden: Intervju og spørreskjema til bruker i forbindelse med 1 års oppfølging ved Ullevål universitetssykehus.

Vi også ønsker imidlertid også å innhente informasjon om rehabiliteringen to år etter skaden:
To år etter skaden: Intervju og spørreskjema til bruker. Spørreskjema til de rehabiliteringsaktørene som er aktive 18 måneder etter skaden.

Personopplysninger, taushetsplikt og deltakelse

Prosjektmedarbeiderne er underlagt taushetsplikt, og alle dataene blir behandlet strengt konfidensielt i henhold til Datatilsynets retningslinjer. Verken navn, fødsels- eller personnummer knyttes til opplysninger som fremkommer i undersøkelsen eller legges inn på data. Heller ikke kommunens navn, eller navn på dem som jobber i rehabiliteringstjenesten i kommunen benyttes eller legges inn på data. Kommunens rehabiliteringstjeneste vil ikke få tilgang til opplysninger fra den enkelte bruker i forbindelse med forskningsprosjektet. Bruker får heller ikke kjennskap til informasjon innhentet fra rehabiliteringstjenesten i forbindelse med prosjektet. Data fra undersøkelsen vil bli lagret med tanke på en senere oppfølgingsundersøkelse. Vi vil da kunne få kunnskap om rehabiliteringsbehovene lenger enn de første to årene etter skaden. Prosjektleder vil ta kontakt hvis en oppfølgingsundersøkelse vil bli gjennomført. Hvis oppfølgingsundersøkelse ikke blir gjennomført, vil datamaterialet bli anonymisert.

- Informert samtykke fra bruker er vedlagt
- Hvis du er villig til å delta i den videre undersøkelsen, ber vi om at Samtykkeerklæringen underskrives som en bekreftelse på dette, og at den returneres så snart som mulig.
- Det er frivillig å delta, og du kan på ethvert tidspunkt uten nærmere begrunnelse trekke deg fra undersøkelsen.
- Allerede innsamlet informasjon kan i så fall slettes hvis ønskelig.
- Det får ikke konsekvenser for din behandling om du velger å ikke delta i prosjektet.

Prosjektansvarlig

Prosjektleder, og den som står for den praktiske gjennomføringen av prosjektet er fysioterapeut, doktorgradstipendiat Helene L. Søberg. Hovedveileder for prosjektet er professor Erik Bautz-Holter, avd. fysikalsk medisin og rehabilitering, Ullevål universitetssykehus. Andre veiledere er assisterende klinikkdirektør, dr.med. Olav Røise, Oslo Ortopediske Universitetsklinikk/ Ullevål universitetssykehus, fysioterapeut dr. philos May Ama Risberg, Universitetet i Oslo/Ullevål universitetssykehus, og professor Arnstein Finset, Institutt for med. atferdsfag, Universitetet i Oslo.

Kontakt Helene L. Søberg ved behov for nærmere informasjon. tlf. 23.01.50.24 på Ullevål universitetssykehus, eller på 95.10.96.37 på mobil eller e-mail: helene.soberg@ulleva.no.

Med vennlig hilsen

Helene L. Søberg
Fysiot., doktorgr.stip.

Erik Bautz-Holter
Professor, dr. med