



Psykiske etterreaksjoner etter opplevd arbeidsulykke

*Det skjedde så fort. De så at jeg slet med fysiske skadene,
men ingen så hvordan jeg hadde det innvendig*

Inger Marit Lovisenro

Kandidat nr: 705

VEILEDER

Berit Johannessen

Universitetet i Agder, 2018

Fakultet for helse- og idrettsvitenskap

Institutt for psykososial helse



Sammendrag

Ulykker i arbeidslivet er noe som skjer hvert år, og når media fokuserer på selve hendelsen, er de ofte svært alvorlige eller utfallet ender med død. I kjølevannet av slike hendelser hører vi ikke om hvordan de personene har det i etterkant av erfart ulykke. Ved mindre hendelser som ikke kommer frem i media, er personer også rammet og kan oppleve å bli påført fysisk skader og psykiske reaksjon.

Denne masteroppgaven baserer seg på den subjektives opplevelse, og hvilke forekomster som vedkommende kan rammes av. Dette blir sett i sammenheng med tidligere studier og statistikker. Studiene som er brukt er hovedsakelige norske, for vi har et lovverk i dette samfunnet som skal bidra til å skjerme enhver sysselsatt i en arbeidssituasjon. I tillegg vil jeg også underbygge studien med utenlandsk forskning. Utvalget av informanter består av ni personer som bidrar til en forståelse av den subjektive opplevelsen av psykiske reaksjoner som kan forekomme etter opplevd arbeidsulykke. Studien er basert på kvalitativ tilnærming i form av semistrukturerte intervjuer. Analysen er gjennomført på en systematisk tekstkondensering. Metoden er inspirert av Giorgis fenomenologisk analyse (Malterud, 2003).

I og med at fenomenet er så komplekst er resultatene av funnene basert på de meningsbærende enhetene 1) Ulike psykiske- og sosiale etterreaksjoner, 2) Ivaretagelse og ikke ivaretagelse, 3) Ulik grad av mestring, 4) Traume eller krise, 5) Endret livskvalitet, 6) Ulike oppfatninger om hva som kunne blitt gjort annerledes og 7) Leve med en eller flere fysiske og psykiske helsekonsekvenser. Temaene som er utdypet bidrar til å belyse problemstillingen: *Hvordan opplever mennesker som har vært utsatt for en arbeidsulykke at denne ulykken har påvirket livet deres i etterkant?*

Konklusjonen på prosjektet er å sette lys på personers psykiske etterreaksjoner etter opplevd arbeidsulykke. Studien forteller at så mange som åtte av ni informanter hadde en form for reaksjon rett etter hendelsen. I et perspektiv på ett til fem år etter hendelsen har fortsatt fem av de ni personene en form for psykisk reaksjon på grunn av ulykken, i tillegg til de fysiske skadene informantene fikk ved selve arbeidsulykken. På tross av påkjenninger, skader og mangel på ivaretagelse sier alle informantene at de selv opplever å ha god livskvalitet ut fra eget ståsted nå i dag.

Nøkkelord: psykisk helse, psykiske etterreaksjoner, traume og krise, ivaretagelse og livskvalitet

Abstract

Accidents at work occur every year, and when media focuses on the incidents they are either very serious or deadly. In the wake of workplace accidents we seldom hear about the victims and their reactions. When smaller accidents happen, the affected worker can experience both physical and mental reactions.

This master thesis is based upon the subjects' personal experiences and the instances that occur after work-related accidents. Various researches and statistics will be linked with the different stories from the informers. The sources are mainly Norwegian because of Norway's legislation that protects the employees. I will also prove the statements with foreign researches that are more comprehensive. The informers consist of a group of nine people who share their personal experiences of the mental reactions that can occur after an accident at work. This master thesis is based upon an approach to semi-structured interviews. The implementation of the analysis is a systematic text condensation. The method is inspired by Giorgi's phenomenological descriptive analysis (Malterud 2003).

However, since the phenomenon is complex, the results of the investigation are based upon the meaningful units: 1) Various psychological and social reactions 2) To be taken care of or not 3) The various ways of dealing with the incident 4) The experiencing of trauma or crises 5) The changing of quality of life 6) The various perception of what could have been done differently 7) To live with one or several mental health consequences. The topics that have been studied illustrate this master thesis' issue:

How do people who have been through a work-related accident experience that this has affected their lives in the aftermath?

The conclusion of this project is to enlighten some people's mental reactions after having experienced an accident at work. It tells that as many as eight out of nine informers had some sort of a reaction immediately after the incident. In a perspective of one to five years the accident gives some kind of a mental reaction in addition to the physical injuries due to the incident. Despite the strains, the injuries and lack of being taken care of all informants tell that their quality of life is good from where they are today.

Key words: mental health, mental reactions after work-related accidents, trauma and crisis, being taken care of, quality of life

Forord

Ideen til dette prosjektet kom i etterkant av at en av mine tidligere kollega hadde blitt slått ned på arbeidsplassen. I mange samtaler med henne fungerte jeg som en støttespiller og motivator i forhold til hennes skade- og arbeidssituasjon. Da jeg selv opplevde utøvd vold mot meg på arbeidsplassen, ble denne tidligere kollegaen motivator for meg. Vi opplevde et gjensidig støttespill, og gjennom våre samtaler og refleksjoner kom det frem at vi umulig kunne være alene i denne verden om å oppleve å få en eller flere psykisk reaksjoner i etterkant av en arbeidsulykke. Da jeg skulle starte på denne studien hadde min nysgjerrighet for temaet blitt så stort at jeg ønsket å gjennomføre og undersøke hvordan livet etter opplevd arbeidsulykke kan være.

Jeg vil presisere at prosjektet presenteres en blant flere måter å se temaet på. Ambisjonene er å sette søkelys på den psykiske etterreaksjonen personer kan oppleve etter erfart arbeidsulykke. I og med at temaet er komplekst ønsker jeg å bidra til refleksjon gjennom en vitenskapelig tilnærming.

Det har i løpet av prosjektet vært mye lesing, mange diskusjoner, irritasjoner og frustrasjoner for meg selv og sikkert dem rundt meg. Med deres generøsitet vil jeg først takke mine tre sønner Alex Tobias, Kristian og Filip for at de har holdt ut med meg i denne perioden. Takk til de personene som har bidratt i ulike diskusjoner for videreutvikling av oppgaven. Da vil jeg spesielt takke min søster Anne Gunn, for innspill og gjennomlesning av oppgaven. Jeg vil også takke min mor som har møtt meg med forståelse for at jeg har trengt tid for å gjennomføre denne studien. Takk til mine informanter for deres velvillighet til å bidra. Uten dere kunne jeg ikke ha gjennomført denne studien. Til slutt vil jeg takke min veileder Berit Johannesen som har gitt god støtte og konstruktive tilbakemeldinger slik at studien er blitt gjennomført.

Mai 2018 Inger Marit Lovisenro

Innholdsfortegnelse

Sammendrag

Abstract

Forord

1.0 Introduksjon	1
1.1 Bakgrunn for studien	1
1.2 oppgavens oppbygging	2
1.3 Hensikt og problemstilling	2
2. 0 Teoretiske referanseramme	3
2.1 Perspektiv på arbeidsulykke	3
2. 2 Kriser – og traumatiske kriser	5
2. 3 Reaksjoner i etterkant av en arbeidsulykke	6
2.3.1 Psykisk helse	8
2.3.2 Arbeid og psykisk helse	9
2.4 Salutogenese	10
2.5 Livskvalitet	12
3.0 Metode	13
3.1 Kvalitativ forskning	13
3.2 Utvalg og rekruttering	14
3.3 Forskerens rolle	15
3.4 Semistrukturert intervju og datainnsamling	16
3.5 Transkribering	17
3.6 Analyse	18
3.7 Forskningens etiske retningslinjer	20
3.8 Validitet og reliabilitet	22
4.0 Resultater	23
4.1 Ulike psykiske og sosiale etter- reaksjoner	25
4.2 Ivaretagelse og ikke ivaretagelse	26
4.3 Ulik grad av mestring	28
4.4 Traume eller krise	29
4.5 Endret livskvalitet	30

4.6 Ulike oppfatninger om hva som kunne vært gjort annerledes	31
4.7 Leve med en eller flere fysiske og psykiske helsekonsekvenser	33
5.0 Diskusjon	35
5.1 Egen psykisk helse	36
5.2 Tilfriskning	38
5.3 Ivaretagelse	40
5.4 Psykisk og fysisk nå i dag	42
5.5 Livskvalitet	43
6.0 Metodediskusjon	44
6.1 Validitet og relabilitet	44
7.0 Konklusjon	46
Litteraturliste	48
Vedlegg I	55
Vedlegg II	57
Vedlegg III	58
Vedlegg IV	58
Vedlegg V	59
Vedlegg VI	59
Vedlegg VII	60
Vedlegg VIII	62
Vedlegg IX	63

1.0 Introduksjon

1.1 Bakgrunn for studien

Prosjektet har utgangspunkt i møte med mennesker med erfart arbeidsulykke. Dette er en gruppe i samfunnet som veldig sjeldent blir nevnt i det offentlige rom. Menneskene har opplevd en hendelse på arbeidsplassen og fått en fysisk skade av dette. Selve arbeidsulykken blir nevnt via media og andre offentlige instanser, men hvordan menneskene som har opplevd slike hendelser har det i etterkant hører vi ikke om. Når slike hendelser nevnes i media, er ulykkene ofte store og personskeer eller død innblandet.

Gjennom denne studien vil jeg belyse den psykiske etterreaksjonen hos mennesker med erfart arbeidsulykke. Jeg har arbeidet i flere utsatte arbeidsplasser innen psykisk helse og opplevd at ressursene blir «slanket til marginen» for å spare på midlene. Dermed går det ut over personalet som arbeider med personer med utfordringer, som blant annet å nedbemanne til det minimale på de ulike institusjonene. Nedbemanning og innskrenkinger gjelder ikke bare innen psykisk helse, men i alle arbeidsgrupper. Vi hører om mennesker som opplever at arbeidsdagen kan være stressende og rekker ikke det de skal gjøre. Det er ofte i slike situasjoner ulykkene skjer.

Ansatte som erfarer slike hendelser er en sårbar gruppe, siden arbeidsulykker ofte er et tabu innad i næringslivet. Arbeidsgivere vil ”dysse det ned” og ikke snakke om hendelsen, selv om hendelsen for de rammede kan være traumatisk. Livet for noen kan ha blitt snudd opp ned, og mange må omlegge livsstilen, mens andre er tilbake i jobb igjen etter en kort stund. Ulykkene og opplevelsene er individuelle i forhold til de fysiske skadene, psykiske etterreaksjonene og ivaretagelse av ledelse (Skogstad et al., 2011).

Etter en lang yrkeskarriere har jeg en formell utdannelse innen folkehelse, HR og organisasjonsutvikling, og nå tar jeg en master i psykisk helsearbeid. Med mine erfaringer basert på andes uttalelser og deres opplevelser etter en opplevd arbeidsulykke, ønsker jeg å finne ut hva forskningen og hva personene selv sier om den psykiske reaksjonen i etterkant av en slik hendelse.

1.2 Oppgavens oppbygging

Oppbygging av denne studien er innledningsvis basert på bakgrunn og hensikten ved prosjektet, problemstillingen og hvordan jeg tilnærmer meg problemstillingen. Jeg har valgt å vektlegge norske studier om arbeidsulykker fordi det finnes tilstrekkelig litteratur om tema og fordi det er knyttet til det norske lovverket. Videre i kapittel 2 vil jeg ta for meg sentrale begreper og teorier som er knyttet til prosjektet som danner det teoretiske rammeverket. Teorier knyttet til arbeidsulykker og psykiske etterreaksjoner som kan påvirke den subjektives opplevelse. Utviklingen av perspektivet *salutogenese* og begrepet *livskvalitet* er viktige å utdype for å få en forståelse av problemstillingen.

I kapittel 3 vil jeg presentere hvilken metode jeg har valgt for studien, og hvorfor jeg har valgt den fremgangsmåten som jeg har gjort. Valg av metode bidrar til at jeg som forsker kan presentere resultater som baserer seg på informantenes stemmer. Etter dette vil jeg diskutere og reflektere over funnene i denne studien knyttet opp mot teorien jeg har valgt. I denne studien vil jeg belyse noen aspekter jeg mener er viktig i forhold til psykiske etterreaksjoner av opplevd arbeidsulykke. Dette vil bli sett i sammenheng med den valgte problemstillingen. Til slutt i studien har jeg en metodisk diskusjon over oppgaven før jeg kommer med en konklusjon.

1.3 Hensikt og problemstilling

Hensikten med studien er å belyse hvordan personer som har opplevd en arbeidsulykke opplever sin psykiske helse og livskvalitet i etterkant av en slik hendelse.

Problemstillingen vil derfor være:

Hvordan opplever mennesker som har vært utsatt for en arbeidsulykke at denne hendelsen har påvirket livet deres i etterkant?

Jeg vil utforske personers subjektive opplevelse etter opplevd arbeidsulykke. Hovedfokuset vil være psykisk helse. Skal man få en forståelse hvordan de menneskene har det nå i dag etter en opplevd ulykke, må jeg undersøke andre elementer og faktorer som påvirker menneskets liv. For å få en slik forståelse må en se mennesket som helhet, for personer som har opplevd en arbeidsulykke er komplekst. Dermed må en se på de fysiske skadene sett i sammen med psykiske etterreaksjoner, og hvordan de mestrer de ulike utfordringer de møter i hverdagen i

forhold til om de ser på ulykken som en krise eller traume. Ut fra dette skal jeg se på sammenhenger og ulikheter for å kunne besvare problemstillingen.

2.0 Teoretisk referanseramme

I dette kapitlet vil jeg gi leserne en forståelse av hva arbeidsulykker er, og ulike konsekvenser slike ulykker kan ha for de som er rammet, spesielt med fokus på psykisk helse. Det henvises til norske studier og hvilke statistikker som de ulike informative kilder bruker. Det at jeg kun har brukt kilder fra norske målinger er fordi vi har et lovverk i dette landet som skal beskytter enhver sysselsatt på de ulike arbeidsplassene (Arbeidsmiljøloven, 2005, §§1-20). I tillegg har jeg tatt med et kapittel om traume og krise, for at leserne skal få en forståelse på hva en ulykke er og hvordan en slik hendelse kan påvirke ens liv i etterkant. Videre vil jeg gjøre rede for salutogenese og livskvalitet som jeg har valgt som teoretisk perspektiv på studien.

2.1 Perspektiv på arbeidsulykke

Arbeidsulykker er noe som skjer hvert år, melder Statistisk sentralbyrå (SSB, 2016). I 2016 var det om 3,7 arbeidsulykker per 1000 sysselsatte som medførte langvarig sykefravær, og totalt 22 459 innrapportert arbeidsulykker. 45 av ulykkene endte med død (SSB, 2017). Videre melder Arbeidstilsynet (2018) at i fjor var det ca. 80 000 arbeidsulykker på landsbasis som medførte til skader, og antall dødsfall ble redusert til 27 personer (Arbeidstilsynet, 2018). Hovedsakelig er dette innen næringsgruppen elektrisitet, vann og renovasjon, bygge- og anleggsvirksomhet, industri, transport og lagring, jordbruk, skogbruk og fiske. I ulykker som medførte kortere sykefravær, og det vil si tre dager eller mindre, var det næringsgruppen helse og sosialtjenesten som meldte om flest arbeidsulykke med hele ni ulykker per 1000 sysselsatte (Arbeids- og Sosialdepartementet, 2017). Å være sysselsatt er personer som utfører et inntektsgivende arbeid i minst en times varighet i et arbeidsforhold (SSB, 2017).

Ulykker er en hendelse som skjer ufrivillig med hurtigvirkende kraft eller påvirkning, som kan gi ytre skader på kroppen (Alver, Madsen & Ohm, 2017). Professor Bråtveit (2015) ved universitet i Bergen underbygger dette med å forklare at arbeidsulykker kommer plutselig og gir uventet ytre påkjenninger eller belastninger som er utenfor rammen av en ordinær

arbeidsprestasjon. Yrkesskade er en personskade, en sykdom eller et dødsfall som forårsakes av en arbeidsulykke som skjer mens en person er på et arbeidssted og i en arbeidstid.

Uavhengig av ansettelsesforholdet til arbeidsplassen har den sysselsatte samme rettigheter uansett om vedkommende er fast ansatt, vikar eller innleid arbeidstaker (Bråtveit, 2015). I det norske lovverket vises det til arbeidsulykker i Folketrygdloven § 13-1-13-17 (2017) og tilretteleggelse for ivaretagelse av personer som er sysselsatt i Arbeidsmiljøloven § 1-20-3 (2005).

Forskningen viser at det er unge menn som har høyest skaderisiko, noe som kommer av at de har en tendens til å ta sjanser og er urutinerte i arbeidssituasjonene. Hos kvinner er det også unge damer fra 15 til 24 år som har høyest skaderisiko (Arbeidstilsynet, 2016). Forskningen avdekker at det skjer flest skader blant dem som jobber skift og turnus. Dette gjelder særlig kvinner med lange arbeidsuker på over 45 timer og er dokumenterte risikofaktorer for ulykker (Wagstaff og Lie, 2011). De fleste skadene som forekommer av hendelsene på arbeidsplassen er slag eller støt på grunn av fall eller kontakt med gjenstander, mennesker eller dyr. Dette sammen med kutt, bitt, stikk og skudd utgjør nærmere 60 prosent av alle arbeidsulykker som inntreffer (Alver et. al., 2017).

Av alle skadene fører halvparten til sykefravær, og i overkant av 25 prosent av de skadde får større eller mindre grad av funksjonsnedsettelse på jobb og/ eller fritiden sin. Ut fra denne forskningen antas det at til enhver tid vil om lag 20 000 mennesker ha nedsatt funksjon som følge av arbeidsskade (Gravseth, 2011). Funksjonsnedsettelse er tap av, skade på eller avvik i en kroppsdel. I tillegg kommer kroppens psykologiske, fysiologiske eller biologiske funksjoner også inn under kategorien funksjonsnedsettelse (Barne-, ungdoms og familiedirektoratet, 2016). I 2014 var det så mange som 10 705 personer som mottok uførepensjon på grunn av en opplevd arbeidsulykke. De har fått godkjent skaden som yrkesskade hos NAV, og om de har hel og delvis uførepensjon inkludert i rapporten. NAV fikk om lag 24 000 arbeidsskademeldinger i 2014 (Hem, Dahl, Rohde & Øren, 2016). Det rapporteres at 55 prosent av ulykkene medførte fravær på tre dager eller mindre, og 45 prosent medførte fravær på mer enn tre dager. I 2016 var det hele 61 dødsulykker hvor 58 av de omkommende var menn (SSB, 2017). Som nevnt tidligere var det en stor nedgang med dødsulykker i 2017, og det skjer flest arbeidsulykker innen næringsgrupper der det er overvekt av menn.

2.2 Kriser- og traumatiske kriser

Når personer opplever en arbeidsulykke, opplever den enkelte en personlig negativ endring i livet sitt. Kriser- eller traumatiske kriser er avhengige av omfanget av arbeidsulykken en person opplever. Krisebegrepet har en relativ vid betydning og omfatter det enkelte individ. Krise er noe som oppstår plutselig og er tidsavgrenset eller midlertidig. Årsakene til at en krise utløses er forskjellige og ofte uklare og komplekse (Haaland, Eriksen og Karlsen, 2015).

Traume kan forstås med at en opplevelse av unaturlig art fester seg i minnet, og slike traumeopplevelser kan reaktiveres ved nye opplevelser av liknende art. Dette kan utløse eller forsterke en krisereaksjon. Kjentegn ved opplevd traumatisk krise er at situasjonen utløser en ekstrem spenning og stress for dem som opplever slike hendelser (Haaland et al., 2015).

En opplevd arbeidsulykke er en individuell opplevelse, og utløser en situasjon som midlertidig eller langvarig svekker funksjonsevnen. Det omhandler at personens mestringsevne svekkes i forhold til hva det settes krav til. Ofte blir disse krisene omtalt som traumatiske kriser, fordi som nevnt tidligere utløses slike kriser plutselig, uventede ytre begivenheter, og blir værende ved personen som opplever det (Haaland et al., 2015).

Traumebegrepet er en alvorlig hendelse skjer ens liv som vold mot seg eller andre, ulykker eller dødsfall. Traume skiller mellom fysisk og psykisk traume. Fysiske traumer kommer ofte etter en opplevd ulykke og kan behandles med lege- og medisinsk hjelp. Omfanget omhandler alvorlighetsgraden på skaden. Psykisk traume er når mennesker opplever noe uutholdelig som kroppen ikke mestrer i å håndtere selv. Det kan blant annet være vold eller trusler (Anstrop og Benum, 2014). Det kan være engangstilfelle eller hendelser som har pågått over tid som utløser traume hos personer. Psykolog Dyregrov (2010) understreker at ved psykisk overgrep over tid kan offeret oppleve psykisk traume om ikke vedkommende får rett behandling. Ved å skille fysisk og psykisk traume kan man ytterlig dele traume inn i type 1 og 2. I kategori type 1 som omhandler plutselig dramatisk hendelse som ulykker av ulike slag, direkte vold eller uventet dødsfall. Type 2 er påkjenninger som har pågått over lengre tid, og kan være ulike opplevelser av psykiske krenkelser, som psykologisk vold eller overgrep. Begge kategoriene omtales som traumatiske opplevelser og kan være vedvarende om de rammede ikke får rett behandling (Dyregrov, 2010).

2.3 Reaksjoner i etterkant av en arbeidsulykke

Mennesker med opplevd arbeidsulykke melder ofte om skader og nedsatt funksjonsevne etter en hendelse (Khazode, Maiti, Ray, 2011). I tillegg er det forekomster av psykiske reaksjoner som er avhengig av hendelsen de har opplevd (Kinzie, 2015). De fleste arbeidsulykker blir sett på som traumatiske kriser, og utløses av plutselig-, uventede ytre begivenheter og ofte er de overveldende og truende. Traumatiske kriser trigger spenning, stress og utløser individuelle psykologiske kriser hos dem som har opplevd en arbeidsulykke (Haaland et al., 2015). Da med tanke på at dette ikke bare gjelder på arbeidsplassen, men i hele livssituasjonen vedkommende er i.

Personer kan oppleve å få kroniske lidelser på grunn av traumatisk hendelse på arbeidsplassen. Kun fremtidig forskning på mennesker med psykiske lidelser etter en opplevd arbeidsulykke vil kunne gi bedre forståelse, og hvilke behandlinger som har best effekt. (Kinzie, 2015). Ved å oppleve en større hendelse kan det utløse posttraumatisk stresslidelse (PTSD) hos de rammede. Den generelle teorien på symptomer til PTSD er at de er ukontrollerte og frykten fortsetter selv om trusselen er borte (Kinzie, 2015). Personer som har opplevd eller sett traumatiske hendelser kan utløse en tilstand som gir diagnose PTSD (Cahill og Foa, 2007). Slike mentale tilstander kan for eksempel være flashback, mareritt, sinne, irritabel, redsel, nervøs, anspent og stadig på vakt. Noen reagerer med å isolere seg og kan oppleve lav selvfølelse. Fysiologisk kan PTSD slå ut ved svimmelhet, kvalme, hodepine og følelse at hjertet slår raskere og hardere (BMJ Best Practice, 2017). For kunne registrere tilstanden PTSD hos Nav må yrkesskaden være usedvanlig skremmende eller katastrofal. Personer må kunne dokumentere påtrengende gjenopplevelse (flashback), unnvikelser og hva som skaper aktivering. Alvorlige trusler, trakasseringer, og seksuelle overgrep kan også bli godkjent som yrkesskade (Folketrygdloven, 2018, §§ 13–6 til 13–13).

Internasjonal forskning underbygger med å si at personer etter opplevd arbeidsulykke kan få psykiske reaksjoner, og da med en konkret hendelse som for eksempel kutt, skader og andre relaterte hendelser som kommer av en arbeidsulykke (Lin, et al., 2016). Igjen nevnes typiske faktorer som er forekomster ved arbeidsulykke.

Forskningen viser også at det er store individuelle forskjeller blant dem som har opplevd arbeidsulykker og deres reaksjonsmønster, som kan vare fra uker til måneder eller år avhengig av traumene (Skogstad et al., 2011). Ved alvorlig hendelser kan en oppleve blant annet flashback. Tidligere forskning viser at opptil 40 prosent opplevde dette etter 18 måneder fra

hendelsen var skjedd, og 81 prosent opplevde flashback rett etter ulykken (Grunert et al., 1992). En dansk undersøkelse viser at så mange som 2,8 prosent av 4000 spurte har symptomer på mulig PTSD ett til to år etter arbeidsulykken (Carstensen, Rasmussen, Hansen og Lauritsen, 1999).

Psykolog Berg (2013) ved Universitetssykehuset i Oslo bekreftet dette ved å forklare at arbeidsulykke kommer inn under kategorien tilfeldig traume. De som har opplevd dette har ulike reaksjonsmønstre, og noen kan oppleve PTSD. Tidligere i oppgaven ble det forklart hva PTSD omhandlet, og Berg (2013) hentyder til at selv om PTSD har høy utbredelse, er det flere forekomster av symptomer på angst, depresjonstilstander og utbrenthet. Videre bekrefter Berg (2013) at andre reaksjoner kan være tidligere gjenopplevelse, påtrengende minner og plagsomme drømmer. Personer handler ut fra egne følelser og gjenopplevelser fra hendelsen de har vært i, og har høy individuell sårbarhet. Ofte får de økt beredskap og forsøker å unngå situasjoner som minner om hendelsen vedkommende har opplevd (Berg, 2013).

Internasjonal forskning bekrefter at PTSD er ganske vanlig etter en opplevd traumatisk hendelse som det å ha vært utsatt for en arbeidsulykke. I tillegg sier forskningen at det forekommer flere tilfeller av alkoholmisbruk, depresjon, hypertensjon og diabetes etter opplevd traumatisk krise (Kinzie, 2015). Behandlinger for hjelp mot PTSD kan være psykologisk behandling med traumefokusert atferdsterapi og medisiner. Medisiner kan redusere symptomer som mareritt, irritabilitet og søvnforstyrrelser. Dette er individuelt fra menneske til menneske om hva som hjelper, og om en skal fokusere på traumene istedenfor å hjelpe med støttende terapi av menneskets opplevelser (Kinzie, 2015).

Mennesker med ubehagelige opplevelser unngår psykisk ubehag som påminnelser (situasjoner), tanker, følelser, aktiviteter eller mennesker som minner om hendelsen. Vanlig mønster kan også være og ikke huske viktige detaljer, miste interesse for ting, ha et begrenset følelsesregister og virke fjern eller fremmed sammen med personer de kjenner godt (Berg, 2013). Psykolog Dyregrov og psykoterapeut Regel (2011) underbygger dette med at de vanligste fysiologiske reaksjonene kan være søvnproblemer, irritabel og ha sinneutbrudd, konsentrasjonsvansker, overdreven vaktksomhet og en økt reaksjonsberedskap. En amerikansk studie viser at det er god effekt for å forebygge mot videreutvikling av PTSD, og eventuelle tiltak kan være skjerming fra lignende hendelser, sosial støtte og tilrettelegging for raskt tilbakeføring til arbeid om det er mulig (Violanti og Paton, 2006).

2.3.1 Psykisk helse

For å få en forståelse hvordan mennesker med erfart arbeidsulykke har det i etterkant vil jeg i dette kapittelet forklare omfanget av hva som er god og dårlig psykisk helse. Det finnes føringer fra sentralt hold og teoretikere som trekker frem ulike behov for mennesker med psykisk uhelse¹. Målet er at de opplever tilhørighet og deltagelse i samfunnet slik at de skal bli sett i helhetlig perspektiv.

Andersens (2016) beskrivelse av psykisk helse omhandler den subjektive opplevelsen av å ha det bra. Det og både erfare og oppleve å mestre negative opplevelser i livet og utvikle sine egne evner til å bidra og delta i samfunnet er viktige aspekter i livet. Arbeid og aktiviteter kan ha stor positiv innvirkning hos mennesker. Menneskets opplevelse av trivsel til enhver tid blir sett i sammenheng med hvor man står i livet. Siden mennesket er i utvikling og bevegelse gjennom hele livet er psykisk helse individuelt og påvirkes av tid, sted og ulike relasjoner ut fra menneskets ståsted (Andersen, 2016).

Verdens helseorganisasjon (WHO) sin definisjon på psykisk helse er: «*Health is a state of complete psychical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity*» (WHO, 2014). I tillegg kunne bidra i samfunnet for andre på en produktiv og fruktbar måte gjør at mennesker opplever egen velvære (Paaache, 2012).

Paaasche (2012) ved Mental Helse påpeker som Andersen (2016) at tid, sted og ulike relasjoner påvirker ens psykisk helse. I tillegg forklarer hun at psykisk helse omhandler likeverd, åpenhet og respekt i forhold til de faktorene som tidligere nevnt. Hensikten er at alle skal ha valgfrihet til å leve et liv som gir mulighet til selvstendighet, uavhengighet og erfare mestringsopplevelse (Paaache, 2012).

WHO jobber for at helsetilstanden til verdens befolkning skal bli bedre, slik at de som er rammet av psykiske lidelser skal få en opplevelse av mental velvære. Målet er å fremme mental helse og forebygge psykiske lidelser (WHO, 2018).

Studier fra Kina viser at personer med lang sykemelding, og da opp til seks år, har høy grad av depresjon og PTSD etter opplevd arbeidsulykke. Faktorer som spiller inn på dårlig helse er alvorlighetsgraden av skaden og ustabilitet i arbeidet. De hevder at psykisk, fysisk og

¹ Psykisk uhelse er psykiske lidelser (Rustiltak, 2018).

økonomisk stabilitet er berettiget (Chin et al., 2017). Ut fra denne undersøkelsen er det flere faktorer som spiller inn på de psykiske etterreaksjonene av en opplevd arbeidsulykke.

2.3.2 Arbeid og psykisk helse

For mange er det å ha en givende arbeidssituasjon og meningsfull aktivitet positivt for den psykiske helsen. Betydningen av å ha et arbeid å gå til, og det å kjenne på en tilhørighet er helt vesentlig. Forskningen ser klare sammenhenger mellom å være knyttet til en trygg arbeidssituasjon og komme seg videre etter psykiske helseplager. Dette er gjeldende for mennesker i både lønnet og frivillig arbeid. Det å føle seg ”normal” som å motta lønn, ha ferie, ha en arbeidstid og ha kollegaer bidrar til å fremme den psykiske helsen hos et menneske (Karlsson og Borg, 2013).

Arbeidsplassen er en sosial arena i tillegg til å være hovedkilden for inntekt til livsopphold. Mange opplever gjennom sitt arbeid å utvikle selvstendighet og mestringsevne, samtidig å føle seg til nytte. Arbeid er viktig for egen opplevelse av identitet og verdier. Identitet er individets grunnleggende forståelse av seg selv, og yrkesrollen er viktig i egen selvdefinerende rolle vi har i samfunnet (Berge og Falkum, 2013). Dette underbygger rådgiver Remme (2014) ved mental helse. Hun forklarer det slik at det å ha et arbeid å gå til har en helsebringende effekt for dem som kan eller ønsker det. Arbeid som en gjennomfører holder et menneske i gang og er forebyggende tiltak for egen selvfølelse, og psykisk er det godt å være etterspurt og ha kontakt med kollegaer (Remme, 2014).

Å ha et arbeid og være velfungerende i arbeidslivet er knyttet til egen identitet og har store påvirkninger og ringvirkninger rundt ens liv utover dette. Det å føle seg produktiv og mestre et arbeid bidrar til god psykisk helse og økt selvbilde. Motsatt er å mislykkes og kan føre til personlig krise og stagnering av egen personlig utvikling (Håkonsen, 2011). På nasjonalt nivå er dette noe vi kjenner igjen fra en rekke føringer som samhandlingsreformen, opptrappingsplanen og nasjonal strategiplan (Karlsson og Borg, 2013). Generelt for de ulike reformene som er laget er at personer med opplevd psykiske helseplager skal ha et trygt og verdig liv i eget lokalmiljø. Dersom de har ønske om sysselsetting kan dette gjøres via ulike tiltak gjennom NAV eller andre instanser. Det å komme tilbake i jobb etter opplevd psykisk krise kan for noen være godt og bidra til å glemme det de har opplevd, mens andre kan slite livet ut med plagene. Ved å kunne bidra i samfunnet gir økt selvbilde og gir mulighet for at mennesket beveger seg i en positiv retning i livet (Karlsson og Borg, 2013).

Personer som har opplevd en arbeidsulykke har ofte ønske om å komme tilbake til arbeidet sitt igjen, men av ulike grunner ikke makter det. Det kan enten være på grunn av de fysiske - eller psykiske smertene har blitt for store. Ved å ha et arbeid å gå til som vedkommende mestrer, bidrar til at egen verdi og livskvalitet blir høyere, og arbeidstageren føler seg integrert i virksomheten (Olsen og Nystuen, 2017).

Flere studier viser at det å ha et arbeid å gå til har en positiv effekt på menneskets psykiske helse (Chin et al., 2017). Dermed er det viktig med seriøs oppfølging ved tilbakeføring til arbeidslivet etter en opplevd arbeidsulykke slik at en unngår videre uhelse i arbeidslivet. Ved tilbakeføring til arbeidsplassen etter en opplevd ulykke kan vedkommende kjenne at de psykiske plagene blir for store og dermed ikke mestre arbeidet sitt. De personene blir ofte kategorisert, siden psykisk helse koster samfunnet mye penger i form av sykefravær, uførepensjon- og trygd. Annenhver uførepensjon på grunn av psykisk uhelse er personer under 40 år (Olsen og Nystuen, 2017).

2.4 Salutogenese

Salutogenese er relevant for denne studien fordi det setter fokus på faktorer som fører til tilfriskning, istedenfor det motsatte med å fokusere på sykdom og medisiner.

Sosiolog Antonovsky (1987) hadde grunnleggende antagelser om helse forskjellen på salutogenese og patogenese som har et komplementert forhold til hverandre. Der det salutogenese - perspektivet beskriver grader av helse (kontinuum) og står for ulike faktorer som bidrar til høyere grad av helse, vil patogenese - perspektivet klassifisere mennesker som syke eller friske (Langeland, 2011).

Antonovskys tankegang om en salutogeneteori kom på grunnlag av en studie han gjorde på kvinner som var i overgangsalderen i Israel. Der brukte han et utvalg kvinner som hadde overlevd konsentrasjonsleirene under andre verdenskrig. I undersøkelsen fant han blant disse kvinnene en gruppe som hadde evnen til å opprettholde god helse og ha et godt liv til tross alt de hadde gått gjennom (Eriksson og Lindstrøm, 2006).

De grunnleggende tankene på at folk skal få kontroll over egen helsefaktor for å forbedre helsen, slik at de kan leve et aktivt og produktivt liv ble presentert i Ottawa- charteret i 1986. Helse er en ressurs for hverdagen, og positivt konsept som vektlegger sosiale, personlige ressurser og fysisk kapasitet. Helsefremmelse er ikke bare et ansvar for helsesektoren, men

hvert enkel individ har ansvar egen sunn livsstil og trivsel (WHO, 2016). WHO` fremstilling av helsefremmelse samsvarer med teorien om salutogenese.

Antonovsky (2012) sier at patogenese forbindes med den medisinske retningen, som skyldes bakterier som enten er mikrobiologiske, eller kjemiske og psykososiale forhold. Ved biokjemi kan behandling analysere bakterier som forklarer hvorfor mennesker blir syke og sette dette i en kategori. Salutogenesen baner vei for rehabilitering av negativiteter (stressfaktorer). Tilnærmingen til mestring blir åpen hvis en ikke lukker øynene for virkeligheten (Antonovsky, 2012).

Salutogenese er et teoretisk rammeverk for helsearbeid, og fokuserer på tre aspekter: problemløsning, hjelpe personer å bevege seg i retning av positiv helse og identifisere gjennomgripende forstand i individer, grupper, populasjoner eller systemer som bidrar til at den generelle mekanismen eller kapasiteten i denne prosessen (Eriksson og Lindstrøm, 2006). Salutogenese fokuserer på hva som fremmer det friske mennesket slik at de øker mestring og velvære. Tankegangen påpeker hvor mennesket befinner seg i kontinuumet mellom syk og frisk, for ikke å klassifisere det som enten sykt eller friskt. Dermed må fokuset være rettet mot individets egen mestringsevne til tilfriskning, og ikke stressfaktorer som kan utløse det negative i ens historie. Stressfaktorene vil alltid være der, men salutogenese ser på den psykososiale rammen rundt mennesket med å finne årsaksforklaringer for å fremme mestring hos menneskene (Antonovsky, 2012).

Antonovskys teori om salutogenese har fokus på en «følelse av sammenheng» som en global orientering i å se verden på. Han påpekte menneskets oppfattelse av sammenheng (OAS) som deles inn i tre kjernekomponenter: begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet (Eriksson og Lindstrøm, 2006). Ifølge Antonovsky (2012) omhandler komponentene hvordan mennesket evner å møte utfordringer ved ulike situasjoner i ens liv. For å forstå situasjonen (begripelighet) og tro på egne- og nødvendige ressurser for å få finne løsninger (håndterbarhet). Til slutt å finne mening med å være løsningsorientert (meningsfullhet).

Antonovsky tankegang omhandler hvordan mennesket ser på ens liv har en positiv innflytelse på deres helse. Dermed forklarer dette sammenhenger hvorfor stressende situasjoner kan bidra til forbedring av egen helse (Eriksson og Lindstrøm, 2006). Stressfaktorer som påvirker spenningstilstand mentalt hos mennesker må håndteres av hvert enkelt individ. Hvordan denne stressfaktoren håndteres vil være avgjørende for utfallet til hver enkel som opplever tilstanden. Enten som patologisk, nøytralt eller helsefremmede. Når mennesker opplever

stress, kommer påvirkningen enten fra indre eller eksterne miljøer, og ofte betegnes disse som psykososiale stressorer². Gjenopprettingen er avhengig av egne tanker og følelser (nanautomatisk) og ikke lett energiforbrukende handlinger (Antonovsky, 1979, s. 72).

Med egen helse opplever hvert enkelt individ livskvalitet. Om livskvaliteten er god eller dårlig er individuelt ut fra eget ståsted på det gjellende tidspunkt i ens liv. I neste kapittel skal jeg utdype begrepet livskvalitet.

2.5 Livskvalitet

Psykisk helse kan som nevnt tidligere i studien, oppleves som noe negativt eller positivt. Ved positiv opplevelse er man som regel oppstemt og glad og nedstemt ved opplevd psykisk uhelse. Tilstandene påvirker egen livskvalitet på mange måter. Ved opplevd traumatiske og akutte hendelser som nevnt i kapittel 2.3 kan personer som nevnt utvikle PTSD og andre psykiske reaksjoner i tillegg til de fysiske skadene. De med erfart arbeidsulykke opplever ofte at egen livskvalitet blir redusert i forhold til egen tilstand før hendelsen (Brastad, 2014).

Livskvalitet er en måleskala, og livskvalitetsbegrepet har en dypere betydning og omhandler mye mer enn det mennesker kan kjøpe seg til (Henriksen, 1992). Faktorer som påvirker om et menneske har høy eller lav livskvalitet er levekår, helse, mental helse og psykisk velvære. Levekår innebefatter; inntekt, bolig, nabolag, familie og yrke osv. Helse innebefatter egen fysiske- og mentale helse slik menneske oppfatter seg selv. Psykisk velvære omhandler et følelsesliv som blant annet kjærlighet, engasjement, selvrespekt og glede (Ness, 2001).

Forsker Næss (2001) mener at ordet livskvalitet har flertydig betydning. Dermed må en se på alle aspekter som inngår i fenomenet. Hun mener at begrepet har en nyttig funksjon når en skal utforske og se sammenhenger mellom ulike elementer som påvirker menneskers egen oppfattelse om livskvaliteten er høy eller lav.

Å ha god psykisk helse handler om egen opplevd livskvalitet som innebærer å ha det bra. Det innebefatter ressurser til å håndtere utfordringer i livet, oppleve mening og føle tilhørighet. Sammen med å ha gode relasjoner bidrar dette til egen utvikling. Faktorene som nevnt

² Psykososial begrepet omhandler en forståelse mellom individets særtrekk og sosiale forhold (Nissen og Skærbæk, 2014).

påvirkes av psykisk helse og livskvalitet. Det omhandler individets egenskaper og beskyttelses- og risikofaktorer i miljøet en lever i (Helsedirektoratet, 2017).

Ulike forskninger viser til at relasjoner på de arenaene en befinner seg i samfunnet har stor betydning og påvirkning for menneskets egen psykiske helse og livskvalitet. Det å ha et arbeid og opplevelsen av arbeidstilknytning er viktige faktorer som opprettholder livskvaliteten hos hvert enkelt menneske (Helsedirektoratet, 2017). Ved opplevd arbeidsdeltagelse og arbeidsmiljø påvirkes effekten av fysisk og psykisk helse, og de to faktorene forklarer sammenhengen mellom arbeid og helse. Ved å kunne delta i arbeid genererer ressurser som fremmer helse og livskvalitet hos hvert enkelt individ (Remme, 2014).

Den subjektive opplevelsen av livskvalitet er viktig, og Næss (2001) omtaler «livskvalitet som psykisk velvære». Ved egen opplevelse om høy eller lav livskvalitet blir personers bevisste kognitive og affektive opplevelser påvirket på positiv eller negativ måte. Det omhandler enkeltpersoners grunnstemning av glede og psykiske velvære. Konteksten er avhengig av tid, sted og relasjoner som nevnt tidligere påvirker ens psykiske helse og egen oppfattelse om livskvaliteten er høy eller lav (Næss, 2001).

3.0 Metode

I dette kapitlet vil jeg utdype den metodiske tilnærming for dette prosjektet, og jeg vil redegjøre hvorfor jeg har tatt de valg som er gjort. Ut fra problemstillingen i dette prosjektet har jeg valgt en kvalitativ forskningsdesign, som jeg utdyper mer i neste kapittel. Metode er systematisk prosedyre for observasjoner og analyse av data, også kalt empiri. Den valgte metoden skal føre til målet i denne studien (Kvale og Brinkmann, 2009).

3.1 Kvalitativ forskning

Kvalitativ forskning er en metode som utforsker systematisk og grundig meningsinnholdet i sosiale fenomener. De involverte forteller om egne opplevelser innen deres naturlige sammenhenger. Det som kjennetegner metoden er fleksibilitet, induktivitet, nærhet og mye informasjon fra et lite utvalg (Malterud, 2003). Når jeg analyserer studiens funn, vil jeg i tillegg kvantifisere for å støtte opp og bygge under de kvalitative dataene (Jacobsen, 2010).

Dette prosjektet bygger på empiri fra de utvalgte og tar utgangspunkt i å utforske den subjektive opplevelsen av psykiske reaksjon etter erfart arbeidsulykke. Jeg har valgt en fenomenologisk og hermeneutisk tilnærming for å prøve å forstå og tolke informantene. Fenomenologi bygger på teorier om menneskelige erfaringer, og hermeneutikk er forskerens fortolkning av informantenes fortelling (Malterud, 2003).

Hermeneutisk tilnærming er som en forståelsesprosess som beveger seg i sirkel. Det vil si at en går fra helhet til deler og motsatt, og dette bidrar til tolkning, forståelse, tydeliggjøring og forklarer de fenomener og meninger som skal beskrives. Dermed står fenomenologi og hermeneutikk i forhold til hverandre, og sammen med livsverden-perspektivet til den enkelte informant gir dette en bedre forståelse av fenomenet som studeres. Egen livsverden er hvordan det enkelte individet oppfatter et fenomen. (Merleau-Ponty, 1962). Fenomenologi er det filosofiske perspektivet som beskriver og analyserer detaljert på grunnlag av forskningsdeltakerens livsverden. Det vil si at jeg som forsker søker etter det beskrevne fenomenets essensielle og vedvarende betydning (Kvale og Brinkmann, 2009). Metoden bidrar til utforsking og forståelse gjennom dynamiske prosesser som samhandling, utvikling, bevegelse. Dermed får man en helhet av et fenomen som passer kvalitativ tilnærming (Malterud, 2003, s. 33). Studien er deskriptivt, og det vil si at analysen er beskrivende, og er avhengig av hvilke oppfatninger og holdninger informantene er i deres kontekst (Kvale og Brinkmann, 2009).

3.2 Utvalg og rekruttering

I denne studien ønsker jeg en kunnskapsgyldighet, og dermed er utvalgsstrategier viktig i henhold til det innsamlede materialet. Dermed har jeg valgt et strategisk utvalg som bidrar til at jeg kan svare på problemstillingen som stilles i denne studien. Alle de involverte har opplevd en arbeidsulykke, og jeg ønsker å høre om deres psykiske etterreaksjoner etter opplevelsen. Valg av metode bidrar til kunnskapssøkende aktivitet (Malterud, 2003). Jeg har valgt ni informanter til dette prosjektet, og alle har selv opplevd en eller flere arbeidsulykke(r). Det at jeg har valgt ni informanter vil være med å bidra til en fortetning over fenomenet jeg undersøker. I analysen kommer det frem hvor mange som svarte tilnærmet likt på noen av spørsmålene, og antall i utvalget bidrar til å høyne validiteten i studien. Dette bidrar til at jeg som forsker får en forsterkning i forhold til fenomenet som utforskes og dermed får en dypere forståelse av fenomenet (Malterud, 2009).

Rekrutteringen foregikk ved at informasjonsskriv (vedlegg I) med forespørsel om å delta i studien ble sendt til fastlege, manuellterapeut og NAV. Disse ble så bedt om å gi forespørselen videre til aktuelle informantene og spurt om de var villig til å være med i mitt prosjekt. De som svarte ja fikk jeg telefonnummer til av mine kontaktpersoner, og jeg ringte dem for å få bekreftet samarbeidet og gjøre avtaler om intervju. Informasjonsskrivet som ble gitt til informantene beskrev hva prosjektet gikk ut på, og at de kunne trekke seg fra studiet uten å få noen spørsmål rundt dette. I samme skriv var det en samtykkeerklæring som også inneholdt en taushetserklæring. Alle informantene skrev under på dette informasjonsbrevet med samtykkeerklæring og taushetsplikt. Som nevnt har jeg valgt å intervju ni personer, seks kvinner og tre menn. De kommer fra to forskjellige kommuner her på Sørlandet. I hovedsak arbeider de i helsesektoren, men har også informanter som kommer fra andre type næringer.

3.3 Forskerens rolle

Før selve prosessen ved gjennomføring av intervjuene måtte min egen forforståelse, fordommer og forutinntatthet være nullstilt. Slik at i møte med mine informaners livsverden stilte jeg meg åpen for den andres erfaringsverden. Dette bidro til at jeg som forsker ble mer lydhør på hva som ble fortalt ut fra egen forforståelse (Kvale og Brinkmann, 2009). I kvalitativ forskning er forskerens integritet avgjørende for kvaliteten på den vitenskapelige kunnskapen og de etiske beslutningene som tas. Da øker forbindelsen i intervjuene og er viktig for innhenting av kunnskap. Ut fra dette må forskeren ha en fortrolighet med verdspørsmål, etiske retningslinjer og etiske teorier for å treffe valg som gjøres i den vitenskapelige prosessen. Under hele prosessen måtte jeg tenke på hvilken rolle jeg hadde i forhold til refleksjon og bevissthet. Dette er nødvendig med tanke på hvilken makt som kan skapes via språkvalg, språkbruk, tema og begrensninger (Kval og Brinkmann, 2009).

I første fase da problemstillingen ble utarbeidet hadde jeg en refleksjon rundt motivasjon, hensikt og egne fordommer med studiet. Hensikten med refleksjonen var å få en bekreftelse på egne fordommer eller skape en videreutvikling av kunnskapen om psykiske reaksjoner etter opplevd arbeidsulykke. Ut fra dette var valg av teorigrunnlaget en utfordring, ikke på grunn av teoriunderbyggelse, men fordi feltet er så komplekst og kan føre til misforståelser. Dermed ble avklaring på det psykisk helsebegreps innhold viktig for å gi leserne en forståelse av at det er flere måter å nærme seg fenomenet på.

Når et intervju gjennomføres, oppstår et asymmetrisk maktforhold mellom intervjuer og informant. Makt skal ikke elimineres, men som forsker skal en vite om de faktiske forhold som kan påvirke situasjonen når intervjuet gjennomføres. Med makten mener de den form for fordommer partene har, interaksjon under intervjuet og behandling av materialet etter intervjuet er gjennomført. Derfor måtte jeg som forsker operere med dominansfri praksis som bygger på tillit, empati og åpen for fri utveksling av synspunkter overfor informanten (Kvale og Brinkmann, 2009). Rammefaktorer som tid og sted spiller også inn når en skal gjennomføre intervjuer. Dette tok jeg hensyn til ved at informantene fikk velge tid og sted da intervjuet skulle gjennomføres. En av de vanligste fallgruvene i forskningen kan være at egen forforståelse kan overskygge det empiriske materialet. Dermed må forskeren være bevisst på at det er informantenes stemme og deres opplevelser som kommer frem gjennom prosjektet (Malterud, 2003). I kapitlet 4.0 viser jeg resultatene fra de gjennomførte intervjuene og fremhever dem slik at problemstillingen kan besvares. Jeg underbygger med informantenes livsverden på de ulike temaene som har vært viktig å fremheve i denne prosessen.

3.4 Semistrukturert intervju og datainnsamling

Ved bruk av kvalitativ forskningsintervju søker en forsker kunnskap som blir uttrykt via et dagligdags språk. Hensikten er å forstå sentrale betydninger fra temaer i intervjupersonens livsverden. (Kvale og Brinkmann, 2009).

I dette prosjektet har jeg valgt en semistrukturert tilnærming til de utvalgte informantene. På forhånd hadde jeg utarbeidet en intervjuguide (vedlegg II), som berører de ulike temaene jeg ønsker å belyse i studiet (Malterud, 2003). Intervjuguiden ble utviklet med bakgrunn i den aktuelle litteraturen jeg hadde gått igjennom og var styrt av problemstillingen. Ved bruk av denne intervjuformen ble det lagt opp til en samtale rundt og om fenomenet mellom meg som forsker og intervjupersonens egne perspektiver. Forskeren trenger ikke å følge intervjuguiden slavisk, men kan bruke som et hjelpemiddel for å innhente beskrivelser av intervjupersonens livsverden om fenomenet. Forskeren kan komme med oppfølgings spørsmål som bidrar til en fortetning rundt temaet som ønskes å belyse (Kvale og Brinkmann, 2009). Intervjuene ble som nevnt tidligere gjennomført på informantenes premisser om når og hvor. Noen møtte jeg på deres arbeidsplass, andre hjemme hos dem eller hos meg. Jeg var alene med informantene da intervjuet ble gjennomført slik at vi ikke ble forstyrret på noen måte.

Før vi startet intervjuet, informerte jeg igjen om prosjektets formål, deres rettigheter og min taushetserklæring overfor dem. Jeg leste opp spørsmålene slik at alle informantene visste hva de skulle svare på, og dermed kom det ingen overraskelser på dem. Alle informantene fikk tilbud om å be om "time out" da intervjuet ble gjennomført. Informantene samtykket også til at intervjuene ble tatt opp på bånd, og tilbud om å lese gjennom det transkriberte intervjuet i etterkant, men før innlevering av studiet. Noe ingen av dem ville.

3.5 Transkribering

Ved gjennomføring av et intervju er det rådata over den faktiske hendelsen som innhentes, og intervjuet er kontekstavhengig interaksjon mellom forsker og informant. Der verbale og nonverbale sider av konteksten bidrar til struktur, men samtidig kan dette være en utfordring. Når en oversetter fra tale til tekst, kommer det verbale språket frem, men den nonverbale siden ved kommunikasjonen mellom partene er vanskelig å fange opp via opptak. Her kan man gå glipp av partenes felles erfaringsbakgrunn som skaper en felles kunnskapskapital og bidrar til å forme meningen i intervjuet (Malterud, 2003).

Alle båndopptakene ble transkribert av meg etter gjennomført intervju. Dette var en tidkrevende prosess, men bidro til at jeg fikk forsterket hver livshistorie på nytt. Intervjuene gir et indirekte bilde på virkeligheten, og transkriberingen gir et avgrenset bilde av fenomenet. Ved at det var jeg som gjennomførte transkripsjonen av intervjuene representerer det en metaposisjon som kan gjøre det mulig at jeg som forsker kan legge merke til ulike aspekter som ikke kom like tydelig frem under samtalen med de utvalgte (Malterud, 2003).

Jeg nevnte tidligere i oppgaven at ved gjennomføringen av intervjuene ble det brukt lydopptak som registreringsmåte. I skriftlig fremstilling har jeg forsøkt å bevisstgjøre mine inntrykk av den nonverbale siden som kom frem i interaksjonen, som å komme med oppfølgingsspørsmål i forhold til dette. I transkripsjonen har jeg tilført når vedkommende endret stemmeleie, hostet eller trengte pause for å tenke eller summe seg. Dette bidrar også til at validiteten i transkriberingen blir høyere (Malterud, 2003). Validitet og relabilitet kommer jeg senere inn på i kapitlene 3.8 og 6.1.

3.6 Analyse

Etter gjennomføring av transkriberingen hadde jeg 55 sider med tekst som ga grunnlag for analysen, og som dannet rådata over fenomenet. Analysen som ble gjort skulle bygge bro mellom rådata og resultater ved at det ble organisert. Dermed kunne dataene fortolkes og sammenfattes med utgangspunkt i problemstillingen jeg har stilt i studien. Ved å følge denne prosedyren stilte jeg spørsmål til materialet (organisert rådata), og svarene ble det typiske og danner kjennetegn som vi gjenkjenner gjennom systematisk og kritisk refleksjon. Dermed kunne jeg identifisere ved å gjenfortelle det organiserte materialet i skrevet tekst (Malterud, 2003).

Analysen som er brukt i denne studien er systematisk tekstkondensering. En modifisert modell basert på Giorgis fenomenologisk analyse. Modellen bidrar til å utvikle kunnskap om informantenes erfaringer og livsverden på et bestemt felt. Ved å bruke systematisk tekstkondensering påtok jeg meg et ansvar ved å være reflektert i henhold til påvirkningen av materialet (Malterud, 2003, s. 99).

For å analysere materialet brukte jeg Malteruds firetrinns- modell for å analysere datamaterialet. Første trinn handler om å få et helhetsinntrykk av materialet, også kalt villnis til temaer. Jeg leste all rådata for å få et helhetsbilde av materialet, og som nevnt tidligere i kapittelet 3.3 måtte min forforståelse og teoretisk referanseramme legges til side. Med andre ord stilte jeg meg åpen for de inntrykk materialet formidlet, og jeg hørte informantens stemme. Da jeg hadde lest all rådata, oppsummerte jeg mine inntrykk og fant de temaene som representerte et første intuitivt og databasert steg i organiseringen av materialet (Malterud, 2003).

I trinn to som kalles den meningsbærende enhet, også fra tema til koder, organiserte jeg den delen av materialet som jeg skulle studere nærmere og skilte relevant fra irrelevant tekst. Jeg systematiserte og valgte ut tekst fra materialet for å identifisere de meningsbærende enhetene, som jeg mente kunne belyse problemstillingen. Denne prosessen bidro til å underbygge kunnskap om ett eller flere tema fra det første trinnet og belyse ulike sider for å kunne svare på min problemstilling. Jeg fanget opp og klassifiserte de meningsbærende enhetene i teksten som hadde en sammenheng med de temaene jeg hadde valgt meg ut i første trinn. I denne fremstillingen måtte jeg påse ikke å låse meg i et mønster, fordi det må være rom for justeringer av de opprinnelige temaene (Malterud, 2003).

Vedlegg (III - VI) viser hvordan jeg jobbet i denne prosessen for å komme frem til de ulike meningsbærende enhetene i undersøkelsen. Der viser jeg de elleve meningsbærende enhetene, og kodingen er merket med farge for å vise hvilket tema jeg mener som er viktig for å belyse problemstillingen.

Kodingen er det tredje trinnet i analyseprosessen, og kalles kondensering. Kodene blir overført til mening. Her abstraherte jeg den kunnskapen som hver kodegruppe representerte. Systematisk hentet jeg ut meninger ved å kondensere innholdet i de meningsbærende enhetene som allerede var identifisert og klassifisert i forrige trinn. Under denne prosessen kan det hende at som forsker finner jeg få meningsbærende enheter under enkelte koder. Dermed må det vurderes om noen hører hjemme under andre koder, eller ta i betraktning om de kan regnes som meningsbærende enheter. Her vises den tydelige fleksibiliteten det må være i kvalitativ forskning. Jeg har nå redusert materialet til et dekontekstualisert utvalg av sorterte og meningsbærende enheter jeg systematisk analyserer frem til å velge ut syv temaer som var relevant for denne studien for å kunne svare på problemstillingen. Jeg hadde ikke nå 55 sider med råstoff av data, men syv grupper av meningsbærende enheter som bidro til svaret på problemstillingen. De syv temaene er: 1) Ulike psykiske- og sosiale etterreaksjoner, 2) Ivaretagelse og ikke ivaretagelse, 3) Ulik grad av mestring, 4) Traume eller krise, 5) Endret livskvalitet, 6) Ulike oppfatninger om hva som kunne blitt gjort annerledes og 7) Leve med en eller flere fysiske og psykiske helsekonsekvenser. Med denne prosessen reduserte jeg materialet til et dekontekstualisert utvalg av sorterte og meningsbærende enheter.

Til slutt sorterte jeg materialet i ulike subgrupper som ble analyseenheter, avhengig av perspektivet jeg leste materialet ut fra. Her fant jeg ulike artefakter som er forankret i dataene, og beskriver det konkrete innholdet fra de enkelte meningsbærende enheter om til mer generell form (Malterud, 2003).

I siste trinnet i analyseprosessen settes bitene sammen igjen. Dette trinnet kalles sammenfatning, og her går en fra kondensering til beskrivelse av begreper, også kalt rekontekstualisering. Videre sammenfattet jeg funnene i form av gjenfortellinger som la grunnlag for nye beskrivelser og begreper. Først sammenfattet jeg kunnskapen fra hver enkelt kodegruppe og subgruppe. Deretter så jeg på de meningsbærende enhetene for å finne utvalgte sitater som underbygger det som er omtalt i teksten (Malterud, 2003). Dette viser jeg tydelig i fremstillingen av resultatene i kapittel 4.0.

Da analysen ble gjennomført, hadde jeg hele tiden i tankene at jeg som forsker har egne livsverdener for samme fenomen som skulle studeres, måtte være profesjonell i utførelsen av denne studien. Analysen er kun gjort på bakgrunn av empiri fra mine informanter.

3.7 Forskningens etiske retningslinjer

I første rekke sendte jeg søknaden om prosjektet inn til Regional etiske komité (REK) som en fremleggsvurdering. Dette ble gjort 17. oktober 2017, og en uke senere, fikk jeg svar fra dem om at jeg måtte legge frem full søknad, for de mente at jeg kunne komme med nye opplysninger som bidro til ny forståelse innen helse. I en refleksjon rundt dette sammen med veileder ble vi enige om å sende inn en ny fremleggsvurdering sammen med en full søknad til REK. De kunne dermed ta stilling til en ny fremleggsvurdering, og samtidig hadde jeg en fullstendig søknad på prosjektet inne hos dem før fristen gikk ut 5. desember 2017. Grunnen til Ved at jeg sendte inn ny fremleggsvurdering var fordi jeg mente at det ikke ville komme frem ny forståelse innen helse i min studie, siden mine informanter er enten tilbake i jobb eller blitt uføre på grunn av hendelsen de har opplevd på arbeidsplassen. Den nye innsendte fremleggs vurdering ble godkjent av REK den 12. desember 2017, og dermed kunne jeg tekke den fullstendige søknaden som var sendt inn sammen med fremleggsvurdering. På den måten fulgte jeg de etiske retningslinjene som REK krever i denne prosessen. Vedlegg VII viser svar fra REK og deres kommentarer.

Da REK hadde godkjent fremleggsvurderingen min, sendte jeg søknad til Norsk Senter for Forskningsdata AS (NSD) den 13. desember 2017, og allerede 15. desember fikk jeg mail om at de ønsket å se tilbakemelding om REKs uttalelse. Samme dag sendte jeg inn REKs tilbakemelding på prosjektoppgave til NSD, og 16. januar 2017 fikk jeg svar og godkjenning fra NSD (vedlegg VIII) om at jeg kunne gå i gang med å behandle personopplysningene i henhold til mine informanter. Nå var prosjektet godkjent hos to etiske komiteer, og da kunne jeg sende inn søknaden til Fakultetets etiske komite (FEK). Denne søknaden ble sendt inn 12.januar 2018, og den 22. januar 2018 kom en kommentar fra dem om at jeg måtte tydeliggjøre overfor dem hvordan deltakerne ble rekruttert og hvordan utvalget ble foretatt. FEKs siste kommentar var at det måtte foreligge godkjenning fra de tidligere nevnte komiteene og min bevissthet om taushetsplikt. Mitt svar til FEK, som ble sendt inn 03.februar 2018, var å utdype deres kommentarer som jeg har nevnt tidligere i kapittel 3.2 om utvalg og

rekruttering, samtykkebrev, taushetsplikt og oppbevaring av datamaterialet. Jeg fikk den endelige godkjenning fra FEK 14. februar 2018 (vedlegg IX). Da de etiske komiteer hadde godkjent prosjektet mitt, kunne jeg starte ved å gjennomføre intervjuene, transkribere og begynne å skrive på denne studien.

I henhold til informantene og respekt for deres opplysninger prøvde jeg etter beste evne å transkribere slik at jeg fikk frem informantenes mening om fenomenet. All data som inneholdt navn eller sensitive opplysninger ble enten strøket ut eller omskrevet i en annen form. De ulike transkriberte intervjuene ble merket med koder slik at det er kun meg som vet hvilket intervju som hører til de ulike samtykkeerklæring. All datainformasjon var det kun meg som hadde tilgang til, og materialet ble oppbevart i et innelåst skap. Ved å gjøre det på denne måten fulgte jeg de etiske retningslinjer fra de ulike komiteene av behandling av data og fremgangsmåten for at studien skulle bli gjennomført (UiA, 2013). Blant annet var det krav til samtykke, informasjon, konfidensialitet og hensyn til informantene ble ivaretatt på best mulig måte (UiA, 2018). Ved å følge de universelle regler mener Kvale og Brinkmann (2009) at forskere arbeider etter prinsippet «tykke etiske beskrivelser», som omhandler å ha evnen til å se og beskrive hendelsen i informantenes verdiladede sammenhenger og dømme deretter.

I og med at navn på informantene ikke skulle nevnes i oppgaven ble ikke samtykkeerklæringene oppvart sammen med intervjuene. I kapittelet 4.0 blir dataene presentert på generelt grunnlag, og kan ikke spores til hvem har sagt hva eller hvor de arbeider. All datamateriale blir makulert etter denne master oppgaven er godkjent.

3.8 Validitet og relabilitet

Validiteten i forskningsarbeidet er riktighet, sannhet og styrke. Egner valgte metode til å undersøke det fenomenet som skal undersøkes. Når en validerer bruker en syv stadier for og kvalitetssikre studiet (Kvale og Brinkmann, 2015). Tabellen under viser trinnvis studiets valideringsfremgangsmåte:

Boks 1 validering i syv stadier³

1. *Tematisering*. En undersøkelses gyldighet avhenger av hvor solide studiets teoretiske forut antakelser er, og hvor logisk utledningen fra teori til forskningsspørsmål er.
2. *Planlegging*. Gyldighet av kunnskapen som produseres avhenger av undersøkelsesoppleggets kvalitet og metodene som brukes for studiets emne og formål. Fra et etisk perspektiv bør et gyldig forskningsdesign produsere kunnskap som er fordelaktig for mennesket og minimaliserer skadelige konsekvenser.
3. *Intervjuing*. Validitet har her å gjøre med intervjupersonens troverdighet, og selve intervjuingenes kvalitet, å gjøre. Intervjuingen bør omfatte en grundig utspørring om meningen med det som blir sagt, og en kontinuerlig kontroll av informasjonen som gis- i form av en «på stedet» -kontroll.
4. *Transkribering*. Ved valg av språklig stil for transkriberingen reises spørsmålet om hva som utgjør en gyldig overføring fra muntlig til skriftlig form.
5. *Analysering*. Dette har å gjøre med hvorvidt spørsmålene som stilles til intervjueteksten er gyldige, og hvorvidt fortolkningene er logiske.
6. *Validering*. Dette gjelder en reflektert vurdering av hvilke valideringsformer som er relevante for en bestemt studie, gjennomføringen av de konkrete valideringsprosedyrene, og avgjørelsen av hva som er et egnet forum for en dialog om resultatenes gyldighet.
7. *Rapportering*. Dette involverer spørsmålet om hvorvidt en rapport gir en valid beskrivelse av hovedfunnene i en studie, samt leserens rolle som validitetsbedømmelse av resultatene.

Når man validerer, sjekkes feilkilder. En sterkere falsifisering bestrebelser om påstanden har overlevd. Dermed kan jeg som forsker vise mer troverdighet eller gyldighet for studiets omfang om kunnskapen (Kvale og Brinkmann, 2015). I dette tilfellet handler det om få en kunnskapsøkning om studiets hovedtema som er psykiske etterreaksjoner etter opplevd arbeidsulykke. Relabilitet omhandler forskningsresultatene konsistens og troverdighet, og om resultat kan reproduseres av andre forskere på et senere tidspunkt. For å høyne relabiliteten må en se helheten i forskningsprosessen, som er intervjuene, transkriberingen, forskerens tolkning av funnene og om diskusjonene er troverdige (Kvale og Brinkmann, 2015). Validitet og relabilitet kommer jeg mer inn på i metodediskusjonen (6.0).

³ Kvale og Brinkmann (2015, s. 278).

4.0 Resultater

”Jeg vet hvem jeg var før ulykken og hvem jeg er nå i dag. Før ulykken hadde jeg iver, glød og entusiasme for oppgaver og utfordringer.”⁴

Innledningsvis i dette kapittelet vil jeg presentere kort de ni informantene i forhold til alder og type ulykke de har blitt utsatt for, samt en beskrivelse av behandlingen de fikk etter ulykken. Videre vil de syv hovedtemaene presenteres som refererende tekst med sitater og henvisninger til kvantifisering av informantene som jeg mener er viktig for å underbygge de kvalitative funnene.

Informantene er fordelt slik at det er seks damer og tre menn som har bidratt til denne undersøkelsen. De er i alderen 42 - 61 år. Seks personer arbeider i omsorgssektoren med brukere med atferdsvansker og sammensatte diagnoser, en er skuespiller, en er fra renholdsbransjen og en er håndverker. Dette er godt voksne mennesker med lang livs- og arbeidserfaring.

Alle de ni informantene hadde ulik ulykkeshendelse, men tre av dem opplevde direkte vold mot seg fra brukere. To opplevde å skli på gulvet i samhandling med brukere, en skled på scenen i oppvarming til jobben som skulle gjøres fordi det var vann på gulvet. To informanter opplevde fall på arbeidsplassen. Den ene av dem falt ned seks meter i en sjakt på der de hev benrester på et slakteri, og den andre falt i et tildekket badebasseng med isolasjon som skulle ombygges til et rom. Alle informantene hadde opplevd ulykken i løpet av de siste fem årene.

Resultatene er presentert på generelt grunnlag for å kunne svare på problemstillingen, og som nevnt tidligere i oppgaven, lyder den slik:

Hvordan opplever mennesker som har vært utsatt for en arbeidsulykke at denne hendelsen har påvirket livet deres i etterkant?

Hovedtyngden av informantene fortalte at det var i samhandling med brukere at ulykken skjedde. Eksempelet her illustrerer dette: *Jeg var alene med to brukere fra ulike tiltak da hendelsen skjedde, og det at jeg var alene akkurat da, var avtalt med min kollega.* Videre forteller vedkommende at ulykken skjedde da hun prøvde å avverge at to brukere skulle ”gå i

⁴ Denne setningen favner mye av funnene i denne oppgaven, og viser informantenes psykiske helse før og etter den selvopplevde ulykken.

tottene” på hverandre. Dermed traff slaget som den ene brukeren ville gi den andre, den ansatte istedenfor.

Ut fra intervjuene med dem som var utsatt for vold, har alle fått varige skader på grunn av hendelsen. De nevner sterke hodesmerter, smerter i nakke, hovner i kjeven og smerter i skuldre. De tre som ikke ble slått ned, men opplevde å få et stilas over seg eller falt ned fra stor høyde har også store smerter til tider. De plages med rygg, skulder, nakke og ben, men sier de ikke har smerter hele tiden, men innimellom.

Alle informantene fikk en form for behandling etter hendelsen av lege, kiropraktor, fysioterapeut og noen også alternativ behandlinger. En nevnte at vedkommende fikk behandling hos nevrolog, og tre fikk oppfølging hos psykolog/psykiater. Kun tre personer nevnte deres egen medisinbruk etter hendelsen, og den ene fortalte: *Jeg gjorde det jeg kunne for å komme tilbake igjen i jobb, trente meg opp, gikk til fysioterapeut. Prøvde å ikke bruke smertestillende mer enn nødvendig, men brukte det i perioder da jeg trengte det.*

En informant sa at vedkommende hadde fått beskjed fra legen: *Kommer du på bena igjen skal du være fornøyd. Jeg var ”dopet” på morfin, men klarte meg selv og fikk mast meg til å komme hjem. Det at jeg hadde jobbet som redningsmann og mente at det med medikamenter ikke var noe problem for meg. Skjønner jo godt at personer som har opplevd yrkesskade har blitt narkomane, for jeg skal love deg at etter ei uke på morfin kom abstinensene. Jeg var sta og pinte meg gjennom det, og kom meg på bena og begynte å trene.*

Flere av informantene nevnte det å bruke medisiner i forhold til smertelindring på grunn av de fysiske skadene de var påført etter ulykken. Kun to påpekte medisiner som personen i eksempelet over.

Flere år etter hendelsen skjedde er så mange som seks stykker fortsatt i en eller annen form for behandling. To av dem har faste avtaler i behandlinger, og resten går av og til når behovet er der for å få hjelp. En informant fortalte: *De fysiske skadene kan jeg ikke gjøre noe med, så jeg må leve med det, og har ikke noe alternativ. [...] akkurat den biten i forhold til smerter må jeg takle, men det er nok den psykiske delen som har vært og fremdeles er det verste oppi det hele [tenkepause] Når tankene kommer, sitter man igjen med den der: Hvordan folk snakket om meg i tiden etterpå ulykken.*

Denne innledningen av funnene viser kort hvilke tanker flertallet av informantene hadde rett etter ulykken, og hvordan de har det i dag.

4.1 Ulike psykiske og sosiale etter - reaksjoner

Alle informantene påpekte at de hadde god psykisk og fysisk helse før ulykken inntraff. De jobbet fullt og mer til og hadde et aktivt sosialt- og fritidsliv. Da informantene fortalte om den psykiske reaksjonen rett etter hendelsen, var den blanda, og så mange som åtte av ni hadde en form for reaksjon. De vanligste reaksjonene var redsel, stress, konsentrasjonsvansker, deprimert, mareritt og sosial angst. Dette kom i kjølevannet av store smerter og savn av kollegaer og jobben sin. Så mange som tre av de ni opplevde en form for depresjon rett etter ulykken. En fortalte om den første dagen da ulykken skjedde: *Jeg var så heldig at jeg hadde Pinex Forte, så gikk jeg hjem og gnafsa to tabletter og satte meg i bua og sturte, og det gjorde jeg i flere dager.*

Kun en person nevnte stress og konsentrasjonsvansker og fortalte: *Jeg var veldig stresset i kroppen og hadde ikke lyst til å gå ut, og jeg var redd for å treffe folk jeg jobbet sammen med. Da måtte jeg fortelle hva som hadde skjedd.* Vedkommende følte et tabu i forhold til det som hadde hendt, og den samme opplevelse hadde også en annen informant. De følte at det å fortelle om hendelsen til noen gjorde dem mindreverdige, og at de ikke ble trodd da de fortalte om ulykken. Så mange som fire av informantene opplyste at å være i sosiale sammenhenger var vanskelig å takle for dem. Enten stengte de seg inne eller gikk kun der det var få og kjente mennesker. To følte på redselen, og dermed unngikk de å treffe mennesker. En av informantene som var utsatt for vold, satt og kjente på angsten, og bildene som ”flasha” i hodet. Vedkommende følte også på et sinne, [...] *og da jeg fikk det klarte jeg å puffe det (bildene og angsten) bort på dagtid fordi jeg var så sint.*

Da jeg kom med oppfølgingsspørsmål om sinnet til denne informanten, var vedkommende tydelig på at det ikke var brukeren som slo ned denne personen ned sinnet gikk utover, men sinnet på ledelsen hvor denne personen arbeidet. Dette kommer jeg mer inn på senere i kapitlet.

Smertene som kom av skadene etter arbeidsulykken satte alle informantene ut av deres daglige gjøremål, og hadde mye fokus i livene deres rett etter hendelsen. En person kjente på at vedkommende ble mer reservert i handlingene han/hun gjorde og måtte endre tankegangen på hva konsekvensen kunne bli om en gjorde det samme som før hendelsen. En fortalte: *Jeg har jo enda vondt, så jeg må tenke på hva jeg gjør for at ikke smertene skal bli verre.* En annen informant fortalte: *Da smertene kommer må jeg endre tankegangen og bare tenke på å bli god igjen.*

4.2 Ivaretagelse og ikke ivaretagelse

Det å ha gått sykmeldt på grunn av de fysiske skadene som var påført ved ulykken er en påkjenning i seg selv. Da informantene skulle tilbake i jobb, hadde de ulike erfaringer med ivaretagelse fra ledelsen og kollegaer.

Alle nevnte det å kunne være i arbeid var viktig for dem. Noen av informantene syntes det var vanskelig å takle og akseptere at de var revet ut av dagliglivets struktur med å ikke kunne gå på jobb. En informant fortalte at to år etter ulykken ble vedkommende ufør og var en stund i en varig tilrettelagt arbeid (VTA) bedrift. Det igjen å kunne gå ut og være en del av samfunnet var viktig. En annen sa: *Jeg kan ikke fordra å være sykmeldt. Jeg tenkte da jeg lå på bassengbunnen, jaja, dette er noe for en rastløs person. Det var det første jeg tenkte for å være helt ærlig.*

En informant fortalte: *Jeg sliter med å føle meg mindreverdige på en måte. Det er fordi jeg ikke er ute og gjør en fullverdig jobb for samfunnet, og har ikke kollega. Det er mange ting jeg ikke kan gjøre som alle andre gjør og faller liksom litt igjennom. Det er flaut å si at jeg ikke jobber. Så i sammenhenger der jeg ikke kjenner folk så godt, og de ikke vet hva jeg gjør, og da er det lett å takke nei til slike situasjoner. Tilstelninger eller fest takker jeg ofte nei til for å slippe å forklare min situasjon om jeg ikke kjenner personene godt.*

En informant var aldri sykmeldt, men hadde smerter og det taklet han/hun ved å gå på trening og sove mye mer enn før ulykken for å komme seg gjennom hverdagen. Vedkommende som fikk et stilasben over ryggen, og pådro seg store prolaps på grunn av hendelsen sa: *Jeg er sta med god psykisk helse, og bare jobbet meg tilbake i arbeid igjen, men det tok et år fordi skadene var så store.* To av informantene har blitt uføre på grunn av hendelsen de har opplevd. Som nevnt tidligere var en informant aldri sykmeldt, to var sykmeldt i et år eller mer. Resten av informantene var sykmeldt fra fire uker til fire måneder, to med gradert sykemeldinger frem til de var tilbake i full jobb.

To av informantene hadde to arbeidsledere, og dermed er det hele elleve arbeidsledere som det kom uttalelser på i undersøkelsen. Hele syv av ni fortalte om manglende oppfølging eller dårlig behandling fra ledelsen på arbeidsplassen hvor de hadde opplevd arbeidsulykken.

En informant krevde ledelsen på banen sammen med lege etter hendelsen, men ingenting skjedde før etter et par uker. Først etter tre uker ble vedkommende kalt inn på møte, og det var

fordi kollegaer begynte å trekke seg fra arbeidet og ville ikke gjøre jobben som skulle gjøres. Vedkommende var sykemeldt i tre måneder, og siden gradert sykemelding i tre måneder. Da denne personen skulle levere sykemeldingene, måtte vedkommende inn på ledelsens kontor. Denne lederen hadde kommet med spydige kommentar når vedkommende kom med en ny sykemelding, og lederen sa blant annet: *Enda en til?* Dette er samme informant som jeg nevnte tidligere som kjente på et sinne overfor sin arbeidsleder og hvordan systemet sviktet rett etter ulykken. Vedkommende fortalte videre om hvordan man ble tatt vare på, og om dårlig oppfølging fra ledelsen: *Jeg forlangte et møte med leder og lege, men ingenting skjedde før etter en stund. Et par uker gikk det. Så min reaksjon kom nok ikke for alvor før et par tre uker når jeg hadde satt rullene i gang.*

Generelt hos dem som mente de fikk dårlig oppfølging av ledere går det på leders fraværende oppførsel, og at ledelsen ønsket å dysse ned hendelsen.

En informant fortalte at ledelsen hadde gitt vedkommende lov til å gå og trene to ganger i uken i arbeidstiden, og dette hadde pågått i noen år. Da det kom nedskjæringer på arbeidsplassen, kunne ikke personen gjøre dette lenger. Vedkommende fikk beskjed om at det kostet bedriften for mye og måtte ha møte med HRavdelingen og NAV. I møtet med dem fikk denne informanten beskjed om ikke vedkommende kunne sykemelde seg helt i en periode. Noe denne personen ikke ville. Da påla ledelsen denne personen om å arbeide en time ekstra på ettermiddagen, for å ta igjen de timene vedkommende skulle trene hos behandler. Dermed fikk denne personen kun gå en gang i uken til behandling, noe som er altfor lite for å kunne fungere i hverdagen fortalte denne informanten. Til tross for en slik behandling er dette også en IA - bedrift⁵.

To informanter hadde to arbeidsledere i to forskjellige arbeidsforhold da ulykken skjedde, og en av dem fortalte at den arbeidslederen der vedkommende ble skadet var veldig ok. Den andre arbeidslederen: [...] *var ikke så veldig ok. Hun følte kanskje ikke noe ansvar for meg så lenge arbeidsulykken ikke hadde skjedd på denne arbeidsplassen. Selv om hun burde ha fulgt opp alt det du skal følge opp.* Den andre informanten med to arbeidsledere fortalte at vedkommende har opplevd to arbeidsulykker, og den ene arbeidsgiveren meldte det ikke inn til NAV og forsikringsselskapet før det var gått åtte måneder. Den andre arbeidsgiveren rapporterte det ikke inn til NAV eller forsikringsselskapet før vedkommende tok det opp med

⁵ IA- inkluderende arbeidsliv, en bedrift som skal bidra til bedre arbeidsmiljø, styrke jobbnærværet, forebygge og redusere sykefravær og hindre utstøting og frafall fra arbeidslivet (Arbeid og sosialdepartementet, 2018).

dem etter ni måneder. Da jeg stilte vedkommende spørsmål om det var vanskelig å ta dette opp med dem, svarer informanten: *Ja, for de har en udugelig personalsjef på den arbeidsplassen. De skulle vite såpass om prosedyrer og hva de skal gjøre for de ansatte, og jeg hadde sluppet å gjøre denne prosessen selv.*

I et annet intervju kommer vi også inn på prosedyrer etter arbeidsulykker. Da jeg spør informanten om vedkommende ble ivaretatt i henhold til prosedyrene av arbeidsleder som en skal i slike situasjoner, svarer vedkommende tydelig og hevet stemmen: *Nei, ikke etter prosedyrene i det hele tatt.* Vedkommende virker nedbrutt og lei seg da vi hadde samtale rundt dette temaet, og vi tok en liten pause i samtalen vår før vi fortsatte intervjuet.

To informanter var fornøyd med arbeidslederen sin etter opplevelsen av arbeidsulykken. Den ene sa: *Jeg har en veldig fin arbeidsgiver som betaler kiropraktor timer for meg når jeg trenger det. Selv om slike kostnader dekkes av Helfo etter slike hendelser.* En annen informant fortalte: *Jeg ble oppringt, og avdelingsleder fulgte meg godt opp. Lederen og kollegaer har vært i kontakt med meg på en veldig god måte. Vi har jo arbeidet sammen i flere år, og det vært trivelig med besøk av personale.*

4.3 Ulik grad av mestring

Informantene har en subjektiv opplevelse av hvordan de mestret de fysiske skadene og ivaretagelse og ikke - ivaretagelse med tilbakeføring i arbeid. Deres opplevelse av å mestre de ulike situasjonene de har vært eller er i utløser forskjellig reaksjonsmønster både fysisk og psykisk.

Tre av ni informanter fortalte at mestringsfølelsen er endret. To svarte at ingenting er endret fra tidligere, fire stykker svarte at de må tenke på konsekvensene i det de gjør på grunn av skadene som ble påført ved ulykken: *Jeg er redusert på grunn av ulykken, og det setter den psykiske biten ut av spill i forhold til hvordan jeg var før ulykken. Jeg føler jeg er reddere for ting og mestrer ikke like mye som før. Ja, det er veldig mange ting som er annerledes på mange områder, og det er veldig vondt for jeg vet hva jeg klarte før ulykken som jeg ikke mestrer nå. Jeg vet hvem jeg var før ulykken og hvem jeg er nå i dag. Med iver og glød og entusiasme jeg gikk på oppgaver og utfordringer. Det var bare en selvfølge, og det skulle jeg, og det klarte jeg og hadde lyst til, men nå må jeg si nei til aktiviteter og sosiale*

sammenkomster, for å kunne si ja til noe annet. Det er veldig vondt og tungt i løpet av to år og bli såpass annerledes som person.

En annen informant svarte: *Da jeg får beskjed om at disse skadene kan en ikke gjøre noe med, så må du lære å leve med skadene.* Gjennom samtalen fortalte vedkommende at på grunn av smertene som personen er påført ved ulykken må han/hun også leve med innvirkninger på den psykiske helsen. Når hverdagsaktiviteter skal gjennomføres, må det hele tiden ta hensyn til hvilken form vedkommende er i. En annen informant sa: *Jeg kan ikke bare kaste meg ut i ting som jeg burde kunne, og må hele tiden passe på. Det hemmer meg i å kunne utføre jobben min på en skikkelig måte.*

Flere informanter fortalte de må tenke på konsekvensene før de gjør ting de skal gjøre, for at ikke smertene skal ta overhånd igjen. Selv om syv av ni informanter sier de gjør det samme nå i dag som de gjorde før ulykken. Allikevel har alle erfart at de må alltid ha i bakhodet om hva en kan og bør gjøre for at ikke smertene skal bli for store igjen etter utført oppgave.

Da jeg spurte en informant om vedkommende var redd for å gå tilbake i samme arbeid svarte personen: *Nei, det var jeg ikke, men jeg var redd for å bli satt til oppgaver jeg ikke kunne mestre. Det med å løfte mye og slike ting. Måtte forklare andre at dette kunne jeg ikke gjøre. På grunn av skadene jeg har fått i skulderen er den siden vond til tider, men den andre siden er fin. Jeg må bytte plass med kollegaer når vi skal løfte, og det kan være veldig slitsomt. Det koster veldig mye og må sitte og fortelle andre at jeg kan ikke gjøre arbeidsoppgaver fordi jeg er skadet.* Vedkommende er til tider sykemeldt og går da til manuellterapeut for å klare å mestre hverdagen.

4.4 Traume eller krise

Noen av informantene visste ikke betydningen av hva et traume er, og jeg måtte forklare dem forskjellen på hva traume og krise står for. Da de fikk en forståelse av forskjellen på de to begrepene svarte så mange som syv stykker at de ser på egen opplevd ulykken som et traume, og en svarer slik: *Jeg har opplevd mye utenom arbeidsulykken som knust håndleddet for mange år siden, har blitt slått ned, ramlet og ødelagt skulderen, så det har blitt en del tilfeller. Så jeg må si alt i alt er det veldig traumatisk. Men jeg jobbet meg ut av det, men nå holder det. Jeg kan ikke ha mer nå.*

En annen svarte slik om vedkommende ser på ulykken som et traume eller krise i livet: *Sånn som for meg var det noe som skjedde der og da, og så er jeg ferdig med det. Jeg tar det som det kommer hver gang og behandler det der og da. Jeg tenker ikke på det mer, og dermed uteblir smertene.*

En annen svarte: *Akkurat der og da var det en krise, men det var fordi at det var jo som jeg sa at når du bor alene og er rastløs sjel og plutselig blir man bundet til sofaen og TV. Selv om jeg bor alene, og heldigvis har jeg stor familie, så jeg var veldig lite alene. Da visste alle at jeg var hjemme, og da stakk de bare innom.*

Alle informantene hadde ulik oppfattelse om hva egen ulykken innebar, men det var kun en informant som verken kalte det krise eller traume. Selv om flesteparten av informantene sier ulykken var traumatisk, har de en opplevelse av endret livskvalitet som jeg utdyper i neste kapittel.

4.5 Endret livskvalitet

Her er noen svar fra forskjellige informanter om selvoппlevd livskvalitet nå i dag: *Ja, men noen dager så har jeg veldig vondt og det syns jeg ikke er noe greit, men alt i alt så er jeg vel slik at jeg klager ikke og bare går på.*

To informanter svarer at de har god livskvalitet, men at den er endret, og en fortalte: *Jeg har vært nødt til å legge om og merker at jeg er blitt stivere i muskulaturen.*

En annen sier: *Ja jeg vil si at jeg har god livskvalitet, men det er fordi jeg har funnet min måte å se på livskvalitet i forhold til meg. Før var livskvalitet å oppnå ny utdanning og få den jobben en hadde lyst til, oppnå status med å klare masse ting, men nå er livskvalitet noe helt annet. Ja jeg kan si jeg har en god livskvalitet fordi jeg kan ta dagene akkurat som de kommer. Det er fordi jeg har fri og kan ta vare på meg selv, hvile når jeg trenger det, og jeg går meg en tur når jeg har lyst til det. Om det er sent eller tidlig på dagen eller om det skulle være midt på natten, så kan jeg gjøre det jeg vil. Så det har blitt livskvalitet for meg å kunne klare å ta vare på meg selv på den måten jeg må gjøre med de begrensinger jeg har.*

Da jeg spurte en informant om vedkommende har god livskvalitet nå i dag, må vedkommende tenke lenge og det ble en lang pause før det kommer: *Ja, men det har gjort noe med meg, det har det unektelig, men akkurat hvordan?* Deretter kommer en lang pause igjen. Jeg merket det

var vanskelig for informanten å prate om dette og foreslår om vi skulle ta en pause i intervjuet, men vedkommende sa vi skulle fortsette. Videre fortalte informanten: *Ja, jeg fungerer, men er bitter på den arbeidsplassen, for at de skal behandle oss som at vi ikke er verdt ei flat sild engang.* Da vedkommende hadde fortalt dette, var intervjuet over, og informanten var veldig sliten etter samtalen vi hadde sammen.

Informanten som har gjennomgått mye i livet i tillegg til en arbeidsulykke, blitt slått ned og knust håndleddet, som jeg nevnte tidligere svarer slik på spørsmål om opplevd livskvalitet: *Ja, (pause) selv om jeg har opplevd mye har jeg det. Jeg tenker på hvordan det kunne ha vært (det kommer en lang pause igjen). Med et fall på seks meter ned, kunne jeg blitt invalid, og det sa de på sykehuset og politiet i etterkant.* Politiet skjønnte ikke hvordan vedkommende hadde klart å falle ned uten å bli mer skadet enn det denne personen ble. Med tanke på hvor smalt det var og alle de skarpe kantene. Dette er en sjakt der de hev benrester ned inne på et slakteri, og kontaineren var tom for benrester den dagen ulykken skjedde. Noe informanten er veldig glad for.

Informanten som har levd et aktivt friluftsliv, glad i å padle og svømme svarer: *Ja, jeg har jo god livskvalitet, og kan jo ikke klage egentlig. Jeg føler det er så mange andre som strir med så mye mer enn meg. Jeg har vondt i skuldra men jeg har et godt liv fordi livskvalitet er individuelt. Jeg har litt problemer hvis jeg blir stresset så får jeg fort vondt i hodet. Jeg må gire meg ned.*

En av informantene fortalte om hvordan vedkommende hadde strevd med å få dekket utgiftene i forbindelse med ulykken av NAV og Helfo. Personen hadde brukt mye tid for å få dette i orden. Noe som påvirket informantens liv, men svarte på spørsmålet om vedkommende hadde god livskvalitet nå i dag: *Jeg fungerer som jeg skal og er fornøyd, bortsett fra å bruke tid på å få ting i orden med NAV og Helfo.* De to instansene var med på å prege to av informantenes liv i etterkant av ulykken. Alle de ni informantene sier at de har god livskvalitet nå i dag, men de fleste av dem fortalte at den er endret fra før ulykken skjedde.

4.6 Ulike oppfatninger om hva som kunne vært gjort annerledes

Alle informantene reflekterte over om noe kunne vært gjort annerledes for at de skulle hatt det bedre i dag. Tre av de ni informantene mente at ingenting kunne vært gjort på en annen måte enn det som ble gjort den gangen ulykken skjedde. De seks andre opplevde situasjoner med

arbeidsledere, kollegaer og offentlig kontor som noe de godt kunne ha vært foruten for at de skulle hatt det bedre i dag.

En informant sa: *Om jeg kunne gjort noe annerledes? (pause). Jeg kunne kanskje vært litt mer på, og sagt i fra om dårlig behandling fra arbeidsledelse og kollega.*

En annen svarte: *Kollegaer har vært helt supre med å kontakte meg og spurte hvordan det gikk. Lederen spurte også et par ganger om hvordan det gikk, men bare fordi jeg kom på møter, som jeg hadde forlangt. Videre forteller vedkommende med skjelvende stemme: Lederen tok aldri en telefon til meg for å høre om hvordan det gikk, men ettertid har lederen spurt to ganger hvordan det går fordi jeg kommer på kontoret på møter. Var det ikke på grunn av møtene hadde ikke lederen spurt om hvordan det gikk. Det denne informantente mente var at lederen kunne vist litt mer empati og handling: Bare man hadde fått bitte grann (liten pause)oppmerksomhet for å kalle det slik.*

En informant ble ufør på grunn av ulykken og fortalte: *Det første jeg tenker på er arbeidsgiveren, som kunne f.eks. vært flinkere til å informere de ansatte om hva som hadde skjedd. Slik at den biten som jeg har slitt med psykisk kunne blitt bedre, og da hadde jeg møtt forståelse hos dem. Jeg tenker også på henne som skadet meg kunne blitt fortalt hva som hadde skjedd meg etter ulykka, og hvorfor jeg måtte slutte i jobben. Det syns jeg hun burde fått vite. Etter ulykken er jeg blitt kontaktet av henne noen ganger, for vi hadde et godt forhold den gangen før ulykken. Jeg syns det er veldig vanskelig, fordi hun har tatt kontakt og vil prate om ting som opptar henne. Hun har spurt om vi kan møtes, og hun vet ikke hvorfor jeg ikke jobber lenger. Det er veldig vondt for jeg ble glad i henne, og jeg har tenkt mye på det. Det har plaget meg at hun ikke vet. Jeg har også opplevd at de som sitter og plasserer barn rundt i barnevernstjenesten, og ei jeg møtte for en måned siden visste ingenting om at jeg var blitt skadet for to år siden. Sånne ting syns jeg er veldig leit. Det har plaget meg. Jeg syns familien min og de rundt meg har vært veldig støttene og forståelsesfulle, og jeg føler det er arbeidsgiveren som har sviktet meg i denne situasjonen og kunne gjort noe annerledes.*

Informanten som ikke har vært sykemeldt etter ulykken svarte på om noe kunne vært gjort annerledes: *Nei, ikke i selve situasjonen, men hadde det skjedd i dag så hadde jeg nok gått og snakket med ledelsen med en gang. Noe jeg ikke gjorde. Jeg tenkte at de skulle komme til meg, for de fikk jo tilbakemelding fra NAV om at dette var en yrkesskade. Jeg måtte jo bort å ta bilder, og ut fra dem er det ble påvist at det var yrkesskade. Familien og venner har skjønt jeg har vondt, og de har ikke kunnet gjort noe annerledes.*

Informanten som ble truffet av et stilasben fortalte at hvis det var noen som kunne gjort noe annerledes for han, var det NAV. I tillegg var det to informanter i denne undersøkelsen som mente NAV kunne gjort noe annerledes for at de skulle hatt det bedre i dag. Begge to mente at å møte NAV systemet var tungt og nedtyngede for dem. Det omhandlet saksbehandlingen, saksbehandlingstiden og møte med dem som arbeidet ved NAV og deres forståelse og behandling av informantenes situasjon samt pengeutbetalinger. Begge nevnte at de regnet med at de møtte et system som fungerte, men opplevde at det offentlige sviktet og at de ble frustrert og fortvilet over behandlingen de opplevde hos NAV.

4.7 Leve med en eller flere fysiske og psykiske helsekonsekvenser

Alle informantene beskriver hvordan de lever med en eller annen form for konsekvens på grunn av ulykken nå i dag. Hver enkelt informant blir beskrevet i dette kapittelet og hvordan deres fysiske og psykiske helsetilstand er nå i dag.

En av informantene svarte at skadene etter ulykken som var for to år siden er sterke smerter i nakken og hodet som gjør at vedkommende er blitt ufør nå i dag. Psykisk kjenner denne personen at det å ikke kunne jobbe eller ha kollegaer er et stort savn. Det å være i sosiale sammenhenger kan til tider være vanskelig, og gjør at han/hun velger det bort. Vedkommende er blitt redusert i å utføre daglige gjøremål på grunn av de fysiske skadene og ofte setter dette denne personen ”ut av spill”.

Den andre informanten som ble ufør på grunn av ulykken har fått varige fysiske skader i skulder, nakke og ben. På grunn av dette er hverdagen blitt nødt til å endres for at vedkommende skal takle den. De psykiske plagene er mye tankekjør, mareritt, redd for høyder, og personen er enda plaget av tanker på grunn av den dårlige behandlingen fra kollegaer og ledelsen denne personen opplevde etter ulykken.

Personen som skled på gulvet i samhandling med bruker for to år siden, forteller at hun/han er god som ny nå i dag, for opptreningen var kjempefin og viktig. Vedkommende sliter ikke psykisk, for hun/han har jobbet seg ut av den ene hendelsen etter den andre og sier selv at hun/han er en sterk psykisk person.

Informanten som ble sparket ben på for to år siden har ennå smerter i skulderen og er bitter fordi vedkommende ikke kan gjøre alt som denne personen gjorde før hendelsen, som padle

og andre ulike vannaktiviteter. De psykiske reaksjonene er at denne personen trekker seg ut av sosiale settinger da smertene blir for store.

Skuespilleren som skled på scenen da hun varmet opp for to år siden, klarer ikke å sitte på huk lenger, og det reduserer vedkommende. Dette har i alle år vært en hvilestilling for denne personen, og hun/han må hele tiden tenke på å være forsiktig da vedkommende skal gjøre typiske knebevegelser for og ikke få væskeansamlinger i kneet. Den psykiske belastningen er om vedkommende klarer å utføre arbeidet sitt på en skikkelig måte, for etter ulykken føler vedkommende at skaden har hemmet henne/han i sitt daglige virke.

Håndverkeren som fikk stilasben over ryggen har i dag til tider store smerter i ryggen på grunn av ulykken. Vedkommende har vært på ryggskole og lærte å takle smerter og er veldig takknemlig for livet og forteller selv at hun/han ikke kjenner på smertene. Personen forteller at hun/han er psykisk sterk og skal eller vil ikke la seg knekke på grunn av hendelsen. Vedkommende forteller: *Det er ikke ryggen som skal leve med meg, men meg som skal leve med ryggen.*

Informanten som ramlet ned i et basseng for to år siden sier at "flexen i benet" ikke er 100 prosent om vedkommende går barbent og må være bevisst på trening. Personen har ingen psykiske påkjenninger nå i dag.

Personen som ble slått ned bakfra på jobben har vondt i hodet, nakken og har mye låsninger mellom hode, nakke og skuldre. Vedkommende er blitt mye reddere i ulike sosiale sammenhenger. Vedkommende er også flau over hendelsen og sliter ennå med å snakke om episoden.

Informanten som opplevde vold og bli kastet rundt forteller at hun sliter med nakkesenene og nedover mot ryggen og hovner i kjeven til tider. Denne personen sier at hun/han føler seg sterk, og at selve hendelsen var ikke personlig, men det var tid og sted som var avgjørende for selve hendelsen. Det eneste vedkommende kjenner på er bitterhet på grunn av lederens behandling etter ulykken.

Før selve hendelsen påpekte alle at de hadde et godt psykisk selvbilde, og noen mener at ulykken har påvirket dem, men ikke alle. I alt var det seks personer som har en psykisk etterreaksjon nå i dag på grunn av ulykken de har opplevd på arbeidsplassen.

5.0 Diskusjon

I dette kapittelet vil jeg diskutere og tolke empiri opp mot selvvalgt teori for studien. Her vil hovedfokuset være den subjektive opplevelsen av psykisk helse etter opplevd arbeidsulykker knyttet opp mot salutogenese. I denne studien har jeg valgt å se på psykisk helse på to stadier, en rett etter hendelsen og nå i dag som er en god stund siden ulykken skjedde. I tillegg til dette har jeg valgt ut noen temaer fra resultatene av studien som er: egen psykisk helse, tilfriskning, ivaretagelse, psykisk og fysisk helse i dag og livskvalitet. Dette er temaer som vil bidra til å belyse ulike sider ved problemstillingen.

I denne studien ble alle informantene påført en fysisk skade på grunn av hendelsen de opplevde i arbeidstiden der de var sysselsatt på det aktuelle tidspunktet. Alle informantene forteller at ulykkene ble godkjent som yrkesskade hos NAV.

Flere av informantene i studien fortalte at ulykken inntraff på grunn av samhandling med bruker. Dermed kommer de under kategoriene slag og støt som har påført en person en skade, sykdom eller død. Ved å ha opplevd en slik hendelse gjør en krav på godkjent yrkesskade (NAV, 2016). Slag eller støt utgjorde hele 60 prosent av alle de innmeldte ulykkene til NAV i 2016 (Alver et al. 2017). Arbeidstilsynet (2018) melder at mange arbeidstakere utsettes for vold og trusler i forskjellige arbeidssituasjoner. Av de finnes det ulike typer vold en kan bli utsatt for, og det kan være: fysisk vold, psykisk vold, seksuell vold og latent vold⁶.

Konsekvensene av slike opplevelser kan være svært alvorlige. I tillegg til å bli påført fysiske skader kommer det psykiske reaksjoner i etterkant. Informantene bekreftet at de fikk en eller flere fysiske skader og i tillegg fikk flere av dem psykiske reaksjon. En informant fortalte i tillegg til skader og få flashback. I Arbeidsmiljøloven §§ 4-1 - 4-3 (2017) som omhandler krav til arbeidsmiljøet og hva som kan gjøres i forhold til forebygging kommer jeg inn på senere i kapittel 5.3 (Arbeidstilsynet, 2018).

I dag er syv av de ni informantene tilbake i arbeid etter hendelsen, og to er blitt uføre på grunn av de fysiske skadene de opplevde ved ulykken. Totalt var det 10 705 personer som mottok uførepensjon i 2014 på grunn av skadene de ble påført ved opplevd arbeidsulykke (Hem et al., 2016). Rapporten sier ikke noe om omfanget og hvorfor de menneskene ble uføre på grunn av hendelsen. Kun en informant fortalte at vedkommende aldri var sykemeldt på grunn av hendelsen, ellers var de andre sykemeldt mer enn tre dager, og inngår i kategorien av

⁶ Latent vold er redsel for at vold eller trusselsituasjoner kan oppstå (Arbeidstilsynet, 2018).

sykmeldte over tre dager eller mer, og utgjør 45 prosentene av populasjonen melder Statistisk Sentralbyrå (SSB, 2017).

De fysiske skadene informantene i denne studien ble påført ved ulykkene var i hode, nakke, skulder, rygg og ben. Av de ni informantene er det kun to som har kroniske plager på grunn av hendelsen. De syv andre fortalte at de til tider blir satt ut av sitt daglige virke på grunn av skadene som de er blitt påført ved ulykken. En undersøkelse fra 2011 viser til at om lag 20 000 personer har nedsatt funksjonsevne som følge av en opplevd arbeidsulykke (Gravseth, 2011). En større undersøkelse som er blitt gjort og presentert ved Statens Arbeidsmiljøinstitutt i 2014 bekrefter at det er unge mennesker som skader seg mest i et arbeidsforhold (Sterud, Christensen, Johannessen og Nordby, 2014).

På grunn av påførte skader ved en arbeidsulykke, opplevde mange av informantene å få en psykisk reaksjon på grunn av hendelsen. I neste kapittel vil jeg belyse den subjektives opplevelse av psykisk helse rett i etterkant av hendelsen.

5.1 Egen psykiske helse

Syv av informantene i denne studien mente at egen ulykke var et traume basert på skadene og omfanget av ulykken. Som nevnt tidligere i studien måtte jeg forklare forskjellen på traume og krise er for de utvalgte. Da de hadde fått en forståelse for omfanget av begrepene, var de ikke i tvil hva egen ulykke var for noe. Forskning viser til at mennesker med erfart arbeidsulykke kan oppleve å få psykisk reaksjon i etterkant, men er avhengig av traumene (Kinzie, 2015).

Vedkommende som fikk et stort stilas over seg og ødelagt rygg mente at ulykken verken var en krise eller traume, men hendelsen var bare noe som skjedde i livet til denne personen der og da. Denne personen fortalte at vedkommende arbeidet seg bare ut- og gjennom hendelsen og skadene, så var ulykken glemt. I et annet tilfelle fortalte en informant om at livet ble snudd opp ned, og på grunn av hendelsen har hun/han vært nødt til å legge om livsstilen. Ut fra dette ser vi at mennesker har ulike reaksjonsmønstre og oppfattelse basert på opplevelser som hender i ens liv. I denne studien mente flesteparten av informantene at hendelsen de opplevde var traumatisk, og en informant mente hendelsen var en krise. En informant mente ulykken ikke var noen av delene, og at ulykken var noe som skjedde der og da.

Når slike hendelser forekommer, er det noe som skjer plutselig og utløses av forskjellige årsaker, og ofte er de uklare og komplekse. Om mennesker opplever hendelsen som krise eller traume er avhengig av hvordan individets system oppfatter hendelsen. Krisebegrepet oppfattes som noe som skjer plutselig og forbigående (Haaland et al., 2015). Traumatiske opplevelser kan pågå over lenger tid eller oppstå uventet og plutselig. Traumene som informantene opplevde kommer inn under kategori av type 1 under traumatiske opplevelser som forklart i kapittel 2.2.

Alle informantene opplyste at de var i god psykisk og fysisk form før ulykken inntraff. To personer svarte at de ikke merket endring på egen psykisk helse etter hendelsen. De syv andre fortalte om endringer av egen psykisk helse som påvirket livet *rett* etter ulykken skjedde. Utfallet som preget endringer av egen psykisk helse hos informantene var sinne, stress, depresjon, mindreverdighetskomplekser, angst, mareritt og negative framtidstanker om eget liv. Flere av informantene nevnte også at de ønsket å være alene, og oppsøkte ikke større gruppe mennesker der de kunne møte fremmede. Dette bekreftet flere av dem ved å fortelle at de følte det vanskelig med å forholde seg til ukjente og til flere mennesker i ulike sosiale sammenhenger. Dette var ikke bare med tanken på skaden, men om få spørsmål som: ”Hva driver du med?” og ”Hva har du opplevd?” To av informantene påpekte at det var og er vanskelig å prate om hendelsen fordi de opplever ulykken som noe tabu. En informant synes det er flaut, og en annen opplever arbeidsulykken som vanskelig fordi hendelsen er så kompleks med tanke på omfanget av selve ulykken, skadene vedkommende er påført og hvordan vedkommende ble behandlet av arbeidsledelsen i etterkant. Denne personen ble utsatt for vold på arbeidsplassen ved å få et slag av en bruker over nakke/hode regionen.

Personer med opplevd arbeidsulykke har ulike reaksjonsmønstre. Forskning viser at det er store individuelle forskjeller på hvor lenge slike plutselige endringer varer hos mennesker, avhengig av håndteringen av krisen eller traume (Skogstad et al., 2011). Mange av informantene reflekterte over egen ulykke og de hadde tanker rundt hendelsen, for å finne en mening om hva som var skjedd. I slike situasjoner opplever mange en skyldfølelse eller grubler over hvorfor hendelsen skulle skje akkurat dem (Berg 2013).

Tidligere i studien ble det nevnt om ulike faktorer som påvirket informantenes egen psykiske helse rett etter hendelsen. Håndtering av kriser og traume er individuelt ut fra eget reaksjonsmønster. Den aktuelle livssituasjonen vil være avgjørende for egen oppfattelse, hvordan personer takler krisesituasjoner og hvordan selve krisen oppstår. Reaksjoner som utløses av kriser er person – miljø - og situasjonsavhengig. Ved opplevd traume eller krise har

de rammede høyre sårbarhetsfaktor, tålegrensen for stress er lavere og mer sensitiv for påkjenninger. Hvordan personer håndterer og mestrer situasjoner er basert på tidligere erfaringer og innlærte reaksjonsmåter. I tillegg til å ha en optimistisk tilnærming til tilfriskning etter hendelsen. Ved å tenke at dette løser og klarer jeg, fremfor negativitet. Tanker og handlinger påvirker utfallet, og om vanskeligheter for fremtiden og smerter tar overhånd, blir de individuelle opplevelsene vedvarende og uten muligheter for positive påvirkning til tilfriskning (Haaland et.al., 2015). Undersøkelsen fra Statens Arbeidsmiljøinstitutt (2014) påpeker at det er flere forekomster av yrkesskader blant midlertidig ansatte enn de med fast ansettelse. Så mange som 2 til 5 ganger høyere risiko blant midlertidig ansatte enn fast ansatte. Rapporten viser også at de med samme sysselsetting grunnlaget scorer høyere på selvrappotering av psykisk helse enn de med fast ansettelse. Årsaken kan være at det er høyere helserisiko blant midlertidig ansatte (Sterud et al., 2014). I denne studien hadde syv av de ni fast arbeid i det ulykken skjedde.

Selv om det finnes norske og internasjonale studier på omfanget av psykiske etterreaksjoner av opplevd arbeidsulykker mener Lin, Lin og Siu (2016) at forskningen enda er mangelfull for å trekke noen endelige konklusjoner. I deres studie mener de det er vanskelig å avdekke den selvpoplevd psykiske helse og tilbakeføring til arbeidslivet etter slike hendelser (Lin et al., 2016).

5.2 Tilfriskning

Informantene i denne studien fortalte de fikk oppfølging av lege, fysioterapeut, kiropraktor, manuellterapeut, nevrolog, psykolog/psykiater og akupunktør etter hendelsen de var utsatt for. I tillegg til de ulike oppfølgingsinstansene nevnte åtte av de ni informantene egen familie som gode støttespillere i henhold til egen situasjon. Å fokusere på tilfriskning fremfor vedvarende endret tilstand er avhengig hvordan man er som person og relasjoner til den støttende part er i ens liv.

Salutogenese - teorien påpeker menneskets motstandskraft avhengig av den subjektive opplevelse av sammenheng (OAS) der mennesker opplever at situasjonen er begripelig, håndterbar og løsningsfokusert. I tillegg å se om mennesket er sykt eller friskt (Patogenese) vil graden av helse påvirker ens tilstand i forhold til tilfriskning. Ofte kan det løses med medisiner (Antonovsky, 2012). I denne studien var det kun to mennesker som nevnte

medisiner i forhold til de fysiske skadene de var påført. En fortalte om hvordan kroppen reagerte etter en uke på morfin. Vedkommende fortalte om egen opplevelse i forhold til å slutte med morfin. Hvordan kroppen reagerte med abstinenser og hennes/hans forståelse for at mennesker med påført skader på grunn av en arbeidsulykke kan bli narkomane. Denne personen måtte jobbe seg gjennom denne fasen i tillegg til opptrening av de fysiske skadene. En annen informant ”gnafset” Pinex Forte som sukkertøy i forhold til egne smerter. Kinzie (2015) underbygger i sin studie om mennesker med opplevd arbeidsulykke, og utviklet PTSD finnes det flere forekomster av alkoholisme, hypertensjon, depresjon og diabetes i denne gruppen.

Ved å få en fysisk skade er det vanlig å utprøve medisiner for å redusere smertene i egen situasjon, om de fungerer er en individuell avgjørelse. Mennesket er løsningsorientert ut fra eget ståsted, og fungerer ikke medisiner velger man andre alternativer. I et helseperspektiv er ikke alkohol og narkotiske stoffer et alternativ til tilfriskning. Et salutogent - perspektiv som bygger på problemløsning, utvikling og mestring til tilfriskning gjør at mennesker må bruke de ressurser som er tilgjengelige ut fra eget ståsted (Linstrøm og Eriksen, 2006). Informantene i denne studien som ikke har fått varige men av skadene, fortalte om hard fysisk og psykisk jobbing som førte til tilfriskning, og dermed er de tilbake i arbeid nå i dag.

Personer som opplever stressfaktorer i yrkeslivet trenger sosial støtte og bli bevisst på egne potensiale og indre- og ytre ressurser. Ved å fokusere på de ulike faktorene bidrar dette til å fremheve personlige kvaliteter og mestringsevne. Det omhandler et personlig samspill med omgivelsene og være bevisst på egen selvregulering og utfordringer. Dermed handler det ikke bare om den fysiske skaden personen er påført men også det psykososiale rammen (Langeland, 2009). Slik Antonovsky (2012) påpekte at stressfaktorene vil alltid være der, men salutogenese ser på den psykososiale rammen rundt mennesket slik som forklart i kapittel 2.4 i denne studien.

De informanter som har fått varig men på grunn av ulykken forteller at de gjør det de mestrer i hverdagen, og mer kan de ikke klare på grunn av at de fysiske skadene er såpass store, selv om deres mentale innstilling til tilfriskning ikke er mindre av den grunn. Hovedfokuset til alle informantene var og er tilfriskning, og de som har opplevd endret fysisk tilstand vil mer enn det de klarer i forhold til arbeid, sosiale sammenkomster og andre gjøremål. Syv av informantene påpekte endret mestringstilstand på grunn av de fysiske skadene som er påført ved arbeidsulykken. De to andre som ikke har opplevd endret mestringstilstand fortalte om hard jobbing med trening og mental innstilling for å komme tilbake der de engang var. Selv

om noen personer opplever mer tilfriskning enn andre etter en slik hendelse, handler det ikke bare om hard jobbing og mental innstilling, men også om omfanget av skaden og relasjoner til omverden (Langeland, 2009). Professor Topor (2015) underbygger dette med å si at sosiale relasjoner og faktorer påvirker de psykiske problemer og bedringsprosesser hos hvert enkelt individ.

Tiltak for å forbygge arbeidsskader bør og må prioriteres høyere, for at de sysselsatte ikke skal oppleve slike hendelser. Det er ofte unge mennesker som blir rammet og kan føre til nedgang i yrkesaktive år. Ved slike hendelser er kostnadene høye, både i form av økonomiske utgifter og menneskelige lidelser. Ved systematisk forebyggende tiltak vil man øke kvalitetssikring på de ulike arbeidsplassene. Gjennom regelverk og lovgiving som f.eks. Arbeidsmiljøloven (2018) kan bidra til reguleringer på en mer effektiv måte. I tillegg kan partene i arbeidslivet og bedriftshelsetjenesten være med å bidra til systematisk og effektivt forebyggende tiltak for skade og andre arbeidsrelaterte sykdommer (Garvseth, 2011).

To av informantene som er blitt uføre på grunn av hendelsen, understreket et ønske om en dag å komme tilbake i et lønnet arbeid. De påpekte begge to at det handler om egen identitet og selvfølelse. Identitet kommer jeg mer inn på i neste kapittel (5.3) som omhandler ivaretagelse. Tidligere i studien ble det nevnt at syv av informantene er tilbake i sitt arbeid. En var aldri sykemeldt, og de resterende var sykemeldt fra en måned opptil et år. To informanter opplyser at de i dag er sykemeldt i perioder fra arbeidet sitt for å forebygge slik at smertene ikke skal blir for store. Det finnes flere elementer som påvirker mennesket på vei mot tilfriskning. Ulike positive relasjoner og egen håndtering av problemene er viktige faktor som bidrar til tilfriskning.

5.3 Ivaretagelse

I samtalene med informantene om hva som kunne blitt gjort annerledes etter den opplevde ulykken for at de kunne hatt det bedre i dag, svarte så mange som syv av ni at de opplevde dårlig behandling av arbeidsleder i etterkant av ulykken, og påpekte at ledelsen kunne hatt en annen innstilling over for de rammede.

Forskningen sier at det å ha et arbeid å gå til skaper en sosial arena i tillegg til inntekt og livsopphold. Yrkesrollen er viktig i henhold til egen selvdefinering, som identitet og verdier. Ivaretagelse av ledelse og kollega etter en erfart ulykke på arbeidsplassen oppleves subjektivt

i henhold til relasjoner til arbeidsplassen og menneskene som arbeider der (Berge og Falkum, 2013). Viktigheten av å være i arbeid står i sterk kontrast til å bli hjemmeværende på grunn av en hendelse på arbeidsplassen. Syv informanter hadde en generell oppfattelse av fravær fra arbeidsleder. Noen fortalte at arbeidsledere endret atferd og kom med usanne påstander i forhold til arbeidsulykken. Flere av informantene påpekte at de savnet bedre oppfølging og forståelse fra arbeidsleder i deres situasjon. I tillegg til manglende tilrettelegging for trening og på arbeidsplassen og oppfølging av prosedyrer i forhold til NAV og forsikringsselskap. En av informantene som hadde to arbeidsledere på det tidspunktet ulykken inntraff fortalte at begge arbeidslederne var *udugelige* for de visste ikke hva de skulle gjøre i forhold til prosedyrer i henhold til lovverket. Den andre fortalte at der ulykken hendte ble vedkommende godt ivaretatt, men på den andre arbeidsplassen møtte denne personen ingen forståelse fra arbeidslederen. At arbeidsleder endrer atferd og ikke gjør arbeidet sitt i forhold til prosedyrer som skal gjøres når en arbeidsulykke inntreffer, kan tyde på usikkerhet og mangel av kunnskap på området, selv om det finnes et lovverk som viser hvordan arbeidstaker og arbeidsgiver skal forholde seg når arbeidsulykker skjer. Arbeidsmiljøloven §1-20 (2017) og Folketryktdloven § 13-1-13-17 (2017) er klare på dette området og omhandler ivaretagelse av de sysselsatte og deres situasjon når arbeidsulykker inntreffer. De fleste av informantene opplyste om støttende kollegaer, men at ulike situasjoner kunne gjøre det vanskelig for noen av dem. Et eksempel fra en informant er når vedkommende skal utføre et arbeid og ikke kan mestre det fordi de fysiske skadene etter ulykken er blitt for store. Denne personen opplever ofte å måtte forklare egen situasjon ut fra handlingene som skal utføres, for kollegaene tenker ikke på slikt i hverdagen.

Det settes krav til arbeidsgiver å innrette seg etter dette lovverket, og de kan sette inn forebyggende tiltak for redusere farer som kan oppstå på arbeidsplassen. Ledelsen ved en arbeidsplass kan ta risikovurderinger, informasjon om mulige farer, øve på farer og ivareta sine ansatte (Arbeidstilsynet, 2018). Vi vet ut fra tidligere studier at forebygging for de ansatte på en arbeidsplass har god effekt i forhold til arbeidsulykker. Ulike tiltak som skjerming, sosial støtte og tilrettelegging ved å vende tilbake til arbeid. Ved opplevd vold på arbeidsplassen kan det være hensiktsmessig å selektere med tanke på flashback og gjentakende episoder. Forskning på tilbakeføring til arbeidsplassen der personer har erfart traumatiske opplevelser, viser at en stor andel forlater yrket innen et år. Undersøkelsen er basert på personer med erfart alvorlig stressbelastninger fra yrkeslivet, og de vil takle nye slike hendelser i etterkant. Samme undersøkelse slår fast at selv med opptrening og

oppfølging på alvorlig stressbelastninger øker ikke sårbarheten automatisk (Violanti og Paton, 2006). Ved å fjerne eller å redusere farer eller lære å mestre farene bidrar dette til forebygging (Alver et al. 2017).

Ut fra ulike sårbarhetsfaktorer i forhold til tidligere erfart traumatisk hendelse på arbeidsplassen opplever flertallet av informantene i denne studien manglende oppfølging og tilretteleggelse for egen arbeidssituasjon av ledelsen. I denne sammenheng er det naturlig å se nærmere på informantenes psykiske og fysiske helsebilde nå i dag.

5.4 Psykisk og fysisk nå i dag

Tidligere i studien er det nevnt at alle informantene fikk en fysisk skade av hendelsen, og av de ni var det kun en informant som fortalte av vedkommende ikke fikk en psykisk reaksjon rett i etterkant av ulykken. Statistisk sett fører halvparten av skadene ved opplevd arbeidsulykke til sykefravær, og 25 prosent av de skadelidende får større eller mindre grad av nedsatt funksjonsevne på grunn av hendelsen (Gravseth, 2011).

Hele syv informanter fortalte om vedvarende skader etter hendelsen. Fåfall av informantene har konstante plager, og som nevnt tidligere går noen av dem fortsatt fast eller innimellom til behandling på grunn av de påførte skadene. Kun en informant fortalte at vedkommende fortsatt går i samtalebehandling fem år etter ulykken, og tre av de ni informantene har hatt oppfølging av psykolog etter hendelsen. Ved opplevd traumatisk hendelse er det individuelle anbefalinger i forhold til hva som hjelper og forebygger videre i ens liv (Kinzie, 2015).

Flere av informantene opplevde depresjon rett etter selve ulykken, men nå i dag er det ingen som er plaget av dette. Nå i dag, og det vil si fra et- til fem år etter hendelsen forteller informantene om ulike psykiske ettervirkninger. De mest utpregede som gikk igjen var å ikke kunne mestre et arbeid, tankekjør, mareritt, flau over hendelse og redsel. I tillegg til dette pratet to av informantene om bitterhet. En av dem nevnte at vedkommende var bitter fordi denne personen ikke kunne mestre ulike aktiviteter nå som tidligere. Den andre informanten som opplevde vold på arbeidsplassen, påpekte at ulykken var avhengig av tid og sted og ikke personlig. Likevel kjente vedkommende på bitterhet, og da ikke for personen som utøvte vold, men behandlingen denne personen fikk fra ledelsen i etterkant. Kun en informant var bekymret for fremtiden angående arbeidet sitt, og om vedkommende vil takle og mestre utførelsen i sitt yrke. Tre av de ni informantene hevdet selv de ikke hadde noen form for

psykiske plager nå i dag etter hendelsen. I dag er de tre tilbake i fullt arbeid, men en av dem er sykemeldt til tider for å forebygge slik at smertene ikke skal bli for store.

Studier av personer med opplevd arbeidsulykke og lengre sykemeldinger har høyere grad av depresjon og PTSD. Dette er avhengig av alvorlighetsgraden av de fysiske skadene og ustabilitet i arbeidet (Chin et al., 2017). Ut fra samtaler med informantene som hadde lang sykemelding bak seg påpekte de viktigheten ved å lage egen struktur i hverdagen da de gikk hjemme. Det bidro til egen mestring og opplevd livskvalitet.

5.5 Livskvalitet

Selvopplevelse av livskvalitet oppfattes som positivitet, som forklart i kapittel 2.5. Ved opplevd psykisk uhelse påvirkes livskvaliteten til det negative. Traumatiske og akutte hendelser kan påvirke slik at egen livskvalitet blir redusert i forhold til ens livssituasjon (Rustiltak, 2018).

Informantene i denne studien forteller om variasjoner i forhold til egen livskvalitet, men alle sier de har god livskvalitet nå i dag, selv om den er endret etter egen opplevd arbeidsulykke. Studier viser til at personer som investerer mye tid i arbeid og familie har høyere livskvalitet enn andre (Helsedirektoratet, 2017). Identitet i forhold til arbeid påvirker ens psykiske helse, og ble påpekt av to av informantene i denne studien. Livskvalitet omhandler grunnstemningen av glede og psykisk velvære hos hvert enkelt individ. I tillegg er livskvalitet kontekstavhengig for å oppfattes som høy eller lav (Ness, 2001). Hvordan hvert enkelt individ oppfatter egen helse påvirker livskvaliteten til den enkelte både fysisk og mentalt.

Det å ha et arbeid å gå til som vedkommende mestrer bidrar til økte verdier og til at livskvaliteten blir høyere. Menneskets selvbilde blir sterkere i forhold til egen identitet (Olsen og Nystuen, 2017). Dette bekreftet alle informantene ved å si at de var glade for å være tilbake i arbeid eller ønsket å komme seg tilbake jobb igjen. Generelt sett opplever alle informantene god livskvalitet nå i dag, men alle påpeker elementer som har gjort at livskvaliteten er blitt endret på grunn av ulykken.

6.0 Metodediskusjon

6.1 Validitet og reliabilitet

Validiteten i forskningsarbeidet omhandler riktighet, sannhet og styrke. Når jeg kvalitetssikret studien brukte jeg de syv stadiene til Kvale og Brinkmann (2015) som vist på side 22. I dette kapittelet skal jeg utdype sider ved studiens validitet og reliabilitet (Kvale og Brinkmann, 2015).

Første steg når en validerer, er tematiseringen og studiets teoretiske forutantakelser i tillegg hvor logisk utredningen er fra teori til forskningsspørsmål (Kvale og Brinkmann, 2015). Før jeg startet på selve studien og underveis i prosessen studerte jeg ulike forskning på temaet psykiske etterreaksjoner etter opplevd arbeidsulykke. I studien henviser jeg til lignende forskninger som jeg mener er relevant for denne oppgaven. De bidrar til å underbygge mine resultater på området. Ved å avgrense i forhold til fenomenet gir dette en grunnleggende forståelsesstruktur som bidrar til mening (Goffman, 1974).

Andre steg handler om gyldighet i forhold til planlegging av studien. Dette omhandler kvalitet, metodevalg i henhold til studiets emne og formål. I tillegg kommer det etiske perspektivet inn i studien (Kvale og Brinkmann, 2015). Ut fra studiets formål valgte jeg en kvalitativt semistrukturert metode for å innhente opplysninger i forhold til temaets omfang. Informantene i denne studien har selv opplevd en arbeidsulykke, og dermed er deres svar troverdige i henhold til valgte tema. De etiske retningslinjene ble fulgt i henhold til REK, FEK og NSD som er omtalt i kapittel 3.7. Formålet med studien er å få mer kunnskap om psykiske etterreaksjoner etter erfart arbeidsulykke, og til dette samtykket informantene i forkant av gjennomførelsen. I ettertid ser jeg ved fremlegging til de ulike komiteene REK og FEK at jeg kunne vært tydeligere i henhold til hensikt og problemstillingen for studien. Dermed hadde prosessen til de etiske komiteene ikke tatt så lang tid som det gjorde. Ved selve gjennomføringen kunne jeg nok vært enda mer strukturert overfor meg selv og min egen tid, slik at utførelsen hadde blitt mer jevnt fordelt.

Steg tre omhandler forskerens troverdighet som intervjuer og kvaliteten på gjennomføringen. Jeg hadde en forforståelse og hadde gjort meg opp noen meninger før studiets gjennomførelse. I følge Jacobsen (2010) møter alle mennesker verden med en forforståelse. Vi har en kunnskap og oppfatning om virkeligheten som brukes ubevisst til å tolke det som skjer rundt oss. Jeg strebet etter en åpen og refleksiv holdning i møte med informantene med

tanke på å «nullstille» meg før hvert intervju ble gjennomført. Dermed var jeg som forsker så langt som mulig åpen for informantenes svar. På forhånd hadde jeg snakket med informantene om hensikten med studien og gjentok dette før selve intervjuet ble gjennomført. Ved utdypelse og uklarheter som oppstod under intervjuet kom jeg med åpne spørsmål for å få forklaring på uklarhetene. Dermed bidro dette til å kvalitetssikre intervjuet (Kvale og Brinkmann, 2015).

Steg fire i valideringen omhandler gyldighet i forhold til transkriberingen. Da jeg transkriberte intervjuene fikk jeg en dypere forståelse hva informantene sa og mente. Jeg omformet denne prosessen så tilnærmet lik fra lydopptakene. I tillegg prøvde jeg å så godt jeg kunne inkludere den nonverbale siden som kom frem under intervjuene. I transkriberingen har jeg utdypet noen av eksemplene med pauser, host og sukk som informantene viste (Kvale og Brinkmann, 2015).

Steg fem er analyseringen og omhandler gyldighet på spørsmålene som stilles i intervjueteksten og om fortolkningene er logiske. Analysen foregikk i flere runder og i nært samarbeid med veileder. Jeg tilstrebet også å få frem de data om skilte seg ut og som bidro til mangfold i resultatene. Fortolkningen av data er basert på tidligere forskning, teori og egne refleksjoner. Jeg har prøvd etter beste evne å kommunisere kunnskapen videre slik at gyldigheten blir troverdig, også kalt kommunikative validitet (Malterud, 2003). Dermed mener jeg at studien opprettholder gyldigheten for spørsmålene i intervjueteksten og at fortolkningen er logisk.

Steg seks er validering av selve studien i henhold til refleksjon rundt valideringsformer og resultatets gyldighet. På bakgrunn av intervjuene jeg gjennomførte kom jeg frem til resultatene som vist i kapittel 4.0. Der viser jeg tydelig omfanget av de meningsbærende enhetene i undersøkelsen. Siste steg i prosessen er rapportering og omhandler en beskrivelse av hovedfunnene i en studie, og om de er valide. Ved å følge de syv stegene for å validere studien kan jeg si at denne oppgaven er gyldig og gir sannhet i alle punkter. Dermed vil jeg si at denne studien har høy validitet.

Studiens reliabilitet som omhandler forskningsresultatets konsistens og troverdighet, er om resultatet kan reproduseres av andre forskere ved et senere tidspunkt. Hensikten med studien er ikke å generalisere funnene, men å få en dypere forståelse av psykiske etterreaksjoner hos mennesker med opplevd arbeidsulykke. Under hele prosessen forsøkte jeg som forsker å være refleksiv i forhold til egen forforståelse, og forholde meg adekvat til fenomenet som skulle

utforskes. I den forbindelse ved og ikke stille ledende spørsmål til informantene og forholde meg rolig i mitt nonverbale språk. Ved transkriberingen oversatte jeg tale til tekst slik informantene hadde fortalt om fenomenet. Til slutt analyserte jeg resultatene på bakgrunn av empiri ut fra den skrevende tekst (Kvale og Brinkmann, 2015).

7.0 Konklusjon

Hensikten med denne studien var å belyse hvordan personer som har opplevd en arbeidsulykke erfarer sin psykiske helse i etterkant av en slik hendelse. Det ble foretatt intervju av ni personer, og informantene bestod av både menn og kvinner med lang yrkeserfaring bak seg. Alle hadde opplevd arbeidsulykke i et perspektiv på fem år tilbake i tid. Resultatene viste at de fysiske skadene var knyttet til den psykiske helsen, og at ulykken hadde påvirket deres psykiske helse på ulike måter avhengig av grad av tilfriskning og ivaretagelse. Videre var opplevd livskvalitet endret for alle informantene.

Arbeidsulykke er et sensitivt tema over for kollega og arbeidsledere på grunn av lojalitetsprinsippet overfor arbeidsplassen og de som arbeider der. Vi hører om arbeidsulykker i media, og flere av informantene i denne studien har nevnt at ulykken har vært forsøkt ”dysset ned” fra arbeidsledere. Informantenes opplevelse av ivaretagelse fra arbeidsledelsen hadde så mange som syv personer en generell oppfattelse om fravær, endret atferd og usanne påstander i forhold til ulykken. To av informantene kunne ikke få fullrost ledelsen sin nok i forhold til egen ulykke og oppfølging. Ved tilbakeføring til arbeidslivet forteller tidligere forskning at personer bør skjermes for å unngå lignende hendelser, få sosial støtte og tilrettelegging. Dermed kan dette bidra til at denne gruppen mennesker ikke utvikler videre symptomer på psykisk uhelse.

Dette en sårbar gruppe mennesker som har opplevd en eller flere fysiske og psykisk skader på grunn av en hendelse på arbeidsplassen. De fleste av informantene opplevde rett etter hendelsen en form for psykisk reaksjon, og lang tid etter hendelsen fortalte flere av dem at de ennå slet med ulike psykiske plager i tillegg til de fysiske skadene, som redsel, konsentrasjonsvansker, tankekjør, mareritt og sosial angst. Ingen av informantene brukte betegnelsen PTSD.

Ut fra tidligere teorier basert på emnet vet vi at egen innstilling, relasjoner til mennesker og samfunn påvirker ens psykiske helsetilstand. Livet for noen av informantene i denne studien

er snudd opp ned etter arbeidsulykken, og de har vært nødt til å omlegge livsstilen for å mestre hverdagen på grunn av de fysiske skadene. Syv av de ni informantene er tilbake i arbeid og jobber fullt nå i dag, selv om to fortalte at de forbygger med sykemelding til tider for at smertene ikke skal bli for store. Seks av de ni informantene sa de opplever en form for psykiske etterreaksjon av erfart arbeidsulykke.

Internasjonal forskning hevder at ved opplevd arbeidsulykke er omfanget svært komplekst og mange faktorer spiller inn, og typiske faktorer av etterreaksjoner er: fysiske, psykiske og økonomiske forhold. Dette er tre elementer som påvirker personer som har opplevd arbeidsulykke. Allikevel sier flere studier at forskningen er mangelfull i forhold til de psykiske etterreaksjonene, og kun fremtidig forskning kan bidra til mer forståelse av omfanget av temaet.

Til tross for påkjenninger, skader og mangel på ivaretagelse sier alle informantene i denne studien at de selv opplever å ha god livskvalitet ut fra eget ståsted nå i dag.

Litteraturliste

Alver, K., Madsen, C. & Ohm, E. (2017). Skader og ulykker. *Folkehelseinstituttet*. Hentet fra <https://www.fhi.no/nettpub/hin/skader/skader-og-ulykker-i-norge/>

Andersen, A. H. W. (2016). Psykisk helse. *Store norske leksikon*. Hentet fra https://sml.snl.no/psykisk_helse

Anstrop, T. & Benum, K. (2014). Hva er traume?. I T. Anstrop & K. Benum (Red.), *Traumebehandling – komplekse traumelidelser og dissosiasjon*. Oslo: Universitetsforlaget.

Antonovsky, A. (1979). *Health, stress and coping*. San Francisco: Jossey-Bass.

Antonovsky, A. (1987). *Helbredets Mysterium*. København: Hans Reitzels forlag.

Antonovsky, A. (2012). *Helsens mysterium. Den salutogene modellen*. Oslo: Gyldendal akademiske.

Arbeid og sosialdepartementet. (2017). *For budsjettåret 2017- Arbeidsmiljø og sikkerhet*. (Prop. 1S, 2016-2017). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-1-s-asd-20162017/id2513686/>

Arbeids- og sosialdepartementet. (2017). *Hva er inkluderende arbeidsliv? IA-avtalen 2014-2018*. Hentet fra https://www.regjeringen.no/no/tema/arbeidsliv/arbeidsmiljo-og-sikkerhet/inkluderende_arbeidsliv/ia-avtalen-2014-18/id2344476/

Arbeidsmiljøloven. (2005). Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern m.v. av 17 juni 2005 nummer 8. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-06-17-62>

Arbeidsmiljøloven. (2017). Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern (Kapittel 4). m.v. av 17 juni 2005 nummer 8. Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-06-17-62/KAPITTEL_5#KAPITTEL_5

Arbeidstilsynet. (2017). *Arbeidstilsynets målbilde 2025*. Hentet fra https://www.arbeidstilsynet.no/contentassets/7724a04bf531493b8af3dab299875b44/arbeidstilsynets_m_lbilde_2025.pdf

Arbeidstilsynet.(2018). *Vold og trusler*. Hentet fra <https://www.arbeidstilsynet.no/tema/vold-og-trusler/>

Arbeidstilsynet. (2018). *27 arbeidsskadedødsfall i 2017*. Hentet fra <https://www.arbeidstilsynet.no/nyheter/27-arbeidsskadedødsfall-i-2017/>

Barne-, ungdoms og familiedirektoratet. (2016). *Funksjonsnedsettelse*. Hentet fra https://www.bufdir.no/Nedsatt_funksjonsevne/Ordliste/F/Funksjonsnedsettelse/

Berg, A., (2013). *Konsekvenser etter traume: Vanlige reaksjoner og symptomer hos voksne*. Hentet fra <http://docplayer.me/6742971-Konsekvenser-etter-traume-vanlige-reaksjoner-og-symptomer-hos-voksne-akiah-berg-psykolog-phd.html>

Berge, T. og Falkum, E. (2013). *Se mulighetene, arbeidsliv og psykisk helse*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

BMJ Best Practice. (2017) . *Post-traumatic stress disorder*. Hentet fra <http://bestpractice.bmj.com/topics/en-gb/430/pdf/430.pdf>

Brastad, A. (2014). *Levekår og livskvalitet - vitenskapen om hvordan vi har det*. Oslo: Cappelen akademiske.

Bråtveit, M. (2015). Arbeidstilsynet. *Arbeidsulykker og yrkesskader*. Hentet fra <http://arbeidsmedisin.net/index.php/elbok-i-arbeidsmedisin/arbeidsulykker>

Cahill, S. P. and Foa. E. B. (2007). Psychological Theories of PTSD. I M. J. Friedman, T. M. Keane. and P. A. Resick. *Handbook of PTSD, Science and Practice*. New York: Guilford Press.

Carstensen. O., Rasmussen. K., Hansen. O. N. og Lauritsen. J. M. (1999) . Development of post – traumatic stress following severe work – related accidents. *Europe PMC*. 161(9) . 1249-1253.

Chin, W. - S., Shiao, J., Liao, S. - C., Kou, C.-Y., Chen, C.-C. & Guo, Y. (2017). Depressive, anxiety and post-traumatic stress disorders at six years after occupational injuries. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 267:507–516. doi: 10.1007/s00406-016-0762-x

Dyregrov, A. (2010). *Barn og traumer: En håndbok for foreldre og hjelpere*. (2.utg.). Bergen: Fagbokforlaget.

Dyregrov, A. & Regel, S. (2011). Early Interventions Following Exposure to Traumatic Events: Implication for Practice From Recent Research. *Journal of Loss and Trauma*. International Perspectives on Stress & Coping. Volume 17, 2012 - Issue 3, 271- 291. Hentet fra: [10.1080/15325024.2011.616832](https://doi.org/10.1080/15325024.2011.616832)

Eriksson, M. & Lindstrøm, B. (2006). Antonovsky's sense of coherence scale and the relation with health: a systematic review. *Journal of Epidemiology & Community Health*; 60 373-373. Hentet fra: <http://dx.doi.org/10.1136/jech.2005.041616>

Folketrygdloven. (2018). Lov om folketrygd m.v av 28 februar 1997 nummer 5. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1997-02-28-19>

Gravseth, H. M., (2011) Unge menn skalder seg oftest på jobb. *Samfunnsspeilet 2*. Hentet fra <https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/179728/Kap2-Gravseth.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Gravseth, H. M. (2017). Ulykker og skader. *Statens arbeidsmiljøinstitutt*. Hentet fra <https://stami.no/tema/ulykker-og-skader/>

Grunert, B., Devine, C. A., Matloub, H. S, Sanger, J. R. Yousif, N. J. & Anderson, R.C. (1992). Psychological adjustment following work-related hand injury: 18-month follow-up. *Europe PMC*. 29 (6). 537- 542.

Goffman, E. (1974). *Frame analysis: An Essay on the Organization of Experience*. Boston: Northeastern University Press.

Haaland, V. Ø., Eriksen, M. & Karlsen. K. E. (2015). Kriser og ulike tilnærminger til kriser. I D. Ulland, A. B. Thorød & E. Ulland (Red.), *Psykisk helse- Nye arenaer, aktører og tilnærminger*. Oslo: Universitetsforlaget.

Helsedirektoratet. (2017). *Psykiske helse og livskvalitet- lokalt folkehelsearbeid*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/folkehelsearbeid-i-kommunen/veivisere-i-lokale-folkehelseiltak/psykisk-helse-og-livskvalitet-lokalt-folkehelsearbeid#god-psykisk-helse-handler-om-opplevd-livskvalitet>

Helsedirektoratet. (2017). *Arbeid- lokalt folkehelsearbeid*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/folkehelsearbeid-i-kommunen/veivisere-i-lokale-folkehelseiltak/arbeid-lokalt-folkehelsearbeid#betydningen-av-%C3%A5-v%C3%A6re-i-arbeid>

Helse- og omsorgsdepartementet (2017). *Psykisk helse og livskvalitet*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/folkehelse/innsikt/psykisk-helse-og-livskvalitet/id2544452/>

Hem, K.-G, Dahl, Ø., Rohde, T. & Øren, A. (2016). *Kostnader ved arbeidsrelaterte sykdommer og skader* (A27430). Hentet fra <https://www.sintef.no/globalassets/sintef-teknologi-og-samfunn/rapporter-sintef-ts/rapport-a27430-kostnader-ved-arbeidsrelaterte-sykdommer-og-skader.pdf>

Henriksen, B. L. (1992). *Livskvalitet*. København: G.E.C Gads Forlag.

Håkonsen, K. M. (2011). *Innføring i psykologi*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Jacobsen, D.I. (2010). *Forståelse, beskrivelse og forklaring. Innføring i metode for helse- og sosialfagene*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.

Karlsson, B. og Borg, M. (2013). *Psykisk helsearbeid, humane og sosiale perspektiver og praksiser*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Khanzode, V., Maiti, J. & Ray, P. K. (2011). Occupational injury and accident research: A comprehensive review. *Safety Science*, Volume 50, Issue 5, 1355- 1367. Hentet fra: <https://doi.org/10.1016/j.ssci.2011.12.015>

Kinzie, J. D. (2015). Oregon Health and Science University, Portland, OR, USA. *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences*. Volume 17, 11881- 11885. Hentet fra: <https://doi.org/10.1016/B978-0-08-097086-8.27051-7>

Kvale, S. og Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Norske forlag AS.

Kvale, S. og Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Norske forlag AS.

Langeland, E. (2009). Betydningen av en salutigen tilnærming for å fremme psykisk helse. *Tidsskrift for Forskning*, 4, 288- 296. Hentet fra <https://sykepleien.no/sites/sykepleien.no/files/documents/forsknings/299456.pdf>

Langeland, E. (2011). Salutogenese – teori og praksis. *Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid*. Hentet fra <https://www.napha.no/content/14219/Salutogenese---teori-og-praksis>

Lin, K., Lin, K., & Siu, K. (2016). Systematic review: effect of psychiatric symptoms on return to work after occupational injury. *Occupational Medicine (Oxford, England)*, 66(7), 514-521. doi: 10.1093/occmed/kqw036

Malterud, K. (2003). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. Oslo: Universitetsforlaget.

Merleau-Ponty, M. (1962). *Phenomenology of perception*. London: Routledge.

Nav, (2016). Sykemeldt arbeidsavklaringspenger og yrkesskade. *Yrkesskade og yrkessjukdom*. Hentet fra <https://www.nav.no/no/Person/Arbeid/Sykmeldt%2C+arbeidsavklaringspenger+og+yrkesskade/Nynorsk/yrkesskade-og-yrkessjukdom>

Nissen, M. og Skærbæk, E. (2014). Hva er psykososialt arbeid?. I E. Skærbæk og M. Nissen. (Red.). *Psykososialt arbeid. Fortellinger, medvirkning og fellesskap*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Næss, S. (2001). Livskvalitet som psykisk velvære. *Tidsskriftet den Norske Legeforening*. 121:1940-4. Hentet fra: <http://tidsskriftet.no/2001/06/kronikk/livskvalitet-som-psykisk-velvaere>

Olsen, B. og Nystuen, P. (2017). *Arbeid og Psykisk helse*. Oslo: Gyldendal Akademiske.

Paaasche, K.H. (2012). Hva er god psykiske helse? *Mental helse*. Hentet fra <http://www.mentalhelse.no/fylkes-og-lokallag/nord-troendelag/lokallag/naeroey-og-vikna/nyheter/hva-er-god-psykisk-helse>

Remme, T. (2014). Arbeid er helsebringende. *Arbeidslivstelefonen*. Hentet fra <http://www.arbeidslivstelefonen.no/arbeid-og-helse/arbeid-er-helsebringende>

Rustiltak.(2018). *Psykisk uhelse*. Rustiltak. Hentet fra <http://rustiltak.no/psykisk-uhelse>

Skogstad, M., Skorstad, M., Lie, A., Conradi, H. S., Lau, B., Heir, T. og Weisæth, L. (2011). *Posttraumatisk stresslidelse (PTSD) og arbeidslivet*. Nr. 3 (2011) Årgang 12, Serie: STAMI-rapport. Hentet fra [https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/2359364/Posttraumatisk%20stresslidelse%20\(PTSD\)%20og%20arbeidslivet.pdf?sequence=1](https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/2359364/Posttraumatisk%20stresslidelse%20(PTSD)%20og%20arbeidslivet.pdf?sequence=1)

Statistisk sentralbyrå. (2016). *Arbeidsulykker, 2015*. Hentet fra <https://www.ssb.no/helse/statistikker/arbulykker/aar/2016-09-28#content>

Statistisk sentralbyrå. (2017). *Arbeidsulykker*. Hentet fra <https://www.ssb.no/helse/statistikker/arbulykker/aar>

Statistisk sentralbyrå. (2017). *Hvor i arbeidslivet skjer de alvorlige ulykkene?* Hentet fra <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/flest-alvorlige-arbeidsulykker-innen-elektrisitets-vann-og-renovasjonsproduksjon>

Sterud, T., Christensen, J. O., Johannessen, H. A. & Nordby, K. C. (2014). *Midlertidig ansettelsesformer og helse – en kunnskapsoversikt*. Hentet fra <https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/2411014/STAMI-rapport-nr-2-2014.pdf?sequence=1>

Topor, A. P. (2015). Fra asosiale til sosial psykiatri. I D. Ulland, A. B. Thorød & E. Ulland (Red.), *Psykisk helse- Nye arenaer, aktører og tilnærminger*. Oslo: Universitetsforlaget.

Universitetet i Agder. (2018). *Etikk og personvern*. Hentet fra <https://www.uia.no/forskning/om-forskningen/etikk-og-personvern>

Universitet i Agder. (2013). *Rutiner for kvalitetssikring av forskning*. Hentet fra [file:///C:/Users/IngerMarit/Downloads/Rutiner%20for%20kvalitetssikring%20av%20forskning_feb_2013%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/IngerMarit/Downloads/Rutiner%20for%20kvalitetssikring%20av%20forskning_feb_2013%20(1).pdf)

Violanti, J. M. & Paton, D. (2006). *Who gets PTSD? Issues of posttraumatic stress vulnerability*. Springfield: Charles C. Thomas.

Wagstaff, A.S., J.A.S. Lie (2011): Shift and night work and long working hours – a systematic review of safety implications. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health* 2011, doi: 10.5271/sjweh.3146

World Health Organization. (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion*. Hentet fra http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/129532/Ottawa_Charter.pdf

World Health Organization. (2014). *Mental health: a state of well-being*. Hentet fra http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/

World Health Organization. (2016). *What is health promotion?*. Hentet fra <http://www.who.int/features/qa/health-promotion/en/>

World Health Organization. (2018). *Mental health*. Hentet fra http://www.who.int/mental_health/en/

Forespørsel om deltakelse i undersøkelse

Tittel på studien: Arbeidsulykke og psykisk helse

Bakgrunn og hensikt:

Dette er en forespørsel til deg om å delta i mitt masterstudie. Jeg ønsker å se på hvilke erfaringer du sitter igjen med ang din psykiske helse etter å ha opplevd en arbeidsulykke. Hensikten med studien er å få kunnskap om hvordan arbeidsulykker kan påvirke den psykisk helsen til de som har erfart en slik hendelse. Jeg ønsker at studien kan bidra til at tematikken får mer oppmerksomhet blant arbeidsgivere og andre arbeidstagere.

Hva innebærer studien:

Studien innebærer at jeg får intervju deg. Det vil ta ½ - 1 time, og intervjuet vil bli tatt opp på bånd. Intervjuet vil foregå i november/ desember, og vi kan avtale sted og nærmere tidspunkt senere.

Mulige fordeler og ulemper

Du gir meg av din tid og erfaring. Deltakelsen vil ikke ha noen direkte fordeler eller ulemper for deg, men det vil bidra til ny kunnskap om dette tema.

Hva skjer med informasjonen om deg:

Informasjonen som registreres om deg, skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Jeg vil sørge for full fortrolighet i forhold til det du deler, og oppbevare datamaterialet forsvarlig. Når jeg transkriberer intervjuene, vil hver deltager få et fiktivt navn som ikke kan kobles til den opprinnelige personen. Navn på arbeidsplasser vil også bli anonymisert. Jeg vil publisere resultatene slik at identiteten din ikke kan avsløres av noen andre.

Lydfilene vil bli oppbevart innelåst. De vil bli slettet så snart jeg har skrevet dem ut. Utskriftene vil bli lagret på min personlige datamaskin med passord og på min ekstern harddisk. Harddisken oppbevares innelåst.

Frivillig deltakelse:

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke til å delta i studien. Dette gjelder også etter at du har gitt ditt samtykke. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på neste side. Hvis du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til studien, kan du kontakte meg som skriver oppgaven eller min veileder Berit Johannessen.

Inger Marit Lovisenro, marit_1969@hotmail.no, telf 90672589

Berit Johannessen, l.amanuensis Berit.Johannessen@uia.no, telf. 91 38 06 96.

Samtykke til deltagelse i undersøkelsen:

Jeg bekrefter å ha fått og forstått informasjon om studien:

(Sted, dato, signatur prosjektdeltaker)

Jeg er villig til å delta i undersøkelsen:

(Sted, dato, signatur prosjektdeltaker)

Vedlegg II

INTERVJUGUIDE

Erfaringer etter opplevd arbeidsulykke

- KVINNE /MANN
- ALDER
- Type jobb

Kan du fortelle hva som skjedde?

1. Hvordan opplevde du at ulykken påvirket rett i etterkant?

stikkord: konsentrasjon, søvn, angst, smerter, sosialt, arbeid...osv

3. Hvem har hjulpet deg etter ulykken?

stikkord: arbeidsgiver, lege, familie , osv....

2. Er det noe som kunne vært gjort annerledes ?

3. Hvordan opplever du var ivaretatt av lederen (kollega) på din arbeidsplass?

4. Hvordan er din fysiske helse nå i dag?

5. Hvordan er din psykiske helse i dag?

6. Opplever du i dag at ulykken har påvirket deg ?

7. Hva mener du om opplevd egen livskvalitet, gjerne fortell hvordan du ser på den før og etter ulykken, og nå i dag?

8. Hvordan har du det i dag?

Vedlegg III

ARK 1 INFOR MÅNTER	1 ALDER	2 TYPE ARBEIDS- ULYKKE	3 PSYKISK HELSE FCPR -	4 RET ETTER ULYKKEN UNDER	5 ETTER ULYKKA
1	46 Kvinne	omsorgsykle 2015 slag, ble slått ned Storde nakkefrakke	god - arbeidet fult og aktiv på frntiden.	stress i kroppen redet for å treffe tidligere kollega - ville være inne til jeg var bra og kunne jobbe igjen - store sørgere	Føler - mindre verdi - det å ikke en kan gjøre en fullverdigg jobb for samfunnet - jeg kan ikke gjøre som alle andre - flaut og tapper å være på - tenner demitt
2	46 Kvinne	renholder omsorgsykle Fall på buster ned i sjalt til en kontainer brud/bist alle ribben brutt i levrer (men knust skuldre)	god - arbeidet fult og litt til. Aktiv/ sosial	- marett - traumer - slettmed å treffe folk - folke prat	traumer av ulykka mare
3	61 mann	veileder med atferdsbarn/ ungdom lek - skole på Kinneløst pågitt knakk hofte	god - vært aktiv flere ulykker	lige stille og gå med krykker ikke greit - tøft	reservert i hand ting jeg gjør tenker mer konsekvens
4	42 Kvinne	veileder med atferdsbarn/ Ungdom skole + et barn datt på skuldra	god - påtlet mye og aktiv	hadde ikke så mye - men mindre sosialgjenstande smertene slow og ut	Da smertene kom må jeg tenke på å bli god igjen
5	47 Kvinne	skospiller knestegde i lett båndene 2 uhellet	god - aktiv og sosial	redd for å gjen føre forestilling - skummelt - fremtiden	Vil ulykka ha min fremtid?

Vedlegg IV

ARK 2 6	47 mann	1 håndtverker Fall prolaps 2 vilos legg over hele ryggen	God aktiv jobbet 10-tat pr dag	god - er sta og skulle tilbake i jobb	Jobbet bare med å komme meg til bakte
7	55 mann	1 2 veileder for psykisk utviklinghemmede fall brakk benet	God aktiv	deprimert rattløs person	ingen psykiske påfø inger.
8	46 Kvinne	veileder med barn med autisme satte diagnoser slått ned med barna	God aktiv	plaget av smarter som gjorde at jeg sov mer	flaut - og ikke ville snakke om det Følte jeg ikke ble trodd.
9	47 Kvinne	omsorgsyklet overgrep, vold fra broler slag, spark, klossing ketter, bakken	God aktiv	storte med smertene angst - flashback deprimert	sint på ledelsen følelsen av å miste kontrollen
Godt overlevde Uav? medisiner					

Vedlegg V

6 Tilbakeførelse til jobb utar	7 Egen livskvalitet	8 Traume/ Krise	9 Behandling fra arbeids- leder - stort annerledes hvare tagelse	10 Mestring/ mestrings- følelse	11 Hvordan har ulykken påvirket livet i etterkant	12 Psykisk og fysisk
Ufor nå idag ørlagt nakke stiv og smerter	- Fått hund god livskvalitet i forhold til meg Ny livskvalitet kan være meg selv med å være usunn - gir mye tur	Traume med å få livet snudd opp ned	Kiropraktor Fysioterapeut lege - nevrolog ingen/lite oppfølging særlig etter ulyk- ken for meg - mellom leder - gjorde ett men mye er blitt	mester ikke like godt i dag som før - hadde endring om utdannelse nåtte å slippe - det var klar- - men mye er blitt	psykisk manglende arbeid ikke kollega - klame kan det være på en det fysiske	Fysisk smerter i nakke og hode
Ufor pga jobb skaden	ikke har jobbet god livskvalitet ikke kunne bidra litt å leve med dem	traume veldig fysisk psykisk -	terapi - psykolog psykoterapeut - dårlig behandling jeg kunne vært mer faglig skadene kom litt kollega funderer vår stilling	Jeg mester men må leve med de smerte menene alt tar lang tid nå enn før	frankt meritt - dårlig behand- ling gjør meg redd for hva det	vang men i skulder, nakke og ben
tillbake i jobb etter 1 år syke- meldt	God livskvalitet nå i dag kariakt, sport andre aktiviteter	traume	oppensjon skredd sammen fysioterapeut 1/2 år oppfølging psykolog 4 timer arbeidsleder - samarbeid - lang	mester alt nå som før.	sliter ikke oppreining var kjempetung viktig - litt stress	Nei god som ny Jobbet seg ut av det ene og andre - stort psykisk
syke meldt i 3 måneder så 3 - 1/2 siden da syke- meldt innimellom ca 10-3 uker pga skade	Så godt som endret trenings- former	traume	manuellterapeut gør perioder Mette god forkl se bevisst bedre endret forbering	Ja mester men må tenke på de fysiske skadene	blir fordi jeg ikke kan gjøre det jeg gjorde tidligere triller seg litt ut av sosiale	Smerter i skuldra
syke meldt i 4 uker tilbake i jobb	Endre livsstilen pga. stivete i muskulaturen	traume	Fysioterapeut akupunktur, lege i arbeidsleder og 2 - 1/2 dattig Veldig	Mester men må tenke på konsekvens	Bekymret om jeg klarer jobben - ikke hjemme men å utføre jobben riktig - ikke tenke - fokus på - fokus på	klarer ikke åtte på huk fysisk ene bevisst må jeg tenke - fokus på - fokus på

Vedlegg VI

Etter en stund sykemeldt 3 måneder jobber 1 uke et par dager 3 måneder i tid til annen	God livskvalitet nobil og kjører mye både smerte skjed ikke livet	ingen avdelene	Kiropraktor god arbeidsleder uttaler kiropraktor familie venn	Gjør alt som før - bortsett fra da smertene er store.	Ryggskate lante å ta de smerte glad og taknemlig da en ikke kommer smarter	stort smerte i rygg psykisk stort og skadene stort i etterkant
Syke meldt i 3,5 måneder tilbake i jobb	God livskvalitet	Krise	Fysioterapi/lege familie 1 god 2 arbeidsleder ikke god utdyp	ingen endringer fratidligere	ingen psykisk påkjenninger bevisst på trening	ikke i ro i fetsen i benet var jeg gjør uten skole
Altid sykemeldt	Ja - men avertill har jeg så mye smerte at ikke vser er greit	traume (under titt)	Både og pga kostnadene for trenings- tiden min.	kan ikke sykle så mye lenger	flau over hendelsen reddere	vandt i hode og nakke mye løsninger
sykemeldt 3 mån så gradest til november.	Har ikke system i smertene og hva jeg kan og ikke kan tar det med ro blir det bra igjen ipa løst å leve med det	traume	Fysioterapeut noen fra psykisk veile psykolog samarbeid- tilspurt - gode ledelse på banen ledelse favorerte		Føler meg sterk Det at det mente var ikke personlig tid og sted. bitter	nakkesene hovner i kjeven rakken og nedover
			dysse med gode og dårlige arbeids- ledere	fulgt bedre opp		

Vedlegg VII

Svar fra REK

Vår **ref.nr.:** **2017/2349** **A**
Opplevd helse og livskvalitet etter arbeidsulykke

Viser til deres skjema for fremleggingsvurdering, mottatt 4.12.2017.

Helseforskningsloven gjelder for medisinsk og helsefaglig forskning på mennesker, humant biologisk materiale eller helseopplysninger, jf § 2. Medisinsk og helsefaglig forskning defineres som virksomhet som utføres med vitenskapelig metodikk for å skaffe til veie ny kunnskap om helse og sykdom, jf §4 bokstav a.

Studien har følgende problemstilling:

"Hensikten med studiet er å belyse hvordan personer som har opplevd en arbeidsulykke opplever sin helse og livskvalitet i etterkant av ulykken.

Problemstillingen: Hvordan opplever mennesker som har vært utsatt for en arbeidsulykke at denne ulykken har påvirket livet deres i etterkant?

Basert på opplysningene som gis, er ikke formålet med prosjektet å fremskaffe ny kunnskap om helse og sykdom. Prosjektet faller utenfor helseforskningslovens virkeområde, og kan derfor gjennomføres uten godkjenning av REK.

Det er institusjonens ansvar på å sørge for at prosjektet gjennomføres på en forsvarlig måte med hensyn til for eksempel regler for taushetsplikt og personvern samt innhenting av stedlige godkjenninger.

Jeg gjør oppmerksom på at konklusjonen er å anse som veiledende jfr. forvaltningsloven § 11.

Dersom dere likevel ønsker å søke REK vil søknaden bli behandlet i komitémøte, og det vil bli fattet et enkeltvedtak etter forvaltningsloven.

Med vennlig hilsen

Medvennlighilsen
Leena Heinonen

rådgiver

post@helseforskning.etikkom.no

T: 22845522

**Regional komité for medisinsk og helsefaglig
forskningsetikk REK sør-øst-Norge (REK sør-øst)**
<http://helseforskning.etikkom.no>



Berit Johannessen
Serviceboks 422
4604 KRISTIANSAND S

Vår dato: 16.01.2018

Vår ref: 57742 / 3 / LAR

Deres dato:

Deres ref:

Tilråkning fra NSD Personvernombudet for forskning § 7-27

Personvernombudet for forskning viser til meldeskjema mottatt 13.12.2017 for prosjektet:

<i>57742</i>	<i>Personers etterreaksjoner etter opplevd arbeidsulykke</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Universitetet i Agder, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Berit Johannessen</i>
<i>Student</i>	<i>Inger Marit Lovisenro</i>

Vurdering

Etter gjennomgang av opplysningene i meldeskjemaet og øvrig dokumentasjon finner vi at prosjektet er unntatt konsesjonsplikt og at personopplysningene som blir samlet inn i dette prosjektet er regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. På den neste siden er vår vurdering av prosjektopplegget slik det er meldt til oss. Du kan nå gå i gang med å behandle personopplysninger.

Vilkår for vår anbefaling

Vår anbefaling forutsetter at du gjennomfører prosjektet i tråd med:

- opplysningene gitt i meldeskjemaet og øvrig dokumentasjon
- vår prosjektvurdering, se side 2
- eventuell korrespondanse med oss

Meld fra hvis du gjør vesentlige endringer i prosjektet

Dersom prosjektet endrer seg, kan det være nødvendig å sende inn endringsmelding. På våre nettsider finner du svar på hvilke [endringer](#) du må melde, samt endringskjema.

Opplysninger om prosjektet blir lagt ut på våre nettsider og i Meldingsarkivet

Vi har lagt ut opplysninger om prosjektet på nettsidene våre. Alle våre institusjoner har også tilgang til egne prosjekter i [Meldingsarkivet](#).

Vi tar kontakt om status for behandling av personopplysninger ved prosjektslutt

Ved prosjektslutt 01.12.2018 vil vi ta kontakt for å avklare status for behandlingen av personopplysninger.

Se våre nettsider eller ta kontakt dersom du har spørsmål. Vi ønsker lykke til med prosjektet!

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs romer for elektronisk godkjenning.

Vedlegg IX

Kommentar fra FEK

Fek behandlet 22.01.18.din søknad om etisk godkjenning av prosjektet " Hvordan opplever mennesker som har vært utsatt for en arbeidsulykke at denne ulykken har påvirket livet deres i etterkant"?? Prosjektet er interessant og viktig, men vi har noen kommentarer.

Det må tydeliggjøres hvordan deltakerne i prosjektet blir rekruttert, og hvordan utvalget foretas. Vi anmoder om varsomhet i forhold til deltakergruppen.

Før intervjuene gjennomføres må det foreligge stedlig godkjenning og bevissthet om taushetsplikten samt som er mellom forsker og deltaker samt godkjenning fra NSD. Fint om du kan beskrive dette før godkjenning.

Viser kommentaren min til dem under

Navn på masterstudiet som studenten er tilknyttet:

Psykisk helsearbeid, master påbyggingsstudium

Navn på masterstudent:

Inger Marit Lovisenro

Navn på veileder:

Berit Johannessen

Tittel på prosjektet:

Arbeidsulykke og psykisk helse

Prosjektets problemstilling/forskningsspørsmål:

Hvordan opplever mennesker som har vært utsatt for en arbeidsulykke at denne ulykken har påvirket livet deres i etterkant?

Hovedfokus vil være på psykisk helse.

Dere kom med en kommentar på min søknad i januar, og her kommer svar på deres kommentar

Rekruttering av informanter/respondenter til denne studien vil foregå gjennom fastleger, manuellterapeut og kontaktpersoner i NAV. Disse kontaktpersonene vil jeg dele ut informasjonsbrev til de aktuelle deltagere. Inklusjonskriteriet er at de har vært utsatt for en arbeidsulykke siste 5 år. De som ønsker å delta kan videre ta kontakt med undertegnede via telefon eller mail. Før intervjuene vil de få en muntlig informasjon om studiet og at de kan trekke seg fra prosjektet om de ønsker det, uten å oppgi grunn for dette. De som ønsker å delta skriver under på et informert samtykke og taushetserklæring. All datainformasjon som blir samlet inn vil bli lagret innelåst eller på passord-beskyttet pc, og slettes når studien er ferdig. Når analysene gjøres vil data anonymiseres og det kan ikke spores hvem som er informantene/ respondentene eller hvor de arbeider eller har arbeidet.

Den endelige kommentaren fra FEK kom 14 februar 2018

Evaluering:

Godkjent