JÖRGEN LUNDÄLV

FÖRMÅGA TILL VÄLFÄRD



TRAFIKSKADADES UPPLEVELSER OCH LIV
- ETT DRAMA OM BEMÄSTRING

FISCHER & CO

I denna doktorsavhandling beskrivs de sociala konsekvenserna av ett av vår tids stora folkhälsoproblem: trafikskadorna. Detta är den första studien i Norden som uppmärksammar de skadades sociala liv efter olyckan och deras olika copingstrategier. Den handikappade människans liv i Finland och Sverige beskrivs ingående och skildras som ett drama i lidande, bemästrande och försoning.

Dr Med Sc Claes Tingvall, professor vid Monash University Accident Research Centre, Australien, har skrivit ett företal.



Jörgen Lundälv, doktorand vid Socialpolitiska institutionen, Helsingfors universitet är idag verksam som forskare i Umeå vid Akut- och katastrofmedicinskt centrum och dess olycksanalysgrupp, Norrlands universitetssjukhus.

ISBN 91-7054-870-6

Förmåga till välfärd

Trafikskadades upplevelser och liv
– ett drama om bemästring

Fischer & Co

LUNDÄLV, JÖRGEN (1998) *Capabilities for welfare. Traffic victims' experiences and life – a drama of coping*. Stockholm: Fischer & Co.

Jörgen Lundälv is a researcher specialising in social policy and disability studies at the Department of Social Policy, University of Helsinki, Finland. Capabilities for welfare. *Traffic victims' experiences and life – a drama of coping* is his doctoral thesis at the University of Helsinki, Finland.

KEY WORDS insurance material, coping, coping strategies, traffic injury, motoring, risk, disability, altruism, hedonism, heroism, suffering, compensation, The Insurance Rehabilitation Agency, The Road Traffic Insurance Commission, The Swedish Motor Insurers Bureau, living conditions, drama, capabilities, welfare, interviews, mailed questionnaires

Department of Social Policy, University of Helsinki, Finland

ABSTRACT This study deals with the question of social living conditions and the coping strategies of traffic accident victims in Finland and Sweden. The main elements of the thesis are the following:

How do traffic accident victims subjectively perceive their life situation and social living conditions after the accident?

What similarities and differences are revealed in the living conditions of those injured in traffic in Finland and Sweden, based on the disabled person's own experience and story?

What types of individual coping strategies do the injured people use in their daily life? What resources does the injured individual have to cope with problems and threats in a social perspective? Do these coping strategies differ between injured people in the two countries being studied?

The quantitative study is based on a questionnaire mailed to 1,425 disabled and injured persons. Accordingly, the collected material consists of longitudinal data. The questionnaire included questions about the social living conditions of accident victims. The respondents also answered questions about their feelings and reactions a couple of weeks after the traumatic event and after half a year, two years and during 1996. In this empirical study, a number interviews with victims were also included. A total of twenty disabled people were interviewed. The groups included whiplash, spinal cord injuries, brain injuries, amputations and leg injuries. I have found that it is very difficult to study feelings and sensation of pain retrospectively. A central conclusion in the first part is that the individual has considerable difficulties in remodelling his or her inner of life as a consequence of a traffic accident. Major stress appears at the individual level and also in the social network. The family and closest friends are of great importance to the injured person.

Respondents in Sweden experienced a higher degree of welfare compared with the respondents in Finland, according to what they reported in the questionnaires.

Fischer & Co
Norrlandsgatan 15, 111 43 Stockholm
Tel 08-24 21 60, fax 08-24 78 25
E-post bokforlaget@fischer-co.se

© Jörgen Lundälv 1998

Omslag Pia Högberg
Omslagsfotografi (»Utsikt mot havet«) Karl Franklin
Baksidesfotografi AB Sandro, Ingrid Sjöberg
Grafisk form och sättning Ersatz, Stockholm
Tryck WSOY, Finland 1998
ISBN 91-7054-8706

Innehåll

FÖRORD · 9

FÖRETAL · 15

INLEDNING · 17

I. Begynnelse till ett välfärdsdrama

1. BILISMEN SOM SOCIALT FENOMEN I VÄLFÄRDSSTATEN · 21
1.1 *Från idyll till framväxten av socialt samhällsproblem* · 22
1.2 *Avhandlingens fortsatta disposition* · 25
1.3 *Sammanfattning* · 26

2. MEDBORGARE I TRAFIKEN · 27
2.1 *Distinktionen mellan personliga och sociala problem* · 27
2.2 *Bilism som social kris?* · 28
2.3 *Trafiksituationen i Norden* · 30
2.4 *Trafikskadan som social kostnad* · 34
2.5 *Trafikolyckan – ett samhällsekonomiskt problem?* · 40
2.6 *Sammanfattning* · 41

3. EN BEGREPPSVÄRLD · 43
3.1 *Centrala begreppsbildningar* · 43
3.2 *Handikapp och förmåga* · 46
3.3 *Risksamhällets osynligheter* · 50
3.4 *Välfärdskontradiktionen »Att ha« men »Att inte kunna«* · 52
3.5 *Ett begrepp för bemästring – copingbegreppet* · 55
3.6 *Sammanfattning* · 69

4. FÖRMÅGA TILL VÄLFÄRD · 71
4.1 *Forskning om trafikolycksfall i Finland och Sverige* · 72
4.2 *Teoretisk ram och utgångspunkt* · 79
4.3 *Amartya Sens modell om handikappets möjligheter* · 81
4.4 *En modell om förmåga till välfärd* · 83

4.5 *Forskningsproblemet* · 85
4.6 *Avhandlingens preciserade frågeställningar* · 86
4.7 *Sammanfattning* · 87

5. HANDIKAPPFORSKNING – EN FRÅGA OM METOD · 89
5.1 *Kvalitativa undersökningsdelen* · 93
5.2 *Urvalet* · 96
5.2.1 *Djupintervjuerna* · 99
5.2.2 *Det okända och traumatiska minnen* · 99
5.2.3 *Är det möjligt att skildra en trafikskadad människas liv?* · 100
5.2.4 *Metodologiska problem och överväganden* · 101
5.2.5 *Kunskapsgenererande levnadsskildringar* · 102
5.3 *Kvantitativa undersökningsdelen* · 103
5.3.1 *Enkätundersökning om sociala levnadsvillkor* · 103
5.3.2 *Etiska överväganden* · 107
5.3.3 *Erfarenheter från djupintervjuerna* · 109
5.4 *Datainsamlingen* · 109
5.5 *Svarsfrekvens* · 110
5.6 *Bortfallsanalys* · 113
5.7 *Validitet och reliabilitet* · 115
5.8 *En profil växer fram* · 117
5.9 *Komparativa undersökningsdelen* · 120
5.10 *Sammanfattning* · 121

6. HANDIKAPP OCH TVÅ VÄRLDAR · 123
6.1 *Sammanfattning* · 134

7. VÄLFÄRDENS BRISTER · 137
7.1 *Skadad av bilismen* · 137
7.2 *Bortom välfärdspolitiken* · 140
7.3 *Upplevd välfärd och psykiskt välbefinnande* · 142
7.4 *Osynliga handikapporganisationer* · 149
7.5 *Trafikskadan och det förlorade arbetet* · 156
7.6 *Sammanfattning* · 164

8. LIVSFÖRÄNDRINGEN · 169
8.1 *Postaccidentala reaktioner* · 171
8.2 *Könsskillnader i postaccidentala reaktioner* · 172
8.3 *Ålders- och könsskillnader i sociala levnadsvillkor* · 173
8.4 *Det positiva och negativa* · 180
8.5 *Ambivalens och komplexitet* · 183
8.6 *Livskonsekvenser* · 184
8.7 *Postaccidentala reaktioner i det sociala nätverket* · 191

· 85
· 86
· 87
· 89
· 93
· 96
· 99
· 99
· 100
· 101
· 102
· 103
· 103
· 107
· 109
· 109
· 110
· 113
· 115
· 117
· 120
· 121
· 123
· 134
· 137
· 137
· 140
· 142
· 149
· 156
· 164
· 169
· 171
· 172
· 173
· 180
· 183
· 184
· 191

8.8 *Vännerna, förståelsen och nya relationsformer* · 194
8.9 *Sociala relationers förändringar* · 197
8.10 *Relationer till andra trafikskadade* · 199
8.11 *Sammanfattning* · 202

9. JÄMFÖRELSE MELLAN FINLAND OCH SVERIGE · 203
9.1 *Likheter och olikheter i levnadsvillkoren* · 204
9.2 *Systemvärlden* · 205
9.3 *Livsvärlden* · 209
9.4 *En finsk modell* · 210
9.5 *Systemvärlden* · 212
9.6 *Livsvärlden* · 213
9.7 *En svensk modell* · 215
9.8 *Jämförelse av två modeller* · 217
9.9 *Systemvärldens gränser* · 218
9.10 *Mångfald i livsvärlden* · 219
9.11 *Sammanfattning* · 219

10. KONKLUSIONER. TEORI OCH EMPIRI · 221
10.1 *Trafikskadades liv i realiteten* · 223

II. Fallstudier

1. VÄLFÄRDSDRAMATS AKTER · 229
1.1 *Vandring från ofärds land* · 233
1.2 *Sammanfattning* · 234

2. AKT I. NÄR LIVET RÄMNAR · 237
2.1 *Dramats huvudpersoner* · 237
2.2 *Människan bakom berättelserna* · 242
2.3 *Skall- och hjärnskadad* · 243
2.4 *Amputerade* · 245
2.5 *Ryggmärgsskadade* · 247
2.6 *Whiplashskadade* · 251
2.7 *Övriga handikapp* · 252
2.8 *Sammanfattning* · 253

3. AKT II. VÄGEN TILL SJÄLVFÖRVERKLIGANDE OCH ALTRUISM · 255
3.1 *Övervinnelsens filosofi* · 256
3.2 *Altruismen som dold resurs inom vården* · 269
3.3 *Altruismens värden och erfarenhet av sjukvården* · 273
3.4 *Nyvunnen samhällsgemenskap* · 278
3.5 *Sammanfattning* · 280

4. AKT III. BEMÄSTRINGENS ANSIKTE · 283
4.1 *Copingstrategier* · 284
4.2 *Former för mellanmänskliga strategier* · 291
4.3 *Former av emotionella copingsstrategier* · 299
4.4 *Skrivande och konst som strategi* · 311
4.5 *Copingmodell* · 316
4.6 *Sammanfattning* · 319

5. AKT IV. COPING MED HANDIKAPP I OLIKA LIVSSKEDEN · 323
5.1 *»Mina flickor« – En tetraplegikers berättelse* · 325
5.2 *Social tidtabell* · 327
5.3 *Från teaterscen till rullstol* · 328
5.4 *Kvinnan och trafikskadan som social konstruktion* · 329
5.5 *Bilens sociala betydelse efter olyckan* · 335
5.6 *Lidandets dimensioner* · 339
5.7 *Sammanfattning* · 341

6. AKT V. MOT EN FÖRÄNDRAD FILOSOFI · 343
6.1 *Lidandet genom drömmen* · 347
6.2 *Handikappad eller invalid? En idévärld* · 351
6.3 *Sammanfattning* · 356

7. KONKLUSIONER, TEORI OCH EMPIRI II · 359
7.1 *Försoningen och det okända livet* · 361
7.2 *Bemästringens styrka* · 362
7.3 *Problem för fortsatt forskning* · 364
7.4 *Sammanfattning* · 366

8. ENGLISH SUMMARY · 367

9. YHDISTELMÄ · 377

10. FOTNOTER · 389

11. REFERENSER · 417

12. FÖRKORTNINGAR · 433

13. FIGUR- OCH TABELLFÖRTECKNING · 435

14. BILAGOR · 439

15. SAKREGISTER · 465

NSIKTE · 283
ategier · 284
ategier · 291
ategier · 299
trategi · 311
modell · 316
ttning · 319

KEDEN · 323
ättelse · 325
dtabell · 327
ullstol · 328
uktion · 329
lyckan · 335
sioner · 339
ttning · 341

OSOFI · 343
mmen · 347
évärld · 351
ttning · 356

PIRI II · 359
la livet · 361
styrka · 362
skning · 364
ttning · 366

MARY · 367

ELMÄ · 377

NOTER · 389

ENSER · 417

NGAR · 433

NING · 435

AGOR · 439

ISTER · 465

Förord

»– Ingen, ingen av mina filmer handlar om mig. Jag lever mitt liv, sådant som det nu är, och kommer helt enkelt aldrig att berätta för nån av vad mitt liv som återfinns i filmerna. Jag kommer aldrig att avslöja det för nån, för det är min ensak. Ingen kan heller gissa vad det är. Ingen kommer att kunna gissa var, hur, när jag ingjutit rollfigurerna med min egen smärta. Inte heller i vilken skepnad, det kan vara en kvinna, en man, nån som är ung eller gammal. Det är den mest intima delen av det här jobbet – och jag behöver den för mig själv«.[1]

ORDEN ÄR den polske filmskaparen och regissören Krzysztof Kieslowskis (1941–1996), som arbetade och agerade i filmens värld. Genom dramat försökte han att gestalta utsatta människors situation. Skillnaden mellan Kieslowskis skildringar och de livsberättelser som utvecklas i denna avhandling är att de trafikskadade lämnar ut sina liv och berättar om sig själva såsom de upplever sin egen personlighet.

Författaren Harry Martinson skriver om luffarens vandring runt i olika härader i Sverige. Luffarens vandring på olika vägar, liksom knallens vandringar, har många liknelser med detta avhandlingsarbete. För mig har arbetet med forskningsprojektet handlat om en lång vandring från finsk-ryska gränsen i Finland till västra Sverige. Som en knalle har jag vandrat hem till handikappade människor och besökt dem i deras hem.

Professor emeritus Georg Walls, min handledare, sa en gång när jag fick handledning av honom att jag skulle vara varlig med variablerna i mitt forskningsmaterial. Han jämförde forskningsarbetet med att vara ute på sjön och fiska. Det gäller till att lyssna var fisken står någonstans i vattnet när man fiskar, förklarade han för mig. Och för mig har det varit som för fiskaren som befinner sig på okänt vatten, att jag som forskare tvingats ta mig fram längs en okänd väg. Jag vill passa på att tacka Georg för den hjälp jag fått av

honom under avhandlingsskrivandet. Han har mer än handlett mig. Han har låtit mig botanisera i sina egna bokhyllor och givit mig tid för diskussioner och reflektion. Vi har talat om många skilda saker men när det gällt forskningsprojektet har det kommit att handla om fenomen som kris, traumatiska upplevelser, sorg och mörker. Men även människans möjligheter till bemästring och existentiella livsvillkor har vi diskuterat. En bra handledare betyder mycket under ett forskningsarbete. Ämnet trafikskador är mångfasetterat. Ett ämne som också innehåller värme, kamplusta, idérikedom och nyskapande. Från allra första stund i den här undersökningen har min strävan varit att försöka konstruera ett ansikte som kan berätta om hur livet blivit efter en svår trafikolycka. En sådan berättelse kan ges först efter att jag träffat många trafikskadade människor.

En julidag 1996 låg jag nere på asfalten efter en cykelolycka. Regnet sipprade över mitt ansikte. Jag hade slagit i huvudet i asfalten och människorna runt omkring mig väntade på ambulansen. Men samtidigt som jag kände regnet strila över ansiktet saknade jag ett ansikte. Jag saknade kontakten med medmänniskorna på platsen. Några personer stod upp samtidigt som jag låg där på den blöta asfalten. Jag kände att där bara fanns en skog med trädstammar runt omkring mig. Det var benen som jag uppfattade som trädstammar. Människorna omkring mig var rädda och väntande. Det oförutsedda hade hänt. Var jag skadad? Ingen visste det. Inte ens jag själv. Men regnet fortsatte att sippra i väntan på ambulansens ankomst. Jag klarade mig lyckligtvis utan skador vid olyckan.

Många personer har frågat mig hur jag orkar träffa trafikskadade människor och möta deras sorg. Många har försiktigt frågat mig hur det är att träffa »dem«. Att sitta vid ett middagsbord och äta lunch tillsammans med människor som är svårt skadade i olyckor är en speciell upplevelse. En dag var jag och besökte ett rehabiliteringshem i Västsverige för svårt skadade och handikappade. I lunchrummet där på hemmet kände jag mig så annorlunda. De flesta i matsalen var rullstolsbundna; ryggmärgsskadade och hjärnskadade. Men jag kunde gå på mina ben och hämta lunchbrickan som vanligt. Närvarokänslan vidgar vyer i en ny social samvaro. En samvaro som borde vara helt naturlig och vanlig men som nu ter sig skrämmande, fasansfull och plötslig. Jag satt bredvid en ung man som var hjärnskadad. Han kunde inte tala med mig. Jag kunde tala men fick inte fram något ord som lät naturligt. Varför? Vad är det som skrämmer oss så?

Den här avhandlingen är en strävan att bana vägen för en ny form av

social kommunikation som kan ge ökad kunskap om den skadades och handikappades värld och världsuppfattning. En olycka innebär stora förändringar för den drabbade, dennes familj och vänner. Relationerna förändrar även dem vilket för flera leder till ett nytt socialt nätverk och därmed till en ny social kommunikation mellan den skadade och dennes omgivning.

Det är brukligt att varje avhandlingsförfattare tackar de personer som bistått forskningsarbetet på olika vis. Jag vill rikta ett varmt tack till ett stort antal människor som jag varit i kontakt med under de senaste åren och som hjälpt mig på flera olika sätt.

Tack till Gunvor Brettschneider, socialattaché vid Finlands ambassad i Stockholm som i början av mitt avhandlingsarbete 1995 lotsade mig in bland trafikmyndigheter och organisationer i Finland.

Docent Martti Mäki, avdelningschef vid Trafikskyddet i Helsingfors har fungerat som en andra handledare för mig under doktorandtiden. Han har kommenterat och läst mina manuskript under resan. Ett tack också till de båda bibliotekarierna Outi Hietalahti och Mirjami Koskinen vid Trafikskyddet.

Risto Seppäläinen, verkställande direktör, Erkki Luoma-Aho samt Silja Sandqvist m. fl. vid Försäkringsbranschens Rehabiliteringscentral (FRC) i Helsingfors, gav mig tillgång till FRCs personskaderegister och medverkade i utskicket av trafikskadeenkäten i Finland. Forskningsprojektet har i Sverige haft stort stöd av Trafikskadenämnden och Trafikförsäkringsföreningen i Stockholm. Trafikskadenämnden har medverkat i projektet genom utskicket av handikappenkäten i Sverige. Jag vill främst tacka Solveig Almblad, kanslichef vid Trafikskadenämnden och hennes medarbetare för stort engagemang och välvilja. Tack också till f. d. generaldirektören och ordförande i Trafikskadenämnden Edmund Gabrielsson som givit värdefulla synpunkter och kommentarer till studien. Ett tack riktas också till Ulf Blomgren, verkställande direktör vid Trafikförsäkringsföreningen som lämnade tryckningsbidrag till avhandlingen.

Tack också till andra personer som jag under arbetet kommit i kontakt med och fått värdefull information av. Tack riktas till Eva Tidefelt, chefsjurist vid försäkringsbolaget Folksam i Stockholm.

Professor emeritus Georg Walls bjöd in mig till hans institution och öppnade vägen för arbetets genomförande. Jag fick ett arbetsrum först på Tölötorggatan och sedan på Snellmansgatan. Biträdande professor Antti Karisto, som jag lånade böcker av, har givit mig många kommentarer under

arbetets gång. Ilmari Helminen vid institutionen har hjälpt mig när det gäller alla frågor om datorstödet och med statistik. Ett tack riktas också till Anders Ekholm, biträdande professor vid Statistiska institutionen, Helsingfors universitet för kommentarer på analysmaterialet.

Thomas Lekander, trafiksäkerhetsanalytiker på Vägverket i Borlänge har kommit med värdefulla synpunkter och lämnat statistiska uppgifter under forskningsresan. Tack för siffror och stöd. Tack också till Lars Leden, specialforskare vid VTT (Technical Research Centre of Finland) i Esbo som läst och givit synpunkter på texten.

Varje forskare som ska försöka få pengar till ett forskningsprojekt vet att det fordras tålamod och idogt sökande efter finansieringskällor. Här har min vän Helmi Salonen i Helsingfors låtit mig med sax klippa ur stipendieannonser ur hennes gamla dagstidningar. Tack Helmi för tidningarna men också för de tediskussioner vi haft.

De forskningsstipendier som har givits till projektet har varit flera varför ett varmt tack riktas till följande finansiärer:

Tore G Wärenstams Stiftelse i Borås, Eugène, Elisabeth och Birgit Nygrens Stiftelse i Helsingfors, Helsingin Sanomain 100-vuotis-säätiö i Helsingfors, Ella och Georg Ehrnrooths Stiftelse i Helsingfors, Henry Fordin Säätiö i Helsingfors, E.J. Sariolan Säätiö i Helsingfors, Styrelsen för Oskar Öflunds Stiftelse i Helsingfors, Kulturfonden för Sverige och Finland i Helsingfors, Finlands Svenska Socialförbund r.f och Autoliv AB Research i Vårgårda.

Forskningsseminariet vid Socialpolitiska institutionen på Tölötorgsgatan och senare vid Snellmansgatan har under den här forskningsresan givit mig många värdefulla synpunkter och kommentarer på materialet.

Invalidförbundet och Kynnys ry i Helsingfors hjälpte mig att nå ut med undersökningen vid flera tillfällen. Tor Essén på Invalidförbundet var min första kontakt in i den finska handikapprörelsen. Tack också till Gunilla Sjövall vid Kynnys ry.

Kynnys tidskrift och Invalidförbundets tidskrift Invalidityö hjälpte till att publicera uppropet i Finland. De Handikappades Riksförbund (DHR) i Stockholm publicerade uppropet i sin tidskrift Svensk Handikapptidskrift. Ett tack riktas till Elisabet Geite på DHR. Mona Karlsson på Riksförbundet för Trafik- och Polioskadades (RTP) lokalavdelning i Borås gav mig värdefulla synpunkter innan enkäten kunde skickas ut.

Tack riktas även till Keijo Piirainen, forskare vid Lapplands universitet i Rovaniemi som läste flera av mina kapitel och kommenterade dem.

Jag vill här också passa på att tacka personalen vid ett flertal bibliotek som hjälpt mig på olika vis; biblioteksspersonalen vid Centralbiblioteket för Hälsovetenskap vid Mejlands sjukhus i Helsingfors som bistått mig med hjälp och datastöd vid sökningar i databaser. Tack också till personalen vid det finlandssvenska pressarkivet; Brages Urklippsverk i Helsingfors samt personalen vid Uppsala universitetsbiblioteks pressarkiv.

Tack till Sauli Suominen, lektor vid Helsingfors universitet som gjort översättningen av enkäten till finska språket. Min vän från Tammerfors – Sari Walldén har ofta lyssnat till mina tankar och funderingar och vi har haft många diskussioner tillsammans.

Jag vill också rikta ett tack till personalen vid Bokförlaget Fischer & Co i Stockholm som arbetat med utgivningsarbetet. Möjliggörandet av detta har skett genom de fonder som medverkat till att understödja utgivningen av boken. Forskningsbidrag har mottagits av Kommunikationsforskningsberedningen (KFB) i Stockholm. Ett tack riktas till Urban Karlström, generaldirektör och Hans Mohlin. Likaså har RTP och dess forskningsråd i Solna givit ett generöst bidrag till tryckningen av boken. Tack riktas också till Jan Molin, direktör vid Stiftelsen Idéer-för-livet vid Skandia försäkringsbolag i Stockholm som generöst givit ett tryckningsbidrag till denna bok. Bidrag har också erhållits från Letterstedtska föreningen i Stockholm. Ett tack riktas också till Lena Ericsson, avdelningschef, Trafikantavdelningen vid Vägverket i Sverige för stödjandet av utgivningen av doktorsavhandlingen.

Under avhandlingsarbetet har jag haft givande diskussioner med mina doktorandkollegor på institutionen. Tack riktas till alla de jag kommit i kontakt med under åren, speciellt till Gustaf Molander, Maarit Aalto och Marita Törrönen.

Avhandlingen har granskats av ett flertal personer. Tack till professor Tom Arnkil vid Helsingfors universitet som fungerade som opponent och inofficiell förhandsgranskare när avhandlingen granskades vid forskarseminariet. Tack också till Maarit Aalto som vid detta tillfälle fungerade som andre opponent. Professor Åke Nygren vid Karolinska institutets skadepreventiva enhet har också delat med sig av sin kunskap och sina erfarenheter under forskningsarbetet. Han har också givit mig värdefulla kommentarer som officiell förhandsgranskare och sakkunnig. Den andra officiella förhandsgranskaren har varit professor Katie Eriksson vid Helsingfors universitet och har vid flera tillfällen kommenterat ett antal kapitelutkast.

Professor Claes Tingvall, f. d. trafiksäkerhetsdirektör vid Vägverket i

Sverige, professor vid Monash University Accident Research Centre, Melbourne, Australien har skrivit ett företal i avhandlingen om ämnet trafikskador i Norden. Jag vill här framföra ett tack för detta värdefulla bidrag.

George Varcoe har språkgranskat den engelska sammanfattningen och gjort de nödvändiga korrigeringarna. Den finska sammanfattningen är översatt av Riitta Nordfelth.

Karl Franklin i Umeå har tagit bildillustrationen till omslaget – en bild som jag blev förtjust i från första stund. Utsikt mot havet kan vara en del av välfärden i människans liv.

Arbetet med att färdigställa en doktorsavhandling är en kollektiv produkt där flera människor medverkat och lämnat synpunkter. Men till slut är det alltid författaren som har ansvaret för innehållet i boken och de brister som kan finnas däri.

Ett stort tack vill jag också rikta inte minst till alla de handikappade som medverkat och berättat om sina liv i denna undersökning. Det krävs mod, kraft och styrka för att ge sin livsberättelse. Jag vet att alla de som givit sina berättelser, och besvarat enkäten, har tvingats till tankar. Flera av er har också berättat om svåra händelser genom att under intervjuerna tala svenska med mig – ett språk som inte är ert eget modersmål. Sådant kräver också styrka och mod. Därför är det svårt att också för mig att uttrycka den tacksamhet som jag känner. Ett varmt tack till er alla.

Min uppväxt i Lundaskog med min mamma och syster lade grunden för min studiemotivation. Det var där jag läste mina första böcker som sedan fick mitt bokintresse i blom. Min mamma som hoppats och stött mig genom åren vet var förmågans energi finns.

Min hustru Nina har givit mig ett varmt stöd under många långa nätter när datorskärmen lyst. Nina har hjälpt mig inte bara med kodningsarbete, korrekturläsning m. m. Hon har uppmuntrat mig och funnits vid min sida hela tiden och levt med en forskare. Hennes värme, förståelse och tillit är en del av mitt liv. Nina har fått mig att inse att livet också består av tango, rosor och soluppgångar med utsikt mot havet.

Avhandlingen tillägnar jag alla de trafikskadade som förmedlat sina erfarenheter och liv och berättat om ett av våra allra största folkhälsoproblem i modern tid.

JÖRGEN LUNDÄLV

Carlshem, Umeå i juni 1998

Företal

TRAFIKSKADORNA i samhället utgör ett av våra största folkhälsoproblem. Man kan räkna med, att i de nordiska länderna, så är den genomsnittliga tiden för förlust av full hälsa ungefär tre år per invånare, och den genomsnittliga livslängden nästan ett halvt år för kort till följd av trafikolyckor. Det finns länder där dessa siffror är väsentligt högre.

Det är naturligtvis märkligt att det moderna samhället inte lyckats åstadkomma en bättre situation, speciellt mot bakgrund av att vi känner de flesta av de mekanismer som skulle kunna nedbringa risker för dödsfall och allvarlig skada radikalt. Orsakerna till detta är flera, men den långsiktigt viktigaste är sannolikt, att vi ända sedan bilismens barndom på tjugotalet medvetet och omedvetet valt att göra trafikolyckan och den efterföljande skadan till ett individuellt problem. Medan de flesta andra system som omger oss, har en inbyggd säkerhet och ett uttalat legalt ansvar hos den som utformar och sköter systemet, så har vi i vägtrafiken valt att lägga i stort allt ansvar för säkerheten på den enskilde, och vi saknar i egentlig mening någon som är systemansvarig.

Mycket av våra ansträngningar inom trafiksäkerhetsområdet har därför präglats av att vi sökt få den enskilde att ta ett bättre säkerhetsansvar, och genom att ändra sitt beteende lösa samhällets trafiksäkerhetsproblem. Icke uttalat kan detta innebära att den som varit inblandad i en olycka är en individ som inte tagit ansvar och som kännetecknats av ett sämre beteende än andra. Legalt och i sak kan detta naturligtvis vara korrekt, men det är en synnerligen dålig säkerhetsstrategi om vårt mål ska vara att ingen människa ska komma till allvarlig skada i vårt vägtransportsystem. I sådant fall måste vi kunna acceptera misstag och felhandlingar.

Vår syn på vägtransportsystemet och det individuella ansvaret för säkerheten präglar också vår syn på skadade människor och deras syn på sig själva. En skadad människa och dess anhöriga är i högsta grad legitima företrädare för en förändrad syn på säkerhet i samhället, men utgör i stället en tyst skara

som ofta känner skuld och vanmakt. Några genomgripande krav på förändringar hörs sällan.

Desto viktigare är det att vi lyfter fram de skadades situation, medicinskt och socialt, och beskriver dem som offer för ett primitivt system, men som människor som dels kan påverka vår framtid, och vars livsinnehåll har fått ett annat värde. En kartläggning av skadade människors livssituation hjälper också att fokusera på vilka typer av skador som vi i första hand ska förhindra. I den s.k. nollvisionen, där vi sätter människans liv och hälsa i centrum för det framtida vägtransportsystemet, är det viktigt att vi använder de allvarliga skadorna som dimensionerande storhet. Samtidigt måste vi vara observanta med vad vi menar med en allvarlig skada, så att vi inte enbart stirrar oss blinda på vad som orsakar att vi hamnar i sjukvården, utan också inkluderar de långsiktiga medicinska och sociala aspekterna.

Slutligen får vi inte glömma att vi kan påverka situationen för skadade människor genom att dels se dem, dels skapa ett samhälle där alla har lika möjligheter, inte minst när det gäller tillgängligheten till vägtransportsystemet.

CLAES TINGVALL
Prof, Dr Med Sc,
Director of Traffic Safety, Borlänge Sweden,
Professor and Director at the Monash University,
Australias's International University,
Accident Research Centre, Melbourne, Victoria.

Inledning

Utan ansikte...

Med tappat ansikte
och tomma ögon
stirrande rakt fram
Utan några tankar
Tiden går sin väg
och jag med de

Med tappat ansikte
och med vilsenhet
går jag genom livet
utan att förstå
Vad skulle jag göra?
Livet flyter – försvinner

Utan tappat ansikte
om jag förmådde
sluta stirra rakt fram
kunde jag mycket göra.
Det finns i kropp och själ.
Men livet bara flyter!

Lilian Andersson, januari 1994, trafikskadad
(ur enkätundersökningen i samverkan med Trafikskadenämnden och Trafikförsäkringsföreningen i Stockholm 1996).

I DEN POLSKE dramaregissören Krzysztof Kieslowskis filmberättelse beskrivs bilolyckans tragik på flera vis. Kieslowskis drama kan sägas vara en viktig dokumentation över vad som händer omedelbart efter en olycka. När bilföraren förlorar herraväldet över fordonet är den annalkande katastrofen nära. I samma ögonblick som olyckan inträffar infinner sig det drama som kommer att utspela sig i den här avhandlingen. Det handlar om ett välfärdsdrama om hur individen återvänder tillbaka till livet.

Begynnelsen till ett välfärdsdrama är av en alldeles unik natur. Detta drama behöver inte nödvändigtvis liknas vid andra sociala dramer. Trafikbrott kan naturligtvis vara en orsak till att trafikolyckan inträffar men för många människor finns varken brott eller naturlig orsak till olyckan. Trafikolyckan som välfärdsdrama skiljer sig så till vida från andra sociala dramer att vem som

helst kan drabbas av en olycka. Dramats huvudpersoner gestaltar därför olika människor och livsöden med skilda sociala bakgrunder och uppväxtförhållanden. För att kunna förstå dramats egentliga innebörd har det varit forskningens uppgift att studera huvudpersonernas egna tankar och reflektioner på det drama som förändrat deras liv på mer än ett sätt.

Begynnelsen till ett välfärdsdrama handlar också om människans sätt att uttrycka sin egen upplevelse och vinna förståelse för den nya situationen av sin omgivning.

Kieslowski skildrar i sin filmtrilogi förintelse och tragik.[1] Den film som här åsyftas heter *Frihet. Den blå filmen*. Kieslowskis trilogi är uppbyggd kring färgerna blå, vit och röd och är relaterade till begrepp från den franska revolutionens tid och den franska flaggan. Begreppen är frihet, jämlikhet och broderskap. Färgerna kan sägas bilda en helhet och dramatrilogin kan betraktas ur ett narrativt perspektiv.

I *Frihet. Den blå filmen* skildras en tragisk bilolycka och frågan som Kieslowski lämnar efter sig är om den överlevande personen uppnått ett tillstånd som man skulle kunna säga vara en grad av frihet? Frihet att övervinna svårigheter och uppnå välfärd.

Den röda tråden genom dramat är en ensam människas väg tillbaka till livet. Det är en ensam människas kamp. Dramat berättar också om genomgående av offrande, sorg och lidande. Först därefter kan försoningen inträda.

Kieslowskis drama kan sägas ha mycket gemensamt med vad den här avhandlingen kommer att handla om. Man skulle kunna uttrycka det som att den sociala verklighet som kommer ur en trafikolycka kan skildras på olika vis.

Den tid som förflutit efter en olycka skapar nya ansikten och scener för den drabbade människan. Det är i detta skede som den sociala forskningen har en viktig uppgift att fylla. För de människor som drabbas av olyckorna får det verkliga dramat kritiska men också så omvälvande förändringar i såväl de sociala som existentiella frågorna att det är möjligt att tala om att människan kan vinna styrka och bemästra svårigheterna. Men hon har svårt att lämna förflutenhetens trygga värld över en kortare tid. Begynnelsen till ett välfärdsdrama måste därför betraktas som en inledning till en utsträckt process där individen är delaktig i dess olika skiftningar. Det är i ljuset av dessa skiftningar som det är möjligt och angeläget för den sociala forskningen att studera bilismens skadeverkningar på människan.

I. Begynnelse till ett välfärdsdrama

1. Bilismen som socialt fenomen i välfärdsstaten

BILENS OCH BILISMENS skadeverkningar har under större delen av 1900-talet funnits i människans medvetande. Det har gällt både inom litteraturen, filmen, vetenskapen, politiken och inom den tredje statsmakten d.v.s. massmedierna. För att kort inledningsvis redovisa denna medvetenhet vill jag ge fem exempel; en dramaregissörs, en författares, en presidents, och två trafikoffers syn på bilismens följder.

Den svenske samhällskritikern och författaren Vilhelm Moberg skrev om bilen och människan redan i sin roman *Din stund på jorden* som kom ut i början av 1960-talet. Moberg ville litterärt visa vilka skador och den bråda död som bilen orsakar människan i samhället.[2]

Medvetenheten har under de senaste decennierna också funnits bland politiker och statsöverhuvuden i olika länder. I Finland är det traditionsbundet att det varje år hålls ett presidenttal ett s.k. nyårstal om ett eller flera angelägna samhällsproblem. Vid en genomgång av samtliga nyårstal som hållits av presidenterna i Finland under hela 1900-talet visar det sig att Urho K Kekkonen varit den president som ägnat trafikolyckorna störst uppmärksamhet. Genomgången visade att Kekkonen under sin presidenttid ägnade trafikolyckorna stor uppmärksamhet vid fyra tillfällen: 1965, 1967, 1973 samt 1975. Bland annat ansåg president Kekkonen att dödsoffren i Finland var av »världsrekordklass« och han kom också att diskutera trafikfrågan och bilismen i ett av sina tal. Detta återfinns i presidentens nyårstal år 1972.[3]

Jag kommer senare i avhandlingen under avsnittet om framväxten av ett socialt samhällsproblem att återkomma till trafikolyckornas konsekvenser jämfört med andra mänskliga och samhälleliga katastrofer. Men låt oss nu uppehålla oss något kort vid medvetenheten om trafikens faror. Inom litteraturen finns också trafikens offer upptagna som författare. De speglar inte bara en medvetenhet om bilismens skadeverkningar utan ger också en inblick i de sociala livsmekanismer som kan vara svåra att upptäcka för den som inte re-

dan har upplevt en trafikolycka.[4]

Min doktorsavhandling är ett försök att insamla de tankar och erfarenheter som finns hos några handikappade i två nordiska länder – Finland och Sverige. De är, liksom alla andra människor i ett samhälle – i ett land, unika. Deras livsvisdomar och bemästring kan ge förklaringar till de mekanismer som ligger till grund för en människas möjligheter att klara fortsätta leva trots hårda motgångar och sorg över något förlorat.

1.1 *Från idyll till framväxten av socialt samhällsproblem*

Människan har under många år sett bilen som ett transportmedel för att förflytta sig från en plats till en annan. Bilen har för den moderna människan blivit ett oersättligt kommunikationsmedel som få har lärt sig att vara utan. Emin Tengström, professor i humanekologi skriver om bilen som ett samhällsfenomen.[5] Enligt min mening har forskare inom olika vetenskapsgrenar inte ägnat bilismens framväxt och konsekvenser någon större uppmärksamhet när det gäller de skadeverkningar bilen haft på människan. Dock finns här några undantag.[6] Forskarens uppgift inom samhällsvetenskapen, borde enligt min uppfattning vara, att uppmärksamma och problematisera de negativa skadeverkningar som bilen haft och har på människans hälsa och psykiska välbefinnande. För människan var bilen från början något som kan liknas vid en idyllisk tillvaro. Bilen var en nyhet som få ägde eller hade ens tillgång till. Därpå följde en snabb utveckling under efterkrigstiden i flertalet länder när bilindustrin producerade nya bilmodeller på löpande band. Trafikens idyll byttes snart ut mot ett växande samhällsproblem; trafikolyckorna.

Den amerikanske forskaren Harry R. DeSilva skrev om bilolyckor i USA redan på 1940-talets början. Han konstaterade då att USA var det land i hela världen som hade de flesta trafikolyckorna. Enligt DeSilva omkom 40 000 människor samtidigt som över 1 miljon människor skadades i trafikolyckor runtom i USA under år 1941.[7] Framväxten av bilismen men också uppkomsten av trafikolyckor måste enligt DeSilva betraktas utifrån perspektivet vem som kör bil i samhället. Han menar att utvecklingen av bilismen innebar att bilen blev tillgänglig för allt fler människor i samhället som tidigare inte hade haft tillgång till en egen bil. Mångfalden människor i samhället som fick tillgång till bil ska också enligt DeSilva ses i sammanhanget med teknikutvecklingen.

Under 1960-talet kom bilismens problematik att uppmärksammas av bl. a.

den amerikanske advokaten Ralph Nader som utkom med sin bok *Unsafe at Any Speed*.[8]

Det är inte fel att uttrycka det växande samhällsproblemet och de olyckor som följer av en ökad bilism för en farsot. Forskaren Inggard Lereim talar om trafikolyckan som en epidemi i samhället.[9] Enligt Lereim är det dock inte tillräckligt att tala om en epidemi i ett land utan att det under senare år också är möjligt att karaktärisera utvecklingen som en pandemi, en form av epidemi som haft en stor spridningsförmåga över stora områden, till flera länder.[10] [11]

Inom den medicinska forskningen har det under 1950-talet talats inte bara om att trafiken och olyckorna skulle utgöra en farsot utan att det existerar en trafiksjukdom. I mitten av 1950-talet gjordes en medicinsk undersökning i Skandinavien om trafikskador. I den skandinaviska undersökningen deltog 76 sjukhus i de nordiska länderna Danmark, Finland, Norge och Sverige.[12] [13]

Under 1970-talet skulle man kunna säga att trafikolyckan också betraktades som ett specifikt hälsoproblem som var förknippat med stress. I boken *Trafikk-krigen* försöker de båda norska författarna Jan Carlsen och Hansmagnus Ystgaard betrakta olyckan ur ett stressperspektiv.[14]

Bland de olycksfallsskador som kan inträffa i samhället tillhör trafikskadorna en av de största skadegrupperna. I Sverige omkommer årligen närmare 2 800 människor i olika olycksfall.[15] Enligt undersökningar som gjorts sker de flesta dödsolyckorna i åldrarna 15–64 år i trafiken. Man kan enligt min mening studera trafikolyckan inte enbart som ett samhällsfenomen utan också som ett socialt problem i samhället. Socialstyrelsen i Sverige skriver i sin folkhälsorapport för år 1994 att »bland ungdomar, 15–24 år, är självmord lika vanligt som dödsfall vid trafikolyckor«.[16]

I folkhälsorapporten konstateras att antalet personer som skadats och dödats i trafikolyckor minskat sedan år 1975. Dock skriver Socialstyrelsen i sin rapport att cykelolyckorna är den enda olyckstyp som inte minskat.[17] I en statlig svensk utredning SOU 1996:26 konstateras att antalet omkomna i trafiken minskat med 28 procent under åren 1988–1994. Under samma period minskade antalet skadade personer i trafiken.[18]

För att återanknyta till den medicinska undersökning som gjordes i Norden under 1950-talet, kan trafikolyckorna alltså ses som en slags sjukdom i samhället.[19]

Det är viktigt att understryka de dimensioner som trafikolyckan som fenomen har i samhället. För att visa hur många dödsoffer och skadade som trafiken skördat går det att jämföra med dödstal från krig och katastrofer. I en ti-

dig uppslagsbok från 1960-talet som bär namnet *Människan i trafiken* omskrivs denna problematik på följande sätt:

»Frekvensen av årligen förlorade eller gravt skadade individer kan jämföras med förlusterna i ett omfattande krig och de ekonomiska konsekvenserna för samhället når mångmiljardbelopp«.[20] [21]

Den amerikanske författaren H. J. Roberts skrev i början av 1970-talet i sin bok *The Causes, Ecology and Prevention of Traffic Accidents* att trafikolyckan måste betraktas som ett stort globalt problem.[22] För att visa att trafikolyckan under flera årtionden betraktats som ett stort problem, är det mjligt att jämföra olycksfenomenet med de krig och katastrofer som ägt rum efter de båda världskrigen. Nedanstående uppställning visar krig och katastrofer och omfattningen av dem.

Trafikolyckorna som socialt globalt problem i jämförelse med krig och katastrofer:

Finska vinterkriget (»ärans vinter«, 1939–40): 22 451 finländare omkom, 45 384 finländare skadades.[23]
Fortsättningskriget (1941–44) 50 000 finländare omkom, 160 000 finländare skadades.[24]
Koreakriget (1950–1953) 54 246 personer omkom[25]
Vietnamkriget (1961–1967) 19 213 personer omkom[26]
Estoniakatastrofen (1994) ca 1 000 personer omkom.
Trafikolyckor i hela världen (årligen) 500 000 personer omkom[27]
Trafikolyckor i Europeiska länder (årligen) 50 000 personer omkom

De skador som en trafikolycka kan sägas resultera i innebär olika välfärdskonsekvenser för den enskilde individen. Den svenske forskaren och läkaren Åke Nygren som studerat långtidseffekter av trafikskador[28] skriver följande om trafikens konsekvenser i förlängningen:

»Varje år skadas 2 400 personer i trafikolyckor så svårt att de får en medicinsk invaliditet på minst 10 procent. Det betyder ett livslångt lidande med värk och funktionsbortfall. På 10 år kan vi med dessa invalider befolka en mindre stad och faktum är, att var 40:e svensk får en invalidiserande skada i trafiken«.[29]

Att trafikskadorna är ett angeläget forskningsområde vittnar den officiella statistiken om. I Sverige konstaterade Statens beredning för utvärdering av

medicinsk metodik (SBU) i en rapport trafikskadornas betydelse såväl globalt som nationellt. SBU skriver:

> »I västvärlden, inkluderande Japan, har trafikolyckor under de senaste 30 åren dödat 5,5 miljoner människor och skadat 230 miljoner – därav cirka 25 procent allvarligt. Detta är likvärdigt med att hela Finlands eller Danmarks befolkning skall ha utplånats, hela USA:s befolkning skadats och alla Frankrikes invånare fått bestående men efter trafikolyckor«.[30]

I SBUs rapport konstateras också följande:

> »I Sverige skadas varje dag 150 människor i trafiken, 7 blir invalider och 2 avlider. Varje år skadas 60 000 personer i trafikolyckor, varav 14 000 så allvarligt att de måste vårdas inneliggande på sjukhus«.[31]

Trafikolyckorna har kommit att bli ett angeläget problem att behandlas i såväl Finland som Sverige.

1.2 *Avhandlingens fortsatta disposition*

Uppläggningen av avhandlingen är systematisk. I huvudsak består avhandlingen av två avsnitt. Det första avsnittet omfattar totalt tio kapitel. I dessa kapitel redogörs för bakgrund, teoribildning samt metodologiska aspekter och metoduppläggning. Vidare behandlas forskningsproblemet och undersökningens modell. Syftet med avhandlingens första del är att en introduktion till forskningsproblemet ska kunna ske samt för att visa de preciserade frågeställningar varpå avhandlingen är uppbyggd. För att förstå trafikolyckans sociala konsekvenser och påverkan på människan är det viktigt att få kunskap om hur levnadsvillkoren i allmänhet ser ut för de människor som skadats i olyckor. I avhandlingens första avsnitt redovisas såväl officiell statistik som resultatet från en forskningsenkät som belyser de trafikskadades sociala levnadsvillkor i Finland och Sverige. Syftet med denna redovisning är att kunskap ska kunna erhållas för att få en förståelse för den trafikskadade människans utsatthet och existensvillkor. Avhandlingens andra del är en fortsättning och således en fördjupad studie av den drabbade människans existensvillkor och sociala liv. Man kan säga att den första delen i avhandlingen har som syfte att skapa en profilbild över den sårade människan i bilsamhället. Det andra avsnittet i avhandlingen har till syfte att djupare tränga in i denna profilbild

och bringa klarhet i de mekanismer och förhållanden som en forskningsenkät och officiella datamaterial inte kan ge svar på.

Avhandlingens andra del består av totalt sju kapitel och utgörs av beskrivande fallstudier. De exempel som är hämtade från djupintervjuer av trafikskadade personer i båda länderna formar ett välfärdsdrama om bemästring.

1.3 *Sammanfattning*

I avhandlingens första kapitel har jag försökt att penetrera och problematisera det nya slags problem som uppstått i det moderna samhället. Uppkomsten och förekomsten av bilismens negativa skadeverkningar; trafikolyckorna har under större delen av 1900-talet gjort sig synliga i samhället som ett socialt problem. Sedan 1950-talet i Sverige har den ökande bilismen inneburit upp till ett åttafaldigande av resandet.[32] Olyckorna har resulterat i omfattande sociala problem under flera decennier utan att de rönt någon uppmärksamhet i samhället. Det sociala samhällsproblem som kan sägas ha uppstått på nytt i samhället är av epidemiologisk natur och visar på att olyckorna är ett befäst socialt problem eller om man så vill en ny slags social utslagning ur samhällsgemenskapen: de trafikskadade och handikappade människorna. Den ökande bilismen har ökat riskerna för den enskilde individen och hennes utsatthet i samhället. Finland och Sverige är de två länder i Norden där det år 1993 fanns flest registrerade personbilar.

En historisk tillbakablick från nutid tillbaka till 1950-talet visar att bilen och trafikolyckan betraktas som olika slags problem. I litteraturen har det talats om begrepp som epidemi och pandemi men också om en härjande farsot och trafiksjukdom. I avsnittet har det vidare behandlats om hur trafikolyckan under 1970-talet studerats som ett hälsoproblem och trafiksäkerhetsproblem.

I avhandlingen har jag som avsikt att ta fasta på en ny typ av problem som är förknippade med bilismen och olyckorna, nämligen de sociala problem som följer av olyckan. De sociala problemen och följderna av olyckor har hittills varit näst intill ouppmärksammade i såväl nordisk som internationell välfärdsforskning.

2. Medborgare i trafiken

Tengström har belyst bilismens betydelse och framväxt i samhället och den svenska handikapputredningen påpekar den kunskap och vetskap som samhällsorganisationen har om handikapp och levnadsvillkor. Men hur kan den här vetskapen betraktas ur den trafikskadades synvinkel? Låt oss närma oss bilismen sett ur ett annorlunda perspektiv. Efter en olycka inträffat adderas olyckan till raden av andra olyckor utan att någon större uppmärksamhet görs i samhället. Jämfört med större katastrofer, till exempel när ett flygplan störtar eller när en färja förliser under sin färd, ter sig den mindre trafikolyckan som en bagatell i sammanhanget men också i samhället. Men för den enskilde individen har olyckan blivit en omställning till hela livet. De givna livsvillkoren och det sociala livet förändras för många människor som skadats. Hur ska då en trafikolycka tolkas? Är den sett ur händelsen ett personligt problem för den eller de inblandade eller är det rent utav så att olyckan också kan och bör karaktäriseras som ett socialt problem i det moderna samhället?

2.1 *Distinktionen mellan personliga och sociala problem*

Teoretikern och sociologen C Wright Mills gör en distinktion mellan olika problem för individen i samhället. Mills skiljer mellan vad man skulle kunna uttrycka det för, »personal troubles« och »social issues«. I boken *Den sociologiska visionen* gör han distinktionen klar mellan vad som definieras som ett bekymmer och vad som bör betecknas som ett problem. Mills skriver:

> »Bekymmer uppträder inom individens person och inom ramen för hans omedelbara relationer till andra; de har att göra med hans jag och med de begränsade områden av det samhälleliga livet som han är direkt och personligt medveten om«.[1]

Den andra distinktionen som görs av Mills är definitionen av problem. Och det är också en sådan distinktion som är väsentlig vid studiet av trafikolyckor och de människor som utsätts för skador och tvingas leva med sina trafikskador. Följande definition går enligt Mills att göra av begreppet problem:

> »Problem har att göra med frågor som går utöver individens lokala miljöer och ramen för hans inre liv. De har att göra med hur många sådana miljöer organiseras till institutioner i ett historiskt samhälle som helhet, med hur de olika miljöerna går i varandra och täcker varandra för att bilda den större strukturen för det sociala och historiska livet. Ett problem är en allmän angelägenhet; ett värde som allmänheten lägger stor vikt vid upplevs som hotat«.[2]

Det är också viktigt att särskilja de båda begreppen personliga problem och sociala problem. Mills definition av problem och bekymmer kan sägas inrymmas under benämningen personliga problem. Problemet med förekomsten av trafikolyckor som samhällsfenomen kan och bör enligt min mening betraktas och definieras som ett socialt problem. Detta sociala problem, som andra forskare bland andra Lereim karaktäriserat som en epidemi i samhället[3], har inte tidigare uppmärksammats.

2.2 *Bilism som social kris?*

Det är viktigt att betrakta bilismen i samhället som ett samhällsfenomen. Enligt Tengströms betraktelsesätt, som också i den meningen väl sammanfaller med avhandlingens referensram, är fenomenet bilism intressant att studera av flera orsaker. En av de viktigaste orsakerna som också utgör själva tyngdpunkten i avhandlingen är att bilismens betydelse är accelererande i samhället samtidigt som den skapar samhällsproblem som ter sig allt svårare. Avhandlingens undersökning baseras på de skadeverkningar bilismen fått på människan sett ur ett socialt perspektiv.

På 1970-talet skärskådade samhällsteoretikern Fred Hirsch samhällsutvecklingen utifrån situationen att medborgarna tillsammans skapar en gemensam social produkt. Hirsch skriver om vad han benämner för *överflödets paradox* som innebär att alla individer i samhället inte kan åtnjuta de frukter som ekonomisk tillväxt kan resultera i. Inom ramen för en privat konsumtion finns det enligt Hirsch alltid ett socialt moment, en social faktor som leder oss till tanken att en annan individ, en medmänniska kan drabbas av olika skade-

verkningar. Ett konkret exempel på det senare skulle kunna vara risken för att en trafikolycka ska uppstå vid trafikträngsel. I ett modernt risksamhälle som präglas av effektivitet och rationaliseringar kan sådana sociala faktorer ha en större inverkan på människans vardag och villkor än tidigare.

Olyckorna har under större delen av 1900-talet betraktats som olika typer av problem, dock inte som något utpräglat socialt problem. Ett enligt min mening tydligt exempel på att trafikolyckorna inte har uppmärksammats i tillräckligt stor utsträckning är bristen i den officiella statistiken. I Sverige började myndigheterna att föra olycksfallsstatistik i trafiken år 1936. Ansvaret för den officiella statistiken har legat hos Statistiska Centralbyrån (SCB). Sedan i mitten av 1960-talet är den svenska officiella statistiken baserad på rapporterade personskador från polismyndigheterna i landet. 1996 skrev Vägverket i en rapport att bortfallet för personskador är mycket stort då polismyndigheterna inte har kännedom om alla inträffade trafikolyckor som sker under ett år. Enligt Vägverkets rapport rapporteras drygt hälften av de svåraste skadefallen samtidigt som drygt en tredjedel av de lindriga skadorna rapporteras.[4] Fenomenet med bristande officiell trafikskadestatistik är dock inte något unikt för Sverige. Myndigheterna i Finland har under flera årtionden också tvingats konstatera bristerna. Den finländske medicinska forskaren Pär Slätis studerade trafikskador under 1950-talet ur ett medicinskt perspektiv och använde sig av sjukhusuppgifter.[5] Den svenske forskaren Jan Thorson konstaterade i en studie i Sverige under 1960-talet att det fanns uppenbar bias i den officiella statistiken då han påvisade att inte mindre än 25 procent av rapporteringen av personskador var felaktigt registrerade hos de offentliga myndigheterna.[6] Det finns också forskning i Sverige som visat på att den officiella statistiken enbart redovisat drygt 45 procent av svårt skadade och 40 procent av de lindrigt skadade i olyckorna.[7]

Förhållandena med en bristande statistik i Sverige och Finland har förföljt de båda länderna under flera decennier. Också idag står både svenska och finska myndigheter inför det faktum att den officiella statistiken inte är helt och hållet tillförlitlig. Men i såväl Finland som Sverige arbetar myndigheterna med att utveckla nationella skaderegister. I Sverige bedrivs detta utvecklingsarbete vid Epidemiologiskt centrum inom Socialstyrelsen.[8]

Den problematik som jag försökt redogöra för här är något som existerar i flera länder. Den brittiske forskaren John Adams behandlar också denna problematik i sin bok *Risk*.[9]

2.3 *Trafiksituationen i Norden*

Med beaktande av den rådande kommunikationssituationen i det moderna samhället är det viktigt att fästa uppmärksamheten på trafikolyckan som ett samhällsfenomen. Eftersom studien har fokuserat intresset mot Finland och Sverige där det förekommer ett stort antal trafikolyckor årligen kan det också vara intressant att göra en kort historisk tillbakablick. År 1930 fanns det 9 887 bilar runtom i de finska städerna. Flest bilar fanns det dock på den finska landsbygden; 14 451 bilar. Statistisk årsbok för Finland åren 1946–47 visar att det år 1931 inträffade 999 trafikolyckor i Finlands huvudstad Helsingfors. I hela landet inträffade det samma år totalt 2 970 olyckor. De allra flesta av dem skedde på landsbygden.[10]

Hur såg då bilismens utveckling ut under 1950-talet och 1960-talet i Finland? Den officiella statistiken ger vid handen att bilismen var tämligen blygsam i 1950-talets Finland. I slutet av 1950-talet fanns 162 968 personbilar registrerade.[11] En siffra som ska jämföras med i slutet av 1960-talet då antalet bilar uppgick till närmare 700 000. År 1976 hade Finland över 1 miljon personbilar på vägarna. Och sedan sent 1970-tal har bilismens utveckling gått rakt upp. År 1994 fanns 1 872 588 personbilar i Finland. Bilismen i Finland har sedan 1976 fram till år 1994 ökat med 55 procent.

I Sverige har också bilismen ökat kraftigt under senare decennier. Vägverket i Sverige har under 1990-talet utarbetat en s.k. nollvision som innebär att trafikskadorna ska reduceras.[12]

Tabell 1:2:4:1: *Antal personbilar, motorcyklar och befolkningsmängden i de nordiska länderna år* 1993.[13]

Land	Årtal	Antal personbilar	Antal motorcyklar	Folkmängd
Danmark	1993	1 609 412	47 405	5 197 000
Finland	1993	1 872 933	64 025	5 078 000
Island	1993	116 195	1 780	265 000
Norge	1993	1 633 088	35 629	4 325 000
Sverige	1993	3 566 040	113 940	8 745 109

Under 1994 inträffade närmare 16 000 trafikolyckor på vägarna i Sverige.[14] Samma år skedde 6 725 olyckor i Finland där människor ådrog sig handikapp eller avled till följd av skadorna.[15] År 1994 inträffade totalt 6 245 trafikolyckor i Finland. I dessa olyckor omkom 480 personer samtidigt som 8 080 personer ådrog sig personskador.[16]

Trafikförsäkringscentralen i Helsingfors noterar årligen mellan 400 och 500 olycksfall där personer ådragit sig sådana skador att personen tvingas till invaliditetspension. Av följande tabell framgår förekomsten av trafikskador men också antalet omkomna personer i olyckor under år 1993.

Tabell 1:2:4:2: *Trafikolyckor i de nordiska länderna under år* 1993.[17]

Land	Årtal	Skadade och dödade	Därav dödade	Döda per 100000 invånare
Danmark	1993	10489	559	11
Finland	1993	8290	484	10
Island	1993	1451	17	6
Norge	1993	11817	281	6
Sverige	1993	20373	632	7

Historiskt sett har det inträffat hundratusentals trafikolyckor i Finland de senaste trettio åren. Enligt beräkningar från Statistikcentralen i Helsingfors inträffade det 904 825 olyckor på vägarna runtom i landet mellan åren 1965 till 1991. Under perioden skadades 275 598 personer i de här olyckorna. 22 840 omkom i trafikolyckorna. I en forskningsrapport från Trafikskyddet i Helsingfors konstateras att det förekommer en skadeökning för både bilister och cyklister i Finland under perioden 1970 till 1990.[18] Ökningen är enligt den undersökningen 26 procent för bilisternas del medan cyklisternas ökning motsvarar 25 procent. Under samma period redovisades också en minskning av trafikskador bland barn med 51 procent. I forskningsrapporten står också att utläsa att skallskadorna minskat i antal mellan åren 1970–1990. Däremot konstateras en ökning av ryggmärgsskador och skador på extremiteter hos de trafikskadade. Olycksfallssituationen i Sverige redovisar också mörka siffror. Mellan åren 1960 fram till idag har närmare 760 000 människor drabbats av olyckor i trafiken.[19] Det är en något lägre siffra än situationen i Finland, men båda länderna uppvisar höga tal för inträffade olyckor. Mellan januari och augusti 1995 inträffade närmare 5 280 trafikolyckor i Finland. I dessa olyckor omkom 286 personer. Närmare 5 000 människor i Finland har ådragit sig personskador till följd av trafikolyckor. En siffra som ska jämföras med samma tidsperiod 1994. Under 1995 har det skett 900 fler olyckor än under 1994.[20]

Tabell 1:2:4:3: *Antal skadade och omkomna i trafikolyckor under åren* 1980–1993 *i de båda nordiska länderna, Finland och Sverige (absoluta tal).*

Årtal	Finland Döda	Finland Skadade	Sverige Döda	Sverige Skadade
1980	551	8442	848	19246
1981	555	9072	784	18554
1982	569	9117	758	19277
1983	604	9373	779	19803
1984	541	9198	801	20635
1985	541	9563	808	20671
1986	612	10762	844	21614
1987	581	10752	787	20467
1988	653	11909	813	22838
1989	734	12042	904	23531
1990	649	12758	772	22497
1991	632	11547	745	21057
1992	601	9899	759	20727
1993	482	7800	632	19741
Totalt:	8305	142234	11034	290658

Källa: Trafikskador 93. *Statistiska Centralbyrån (SCB), Stockholm* 1994.

Någon exakt statistik är svårt att få fram i Sverige på trafikskadornas omfattning och karaktäristik. Svårigheterna kan förklaras med att inte alla trafikolyckor betecknas som polisrapporterade olyckor. De blir därmed inte officiella. De här förhållandena diskuteras också av Margit Gummesson och Thomas Larsson i boken *Barn, Trafiksäkerhet, Miljö*.[21]

Kommunikationsdepartementet skriver i en promemoria 1997 att det årligen skadas mellan 60 000 och 80 000 människor i trafiken. Av dessa får mellan 12 000 och 15 000 personer läggas in på sjukhus under kortare eller längre tid.[22]

Den officiella statistiken i Sverige ger vid handen att närmare 50 barn omkommer årligen i trafikolyckor samtidigt som 1 500 barn får trafikskador varje år.[23]

Antalet dödsolyckor i trafiken förorsakade av rattfylleri i Finland har enligt trafikhaverikommissionerna ökat under det första halvåret 1995. Motorförarnas helnykterhetsförbund i Finland förklarar trenden med liberaliseringen av alkoholpolitiken i landet.[24]

Rattonykterheten i de båda länderna kan betraktas som ett socialt problem i samhället och det utgör som sådant också ett betydande riskmoment i trafiken. Finsk forskning visar att antalet narkotika- och läkemedelspåverkade

bilförare i Finland flerdubblats under de 15 senaste åren.[25] Också i Sverige påvisar forskningen att så många som var tionde bilförare som skadats allvarligt i en trafikolycka haft illegal narkotika i kroppen alternativt tagit receptbelagda läkemedel i samband med bilkörning.[26] Under 1996 genomförde Vägverket en undersökning av den svenska läkarkåren om kontrollen av äldre bilförare om de är att anses som olämpliga. Undersökningen visade att många läkare inte anmäler olämpliga bilförare.[27]

Syftet med det här avsnittet har enbart varit att beskriva den nuvarande situationen i de båda länderna men också att belysa den historiskt. Ur ländernas officiella trafikstatistik är det fullt möjligt att utläsa att olyckstalen varit och är höga. Vid en internationell jämförelse med andra länder skiljer sig Finland och Sverige inte särskilt mycket åt. Vid en jämförelse mellan de nordiska länderna uppstår dock skillnader mellan Finland och Sverige. Enligt Vägverket i Finland, som jämfört antalet dödsoffer i vägtrafiken i relation till befolkningsmängden i de nordiska länderna, visar jämförelsetalen att Finland är det nordiska land som uppvisar högst dödstal relaterat till befolkningsmängden under 1990-talet. Danmark uppvisar också ett relativt högt dödstal och har mellan åren 1981 till 1988 varit det land i Norden som haft högst dödstal relaterat till befolkningsmängden. Sverige har det lägsta dödstalet i relation till befolkningsmängden följt av Norge.[28] I den industrialiserade delen av världen kan man också konstatera att Sverige, Norge och Storbritannien är de länder som har de lägsta dödstalen och sålunda uppvisar de lägsta riskerna för dödsoffer i trafiken.[29 30]

Under 1990-talet har en parlamentarisk trafikkommitté i Finland lagt fram ett tidsbundet mål att halvera antalet förolyckade människor i olyckor före 1990-talets slut. Den officiella hållningen har också varit att försöka få ned risken för skador i trafiken. Det finska statsrådets principbeslut innefattar ett åtgärdprogram om 33 punkter för att minska trafikens tillväxt i landet. Lars Leden vid Vägverket i Finland konstaterar i sin jämförelse av trafiksäkerheten mellan de båda länderna att trafiksäkerheten i Finland är sämre än vad säkerheten är i Sverige.[31] Leden konstaterar i sin rapport att »det kan också vara så att trafikmiljön i Sverige är säkrare för oskyddade trafikanter än i Finland«.[32]

I flera länder konstateras det idag att den socialvetenskapliga handikappforskningen varit eftersatt i många år. Hetzler hävdar i sin bok att det i Sverige trots sin världsledande handikappolitik inte bedrivits någon större forskning om de handikappades situation i välfärdssamhället.[33] Den forskning som be-

drivits inom handikappområdet under flera år har i hög grad varit inriktad på att utveckla medicinska rön och upptäckter inom handikapp. I en publikation *»Kvinnligt om handikapp« (Naisellisesti vammaisuudesta)* av Invalidförbundets kvinnogrupp i Helsingfors uppmärksammas just dessa förhållanden.[34]

Enligt Invalidförbundet i Finland har forskningen fram till de senaste åren under 1990-talet varit alltför ensidigt bedriven och främst inriktad på att fokusera intresset på och betydelsen av medicinsk forskning. Detta istället för att också kunna utforska de sociala följderna som ett handikapp kan resultera i. Också handikappforskaren Gisela Helmius skriver om behovet och betydelsen av handikappforskning. Helmius har kartlagt forskningsbehovet om kvinnor och handikapp.[35]

2.4 *Trafikskadan som social kostnad*

Under senare år har intresset för trafikproblematiken och olyckor kretsat kring de kostnader som är förenade med trafikolyckor. I litteraturen talas ofta om ekonomiska kostnader av olika slag. I Sverige har kostnaderna för trafikskadorna årligen i en svensk medelstor kommun uppskattats till 270 miljoner kronor. Den totala samhälleliga kostnaden för olycksfallsskador i Sverige har uppskattats till 60 miljarder kronor årligen.[36] Den officiella bilden av kostnaderna är dock betydligt lägre. Kommunikationsdepartementet skriver i sin promemoria att samhällets kostnader för trafikskadorna uppgår till cirka 15 miljarder kronor.[37] Forskaren Achim Diekmann beskriver kort hur olyckor kan förknippas med kostnader men att dessa inte självklart bör betecknas som synliga i samhället. Diekmann skriver:

> »The calculation of costs resulting from damages to human health or death poses some problems. In some cases cost estimates are established on the basis of the willingness of individuals to pay to reduce their own level of risk of death and injury. In some cases direct costs (e.g. medical care) and indirect costs (production losses) are calculated«.[38]

År 1997 uppskattade Europeiska Gemenskapernas Kommission att vägtrafikolyckornas sociala kostnader inom EU uppgår till närmare 145 miljarder ecu per år.[39] De direkta kostnaderna för olyckorna beräknar Kommissionen till 15 miljarder ecu årligen. Dessa kostnader inkluderar sjukvårdskostnader och fordonsreparationer.[40] De ekonomiska förlusterna i samband med olyckorna inom EU har beräknats till 30 miljarder ecu varje år.[41]

Handikapp och skador som uppstått i trafiken kan och bör enligt min mening studeras som kostnader och problem. Jag anser att det inom ett lands socialpolitik inte handlar om vanliga kostnader och problem. Istället rör sig kostnader och problem som uppstår av bilismen i ett land om sociala kostnader och sociala problem.

En stor undersökning som genomförts i Norge under 1980- och 1990-talen om trafikolyckor ur välfärdsperspektiv och ur kostnadsperspektiv är gjord av den norske författaren och forskaren Rune Elvik.[42] Forskningen som gjorts inom området återspeglar olika aspekter på trafikolyckor och skador i det norska samhället.

Trafikolyckan och skadorna har med något enstaka undantagsfall inte uppmärksammats som en social kostnad för individ och samhälle. Det undantagsfall som åsyftas är den Nya Zeeländske forskaren Jagadish C Guria. Guria har kommit att fokusera sitt intresse mot under hur lång period som en trafikskadad person varit tvungen att vistas inom sjukhus- och vårdapparaten. Guria har studerat konsekvenserna och kostnaderna för människor som drabbats av trafikolyckor och skador i Nya Zeeland.[43 44]

Det är också viktigt att försöka definiera begreppet social kostnad och vad som menas med att både samhället och den enskilde drabbade individen får bära kostnaderna. Före jag själv definierar begreppet i min undersökning av trafikskadade i Finland och Sverige, anser jag att Gurias begreppsdefinition kan sägas ha en övergripande betydelse. Guria definierar social kostnad enligt följande:

> »The social cost of any disability includes the opportunity costs of resources required for emergency services, hospitalization and other medical treatment, the loss of the victim's productivity, and the costs imposed on the legal system. It also includes the costs of pain and suffering and the loss of quality of life suffered by the victim and his or her family. The loss of productivity constitutes a significant proportion of the total social cost«. [45 46]

I avhandlingen har jag definierat social kostnad som den kostnad som belastar den trafikskadades liv ur ett socialt perspektiv. Med social kostnad kan därför förstås de sociala förluster som till fullo inte kan kompenseras av samhället. Exempel på sociala förluster är om den trafikskadade personen blir arbetsoförmögen, förlorar vänner, saknar socialt stöd av sin familj och sina närmaste anhöriga.

Stora förändringar väntar den människa som skadats i en trafikolycka. Förutom smärta och rehabilitering väntar en omställning av livet som blir stor för många. Men synen på samhället kan också bli en annan än den var tiden före själva olyckan. Utvecklingen har förvisso framskridit också på handikappområdet, något som även gäller de trafikskadade. Ständigt utvecklas nya handikapphjälpmedel och utvecklingen inom rehabiliteringsområdet fortskrider. Men alltid har det inte varit så. Samhället, staten har i flera länder ombesörjt och haft hand om vården för de handikappade. Som ett komplement för handikappomsorgen har det i flera länder utvecklats fristående mer ideella omsorgsföreningar, så kallade handikappföreningar. Finland och Sverige utgör inga undantag från detta. I Finland bildades under 1930-talet en organisation som kom att kallas för *Invalidförbundet* (Invalidiliitto ry). Förbundet bildades år 1938 och har sedan dess arbetat för att stärka och förbättra de handikappades intressen i det finska samhället. Organisationen arbetar med att försöka stärka handikappades jämlikhet men också i hög utsträckning för att upplysa samhällsmedborgarna om begreppet handikapp. 40 000 personer i hela Finland är medlemmar i Invalidförbundet, en organisation som består av 152 lokalföreningar runtom i landet.[47] Det vore felaktigt att påstå att Invalidförbundet är ett förbund för enbart trafikskadade. Någon specialförening eller specialförbund för enbart trafikskadade finns inte i Finland. Men det finns flera handikappföreningar som trafikskadade människor är medlemmar i. Vid sidan av Invalidförbundet finns idag också en mindre handikappförening den s.k. *Tröskeln rf* (Kynnys ry) i Helsingfors. Det är en utbrytare ur Invalidförbundet som idag arbetar helt fristående. Kortfattat kan sägas att Tröskeln rf är en medborgarrättsorganisation för handikappade i Finland som under år 1994 hade över 750 medlemmar. Ursprungligen uppstod föreningen under 1970-talet. Den grundades som en studentorganisation 1973 för handikappade högskolestuderande i Finland. Idag verkar Tröskeln rf som en samhällelig opinionsbildare och påtryckare i det finska samhället. Bland annat har föreningen självständiga aktivitetsgrupper som exempelvis kvinnogruppen *»Defekta damer«* (*»Vaillinaiset«*).[48]

I Sverige finns idag ett flertal större handikappförbund för invalid- och rörelseskador. Ett av dessa förbund är Riksförbundet för Trafik- och Polioskadade (RTP). RTP är ett specialförbund för trafikskadade personer som bildades år 1946. Till en början omfattade föreningen barnförlamade och polioskadade. Organisationen kom att utvecklas från att ha varit en patientförening till en stödförening. År 1970 kom föreningen att få namnet RTP. Under 1995 hade RTP i Sverige närmare 27 000 medlemmar som bestod av trafik-

skadade, anhöriga och andra stödmedlemmar. Motsvarigheten till en sådan organisation finns idag inte i Finland. I Norge finns Landsforeningen for Trafikkskadde och i Danmark en motsvarande organisation: Landsforeningen af Polio-, Trafik-, og Ulykkesskadede, PTU. Därmed kan man säga att Finland, som saknar en specifik trafikskadeförening, intar en särställning bland de nordiska länderna.

Vid sidan av RTPs verksamhet har det under senare år bildats fristående lokala föreningar för trafikskadade. Föreningar som specialiserat sig på en speciell typ av trafikskada. Exempelvis har det under 1990-talet bildats flera föreningar för whiplashskadade (d.v.s. nackskador) i trafiken.[49] [50] I Sverige finns också CTRF – Cancer- och Trafikskadades Riksförbund som är beläget i Stockholm. CTRF bildades år 1978 och har sedan dess haft till uppgift att stödja människor i samhället som har cancersjukdomar eller har skadats på olika sätt i trafikolyckor.[51] Under 1995 hade trafikskadades riksförbund över 1 600 medlemmar.[52]

Att samhällsfenomenet *trafikolycka* är ett problem som existerar i de flesta länder bekräftar den officiella statistiken. Följande tabell redovisar antalet trafikolyckor under en tjugoårs period i några länder där en person inblandad i en olycka dödats.

Tabell 1:2:5:1: *Trafikolyckor i* 18 *länder under åren* 1975–1993. *Antal omkomna personer.*

	Årtal							
Land	1975	1980	1985	1989	1990	1991	1992	1993
Finland	910	551	541	734	649	632	601	484
Holland	2321	1997	1438	1456	1376	1281	1285	1252
England	6679	6239	5342	5554	5402	4753	4379	3814
Spanien	5833	6522	6374	9344	9032	8836	7818	8291
Island	33	25	23		24	27	21	17
Italien	10177	9220	7629	6923	7151	8098	8029	
Australien	2390	1890	1477	1570	1558	1551	1403	1283
Norge	539	362	402	381	332	323	325	281
Polen	5633	6002	4688	6724	7333	7901	6946	6341
Frankrike	14166	13672	11387	11476	11215	10483	9900	9867
Sverige	1172	848	808	904	772	745	759	632
Tyskland	17011	15050	10070	9779	11046	11300	10631	9949
Schweiz	1243	1209	908	897	954	860	834	723
Danmark	827	690	771	670	634	606	577	559
Ungern	1904	1630	1756	2162	2432	2120	2101	1678
Ryssland					63362	64470	36471	37120
Estland		303	191		436		287	320
USA	44525	51091	43795	45582	44529	41462	39235	40115
Totalt:	115363	117301	97600	104156	168237	165448	131602	122726

Källa: Tieliikenneonnettomuudet 1994. Tilastokeskus. Liikenne ja matkailu 1995:14, Statistics Finland. Statistics of Road Traffic Accidents in Europe and North America. United Nations.

Varje år skadas omkring 15 miljoner personer i trafikolyckor i hela världen. En halv miljon människor omkommer årligen i olyckorna.[53 54 55] Trafikolyckorna utgör idag ett samhällsproblem som berör alla länder. Varje år omkommer mer än 50 000 människor i trafikolyckor i hela Europa. I USA skadades fem miljoner människor och närmare 40 000 personer omkom under år 1992.[56] Nordhoff konstaterade att olyckorna i USA resulterat i mellan 49–50 miljoner sängliggande dagar för trafikskadade personer.[57 58]

Nedanstående tabell visar antalet skadade människor i trafikolyckor i arton länder under sju års tid.

Tabell 1:2:5:2: *Trafikolyckor i* 18 *länder under* 1975–1993. *Antal skadade personer vid trafikolyckor.*

	Årtal						
Land	1975	1980	1985	1990	1991	1992	1993
Finland	14157	8442	9563	12758	11547	9899	7806
Holland	59979	56623	48450	52032	47391	48328	11562
England	325924	329635	320819	347500	316830	317558	302206
Spanien	93314	107675	128800	155476	148450	129949	117193
Island	674	686	889	857	1128	1327	1434
Italien	229898	222873	218084	221024	240688	241094	
Australien	66145	62625	59977	60650	60355	57473	53987
Norge	10974	10248	11902	11886	11712	11404	11536
Polen	46385	46245	42220	59611	65242	61046	58812
Frankrike	345726	333593	270745	225860	205968	198104	189020
Sverige	20809	19246	20671	22497	21057	20727	19741
Tyskland	504797	540916	461396		505535	516797	505591
Schweiz	29951	32326	29827	29243	28240	28683	28210
Danmark	20100	15061	13855	10653	10265	10514	9930
Ungern	25804	23827	24840	36996	32676	32577	25430
Ryssland				359944	351943	200026	192802
Estland		1776	1526	2379		1289	1502
USA	1800000	2851091	3388825			3404000	3125000
Totalt:	3594637	4662888	5052389	1609366	2059027	5290795	4661762

Källa: Tieliikenneonnettomuudet 1994. *Tilastokeskus. Liikenne ja matkailu* 1995:14, *Statistics Finland. Statistics of Road Traffic Accidents in Europe and North America. United Nations.*

I ett samhälle uppbyggt på samfärdsel och kommunikationer finns många handikappade och skadade som tillhör de förlorades skara. De är alla offer i olyckorna. Michael Cahill skriver om dessa förhållanden i sin bok *The new social policy*. Enligt honom ska olyckorna som sådana inte enbart betraktas som tragiska för de som drabbas av olyckorna utan även samhället i sin helhet är en förlorare när en olycka inträffat.[59]

Enligt Cahill handlar trafikolyckan om en tragedi som kunde ha undvikits, och att det i flera fall handlar om bilister som negligerar gällande trafikregler och bryter mot lagar och förordningar.

De kostnader som blir följden av en inträffad trafikolycka kan vara flerfaldiga. Enligt min mening går det att indela de olika kostnadsslagen i tre grupper. Man kan tala om materiella kostnader, samhälleliga kostnader och sociala kostnader. Med de materiella kostnaderna förstås sådana kostnader som kan relateras till förstörda fordon etc. Till de samhälleliga kostnaderna räknas kostnaderna för sjukhusvården, rehabilitering, kostnader för läkemedel och transporter, framtida vårdbehov för den skadade, bortfall av arbetskraft och investerad kunskap etc. Det tredje kostnadsslaget är förekomsten av den enskilde individens sociala kostnader. Sveriges Försäkringsförbund som 1994 gjorde en utredning om kostnaderna för personskador i trafiken konstaterade följande i sin rapport:[60]

> »Skador i trafiken betraktas ej som den folksjukdom de egentligen är. Vilken annan sjukdom som helst som skördar offer av samma storlek som trafikskadorna skulle leda till ett större engagemang från Socialstyrelsen, sjukvårdens ansvariga, forskare, politiker och opinionsbildare«.

En studie av Sveriges Försäkringsförbund har visat att den totala kostnaden för personskador under ett år beräknats till 6,4 miljarder kronor (förhållandena 1992).[61] Under år 1994 svarade trafikförsäkringsbolagen i Sverige för ca 2,3 miljarder kronor som kostnad för personskadorna.[62] När det gäller de ekonomiska förlusterna som uppstått i samband med en trafikolycka i samhället skulle man kunna urskilja främst fyra kostnadsbärare:[63]

1. Samhället
2. Försäkringsbolagen
3. Arbetsgivaren
4. Individen

Studien av Sveriges Försäkringsförbund visade att 63 procent av personskadekostnaderna finansierades av det allmänna samtidigt som trafikförsäkringen svarade för 37 procent.[64]

2.5 *Trafikolyckan – ett samhällsekonomiskt problem?*

Trafikolyckor utgör ett stort samhällsekonomiskt problem i både Finland och Sverige. År 1994 uppgick ersättningen för personskador i Finland till sammanlagt 1 200 miljoner SEK.[65] I Sverige har Försäkringsförbundet uppskattat kostnaderna för trafikskador till ca 6,4 miljarder kronor. Beräkningen baseras på sjukvårds- och rehabiliteringskostnader samt för inkomstbortfall. Däremot är inte kostnaderna för produktionsbortfall m. m. medräknat.[66]

Den ekonomiska kompensationen för bland annat trafikskador och handikapp i Finland uppvisar inga större skillnader jämfört med grannlandet Sverige. I Finland stadgar lagstiftningen att den som skadats i en olycka och ådragit sig en personskada har rätt till full ersättning för sin skada. I Finland, gäller liksom i Sverige, att en skadad person kan få ersättning såväl för förlorad arbetsförtjänst under sjukdomsperioden samt för en varaktig arbetsoförmåga.[67] Det finns således inga större avgörande skillnader mellan de båda länderna avseende doktrin och rättstillämpning. I både Finland och Sverige stadgas i lagstiftningarna att den skadade personen ska få full ersättning för sin personskada men däremot inte bli överkompenserad för sin personskada. Lena Sisula-Tulokas behandlar rättsläget i både Finland och Sverige bland annat när det gäller trafikskador.[68] Sisula-Tulokas genomgång av rättsläget inom trafikförsäkringsområdet visar att det finns en väsentlig skillnad mellan hur de finska respektive svenska trafikskadenormerna utvecklats och tillämpats.

I båda länderna finns trafikförsäkringsföreningar och således också en trafikskadenämnd i varje land. I Sverige finns sedan 1930-talet en trafikskadenämnd. Nämnden och dess verksamhet har sin grund i lagstiftning; trafikskadelagen och trafikförsäkringsförordningen.[69]

I Finland finns sedan 1960-talet en förening som lyder under Trafikförsäkringscentralen som heter Försäkringsbranschens Rehabiliteringscentral (FRC). FRC bildades år 1964 och har sedan dess varit ett organ för samtliga de försäkringsanstalter i Finland som har hand om olycksfalls-, trafik- och arbetspensionsförsäkring. FRC har ett flertal medlemmar vilka är följande: Olycksfallsförsäkringsanstalternas Förbund rf, Trafikförsäkringscentralen och Arbetspensionsanstalternas Förbund rf. FRC är något som är unikt för Finland. Vid en jämförelse med förhållandena i Sverige visar det sig att någon motsvarande organisation inte existerar i Sverige. Emellertid har det under senare år i Sverige diskuterats i vilken utsträckning som försäkringsbolagen

skulle få ett utvidgat ansvar för trafikförsäkringen. Några allvarligare försök att skapa en liknande branschorganisation motsvarande FRC har det dock inte funnits i Sverige.[70] Under senare år har emellertid Sveriges Försäkringsförbund utrett och framarbetat ett förslag till utvidgat ansvar för trafikförsäkringen. Tanken var att försäkringsbolagen i Sverige skulle överta det ekonomiska ansvaret för de förluster i inkomst som uppstår vid personskador samt även för rehabilitering. Detta försäkringssystem gäller i Finland vilket innebär att den skadelidande inte får någon ersättning från försäkringskassan utan istället får ersättning från trafikförsäkringen. I Finland har också försäkringsbolagen en större roll i rehabiliteringsarbetet än vad som är fallet i Sverige. Sedan år 1991 har trafikförsäkringsbolagen i Finland laglig skyldighet att svara för rehabiliteringen av trafikskadade.[71] Mellan åren 1991 och 1992 steg rehabiliteringskostnaderna inom trafikförsäkringen i Finland från 20,8 miljoner FIM till 35,9 miljoner FIM.[72]

Vid Försäkringsbranschens Rehabiliteringscentral behandlas årligen 1 200 rehabiliteringsfall. Vid rehabiliteringscentralen får många trafikskadade varje år rehabilitering inom främst tre områden. Det handlar om den yrkesmässiga, medicinska samt om den sociala rehabiliteringen.[73] Till FRCs viktigaste uppgift hör att övervaka själva rehabiliteringsprocessen efter en människa skadats i en olycka. Tillvägagångssättet som FRC använder är rehabiliteringsrådgivning till den som skadats.

Den finska rehabiliteringsaktiviteten och de olika rehabiliteringsinstitutionerna har påverkats och utvecklats av den historiska utvecklingen i landet. Bland annat har de historiska krigshändelserna påverkat utvecklingen av rehabiliteringen i landet och en ny syn på handikapp och invalidvård har utvecklats.[74] Den största utvecklingen, som kunde kännetecknas av både integration, normalisering och expansion, ägde rum under 1960- och 1970-talen.[75]

2.6 *Sammanfattning*

Trafikolyckorna i Finland och Sverige har under ett flertal år haft en stor betydelse och påverkat de drabbade personernas liv och livsföring. Trafikolyckan som samhällsfenomen kan sägas drabba den moderna människan på flera olika vis och åsamka henne ett flertal förluster i livet. I avsnittet har jag försökt att belysa den sociala förlust, eller kostnad, som en trafikskadad och handikappad person riskerar att drabbas av i samband med en trafikolycka.

Hur kompenseras en social förlust eller kostnad för en trafikskadad per-

son? Kompensationsfrågan är svår att finna något svar till men den är mycket viktig att ställa då man undersöker hur livet blev för en person efter en svår trafikolycka. I de moderna välfärdssamhällena som vuxit fram och utvecklats under de senare decennierna i Finland och Sverige har handikapporganisationerna spelat en framträdande roll att verka för de handikappades sak i samhället. Stora etablerade handikappförbund har inte bara handikapppolitiskt haft en stor betydelse utan förbunden har också givit den handikappade möjligheter att få sin röst hörd i samhället. En stor och viktig skillnad mellan de båda länderna är att specifika trafikskadeföreningar saknas i Finland. I Sverige har det sedan mitten av 1940-talet funnits ett förbund för trafikskadade. Under senare år, främst under 1990-talet har det också bildats ett flertal mindre fristående trafikskadeföreningar och organisationer som valt att arbeta utifrån särskilda skadegrupper.

Samhällsfenomenet trafikolycka kan sättas in i sitt teoretiska sammanhang då man inom den socialpolitiska diskursen talat om personliga respektive sociala problem. Bland annat har teoretikern och sociologen C Wright Mills skilt mellan »personal troubles« och »social issues«.

Enligt forskare som Hirsch kan samhällsutvecklingen ses utifrån situationen att medborgarna tillsammans skapar en gemensam social produkt. Bilar kan användas som transportmedel för att frakta gods och människor till en viss lönsamhet. Men den ekonomiska tillväxten har alltid gränser vilket innebär att alla människor i samhället inte kan njuta av välfärdens frukter. I systemet finns det därför inbyggt en risk för att en eller flera individer kommer att drabbas av en accelererande tillväxt.

3. En begreppsvärld

3.1 *Centrala begreppsbildningar*

En stor tyngdpunkt i avhandlingens teoretiska ansats består i huvudsak av ett antal begreppsbildningar. Några av begreppen har redan definierats men de övriga begreppsbildningarna kommer framgent att ingående förklaras och definieras. De begrepp som är centrala i avhandlingen är olycka, trafikskada, handikapp, välbefinnande/välfärd, coping, altruism, hedonism och heroism. Begreppen altruism, hedonism och heroism behandlas under avsnittet som handlar om coping. I den fortsatta framställningen kommer jag att systematiskt resonera ingående om de olika begreppsbildningarna som utgör avhandlingens begreppsram.

Låt oss börja med att precisera begreppsdefinitionerna för undersökningen. Världshälsoorganisationen – WHOs definition av begreppet olycka har varit följande: »en ofrivillig händelse förorsakad av en snabbverkande kraft som yttrar sig i form av en skada på kroppen eller på psykiska funktioner«.[1]

Begreppet olycka har historiskt sett definierats av ett flertal forskare i Finland och Sverige. Sauli Häkkinen studerade bussförare som råkat i olyckor och använde begreppet som »any traffic casualty incurred by a driver of a vehicle in motion, of which the management of the traffic establishment has knowledge«.[2]

Anders Tolagen har definierat begreppet vägtrafikolycka som »händelse på eller i anslutning till väg däri deltagit minst ett fordon i rörelse och som medfört personskada«.[3] Markku Heiskanen definierade trafikolycka som »if at least one vehicle was involved and if it happened in a area reserved for traffic«.[4]

Seppo Olkkonen preciserar olycksbegreppet ytterligare genom att skilja mellan fyra typer av olyckor i trafiken.[5] De fyra typerna är olyckan, vägtrafikolyckan, kollisionen och singelolyckan. Olkkonens precisering av olycka skiljer från Markku Heiskanens definition då den innefattar en definition av

singelolyckan. Olkkonen definierar singelolycka på följande vis: »accidents involving only one vehicle (bicycle), causing damage only to the vehicle itself and its occupant/rider«.[6] Med kollision ska enligt Olkkonen förstås »a violent contact between vehicles, between a vehicle and road-users, between vehicles and fixed obstacles or other things leading to deformation of (parts of) the vehicle and/or to lesions to persons«.[7]

Statistikcentralen i Finland definierar begreppet vägtrafikolycka som »a) an accident which occured or originated on a way or street open to public traffic, b) which resulted in one or more persons being killed or injured and c) in which at least one moving vehicle was involved«.[8] Statistiska Centralbyrån i Sverige (SCB) har också kommit att precisera olycksbegreppet genom att kategorisera begreppet. SCB indelar olycksbegreppet i singelolyckor (landsbygdsolyckor), motorfordonsolyckor, omkörnings- och filbytesolyckor, upphinnandeolyckor, mötesolyckor, korsvägsolyckor, motorcykelolyckor, mopedolyckor, cykelolyckor, gåendeolyckor, djurolyckor (viltolyckor), traktorolyckor samt tågolyckor.[9] Begreppet olycka har såväl inom forskningen som bland myndigheter i Finland och Sverige kommit att få både en bred definition samt en långt gående kategorisering av olyckstyper. Det är viktigt att förstå vad som menas med olycka och vilka typer av olyckor som inträffar i samhället.

Övergången till nästa begreppsdefinition bör enligt min mening ses som ett naturligt inslag i avhandlingen då handlingen består av trafikolyckan som ett socialt fenomen och problem för människan. Ett av de allvarliga problem som olyckan ger upphov till är trafikskadan hos människan. Många människor blir handikappade. Begreppet trafikskada fyller därför en viktig funktion i sammanhanget. Lawrence S Nordhoff har definierat trafikskada (motor vehicle collision injury, MVCI) som »any single or multiple injury or its subsequent symptoms, biomechanical, or biochemical alterations, or diagnostic entities subsequent to a car crash«.[10]

Terminologin handikapp är ingalunda enkel att definiera. I litteraturen har begreppsbildningen ansetts som svårdefinierbar och oprecis.[11] Det har ansetts att termen kan inneha flera olika meningar och företeelser i samhället. Exempelvis kan en svensk känna sig handikappad i Finland då han eller hon inte kan tala och göra sig förstådd på det finska språket. Begreppsbildningen blir däremot mer precis då man talar om en människas fysiska och psykiska funktionsnedsättningar. Handikappbegreppet har i litteraturen ansetts inneha två olika betydelser. För det första anses handikappet motsvara en funktions-

nedsättning hos individens förmåga att utföra en handling (disability). Nordhoff definierar begreppet enligt följande: »a reduction in one's ability to partcipate actively in society in a manner appropriate to the person's age, sex, socioeconomic status, and relationship status prior to the injury«.[12]

Nedsättning i sig kan vara orsakad av en skada hos individen som hindrar honom eller henne att utföra handlingen tillfullo. En andra betydelse i handikappbegreppet utgör de hinder och problem som den handikappade personen möter på i samhället i sin specifika dagliga livsföring (handicap).[13] Begreppet handikapp definieras i *The Encyclopedia Americana* på följande vis:[14]

> »Persons with any of a variety of physical or psychological problems may be classed as handicapped, and many receive help from public or private agencies, including hospitals, school, and employment services«.

I den svenska *Nationalencyklopedin* görs ytterligare en förtydligande definition av begreppsbildningen handikapp:[15] [16]

> »graden av handikapp bestäms av både funktionsnedsättningen hos en individ och de krav på den aktuella funktionen som ställs i en viss livssituation, d.v.s. skillnaden mellan krav och förmåga. Denna miljörelaterade definition gör det mindre meningsfullt att avgränsa ett antal människor som ›handikappade‹, eftersom handikappet är situationsberoende«.

I den finska lagstiftningen definieras också begreppet handikapp. I § 2 *lagen om service och stöd på grund av handikapp* (1987/380) *i Finlands Lag* står följande definition:[17]

> »Med handikappad avses i denna lag den som på grund av skada eller sjukdom under långa tider har särskilda svårigheter att klara av de funktioner som hör till normal livsföring«.

Begreppet handikapp användes under mitten av 1900-talet i Sverige för de människor som i samhället var blinda, döva och rörelsehindrade. Handikappbegreppet sågs också på 1950-talet i Sverige som ett socialpolitiskt begrepp. En av anledningarna till att begreppet »handikappade« lanserades i det dagliga talet var att begrepp som krympling, vanför, vanskapt och invalid uppfattades både som negativt och nedsättande. Därför används idag ordet *handi-*

kappad i det *svenska* samhället i de allra flesta sammanhang. Exempelvis benämns den socialpolitik som genomförs riktad till handikappade människor i landet för *handikappolitik*. Hjälpmedel benämns för handikapphjälpmedel etc. I det *finska* samhället används däremot begreppet *invalid* i större utsträckning. På bussar och spårvagnar finns ordet »invalider« på skyltar som anvisar platser för rörelsehindrade och handikappade människor. Likaså benämns flera samhälleliga institutioner i det finska samhället med ordet »invalid«, t.ex. Invalidstiftelsen, Invalidförbundet. Ett ytterligare exempel på hur de båda länderna Finland och Sverige använder sig av de båda begreppen handikappad och invalid fås om man studerar innehållet i Sveriges Rikes Lag respektive Finlands Lag. Det bör dock påpekas att begreppsbildningar som invalid inte nödvändigtvis behöver uppfattas som nedlåtande i ett land samtidigt som begreppet ses som negativt i ett annat. Det är naturligtvis själva definitionen och tolkningen av begreppsinnehållet som är det avgörande för om det är att betrakta som positivt eller negativt. Det är möjligt att denna begreppsutredning förefaller utförlig, men en ordentlig begreppsutredning är oerhört viktig då det fortsättningsvis i avhandlingen talas om handikapp. Handikapp om de svåra och varaktiga skador som uppstår i samband med en trafikolycka i de båda länderna. I avhandlingen har jag givit begreppet handikappet en vidare ram. Jag betraktar handikapp som en social konstruktion som inkluderar såväl föreställningar i samhället som attityder och känslor.[18]

3.2 *Handikapp och förmåga*

Forskaren och författaren Amartya Sen utvecklar »the capability approach« i sin framställning och hävdar att den är väl lämpad också för forskarens empiriska iakttagelser. Individens förmåga och möjligheter i samhället är relaterade till välfärdsbegreppet på två vis enligt Sen:

> »First, if the achieved functionings constitue a person's well-being, then the capability to achieve functionings (i.e. all the alternative combinations of functionings a person can choose to have) will constitute the person's freedom – the real opportunities – to have well-being«.[19]

För det andra relateras enligt Sen »the capability approach« till begreppet genom »making achieved well-being itself depend on the capability to function«.[20] Sen skriver:

> »It is important to distinguish capability – representing freedom actually enjoyed – both (1) from primary goods (and other resources), and (2) from achievements (including combinations of functionings actually enjoyed, and other realized results). To illustrate the first distinction, a person who has a disability can have more primary goods (in the form of income, wealth, liberties, and so on) but less capability (due to the handicap)«.[21]

Sen definierar capability-approachen på följande vis:

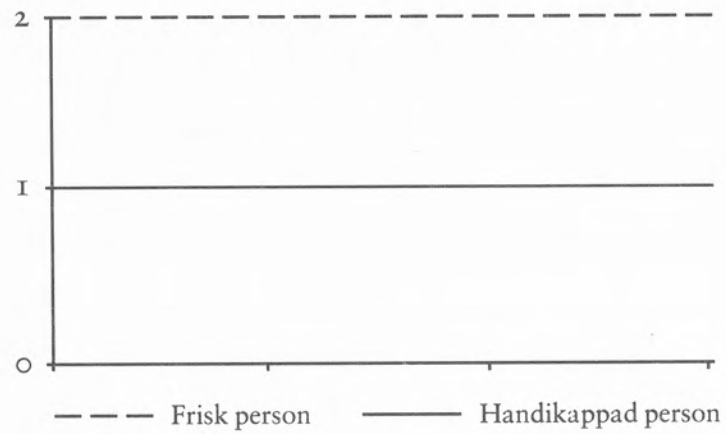
> »Capability reflects a person's freedom to choose between alternative lives (functioning combinations), and its valuation need not presuppose unanimity regarding some one specific set of objectives«.[22]

samt:

> »The capability set can be seen as the overall freedom a person enjoys to pursue her well-being«.[23] »No matter what exact foundational structure we opt for, the reorientation from an income-centred to a capability-centred view gives us a better understanding of what is involved in the challenge of poverty. It provides clearer guidance on the priorites of antipoverty policy and also helps us to understand better the genesis of poverty in apparently unlikely circumstances«.[24]

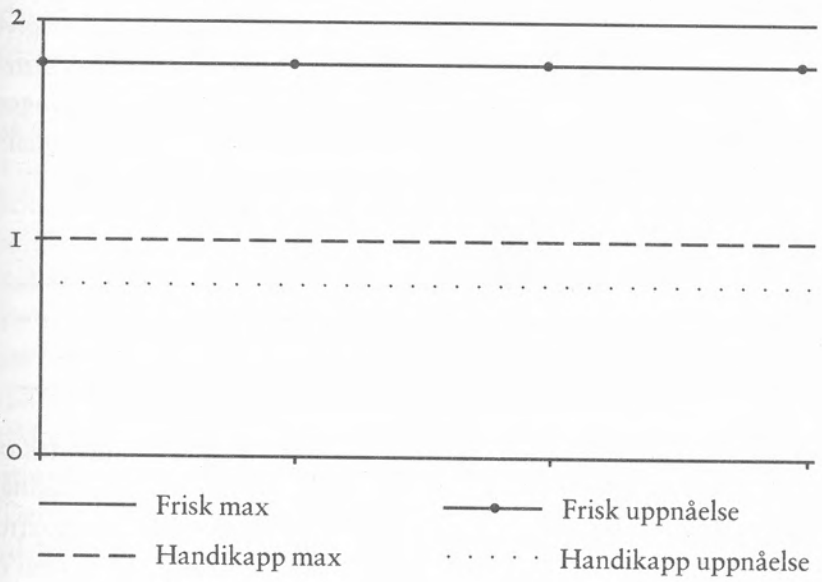
Sen understryker i sin bok *Inequality Reexamined* (1992) betydelsen av att vid välfärdsanalyser kunna göra iakttagelser VAD en handikappad person har förmåga och möjlighet att uppnå och relatera denna iakttagelse till det faktiska utfallet. Med andra ord vad den handikappade personen BORDE ha kunnat uppnå i ett välfärdssamhälle. Utifrån de två modellerna, »attainment equality«[25] och »shortfall equality«[26] går det att utläsa skillnader i förmåga och möjligheter för en handikappad person respektive frisk individ att uppnå välfärd i förhållande till maximerade gränser.[27]

Figur 1:3:3:1 *Diagrammet visar* attainment equality *för en frisk person jämfört med en handikappad person enligt Amartya Sen:*



Diagrammet visar två linjer som motsvarar en frisk persons och en handikappad persons *maximala* förmåga till uppnående. Person 2 (frisk) och person 1 (handikappad) har olika utgångspunkter avseende deras kapacitet. För att utjämna ojämlikheten mellan friska och handikappade människor i samhället fordras enligt attainment-modellen att man sätter samma maximala gränser/nivåer för såväl friska som handikappade. Detta leder till att maxnivån för person 2 sänks till förmån för den handikappade personen som har en begränsad kapacitet. Vilken nytta har en sänkning av den friska personens maxnivå till den handikappades nivå? Forskare som Sen finner att en sådan sänkning undanröjer ojämlikheten mellan en frisk och handikappad person. Men sänkning av den friska personens maxnivå leder samtidigt till »low level equality« som försämrar för den friska personens möjligheter till uppnående. Grundtanken bakom genomförandet av en sådan sänkning är uppbyggd kring John Rawls idé om rättvisa.

Figur 1:3:3:2 *Diagrammet visar* shortfall equality *för en frisk person jämfört med en handikappad person enligt Amartya Sen:*



Shortfall = maxnivå - uppnåendenivå.

Med *uppnåendenivå* förstås den nivå som säger oss hur mycket en frisk respektive handikappad individ uppnår genom sitt handlande i samhället. Med *maxnivå* avses den nivå som individen (frisk eller handikappad person) uppställer, strävar efter. Differensen mellan dessa båda nivåer benämner Sen för *shortfall*. Hur ska man då kunna utjämna skillnaderna i förmåga/kapacitet mellan en frisk person och en handikappad person enligt shortfall equality? Det en individ *inte* har haft förmåga att lyckas uppnå (shortfall) bör vara samma för en handikappad person som för en frisk person (antingen absolut eller proportionellt). Enligt Sen är målet i shortfall equality att göra icke-uppnåendet mer jämlik mellan olika grupper i samhället.

3.3 *Risksamhällets osynligheter*

I boken *Risk Society. Towards a New Modernity* utvecklar Beck en modell för en individualiseringsprocess. Modellen som innehåller tre livsdimensioner teoretiserar individens självmedvetenhet om sin egen livssituation i en given situation. Den här individualiseringen som görs av Beck ska betraktas utifrån perspektivet att själva individualiseringen är en följd av moderniseringen i samhället. Tredelningen av Becks dimensioner ser ut enligt följande modell:[28]

Figur 1:3:4:1 *Individualiseringsprocessen enligt Beck:*

	Life situation: objective	Consciousness/identity: subjective
Liberation		
Loss of stability		
Reintegration		

Risker kan uppstå i samhället och utgöra hot på flera sätt mot individen och kollektivet. Utifrån sexfältstabellen reser Beck frågan hur individualiseringen ska kunna betraktas avhängigt en förändring av individens livssituation. Själva individualiseringsprocessen kan enligt honom härledas ur tanken om den reflexiva moderniseringen av industrisamhället. Denna reflexivitet i moderniseringsprocessen kan också betraktas som en relation mellan välfärdsskapande och skapandet av risker i samhället. Beck skriver:

> »Reflexive modernization which encounters the conditions of a highly developed democracy and an established scientization, leads to characteristic unbinding of science and politics« // »This means that in addition to the features already developed, the risks emerging today are distinguished firstly from all the earlier ones by their society – changing scope, and secondly by their particular scientific constitution«.[29]

Med utgångspunkt av Becks modell om individualisering går det att problematisera den handikappade och skadade individens situation efter en olycka i trafiken. En sådan modell utkristalliserar sig enligt följande:

Figur 1:3:4:2 *Individen i olika tidsskeenden. Precrash respektive postcrash-faserna.*

	Livssituation: objektivt	Medvetande: subjektivt
Frihet	före trafikolyckan	före trafikolyckan
Förlust av stabilitet	direkt efter trafikolyckan	direkt efter trafikolyckan
Återintegrering	en tid efter trafikolyckan	en tid efter trafikolyckan

Utifrån Becks tredelning av frihet, förlust av stabilitet och återintegrering är det möjligt att jämföra med William Haddons matris som behandlar trafikolyckans olika faser.[30] Haddons matris består av precrash-fasen (händelserna före olyckan), crash-fasen (händelsen vid olyckan) samt postcrash-fasen (händelserna efter olyckan). Haddons matris har i vetenskapliga sammanhang kommit att problematisera såväl det vetenskapliga preventionsarbetet inom området som att anlägga nya teoretiska och empiriska infallsvinklar på trafikskadornas orsaker och konsekvenser. Becks tredelning är förenlig med Haddons matris. I avhandlingen har jag valt att fokusera intresset på den s.k. postcrash-fasen och vad jag senare benämner för postaccidentalperioden.

Den approach som Sen anlägger i sin bok avser att utgöra en del av den modell som avhandlingens teoriram består av. För att kunna studera och analysera trafikskadades och handikappades levnadsvillkor bör en modell som strävar efter en större helhet skapas. Forskaren Stein Ringen har sammanställt följande typologi över approacher för välfärd:[31]

Figur 1:3:4:3 *Approacher för välfärd. En typologi utifrån Stein Ringens välfärdsapproach.*

	Indirect	Direct
Narrow	Income approach Resource approach	Expenditure approach Consumption approach
Broad	Capability approach	Way of life approach

Ringen definierar välfärd utifrån typologin enligt följande: »The argument for welfarism is that people should have the autonomy to decide what is good for themselves, and that personal satisfaction is therefore the best criterion of well-being«.[32] För att en individ ska kunna göra sina val i samhället och fatta ett beslut krävs att det finns valmöjligheter och resurser (resource). Men detta är inte tillräckligt. Som Sen skriver i sin bok krävs också att individen har förmåga och kapacitet att överhuvudtaget nå välfärd. Individens, den handikappade människan, valmöjligheter måste därför ses som begränsade på grund-

val av att hon eller han har en begränsad och mindre kapacitet och förmåga (capabilities) än en frisk individ. En handikappad person med en svår skada bär också på en i flera fall begränsad förmåga att utföra en handling eller att nå det som han eller hon egentligen borde kunna nå d.v.s. det som de är berättigade till i samhället. Kapacitet och förmåga hör i stor utsträckning också samman med resurser på det viset att en handikappad person kan få söka efter sina rättigheter i samhället, samhörigheten med andra handikappade i samma situation och så vidare. Capabilities-approachen har flera fördelar enligt Ringen:[33]

> »The concept of capabilities, as developed by Sen, has proved outstandingly fruitful in broadening the perspective of welfare economics and bringing economic and sociological theories of well-being closer together« // »The great attraction of the capabilities approach is that information on persons and structures is combined«.

3.4 *Välfärdskontradiktionen »Att ha« men »Att inte kunna«*

Anthony J. Culyer skriver att det saknas något i välfärdstänkandet.[34] Hon ansluter sig till Sens begrepp »the capability approach« och anser att den traditionella synen på välfärd också torde innehålla individens karaktäristik. Det går inte enligt Culyer att hålla för uteslutet att den handikappade personens grundläggande förmåga att nå de värden av välfärd som han eller hon är berättigad till, påverkas av men också resulterar i en del fall till social isolering. Men också motsatsen där personliga vänskapsband knyts mellan handikappade personer och friska människor. Enligt Culyer behöver exempelvis inte utvecklade sociala tjänster i samhället nödvändigtvis innebära livskvalitet för en handikappad eller skadad person.

Culyers teoretiska resonemang ansluter sig väl till Sens approach (»the capability approach«) där intresset fokuseras mot den handikappade individens förmåga och faktiska möjligheter att uppnå välfärd som han eller hon är berättigad till. Dock reserverar sig Culyer sig ifrån att enbart studera individens förmåga utan att det är en faktor som tillsammans med andra välfärdsfaktorer som till exempel resurser utgör en helhet och bör som sådan betraktas i sitt sammanhang. Både Sens och Culyers argumentering för att »väga in« och bedöma individens förmåga är också tillämpliga i avhandlingen. Individen har en rad rättigheter och friheter, en väg att nå välfärden om man så vill.

Men för den handikappade personen krävs förmågan, att inte bara ta sig upp på vägen tillbaka till livet, utan också ha möjligheten att nå den välfärd som har tillskrivits henne eller honom. Om en sådan typ av välfärdskontradiktion skriver Culyer på följande vis:

> »If you think of ›standard of living‹ or ›quality of life‹ in terms of capabilities of functioning then you can immediately see that one may be rich (have lots of commodities) but have a low standard of living. One may be deliriously happy (have lots of utility) but have av low standard of living«.[35]

I den vetenskapliga litteraturen benämns fenomenet »att kunna« för ett dispositionsbegrepp. Med detta åsyftas något som individen besitter.[36] Forskaren Hans Berglind skriver följande:

> »Men, det är väl snarare så att det är den individuella förmågan eller kompetensen som är någorlunda stabil, medan omgivningens ›krafter‹, t ex uppgiftens svårighetsgrad, antas variera. Omgivningen kan vara så beskaffad att den underlättar eller hindrar en viss handling«.[37]

Den välfärdskontradiktion som det handlar om i min studie av trafikskadades sociala levnadsvillkor berör förhållandet »att ha« men »att inte kunna«. I samhällslivet kan medmänniskor som betraktar en individ som har en låg förmåga att utföra en handling, se hans eller hennes handlande som tursamt om handlingen skulle visa sig gå i önskad riktning.

För den norska forskaren Siri Næss utgör den psykologiska dimensionen och socialpolitiska definitionen av begreppet livskvalitet en central betydelse. Enligt Næss betyder psykiskt välbefinnande för individen särskilt mycket.[38] Næss försöker operationalisera livskvalitetbegreppet och talar om en speciell typ av livskvalitet, den s.k. »indre livskvalitet«.[39] Avgörande för om individen erhåller en hög livskvalitet är i vilken grad han eller hon är aktiv och har goda relationer till andra personer i sin omgivning. Men också graden av självuppskattning och känsla av glädje, livsglädje är väsentliga. Enligt Næss ska alla de fyra punkterna ovan tillmätas lika stor betydelse när nivån på livskvalitet för en individ bestäms. I sin bok *Quality of life research. Concepts, methods and applications* skriver Næss:

»Our opinion is that it is not resources that ought to be chosen, not income, dwelling etc. These are means to achieve the good things in life. Naturally this does not mean that one would not want to have such resources, but that one would wich to have them to the degree that they are effective in giving one those benefits one ought first and foremost to seek«.[40]

För Næss är den psykologiska aspekten en viktig faktor vid studiet av den välfärd en individ är berättigad till. Aspekten där de psykologiska värdena invägs i denna »vågskål« angränsar väl till avhandlingens problemområde, d.v.s. de handikappades egna erfarenheter och tankar om levnadsvillkoren efter en olycka.[41]

Næss har i sin forskning om kvinnors livskvalitet i Norge ytterligare preciserat sitt livskvalitetsbegrepp.[42] Med livskvalitet ska som ovan förstås de fyra delarna; individens aktivitetsgrad, självuppfattning, känsla av glädje samt goda relationer till andra människor i sin nära omgivning. I Næss precisering av livskvalitet finns i den första förutsättningen som ställs samma innehållsmässiga resurser som används vid människans bemästring av en svår livssituation. Enligt Næss har en person hög livskvalitet ju högre grad som han eller hon är aktiv i sitt liv. Med detta ska förstås den livslust som en handikappad människa har t.ex. efter en svår trafikolycka. Aktivitetsgraden säger också något om människans personliga engagemang till andra människor exempelvis att engagera sig i något som egentligen inte berör individen själv utan medmänniskan. Jag kommer att återkomma till den handikappade människans egen vilja att hjälpa andra människor i utsatta situationer under avsnittet som behandlar altruism och vägen till självförverkligande. Viljan till egen aktivitet kan också sägas vara relaterad till vad Næss beskriver för goda interpersonella förhållanden. Detta andra förhållande kan sägas bestå av människans förhållande till andra människor men också tillhörigheten till en mindre grupp. Ett exempel på det senare skulle kunna vara den trafikskadade människans tillhörighet till en handikappförening där han eller hon möter likasinnade människor som råkat ut för liknande olyckor och traumatiska händelseförlopp. Den tredje faktorn som enligt Næss kan främja individens förmåga till uppnående av livskvalitet är hennes egen självuppfattning och självsäkerhet. Genom att människan är säker på sig själv och klarat av att acceptera sig själv som den individ han eller hon är, ökar också möjligheterna att människan ska bemästra situationen och övervinna svårigheterna i livet. Den fjärde och sista faktorn som Næss redogör för handlar om känsla av glädje och upplevelse hos människan. När människan befinner sig i ett harmoniskt tillstånd

där smärta och ångest inte längre utgör hoten mot henne kan livskvaliteten öka och ge människan energi och nya livsutmaningar.

Även författaren Michael Hirst studerar handikapp för individer som en aspekt av människans livskvalitet.[43] De handikappades egna erfarenheter av sin skada och sitt handikapp är inte bara oumbärligt för beslutsfattare, för planeringen av sociala tjänster i samhället utan också i hög grad för det sociala arbetet. Enligt Hirst saknas det kunskap om hur de handikappades erfarenheter kan tolkas och beskrivas. Istället har handikappforskningen i hög grad varit inriktad på att beskriva själva innebörden av ett handikapp.[44] Hirst argumenterar för »the lattice approach« som baseras på en beskrivning och förklaring av den handikappade individens situation.[45]

3.5 *Ett begrepp för bemästring – copingbegreppet*

Inom den samhällsvetenskapliga forskningen har det tidigare varit känt att det finns s.k. copingstrategier. Det finns flera definitioner på begreppet coping och det är därför viktigt att först försöka klargöra vad som menas med begreppet och med den betydelse som ordet fått under de senare åren. Författaren Glynis M Breakwell konstaterar i sin bok *Coping with threatened identities*, att syftet i hennes bok är att »examine how people evolve strategies for coping with threatened identities«.[46] Breakwell ställer frågan vad som egentligen konstituerar en s.k. copingstrategi och definierar en sådan strategi på följande vis:

> »anything the individual believes to be done in order to expunge threat, constitutes a coping strategy. The cognitive definition is concerned with the intention which precedes the strategy: an act or thought becomes an attempt at coping if it is intended to remove the threat. The cognitive definition is not concerned with the outcome of the strategy: it remains a coping strategy even if it fails«.[47]

Utifrån detta vet man att coping i sig är en strategi hur individen kan klara av att hantera hot i sitt liv. Enligt Breakwell går definitionen att precisera ytterligare:

> »any thought or action which succeeds in eliminating or ameliorating threat can be considered a coping strategy, whether it is consciously recognized as intentional or not«.[48]

Det är viktigt att slå fast att en copingstrategi bara kan ha ett värde om individen har kontroll över sin egen situation och över de strategier som han eller hon använder sig utav i sitt vardagsliv. Heinz Leymann skriver att en individs olika copingstilar är beroende av de resurser som individen har till sitt förfogande.[49] Leymann skiljer mellan fyra innebörder av begreppet coping. För det första kan coping sägas innebära vilket sätt som individen använder för att bemästra själva hotet. En andra copingstil kan vara att individen undviker hotet genom att fly. Den tredje copingstilen innebär att personen försöker att minimera hotet genom att visa aggressivitet. Till slut så kan individen falla till passivitet och låta sin egen situation antingen bli positiv eller negativ.[50] Enligt Leymann är individens olika copingresurser viktiga för att man ska kunna förstå individens copingstrategier. Det är resurserna som är en förutsättning för inom vilka ramar som individen sedan har att handla utifrån.

Utifrån individens olika copingresurser och tidigare livserfarenhet är det sedan möjligt att tala om de bemästringsstrategier (copingstrategier) som står till buds. Det finns olika copingstrategier som en människa kan skapa och sedan etablera i sitt eget liv. Breakwell menar att tre huvudinriktningar av copingstrategier går att skönja på tre skilda nivåer (copingnivåer):

1. intra-psychic copingstrategier
2. interpersonal copingstrategier
3. intergroup copingstrategier

Begreppet coping började först att användas på 1950-talet. Idag finns en riklig litteratur om begreppet och dess användningsområden. (se Breakwell, Thernlund, Antonovsky, Meyer och Bränholm) Copingbegreppet användes också av forskare för att kunna beskriva olika copingstilar. Men användandet av coping inom samhällsvetenskapen har också framskridit till att också gälla coping som process.[51] Flera forskare har behandlat copingbegreppet under senare år.[52] Forskaren Gunilla Thernlund menar att »coping är ett ord, som betecknar det sätt individen använder för att hantera livssvårigheter«.[53] De svenska forskarna Axel R Meyer-Fugl, Kerstin S Fugl-Meyer och Inga-Britt Bränholm har också kommit sig att intressera sig för coping.[54] Tom Lundin definierar copingbegreppet som följer: »Med coping menas det sätt på vilket individen bemöter, försöker bemästra och anpassa sig till såväl ett inre som yttre hot. Denna jagfunktion är endast delvis möjlig att påverka viljemässigt och beror på hur hotet uppfattas och hur man tidigare under livet lärt sig att

handskas med ett för ett förestående hot«.[55]

Den finska forskaren Nina Santavirta har under senare år använt copingbegreppet i sin analys av copingstrategier hos patienter med bl.a. reumatism, fibromyalgi, höftledsinflammationer, blödarsjuka samt kroniska ryggsmärtor i Finland.[56] Santavirta definierar begreppsbildningen enligt:

> »it is a constantly ongoing effort to bind the tension to which pain and disability give rise. Coping strategies are the means used in this process«.[57]

Det är viktigt att man har klart för sig hur begreppet coping definieras och vad som i själva verket menas med begreppsbildningen. Næss använder det norska ordet »mestring« när hon studerade människors bemästring av sockersjuka i Norge.[58] Begreppet har också översatts till hantering.[59] Gunilla Brattberg definierar begreppet som »det sätt individen använder för att hantera livets svårigheter«.[60] [61] Brattberg definierar bemästringsstrategin som »beteckningen på de åtgärder som en person vidtar för att hantera en svår situation«.[62]

I fortsättningen kommer jag att använda mig av copingbegreppet utifrån de definitioner som tillämpats ovan av bl.a. forskarna Breakwell, Meyer-Fugl, Bränholm, Lundin, Santavirta och Næss. Bemästringsstrategi hos en trafikskadad person definierar jag som de åtgärder/strategier som den skadade använt sig av efter trafikolyckan för att övervinna de problem och svårigheter som han eller hon möter på i sitt vardagliga och sociala liv.

Hur utvecklar då människan en copingstrategi? Och vilka copingstrategier finns?

Fenomenet coping som process lanserades på 1970-talet av Richard Lazarus och Susan Folkman. Två typer av coping lanserades, dels den *emotionella copingen* samt dels den *problemlösande copingstrategin*. Med emotionell coping har ansetts att det är den psykologiska bearbetningen av en händelse eller ett hot som haft den avgörande betydelsen. Det har också visat sig att det finns könsskillnader i tillämpningen av den emotionella copingen. Fler kvinnor än män har visat sig använda den emotionella strategin. Med problemlösande eller problemfokuserande bemästring ska förstås den situation som människan lever under med sitt handikapp eller sjukdom. Som Næss exemplifierar så kan en sjuk människa gå till fysioterapeuten för att bli fri från sin smärta.[63] Bemästringsstrategier används enskilt eller i kombination med andra strategier. Framgången hos en enskild strategi är beroende av i vilken

situation som den trafikskadade människan är i.[64]

I USA har bland annat en doktorsavhandling under 1990-talet behandlat begreppet coping i samband med förekomsten av handikapp. Den amerikanska forskaren Beatriz Coca använde copingbegreppet i sin avhandling om handikappade människor. I sin doktorsavhandling[65] studerade Coca totalt 80 handikappade personer som hade ryggmärgsskador och just deras copingstrategier. De handikappade var i åldrarna 25 till 50 år. Coca studerade också om det fanns något samband mellan den handikappades sätt att copa (bemästra) och det sociala stöd som personen haft från sin familj och sina närstående. I sina slutsatser hävdar Coca att copingstrategier är positivt korrelerade med ett välutvecklat socialt stöd från omgivningen.[66]

Hur utvecklas det synsätt som många handikappade personer har på de begränsningar som normalt friska människor lever under? Erving Goffman skriver om lidandet som ett lärande om livet men också om människan.[67]

En annan i raden av forskare som utvecklat just copingbegreppet är Aaron Antonovsky som i sin bok *Hälsans mysterium*[68] intresserar sig för just dessa aspekter inom hälsosociologin.[69] För Antonovsky är den enskilde individens anpassningsstrategier intressanta att studera. Det handlar om hälsobringande mekanismer som en individ kan uppvisa när han eller hon tar sig igenom svårigheter i livet. Antonovsky har utvecklat begreppet »känsla av sammanhang« i sin forskning om bemästringens varande.

Inom den internationella forskning som gjorts om coping och trafikskador finns flera olika klassificeringar av copingstrategier. De vanligaste undersökningar som gjorts om coping och handlingsstrategier har varit kvantitativa undersökningar där forskaren utgått från en uppställd copingskala.[70] Denna skala har i förekommande fall haft sin utgångspunkt från givna Likertskalor. Richard S Lazarus använde sig utav en copingskala med följande åtta strategier:[71]

1. konfrontation/motstånd
2. distansering
3. självkontroll
4. söker socialt stöd
5. accepterande av ansvar
6. verklighetsflykt, undvikande
7. planerande problemlösning
8. positiv värdering

I copingsammanhang är det också möjligt att skilja mellan vad som menas för en bra individuell anpassning och en dålig anpassning.[72] Enligt Bo Hagberg kännetecknas bra anpassning av repression, sensitivitet, ångesttolerans samt projektion. Med dålig anpassning förstås isolering, förnekande och regression.

Inom den internationella forskningen om trafikskador har det inte talats så mycket om coping och copingstrategier. Snarare har forskarna studerat de post-traumatiska stressreaktionerna och symptomen hos olycksoffren. Den skala som använts vid ett flertal studier har varit den s.k. PTSD-skalan (Post-Traumatic Stress Disorder) och det har främst omfattat olika psykologiska tester på kort och lång sikt.[73] [74]

Inom trafikskadeforskningen är det främst det holländska forskarlaget Brom, Kleber och Hofman som under 1990-talet intresserat sig för trafikoffers copingförmåga.[75] De använde sig av en s.k. IES-skala (Impact of Event Scale) när de studerade de psykologiska konsekvenserna av en olycka. Denna skala kännetecknas också av att den mäter post-traumatiska stressreaktioner. I undersökningen av trafikskadade i Nederländerna fann man att hälften av respondenterna uppvisade symptom av inkräktande och undvikande en månad efter olyckan. Dessa tendenser blev mindre tydligare efter några månader visade den holländska forskningsinsatsen.

Tidigare internationell psykologisk forskning har visat att post-traumatiska stressreaktioner finns hos mellan 10–50 procent av samtliga trafikoffer.[76]

De båda australiensiska forskarna Bryant och Harvey studerade också post-traumatiska reaktioner hos trafikskadade personer.[76b]

Det är viktigt att ha kännedom om den psykologiska forskningen av trafikoffer då olika psykologiska test- och copingskalor är vanligt förekommande i den vetenskapliga diskursen. Forskare inom olika områden, främst inom psykologi och medicin har använt sig av fastställda frågeformulär om bemästring och stressreaktioner. Vanligt förekommande är att forskarna använt sig av vad som benämns för »the Coping Strategies Questionnaire« (CSQ).

I avhandlingen har jag inte valt någon av de mer traditionella psykologiska test- och copingskalorna. Jag har istället valt att utifrån temarelaterade självbiografiska intervjuer försöka klassificera och analysera de bemästrings- och handlingsstrategier som intervjupersonerna givit uttryck för under intervjutillfällena. Som utgångspunkt från detta val av tillvägagångssätt har jag använt mig av grundläggande copingstrategier som använts av bland andra

Breakwell och Lazarus. Efter de temarelaterade intervjuerna har jag sedan genomfört en öppen kodning av forskningsmaterialet. En mer ingående beskrivning av detta återfinns i avhandlingens metodavsnitt.

De copingstrategier som studerats i undersökningen är följande:

1. problemlösning
2. socialt stöd
3. optimism
4. substitution
5. accepterande
6. stå ut med en given situation (utstående)
7. minimera
8. resignation
9. planering
10. självtillit
11. isolering

Om den avvikandes roll i samhället har bland annat sociologen Erving Goffman tagit upp i sin bok *Stigma. Den avvikandes roll och identitet.*[77] Vad händer när en människa inte vinner ett socialt erkännande bland andra människor? I sammanhanget är det intressant att iaktta hur den trafikskadade människan upplever denna situation. Vad händer när den handikappade personen inte vinner det erkännande som han eller hon hade tiden före olyckan? Det ursprungliga grekiska ordet stigma ger oss kunskap om vad som är nedsättande hos en person. Goffman talar om social identitet som ett fenomen.

I den vetenskapliga diskursen förekommer bland annat två typer av social identitet. Goffman skriver om individens virtuella sociala identitet som innefattar de krav som medmänniskorna ställer på individen i fråga. Den andra identiteten benämner Goffman för en faktisk social identitet, något som kan sägas bestå av de egenskaper som individen redan har.[78]

Bland annat har Goffman intresserat sig för den stigmatiserade personens reaktioner. För det första menar Goffman att individen direkt försöker att rätta till det som är fel hos honom eller henne. Men det finns också en indirekt strategi som den stigmatiserade individen kan använda sig av. Detta handlande förstås när personen lägger ner mycket energi och kraft på att försöka klara utföra handlingar som han eller hon inte fysiskt har förutsättningar att klara av. En tredje strategi som en stigmatiserad person kan använda sig av är att försöka skaffa sig sekundära vinster som en form av kompensation för den

otur som han eller hon haft. Hur kan då oturen att ha blivit svårt skadad i en trafikolycka kompenseras av den handikappade själv? Jag kommer längre fram i avhandlingen att redogöra för några fallbeskrivningar där trafikskadade människor berättar om hur de bemästrat sin nya livssituation och hur de lyckats övervinna och kompensera den otur som de haft genom olyckan.

Tre andra viktiga begrepp som har relevans för forskningsproblemet är begreppen altruism, hedonism och heroism.

Begreppsbildningarna ska betraktas i ett större sammanhang. Låt mig först precisera och definiera hedonismen ur ett allmänt perspektiv och hur det används i min undersökning.

Det har framkommit att det hos många handikappade finns en kraft att njuta av alla de livsvärden och funktioner som de fortfarande har möjlighet att njuta av i livet. Denna njutning benämner jag för hedonism. Det är alltså fråga om ett motsatsförhållande till ett tillstånd och liv där människan avsiktligt helt avstår från olika livsnjutningar. Min tolkning av hedonismen är att den handikappade människan nått en framgång i att offra. Offrandet efter olyckan, har varit en läroprocess för många trafikskadade.

En allmän definition av begreppet hedonism beskrivs i Svenska Akademiens Ordlista som en »åskådning som betraktar lusten o. njutningen som tillvarons värde o. mål«.[79] I en etymologisk ordbok står att läsa att begreppet hedonism har sitt ursprung i det grekiska ordet hedoné som betyder njutning och nöje.[80]

En vidare betydelse ges i Nationalencyklopedin där begreppet definieras som »inom psykologin en teori som går ut på det enda mål som människor ytterst har för sina handlingar är att uppnå lust eller lycka (och att undvika olust och lidande) för egen del«.[81] Detta kan sägas vara den psykologiska definitionen av hedonismen. Det finns också en definition av begreppet som har sin utgångspunkt i den etiska hedonismen. I Nationalencyklopedin definieras denna enligt följande: »I etiken är hedenismen inte en teori om hur människor faktiskt handlar utan om vad som har värde i sig. Den går ut på att det enda som har värde för sin egen skull (egenvärde) är lust och lycka samt frånvaro av olust och lidande".[82]

I litteraturen har hedoniska upplevelser satts i »relation till internaliserade roller i en tidsrelation«.[83] Axel R Fugl-Meyer, Inga-Britt Bränholm och Irene S Fugl-Meyer skriver att »lyckans ontologi är tillfredsställelse med livet i sin helhet«.[84] Under senare år har ett ökat intresse tilldragit sig kring hedonismen som en värdetypologi. Forskaren Shalom H. Schwartz definierar värde som

»people's conceptions of the goals that serve as guiding principles in their lives«.[85] Schwartzs värdeteori utgår från tio värdetypologier där hedonism är en av dessa värdetypologier.[86] Han definierar hedonism enligt följande: »Pleasure or sensuous gratification (comfortable life, pleasure (Broader Enjoyment includes, as well: cheerful, happiness)«.[87] Schwartz skiljer mellan individuella typologier och kollektiva typologier. Enligt Schwartz är hedonismen en individuell typologi. Övriga individuella typologier i Schwartz modell är uppnående, oberoende, social makt och stimulering. Den indelning av olika typologier som Schwartz gör är viktig. Den visar bland annat att hedonismen har en central betydelse som en värdetypologi. Schwartz skriver följande:

> »Hedonism (enjoyment), achievement, self-direction, social power, and stimulation values all serve the self-interests of the individual, but not necessarily at the expense of any collectivity. It is the individual who attains pleasure, success, independence, status, and excitement, but this may or may not damage other's interests«. [88]

Det andra begreppet som används i det här redovisande avsnittet om trafikskadades liv, handlar om altruismen hos den skadade och handikappade människan. Ordet *altruism* kommer ursprungligen från det italienska ordet altrui som betyder »åt en annan«. I en etymologisk ordbok definieras altruism som »oegennytta: nybildn. på fra. autrui andra människor, nästan: under anslutning till lat. al´ter annan«.[89]

Begreppet som myntades av den franske filosofen och sociologen Auguste Comte (1798–1857) definieras i Filosofiskt Lexikon som »den etiska uppfattning, som såsom goda betraktar de handlingar eller viljeriktningar, som syfta till andras nytta eller välfärd«.[90] I Nationalencyklopedin definieras altruism som »osjälvständighet, att vilja och behandla någon annan (mänsklig) varelse än en själv väl, utan avsikt att därigenom gagna sitt eget intresse«.[91] [92]

När jag studerar begreppet altruism har det inte varit att avgöra i vilken grad och i vilka situationer som människan är altruistisk eller inte. Till detta skulle det fordras en särskild undersökning inom ett annat forskningsområde. Begreppet altruism i avhandlingen har jag istället studerat som ett medel och som en strategi som den trafikskadade personen kan använda sig av för att bemästra sin situation. Den amerikanske forskaren Kristen Renwick Monroe vid University of California definierar begreppet altruism som »behavior intended to benefit another, even when this risks possible sacrifice to the wel-

fare of the actor«.[93] Renwick Monroe studerade altruismen hos de hjältar och räddare som gömde undan judar från nazisterna under världskrigen. Hennes begreppsdefinition är uppbyggd kring sex förutsättningar för att en individs handling ska ses som altruistisk. För det första ska människans agerande medföra en faktisk handling åt/för en annan människa. Enligt Renwick Monroe är det inte tillräckligt med intentioner eller önskningar. För det andra bör handlingen vara målinriktad mot ett bestämt resultat. För det tredje måste handlingen som görs för/åt en annan människa gynna välfärden för personen. Ett fjärde kriterium som måste vara uppfyllt är att intentionerna i själva handlingen räknas mer än dess konsekvenser för den andra människan. För det femte kan den utförda handlingen tillföra något till personens uppnående till välfärd. Det sjätte och sista kriteriet som måste vara uppfyllt enligt Renwick Monroe är att altruismen i sig inte sätter några villkor eller förutsättningar för att den ska kunna ske.[94] Denna typ av definition kan också den amerikanske filosofen Thomas Nagel sägas använda. Nagel skriver:

> »By altruism I mean not abject self-sacrifice, but merely a willingness to act in consideration of the interests of other persons, without the need of ulterior motives«.[95]

Daniel M. Boland skriver om altruism bland alkoholister. Boland skriver:

> »True altruism involves giving something personal: one's time or trust, one's loyalty or support. True altruism has no hooks: we act unreservedly, even anonymously, for others' well-being«.[96]

Låt mig nu förklara hur begreppsbildningen kan relateras till den trafikskadade människans liv och situation. En människa som skadats i en trafikolycka har blivit sårad och kanske svårt handikappad. Olyckan kan innebära att människan i sig blivit så utsatt att han eller hon behöver all hjälp som kan stå tillbuds i samhället. Den hjälp och det stöd som den trafikskadade behöver i sin utsatta situation kan komma från en annan trafikskadad och handikappad människa. Renwick Monroes begreppsdefinition är därför tillämplig för min undersökning då den avser en handling som kan medföra något gott för en medmänniska som också har blivit handikappad. Trots att en handikappad människa har smärta och svårigheter i livet finns en vilja hos människan att hjälpa en annan utsatt och drabbad mot ett målinriktat resultat d.v.s. att

uppnå välfärd och att övervinna svårigheterna som handikappad. Vägen till att uppnå ett självständigt liv som handikappad person kan vara brokig men genom altruismen kan en person efter sin egen förmåga också underlätta för en annan handikappad att nå uppnåelse.

Personen vill kunna hjälpa en annan som också råkat ut för en olycka genom att överföra erfarenheter, råd och tips om hur han eller hon själv lyckats bemästra sina hinder och svårigheter. Därmed kan de fyra första kriterierna som Renwick Monroe reser för begreppsbildningen sägas vara uppfyllda. Också det fjärde kriteriet som säger att den handling som den trafikskadade gör för en annan människa ska gynna välfärden, uppfylles när den skadade delar med sig av sina erfarenheter av såväl framgångar som motgångar i sitt eget uppnående av välfärd. Den trafikskadade personen som hjälper en annan handikappad delar inte bara med sig av sina egna erfarenheter och råd utan har också en ambition att vilja hjälpa och göra så att den andre personen inte hamnar i samma eller liknande svårigheter än vad han eller hon själv behövt göra.

Den altruistiska strategin för livsbemästring för en annan människa ger också den skadade själv en insikt av och känsla för att känna sig behövd och verksam i ett samhälle där hon eller han kanske är utestängd från olika aktiviteter och social samvaro med andra människor. Det altruistiska perspektiv som Renwick Monroe beskriver i sin bok handlar om de värden som räddarna riskerade när de gömde undan judar från nazisterna. Den altruismen kom att handla mycket om liv eller död. För den trafikskadade människan kan balansgången mellan liv och död också ha varit mycket känslig och nära för människan. Flera svårt skadade människor har fått tillbringa lång tid i respirator eller ha fått nära dödsupplevelser i samband med olyckan. Den traumatiska händelsen kan också ha orsakat en nära anhörigs död, förlust av barn o.s.v. Den första tiden efter olyckan kan den sårade människan ha svårt för att acceptera sin trafikskada och inträdet in i den handikappade världen. Vad konstituerar då att människan tillgriper altruismen för att bemästra sin egen situation och hjälpa andra till livsbemästring? Innan jag besvarar frågan kan det vara viktigt att kort förklara de eventuella hinder som skulle kunna tänkas hämma en altruistisk handling hos människan. Den egna smärtan, ångesten, traumatiska minnen, fysiska respektive psykiska oförmågan att utföra handlingar kan hindra den altruistiska tanken och möjligheten hos den handikappade personen. Det förefaller troligt att det skulle vara på det viset att det finns trafikskadade som har så svårt med att acceptera sin egen skada

och handikapp att de inte skulle se någon mening i att hjälpa en annan människa. Risken att betrakta sig själv som ensam skadad kan vara stor och man blundar ett tag inför att det kan finnas hundratals eller tusentals jämlikar på rehabiliteringshem och vårdinstitutioner runtom i ett land. För att återgå till frågan om vad det egentligen är som konstituerar ett altruistiskt tänkande är det möjligt att studera de tankegångar som finns hos sociologen Erving Goffman och som kommit att studeras och användas inom den sociala forskningen. Goffman skriver om något som kan liknas vid altruismens kärna. Han skriver:

> »The first set of sympathetic others is of course those who share his stigma. Knowing from their own experience what it is like to have this particular stigma, some of them can provide the individual with instruction in the tricks of the trade and with a circle of lament to which he can withdraw for moral support and for the comfort of feeling at home, at ease, accepted as a person who really is like any other normal person«.[97]

För Goffman har den stigmatiserade individen en inbyggd resurs i sin sociala situation som avvikande. I fallet med altruismen handlar det därför om att individen kan vända de nackdelar som står henne eller honom emot till något positivt i hjälpen åt en medmänniska. Om detta faktum anser Goffman följande:

> »Among his own, the stigmatized individual can use his disadvantage as a basis for organizing life, but he must resign himself to a half-world to do so. Here he may develop to its fullest his sad tale accounting for his possession of the stigma«.[98]

Altruismens motsats är egoismen. Den altruism som har framkommit i intervjuerna handlar om den handikappade människans tanke och hänsyn till andra trafikskadade människors välfärd och situation. Men varför finns altruism? Var har altruismen sitt ursprung ifrån? Vad är skillnad mellan altruism och sympati, eller är det så att det handlar om samma fenomen? Den trafikskadade människan kan sägas söka stöd i sin utsatta situation från sin omgivning. Kan då omgivningen agera genom att visa sympati utan att handlingen för den skull innebära någon altruism? I sympatin inryms medkänslan för en annan människa. Medkänslan för en människa som är skadad kan vara en »känsla av smärta och bekymmer inför andras svårigheter«.[99]

I Sverige har många trafikskadade och handikappade människor organiserat sig för att bli delaktiga i samhället. Men denna organisering ska inte enbart ses som ett sätt att bli delaktig. Istället kan enligt min mening organiseringen ses som en form av *organiserad altruism* men också som en kollektiv handling. Alan Radley menar att när människan vill ta kontroll över sin egen hälsa kan han eller hon bilda s.k. självhjälpsgrupper eller stödgrupper för att nå en ökad kontroll.[100] I dessa grupper kan en ömsesidig stödverksamhet ske. Det som jag valt att benämna för organiserad altruism överensstämmer med det fenomen som Goffman omnämner som stigmatiserad kategori. Goffman skriver:

> »Further, in being a member of the category, an individual may have an increased probability of coming into contact with any other member, and even forming a relationship with him as a result«.[101]

Många trafikskadade har i Sverige organiserat sig i en sådan kategori som Goffman och Radley omnämnt. I trafikskadeförbundet RTP beskrivs ett viktigt motto inom vad jag valt att benämna för en form av organiserad altruism:

> »RTPs motto för denna verksamhet är ›att återföra de skadades erfarenheter till samhället och till trafiksäkerhetsarbetet‹. Vid en fortbildningskurs för trafikinformatörer 1985 drogs riktlinjer upp för en utvidgning av de trafikskadade RTP-ungdomarnas uppgifter. Man utbildade nu dessa även för en uppsökande verksamhet bland nyskadade. Dessa s.k. RTP-lotsar kan genom sina egna erfarenheter fungera som rådgivare, medmänniska och förebild till nyskadade och stöd till deras anhöriga«.[102]

Den verksamhet som det här handlar om kan relateras till den professionalisering som Goffman behandlar i sin bok. Goffman menar att det finns utrymme för en professionalisering inom en stigmatiserad grupp. Exempelvis kan en trafikskadad person bli professionell på sin skada och situation och kan utifrån den beskriva vardagen för den trafikskadade människan. För Goffman innebär en sådan professionalisering att svagheterna med stigma kan vändas till något positivt.[103] Det finns flera exempel där trafikskadades egna erfarenheter kan vändas till något positivt för andra människor. I Sverige bildade RTP en speciell *trafikofferjour* år 1995. Syftet med jouren var att den människa som skadats i en olycka, mist någon anhörig eller skadat någon annan människa skulle ges tillfälle att kunna ringa till jouren och tala om sina käns-

lor och om sin situation. Denna offerjour visade sig bli en stor framgång i Sverige. Många trafikskadade kom att höra av sig till jouren.[104] I jouren sitter en människa som själv har erfarenheter att leva som trafikskadad och kan genom sina egna erfarenheter hjälpa och stödja den nyskadade människan. Offerjouren kan också ses som en typ av altruism som finns hos de trafikskadade; viljan att hjälpa andra som nyligen skadats i en olycka och som kanske blivit handikappade i livet.

Tendenser över trafikskadade människors altruism har också beskrivits tidigare i en studie som genomförts av den Europeiska trafikskadeorganisationen (European Federation of Road Traffic Victims) som skriver:

> »The principal motivations for joining such an association is generelly altruistic: victims and their families want to share with others the help they received or wished they had received and are particularly aware of road danger through personal experience, so want to participate in actions aimed at reducing that danger«.[105]

Men varifrån kommer i sådana fall den altruism som den trafikskadade människan uppvisar? Jag tror att det är viktigt att man har förståelse för den situation som den skadade människan befinner sig i. De trafikskadade har förlorat något genom olyckan varför man kan tala om att det skett någon form av offrande för individen. I tanken om *offrandets glädje* kan det sägas innefatta tankegången om människans sanna natur.[106] Offrandet är i sig en smärtsam och genomlidande process där man kan betrakta det som offras utifrån de förluster som människan åsamkas. Offrandets glädje blir till en fråga om försoning inom den drabbade och utsatta individen. För en människa som skadas i en trafikolycka innebär förlust av en kroppsdel en förlust som i sig inte har något överhuvudtaget med glädje att göra. Olyckan har i sig försatt människan i en livssituation och utgångspunkt som människan själv inte har haft något val att påverka. Men det som en trafikskadad människa förlorar i och med sitt handikapp exempelvis genom begränsad rörlighet och möjligheter till att arbeta effektivt etc kan ha relation till glädje genom att den offrande människan har lyckats uppnå andra värden och livsbetingelser i sin tillvaro. Ett konkret exempel på offrandets glädje kan utgöras av den altruism men också sympati som finns hos en trafikskadad och handikappad människa. Man kan se det som att det ur offrandets glädje föds en altruism hos den skadade människan. Annorlunda uttryckt skulle man kunna säga att det finns trafikskadade som

får offra sin egoism för att nå upp till en altruistisk nivå. Även om altruismen är möjlig att betrakta som en egoistisk handling är den betraktat utifrån en sårad människas perspektiv ett fenomen som kan ge såväl givaren som mottagaren glädje och energi. Den finske filosofen och forskaren Timo Airaksinen talar om människans tre förmågor (virtues) som ska ses som grundläggande för altruismen. Det handlar om ära (honor), kärlek (love) och trofasthet hos människan (fidelity). Utgångspunkten för altruismen är att om person A hjälper person B så förväntar sig person A inte att person B ska betala tillbaka något, ge något i gentjänst för den utförda handlingen.[107] [108]

Offrandet och altruismen måste naturligtvis ses ur såväl ett tidsperspektiv som från det individuella perspektivet. Tiden för den egna mognaden och bearbetningen av de egna förlusterna måste få lov att vara individuell. Det måste således finns både tid och rum för individens eget lidande. Tiden blir på det viset avgörande för i vilket skede människan är mogen och har möjlighet att försonas med sig själv. Offrandets glädje hos en trafikskadad människa handlar i hög utsträckning om en glädje att tjäna andra människor som också drabbats av en traumatisk händelse som t.ex. en olycka utgör.

De tre begrepp som är centrala i sammanhanget är hedonism, heroism och altruism. Jag har tidigare förklarat och definierat de olika begreppen förutom begreppet heroism. Med begreppet heroism kan förstås »stark vilja att övervinna svårigheter«.[109] Begreppsbildningarna kan enligt min mening betraktas utifrån ett gemensamt sammanhang där altruismen kan ses som komplementär till de övriga begreppsbildningarna. Kvinnan Julie i Kieslowskis film visar sympati för flera personer i sin omgivning bl.a. för en gatumusiker som ligger och sover på gatan samt för en prostituerad kvinna som hotas att vräkas från sin bostad. Timm anser att gestalterna i Kieslowskis skapande inte är heroiska till sin karaktär utan att de endast handlar efter sin bästa förmåga utan att förstå hur skeendet egentligen fungerar.[110]

Enligt min mening är det möjligt att betrakta den trafikskadade människan som heroisk. En olycka i sig är inte ett hjältemod men den individuella övervinnelse som kan komma ur en olycka är enligt mitt sätt att se på saken en fråga om heroism. Övervinnelse kan betraktas som hjältemodigt. Renwick Monroe använder begreppet hjälte (heroes) när hon beskriver människor som hjälper andra människor genom att riskera sina egna liv vid handlingstillfället. Som exempel nämner Renwick Monroe människor som arbetar inom s.k. räddningsyrken som polis och brandmän.[111]

Begreppet heroism är viktigt för att förstå den trafikskadade människans

livssituation. Genom att ha överlevt en svår olycka och försökt kämpa sig tillbaka till livet erfordras vad man skulle kunna säga för ett människomod. Hans Hartelius talar om den nya heroismen och menar att individens heroiska livshållning kan ge sig i uttryck genom såväl kamp som resignation inför sin egen situation. Genom att en drabbad människa överlevt t.ex. en svår olycka kan man senare säga att hon »överlevt på sin livsvilja«.[112] Med en heroisk livshållning kan förstås den kamp som människan befinner sig i för motverka intigheten d.v.s. frånvaron av mening och innehåll i livet. Hartelius vill tala om vad han kallar för »den nya heroismen«. Med detta ska förstås en ny väg för den drabbade individen som är det heroiska d.v.s. den situationen då individen bejakar den ödeskamp som hon eller han råkat att ha hamnat i. Människan är i denna situation beredd att tala om sitt eget lidande och om sina förväntningar inför andra människor.

3.6 *Sammanfattning*

Är ett liv utan risker möjligt? Hur ser det moderna risksamhället ut egentligen? Det är frågor som flera forskare och författare under senare år kommit att intressera sig för. Det har talats om riskens kosmetika i samhället, om risktermometrar och risken som ett modernt samhälleligt problem och fenomen. Enligt min mening handlar benägenheten att ta risker om det som individen inte är beredd att offra och riskera. Det finns ingen människa som är beredd att offra sin hälsa eller välbefinnande i trafiken eller genom en olycka. Likväl finns det människor som förlorar ett ben, en arm eller blir förlamade för resten av sina liv efter en olycka. En olycka som uppkommer på några sekunder kan förändra en människas liv totalt.

I avsnittet diskuterades också begreppet coping eller bemästring. Inom den vetenskapliga diskursen har copingbegreppet använts flitigt och det är främst inom den psykologiska forskningen som begreppet har funnit sin spridning. Med begreppet åsyftas den dynamiska process hos individen som ger en bild av individens förmåga att leva med stora förändringar och att ha förmåga att bemästra de hinder och hot som finns såväl på individ- som samhällsnivå. Med copingstrategi menas de medel och handlingsalternativ som en individ använt sig utav för att bemästra en svårighet i sin livssituation. Inom copingforskningen har det under flera år använts s.k. copingskalor som haft till syfte att mäta copingstrategier, strategier som kan förändras över tid. Inom den psykologiska forskningen har det främst genomförts kvantitativa under-

sökningar där forskarna sökt svaren utifrån i förhand uppgjorda frågeformulär. Avhandlingen är inte uppbyggd kring denna traditionella forskningsinriktning utan baseras istället på temarelaterade självbiografiska intervjuer där copingstrategier kan gestaltas utifrån intervjupersonens berättelser. I anslutning till copingbegreppet har definitioner av begreppen altruism, hedonism och heroism skett. Dessa begrepp behandlas längre fram i avhandlingen parallellt med copingstrategierna.

4. Förmåga till välfärd

KUNSKAPEN om hur det är att leva med en trafikskada är idag inte tillräcklig. Bland annat saknas det kunskap om vilka mekanismer och faktorer som inverkar på att de handikappade klarar sin livsföring och sina liv efter en svår olycka. Man skulle här kunna tala om att den handikappade människan besitter vissa bemästringsstrategier för att kunna gå vidare efter en svår olycka. Det är bland annat de här bemästringsstrategierna som är viktiga för den handikappade personen men nödvändigtvis inte behöver vara välkänd bland alla handikappade människor. Varje människa utvecklar sina egna strategier efter personlighet och egna erfarenheter. I det moderna samhället saknas det kunskap om hur handikappade, som tillhör den svaga gruppen i samhället, lyckas få del av den välfärd som de är berättigade till.

Författaren Viktor E. Frankl ställer sig frågan vad det är som får en del personer att utstå svåra livssituationer, situationer där andra personer skulle duka under och helt enkelt ge upp.[1] En så kallad »tragisk optimism« som myntas av Frankl har sin grund i det latinska ordet *optimum* som betyder »det bästa«. Enligt Frankl består den tragiska optimismen av antagandet att varje individ »har förmåga att på ett kreativt sätt förvandla livets negativa sidor till något positivt och konstruktivt. Vad det handlar om är med andra ord att göra det bästa av varje given situation«.[2] Inom den vetenskapliga diskursen har det dock inte enbart varit forskare som Frankl som diskuterat människors olika livssituationer. Forskaren Heinz Leymann studerade i sin bok varför en del människor reagerar starkare än vad andra människor gör på kriser och katastrofer i livet.[3]

Vilken betydelse har den sociala kontakten och relationen mellan handikappade och mellan en person som inte är handikappad? Vilka lärdomar kan dras från erfarenhetsutbytet i relationen mellan handikappade människor?

Syftet med undersökningen i avhandlingen är att försöka öka kunskapen

om de trafikskadades levnadssituation och levnadsvillkor i Finland och Sverige.

Undersökningens syfte är att utifrån analysen jämföra gemensamma värden, upplevelser och tankar hos enskilda individer. I jämförelsen mellan de båda länderna studeras de likheter och skillnader som påträffas mellan trafikskadade människor i Finland och i Sverige. En närmare presentation av avhandlingens problemställningar återfinns i kapitel fyra där forskningsproblemet närmare penetreras.

4.1 *Forskning om trafikolycksfall i Finland och Sverige*

Forskning om bilism och trafikolyckor har skett i många länder runtom i världen under en relativt lång tid. Många forskare inom olika vetenskapsdiscipliner har varit och är sysselsatta med att försöka belysa olika sidor av bilismen, teknologin, ekonomin, människan och miljön. Det skulle här leda alltför långt att redogöra för alla de forskningsteman som belysts runtom i världen när det gäller trafiken i samhället. Det är dock viktigt att klargöra att det finns ett väsentligt tvärvetenskapligt intresse att försöka belysa bilismens konsekvenser ur olika synvinklar.

Inom ämnet socialpolitik och socialt arbete har forskningen varit mycket begränsad. Däremot inom det väl angränsande ämnet socialmedicin har konsekvenser av olycksfall uppmärksammats i större skala. Forskningen inom socialmedicin har internationellt varit inriktad på att belysa och utvärdera de psykologiska och psykiatriska följderna av en trafikolycka i olika situationer. Det australiensiska forskarlaget Margaret Green, Alexander McFarlane, Christine Hunter och William Griggs har i början av 1990-talet undersökt de eftertraumatiska stresstillstånden hos trafikskadade människor i Australien. Även de konstaterar i en artikel att de psykologiska följderna av en trafikolycka är ett mycket eftersatt område.[4]

Forskningen inom den internationella medicinska psykiatrin inom området har varit flitig under 1990-talet. De tre brittiska forskarna Richard Mayou, Bridget Bryant och Robert Duthie tillhör några av dem som studerat de psykiatriska konsekvenserna hos personer som varit med om svåra trafikolyckor.[5] De konstaterar i sin undersökning av skadade personer att flera av dem fått såväl psykiska som sociala problem långt efter att de skadats i en trafikolycka. Enligt Mayou, Bryant och Duthie går det att identifiera de personer i en grupp trafikskadade och handikappade som kommer att lida av psykiska

problem under en mer eller mindre längre period i sitt liv.[6]

Men också flera andra forskare har intresserat sig för de psykologiska och psykiatriska följderna av trafikolyckor runtom i världen.[7] Forskarlaget Brom, Kleber och Hofman studerade psykologiska konsekvenser av trafikolyckor genom att fokusera intresset mot hur trafikoffer lyckades bemästra sin situation. Man studerade några trafikskadade en månad samt sex månader efter olyckan.

Låt oss nu övergå till avslutad och pågående forskning i de nordiska länderna. I Norden har forskning om trafik och olyckor pågått under en längre tid. Forskning om trafikolyckors följder och konsekvenser i Norge har under ett flertal år haft en omfattande inriktning. Den norske medicinforskaren Inggard Lereim studerade främst medicinska konsekvenser av trafikolyckor i Norge i slutet av 1970-talet och i början av 1980-talet.[8] Lereim konstaterar i sin forskning att de socio-ekonomiska aspekterna och konsekvenserna av olyckor är ett outforskat avsnitt inom olycksfallsforskningen. I Norge har således konsekvenserna och olika former av följder av olyckor uppmärksammats i större utsträckning än vad som gjorts i andra nordiska länder. I Norge har också den norske forskaren Jan Vidar Haukeland intresserat sig för följderna. Haukeland har koncentrerat sig på välfärdsaspekter och konsekvenser för de som drabbas av olyckor i Norge.[9]

Norge tillhör det land i Norden som utgör undantaget avseende välfärdsmätningar. I Norge har det genomförts studier av sociala välfärdsaspekter efter trafikolyckor. Vid Transportøkonomisk institutt gjordes under åren 1985–1989 en undersökning om hur välfärden utvecklats för människor som skadats i trafikolyckor i Norge.[10]

En annan norsk forskare som arbetat en längre tid inom området är Ulrik Malt som riktat intresset mot de psykiatriska följderna av trafikolyckor i Norge.[11] Likaså har de båda forskarna Dagfinn Winje och Annicken Ulvik studerat de psykiatriska följderna av olyckor. Winje och Ulvik studerade de psykiatriska och sociala stödinsatser som sattes in för olycksdrabbade efter en svår skolbussolycka i Norge år 1988.[12]

Den norska undersökningen om trafikskadornas konsekvenser är naturligtvis mycket viktig som utgångspunkt vid jämförelsen av situationen för trafikskadade mellan Sverige och Finland. Bland annat kan en tidigare forskning inom området ge vägledning över de svårigheter som finns att mäta de sociala välfärdsaspekter och upplevelser som en trafikskadad konfronteras med. Haukelands analys belyser visserligen välfärdsaspekter för trafikskadade

människor men det som saknas i undersökningen är den skadades egen livshistoria. Eftersom ett stort antal personer har undersökts i en enkät saknas en djupare förståelse av den sociala problematik som kan finnas inbyggd i trafikskadans och handikappets komplexa natur.

Enligt min mening har de sociala aspekterna av trafikfenomenet helt åsidosatts inom den socialvetenskapliga forskningen i Finland och Sverige. De sociala konsekvenserna som följer av en trafikolycka har endast i undantagsfall belysts kortfattat. Detta konstateras också av de socialmedicinska forskarna Anna-Lena Andersson, Peter Allebeck samt Olle Bunketorp.[13] Som jag tidigare redogjort för har den internationella forskningen främst inom ämnena socialmedicin och psykiatri varit inriktad på de psykiatriska följderna av trafikolyckor. Däremot har de sociala aspekterna och följderna inte uppmärksammats i lika stor utsträckning. Det är förvisso riktigt att sociala välfärdsaspekter på trafikpolitik i Sverige bland annat tagits upp i Uppsalaforskaren Jörgen Wedins doktorsavhandling *Spelet om trafikpolitiken*, men de sociala argument som finns inom ramen för landets socialpolitik diskuterades aldrig ingående i den forskningen.[14] Göteborgsforskaren Bengt Mattsson undersökte i sin doktorsavhandling de samhällsekonomiska konsekvenserna och kostnaderna för trafikolyckorna i Sverige under 1950- och 1960-talen.[15]

Under 1970-talet studerade den svenske medicinforskaren Jan Thorson 2 500 patienter som varit inlagda på sjukhus i Uppsala sjukhusregion och som skadats i trafikolyckor i regionen under åren 1965–1966.[16] [17] Thorson studerade trafikskadade personer fyra till fem år efter trafikolyckorna genom en postenkät, telefonintervjuer samt genom att använda sig utav hembesök som kompletterande metod. Undersökningen visade att 38 procent av den studerade gruppen hade måttliga psykiska besvär samtidigt som nio procent hade allvarliga problem. Tre procent av de undersökta personerna hade sådana handikapp att de behövde hjälp med sin dagliga livsföring. Man skulle kunna säga att den här undersökningen, som var medicinskt inriktad, hade begränsningar när det gäller att uppmärksamma de sociala aspekterna av en trafikolycka. Dock visade studien att 18 procent av patienterna drabbats av sociala effekter som t.ex. omkostnader som inte inkluderats i försäkringar och förändringar i möjligheterna att klara av ett arbete. Huvudresultatet i Thorsons studie visade att varannan trafikskadad hade problem 4–5 år efter olyckan.

Parallellt med Thorsons studie under 1970-talets inledningsskede genomfördes en psykiatrisk studie av olycksförares mentala hälsa vid St. Jörgens Sjukhus vid Göteborgs universitet. Gunnel Mellbin studerade en population

om 205 fordonsförare som varit involverade i bilolyckor. Resultatet av undersökningen visade att samhället borde sätta in ökade insatser mot unga bilförare som haft mentala problem under sin uppväxttid.[18]

Thorsons och Mellbins studier på området kan man säga efterföljdes av en trafikskadestudie som genomfördes även den av en medicinsk forskare. Anders Tolagen vid Linköpings universitet studerade trafikskadade människor i ett svenskt län. Tolagen analyserade skadade i Östergötlands län under en period.[19] Några av syftena med denna senare undersökning var att föreslå åtgärder som kunde betecknas som skadereducerande, redovisa bristerna i den officiella statistiken samt att kartlägga sjukvårdskostnaderna i länet för trafikskador.

Som framgått ovan har de *sociala aspekterna* av bilism och trafik som begrepp inte blivit föremål för någon större omfattande socialpolitisk forskning i Finland och Sverige. Någon djupare vetenskaplig undersökning av de trafikskadades sociala situation har till följd av detta faktum inte bedrivits i Finland eller Sverige med några få undantag som jag redogjort för i detta avsnitt.[20] I Sverige gjordes i slutet av 1980-talet en lokal studie av de psykosociala följderna av trafikolyckor i Uddevalla. Anna-Lena Andersson och Lars-Olof Dahlbäck undersökte de socialmedicinska konsekvenserna av trafikolyckor två år efter att de inträffat.[21] I undersökningen, som var uppbyggd av telefonintervjuer med trafikskadade, gjordes inga större eller mer omfattande välfärdsmätningar av de sociala följderna av olyckorna. Undersökningen måste därför ses som begränsad i sammanhanget.

En studie av invaliditet hos barn efter trafikolyckor visade att barn hade en större skadetolerans än vad fallet var för vuxna människor. Jon Karlsson, Olle Bunketorp, Per-Olof Kroon och Bertil Romanus studerade 1027 barn i en studie av trafikolyckor i Göteborgsregionen.[22] En senare utförd vetenskaplig undersökning i Sverige är en pilotstudie av offer för trafiknykterhetsbrott. Undersökningen som genomfördes vid Umeå universitet under år 1993, baserades på en mindre kartläggning av brottsoffrens redogörelser för såväl reaktioner som konsekvenser av trafikolyckor under år 1988 i Sverige. Umeåforskaren Doris Zingmark konstaterade att det hittills inte funnits någon svensk undersökning om brottsoffrens situation efter trafikolyckor som behandlat alkoholpåverkan hos någon inblandad.[23] Umeåstudien, som inte hade något syfte att mäta livskvalitetsaspekter hos trafikoffren, visade att livet hade förändrats för personerna. Totalt sju personer hade intervjuats och studien visade att flera av de intervjuade hade fått förändrade familjerelationer

efter trafikolyckorna.[24]

Under 1990-talet har också omfattande forskning om whiplashskadornas förekomst och betydelse för människan genomförts av flera forskare. Åke Nygren, Anita Berglund och Maria von Koch konstaterade i en undersökning att problematiken med nackskador i trafiken ökat de senare åren och mer än fördubblats mellan åren 1976 och 1992 i Sverige.[25] [26]

Läkaren och forskaren Gunilla Bring konstaterade i sin undersökning att det finns klara evidens på förekomsten av könsskillnader i nämnda skadegrupp. Bring skriver i sin doktorsavhandling att kvinnorna i Sverige dominerar gruppen patienter som fått kroniska besvär efter whiplashskador. Samtidigt visade Umeå-undersökningen faktumet att män i större utsträckning varit med om fler allvarliga trafikskador och dödsfall i den svenska trafiken.[27] [28]

Parallellt med den vetenskapliga forskningen om trafikskador och olyckor i Sverige har handikapprörelsen genomfört egna utvärderingar av handikappades liv. Den viktigaste lokala studien som gjordes under 1980-talet var Värmlands länsförening inom RTP som studerade levnadsvillkor för trafikskadade i Värmlands län år 1987.[29] Under år 1996 utgav RTP och Nordiska museet i Stockholm en samling levnadsberättelser där traumatiskt hjärnskadade framträder i kortare berättelser om livet efter trafikolyckor.[30] [31]

En jämförande studie av skillnader och likheter för trafikskadades levnadssituationer i de båda nordiska länderna måste alltså betraktas som ett angeläget ämne som det ännu inte bedrivits någon omfattande socialpolitisk forskning om. Men även om det inte finns någon social forskning om trafikskadades levnadsvillkor så finns det emellertid forskning om andra handikappgrupper. Detta är forskning som också i stor utsträckning genererar kunskap vid studiet av villkoren för de som skadats i just trafikolyckor. Det här gäller naturligtvis både förhållandena i Finland och i Sverige.

Inom den finska socialpolitiska forskningen med inriktning mot handikappforskning är det främst Asko Suikkanen och Keijo Piirainen vid Lapplands universitet som under det senaste decenniet intresserat sig för de sociala kostnader som uppstår för en handikappad individ. De bådas forskning kan allmänt sägas omfatta den delen av handikappforskningen som berör förhållandet mellan den handikappade personen och samhället som den stödjande och rehabiliteringsgivande parten. I sin bok *Tapaturmien kompensoiminen* (Accident compensation)[32] analyserar Suikkanen mer specifikt hur försäkringssystemet är relaterat till den arbetshandikappades behov och förändringar i de samhälleliga levnadsvillkoren. Bland annat behandlar Suikkanen

den fas som resonerar om den sociala säkerheten som ett mål för välfärdsstaten. Därutöver diskuteras också vilka möjligheter en arbetshandikappad person har för att återgå till arbetslivet och till arbetsmarknaden. En sådan specifik analys görs också av Piirainen i hans doktorsavhandling *Kuntoutussopimus* (The Rehabilitation Contract) om rehabiliteringens möjligheter och begränsningar i det finska samhället.[33]

Som tidigare nämnts saknas en större och mer ingående vetenskaplig forskning om trafikskadade människors sociala levnadsvillkor i både Sverige och Finland. Därmed inte sagt att forskningen skulle lysa med sin frånvaro när det gäller studiet av trafikolyckor avseende andra aspekter.

När det gäller forskning om andra handikappgruppers sociala levnadsvillkor i Sverige har Lundaforskaren Per Nyberg behandlat hur asbestskadade, personer med muskeldystrofi samt funktionshandikappade människor både individuellt och kollektivt har möjligheter att påverka levnadsvillkoren. I sin avhandling *Handling och levnadsvillkor. Om handikappade och deras organisationer* belyser också Nyberg de nätverkskontakter som de handikappade använder sig utav i sin dagliga livsföring.[34] Enligt min mening är Nybergs avhandling intressant på flera sätt vid studiet av trafikskador. Ett av skälen till det är att Nyberg har en socialpolitisk inriktning på sin forskning om just handikappades levnadsvillkor även om den inte alls behandlar trafikskadades liv. Ann-Christine Sjöholm studerade självupplevda erfarenheter hos rörelsehindrade ungdomar med medfödda handikapp.[35] Forskaren Kristina Jarkman studerade barn med ryggmärgsbråck och deras föräldrar i sin avhandling.[36] Jarkman studerade vilka metoder och strategier som föräldrarna till ett barn med ryggmärgsbråck använde för att tillvaron skulle kunna fungera. De båda läkarna och forskarna Claes Hultling och Richard Levi vid Spinalis SCI Research Unit (Karolinska institutet) har skrivit om ryggmärgsskador i en spinalishandbok.[37]

I Finland kom trafikolyckorna och trafikskadorna att bli föremål för intensiv forskning redan under 1960- och 1970-talen.[38] Det ska i detta sammanhang påpekas att den forskningsinriktning som varit ledande har varit inom det medicinska området. Den finländske forskaren Henrik V.A. Heikel kom att studera 1 831 patienter som var trafikskadade och fick behandling vid Björneborgs allmänna sjukhus under 1950-talet. I studien, som genomfördes år 1965, fann Heikel att trafikolyckorna främst drabbade yngre människor i arbetsför ålder.[39] Samtidigt som Heikel konstaterade att bilismen skadade unga människor studerade den medicinske forskaren Pär Slätis andra konse-

kvenser för den trafikskadade människan i det finska samhället. Slätis fann att 6.6 procent av de 465 trafikskadade personer som undersöktes tre år efter olyckorna inträffat, hade fått ett permanent handikapp.[40] [41] Undersökningen visade också att 3.4 procent av de skadade hade fått 30-procentig invaliditet eller mer. Jorma Tolonen studerade i sin doktorsavhandling användandet av bilbälten och graden av trafikskador i det finska samhället.[42]

I Finland kom som jag ovan beskrivit, historiskt sett den medicinska forskningen med inriktningen mot trafikskador att bli mest påtaglig. Under senare år har denna forskningsinriktning utvecklats. Trafikskadorna tycks ha fångat de medicinska forskarnas intresse i större utsträckning än något annat inom trafik och bilism. Forskaren Seppo Olkkonen belyste riskerna och konsekvenserna av cykelolyckor i sin studie.[43] I Olkkonens doktorsavhandling *Bicycle injuries – incidence, risk factors and consequences*, behandlas främst de medicinska aspekterna och följderna av en cykelolycka, även om också sociala följder diskuteras.[44] [45] I Sverige har Peter Nyberg, Ulf Björnstig och Lars Olov Bygren studerat cykelolyckorna och dess medicinska följder.[46] Per-Olof Kroon gjorde en medicinsk uppföljning av människor som skadats i cykelolyckor i Göteborg åren 1983–84.[47]

Även andra medicinska studier av trafikolyckor och skador har gjorts i Finland under senare år. År 1990 gjorde de båda finländska forskarna P Karttunen och K Karkola vid Kuopiouniversitetet en uppföljningsstudie av barn som varit inblandade i olyckor under tiden 1972–1981.[48] Studien som baserades på en enkät som skickades ut till 472 trafikskadade, visade att flickorna kom att få mer omfattande psykiska symptom än vad pojkarna fick. Kuopio-undersökningen har emellertid begränsningar då svarsfrekvensen var relativt låg. Metodologiskt innehåller också studien mätsvårigheter då det gått förhållandevis lång tid efter olyckan då de skadade fick svara på forskarnas frågeformulär. Kuopio-studien visade ändå att de trafikskadade barnen senare i livet lever med en rädsla för bilismen och har mardrömmar om olyckan. Studien, som var kvantitativ till sin natur, hade till syfte att undersöka rehabiliteringens betydelse för de skadade barnen, livskvaliteten tiden efter olyckan samt förändringar i trafikbeteendet hos barnens familjer.

En medicinsk forskargrupp bestående av forskarna Aarne H Kivioja, Pertti J Myllynen och Pentti U Rokkanen vid Helsingfors universitetssjukhus studerade 92 trafikskadade personer och fann att 72 procent av de skadade hade förmåga att återvända till arbetslivet en tid efter olyckan.[49]

Avhandlingens undersökning kan sägas bestå utav *två avgränsade perspek-*

tiv. Det första perspektivet, där själva tyngdpunkten och utgångspunkten läggs, karaktäriseras som *beskrivande och förklarande*. Beskrivande i den del som gäller de faktiska omständigheterna, den faktiska situationen för de handikappade i Finland och Sverige. Förklarande vad avser hur man ska kunna förklara den drabbade människans utsatthet och sociala välfärd. Hur ser de handikappade själva på sin livssituation? Hur har deras levnadsvillkor och livskvalitet förändrats i och med handikappet?[50] I välfärdsbegreppet finns flera dimensioner som innefattar olika typer av behov hos människan.

Det andra perspektivet som undersökningen utgår ifrån grundar sig på den *komparativa analysen* – att jämföra hur de handikappade själva upplever sin livssituation i de båda länderna. Utifrån de trafikskadades levnadssituation och erfarenheter i Finland och Sverige går det att göra en jämförande studie över eventuella likheter och olikheter i hur de uppfattar sin livssituation i det land där de lever. Men det är inte tillräckligt att enbart beskriva de handikappades levnadsvillkor efter en trafikolycka. Enligt flera forskare krävs det också att det framkommer faktorer i den vetenskapliga diskursen som kan förklara orsakerna till att en del samhällen valt olika lösningar för att tillgodose individens behov och önskningar.[51] Syftet med avhandlingen är dock *inte* att undersöka vilka handlingsstrategier som handikapprörelserna i Finland och Sverige valt att använda sig utav. Istället fokuseras intresset mot vilka bemästringsstrategier som utvecklats och använts av den enskilde handikappade personen själv och för att beskriva den trafikskadade människans egen livshistoria.

4.2 *Teoretisk ram och utgångspunkt*

Förmåga till välfärd är en av de viktigaste hörnstenarna eller faktorer om man så vill, då det talas om individens rätt till social välfärd i det moderna samhället. Inom den vetenskapliga diskursen finns en rad generella välfärdsteorier som är väl kända. Den finske välfärdsforskaren Erik Allardt utgår i sin teori från att välfärdsbegreppet har sin grund i »de möjligheter som människor har att få sina centrala behov tillfredsställda«.[52] Allardts välfärdsmodell har haft stor betydelse i Norden. Den teoretiska tanken bakom Allardts modell är att det är möjligheterna att nå behovet som är primärt framför att det skulle vara resurserna som är avgörande för en behovsuppnåelse. Behovsbegreppet kan också uppdelas på fysiska, psykiska och andliga behov. Allardts tre dimensioner av välfärd består av: att älska, att ha och att vara. »Att älska«-dimensio-

nen, avser med andra ord människors relationer och förhållanden till sina medmänniskor. Den andra dimensionen »att ha« innefattar människans individuella och materiella resurser. Den tredje och sista dimensionen »att vara« säger oss hur människans ställning och position framgår i samhället.

Avhandlingens teoretiska utgångspunkt kan i grunden sägas bygga på Allardts välfärdsmodell om de välfärdskomponenter som är väl kända inom välfärdsforskningen. Men modellen tillhör de mer generella välfärdsteorierna idag. Nyberg opponerar sig i sin avhandling mot de nordiska levnadsnivåundersökningarna, särskilt den svenska låginkomstutredningen, som han anser har bidragit till »att bilden av levnadsnivån blivit fragmenterad och statisk«.[53] Till skillnad från Nybergs argumentering anser jag att den teori som de nordiska undersökningarna vilar på inte som sådan är möjlig att avfärda vid studiet av trafikskadade människor. Snarare är det enligt min mening värt att komplettera de generella teorierna med en mer *specifik välfärdsteori.* Med en sådan specifik välfärdsteori som antas gälla också människor med särskilda behov såsom handikappade individer, torde individens förmåga och möjligheter vara de grundläggande faktorerna i analysen. En sådan modell förespråkas av Amartya Sen som utvecklar en s.k. »capability approach«.[54] Jag återkommer till den specifika teorin i nästkommande avsnitt.

De handikappades fysiska och psykiska möjligheter, levnadssituation och tillgång till resurser är dimensioner som alla är beroende av varandra just för att den handikappade människan ska kunna uppfylla sina behov. En sådan teoretisk utgångspunkt delas dock inte av forskaren Bengt Lindström som i sin doktorsavhandling frångår Allardts modell som en generell välfärdsmodell. Lindström hävdar i sin undersökning att den ekonomiska dimensionen av Allardts modell inte är tillämplig i välfärdsresonemang.[55]

De allra första mätningarna av begreppet välfärd tillkom under 1960-talet genom den så kallade *låginkomstutredningen* i Sverige. Konklusionen av den svenska utredningen var att levnadsnivån definieras av »förfogande över resurser med vars hjälp individen kan kontrollera och medvetet styra sitt eget liv«.[56] Detta kom att bli låginkomstutredningens välfärdsbegrepp. En begreppsdefinition och en utgångspunkt som innefattade en mätning av levnadsnivån genom objektiva mått. Enligt utredningens mening går det därför inte att få kunskap om de faktiska levnadsvillkoren hos en individ genom att ställa frågor till individen om hans eller hennes egentliga behov. Den svenska låginkomstutredningen och dess utgångspunkt diskuterades och blev föremål för forskning också i de övriga nordiska länderna. Inom nordisk välfärds-

forskning förekommer både kritiker som förespråkare av låginkomstutredningen. Allardts modell ovan är ett exempel på en välfärdsmodell som inte sätter resurser framför behov. Välfärdsforskningen genom åren visar också att Allardts modell och definition har utsatts för kritik. Sten Johansson anser att två huvudinvändningar går att göra mot Allardts modell. För det första är det enligt Johansson bättre att tillmäta resurserna större värde än behoven vid mätning av välfärd i samhället. Detta avses särskilt när det gäller individens möjligheter att handla. För det andra är det alltför komplicerat att avgöra vad det är som skiljer behov åt. Av detta följer att relationen mellan resurser och behov saknar precision.[57] På en väsentlig punkt konstaterar både Erik Allardt och Johansson att modellen dock innehåller s.k. *gemenskapsvärden* som exempelvis lokal gemenskap, familjegemenskap och vänskapsförbindelser. Johansson anser att framtidens välfärdsmodeller bör ta fasta på dessa värden i större utsträckning än tidigare.[58]

För att det ska kunna vara möjligt att utveckla en mer heltäckande teoriram för undersökningen än vad Allardt och Johansson (och för den skull vad andra välfärdsforskare har bidragit med) är det relevant att modellen också innehåller faktorn kapacitet/förmåga (capability). Individens förmåga och möjlighet att kunna göra sina val är i hög grad beroende på välfärdsbegreppet, med andra ord graden av välfärd för personen.

4.3 *Amartya Sens modell om handikappets möjligheter*

För välfärdsforskaren och teoretikern Sen är välfärden av central betydelse vilket även individens välbefinnande är (well-being). Sen anser i sina böcker att det avgörande för huruvida individen får del av välfärd är människans *varanden* (functionings) samt hans eller hennes *förmågor* (capabilities).[59]

Sen kritiserar också själva nyttobegreppet inom välfärdsforskningen. Enligt honom är det individens förmåga och kapacitet som är vägledande och avgörande för de levnadsvillkor som står honom eller henne till buds. Sens teori är uppbyggd på antagandet att individens möjligheter att nå det han eller hon eftersträvar ökar ju större förmåga som individen besitter. För Sen är resurser en fråga om medel som används för att skapa frihet, välfärd och välbefinnande. Begreppet varanden är enligt Sen direkt konstituerande för individens frihet, välfärd och välbefinnande.[60]

För Sen som förekommer flitigt i den moralfilosofiska debatten, är begrepp som positiv och negativ frihet av stort intresse. Med begreppet »*negativ fri-*

het« menas att det inte finns några yttre hinder som gör att man inte kan förverkliga sina önskningar. Med »*positiv frihet* menas att individen har praktiska möjligheter att förverkliga sina önskningar«.[61] Den negativa friheten har under många år förespråkats av liberaler i samhället emedan en positiv frihet förts fram främst i enlighet med en socialistisk tradition.[62] Sens teoribildning om förmågor och varanden hos individer utgör en precisering av det positiva frihetsbegreppet i samhället. I den fortsatta studien som är ett försök att mäta hur den trafikskadade individen själv uppfattar sin förmåga att nå välfärd och självuppfattning om sina levnadsvillkor, är det viktigt att fokusera intresset mot vad den handikappade individen kan göra, d.v.s. ha förmåga till.[63]

För Sen är det centralt att studera individens förmåga att fungera och handla, med andra ord »vad en person kan eller inte kan göra eller kan eller inte kan vara«.[64] Individens funktionsförmåga är enligt Sen personlig och visar vad han eller hon kan göra.[65]

Från den handikappades egna erfarenheter om det praktiska livet ska vi nu fortsätta och uppehålla oss vid den teoretiska diskussionen om förmåga att nå de sociala värden som kan vara svåra eller till och med omöjliga att uppnå för en funktionshindrad person. Sen kritiserar främst den allmänna välfärdsteoretiska diskursen som varit inriktad på moralfrågor. Han kritiserar både John Rawls differensprincip och Ronald Dworkins teori om jämlikhet i resurser och anser att varken Rawls eller Dworkin tagit tillräckligt mycket hänsyn till det positiva frihetsbegreppet i sin argumentation i moralfrågorna. Men också moralfilosofen Robert Nozick torde stå långt ifrån Sens betraktelsesätt och önskan om välfärdsstatens utveckling och förverkligande.

För en handikappad person är begreppet *frihet* av central betydelse. Frihet att handla där också friheten anger ett uttryck för att kunna röra sig. Därav följer att frihetsbegreppet enligt min mening måste ses i förhållande till individens egen *förmåga* och *kapacitet* att utföra en handling. De båda begreppen kan därmed också enligt min mening sägas vara sammankopplade till varandra. Vid en jämförelse mellan Rawls teori om rättvisa, hans differensprincip och Sens teori om individens förmåga, finner man just denna skillnad mellan *primära nyttigheter* och vad Sen benämner för »*primära förmågor*«.[66] I denna mening behöver en handikappad person med begränsad funktionsförmåga inte nödvändigtvis värdesätta primära nyttigheter som till exempel inkomst framför att få ökad förmåga. Sen använder begreppet förmåga/kapacitet när han talar om en handikappad individ medan det för Rawls är begreppet själv-

respekt som är det relevanta. Rawls ser en individs självrespekt som en primär nyttighet. Rawls talar också om självrespektens sociala grundval och exemplifierar med att individens inkomst kan vara ett medel för att nå sitt mål – att känna självrespekt.[67] Enligt Sen kan den här självrespekten bara ses i ljuset av ett resultat.

Det är viktigt att försöka placera Sens teori om individens förmåga i ett sammanhang i den moralfilosofiska diskursen om välfärden. De tre vetenskapsmännen Sen, Rawls och Nozick har alla tre helt olika syn på hur individen kan nå eller rättare sagt bör nå sina mål i livet. Nozick som en förfoganderättsteoretiker och Rawls som teoretiker inom jämlikhetens område är intressanta att ha i bakgrunden när Sens teori om förmågan diskuteras i avhandlingen.

Också Nozick behandlar frågan om risktagande i samhället och vem som bär ansvaret för de risker som finns. För Nozick utgör, liksom för Richard M Titmuss frågan om kompensation av förluster ett väsentligt ämne. I sin bok »*Anarchy, State, and Utopia*« (1974) skriver Nozick om kompensationsprincipen (the principle of compensation).[68] Antag att en person, som liksom de flesta andra människor i samhället, är beroende av bil för att klara sin livsföring genom att t.ex. ta sig till jobbet, bedriva fritidsaktiviteter mm. Om denna person förbjuds att köra bil överhuvudtaget på grundval att han eller hon bär på en sjukdom, t.ex. epilepsi, innebär själva förbjudandet inte att riskerna i trafiken minskar.

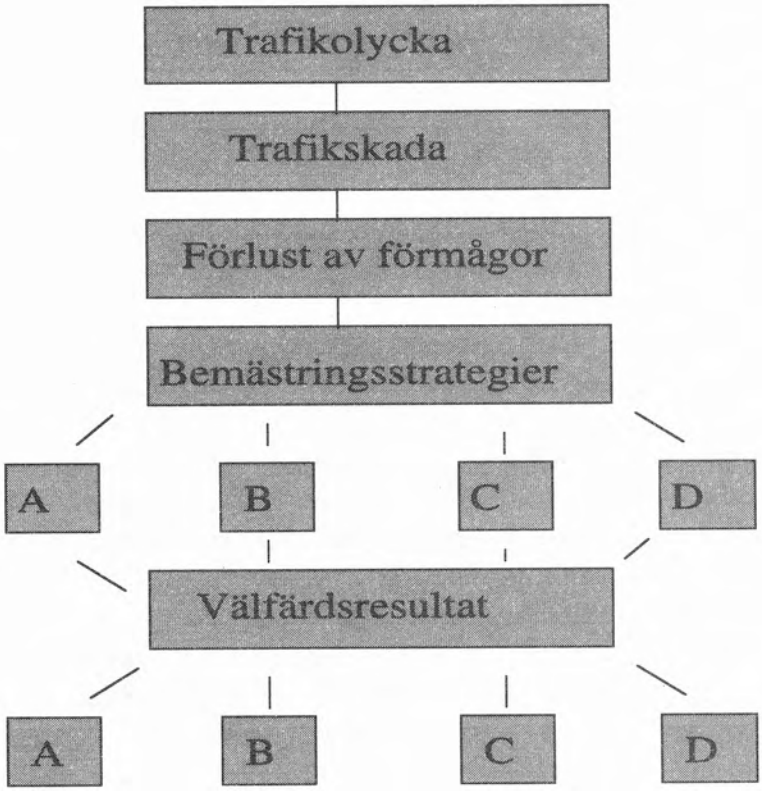
Min avsikt i avhandlingen är inte att försöka applicera varken Rawls eller Nozicks teorier i undersökningen om hur trafikskadade människor upplever sin livssituation och förmåga till att nå välfärd. Istället har jag velat använda mig av Sens teori om individens förmåga och möjligheter till ett rikare liv. Men för att anlägga en sådan utgångspunkt krävs insikten och kunskap om de begränsningar som ändock Rawls och Nozicks teorier innebär för en handikappad individ i det moderna samhället.

4.4 *En modell om förmåga till välfärd*

I en vetenskaplig diskussion som handlar om under vilka villkor svaga grupper i samhället lever och deras tillgångar till respektive möjligheter att nå välfärd, är det väsentligt att skärskåda de moralfilosofiska teorier som argumenterar för välfärdsstatens utvecklande eller avvecklande. Min avhandling är till stor del uppbyggd på Sens teori om förmåga och kapacitet och därvidlag ut-

gör den också en kritisk grund mot de argument som framförs av de båda moralfilosoferna Rawls och Nozick i deras arbeten om rättvisa och välfärd. Avhandlingens modell skulle kunna beskrivas på följande sätt:

Figur 1:4:4:1 *Avhandlingens undersökningsmodell. Om förluster, kompensation och strategier.*



Avhandlingens modell utgår från en trafikolycka där det skadats människor. En trafikolycka orsakar alltid en trafikskada även om denna inte är att beteckna som fysisk/medicinsk. Det är fullt möjligt att tala om en social- och psykisk skada av olyckan. Med *psykisk skada* kan förstås den chock över att ha klarat sig ifrån en svår skada, eller varit med på olycksplatsen och sett andra människor skadas svårt. Med *social skada* menar jag den förlust som uppstår vid en trafikolycka och som inte räknas till kategorierna psykiska eller medicinska skador. Den sociala skadan behöver inte skilja sig från den medi-

cinska respektive psykiska skadan särskilt mycket. En social skada är den förlust som följer av olyckan med andra ord de förändrade livsbetingelser, de nya situationer som uppstår i det sociala livet kring den trafikskadade personen.

Undersökningsmodellen ovan beskriver också andra typer av förluster som själva skadan åsamkat. Förlusterna av individens förmåga och kapacitet blir därför nu centrala i avhandlingen. Utifrån Sens teori om kompensation av förmåga vidareutvecklas avhandlingens modell till de olika *bemästringsstrategier* som är unika för varje individ. Det val som den handikappade personen gör av dessa tillvägagångssätt är sedan i hög grad vägledande för hur livssituationen sedan kan komma att gestaltas. En del trafikskadade personer har det lättare än andra att komma vidare i livet på flera sätt. Men vilka är då mekanismerna som styr dessa bemästringsstrategier och vilka är dessa okända strategier? Denna intressanta frågeställning finns inrymd i en av avhandlingens problemställningar. Valet av bemästringsstrategier kan utfalla i exempelvis flera olika alternativ. I figuren framställs dessa val av strategier som A, B, C och D. Utifrån den skadades egen handling utkristalliseras sedan graden av uppnådd social välfärd. Detta välfärdsresultat går sedan att tolka med utgångspunkt från de olika handlingsstrategier som använts under den postaccidentala perioden.

4.5 *Forskningsproblemet*

Jag har försökt att utveckla tillståndet »att inte kunna« i föregående teoriavsnitt som är underliggande för undersökningen av handikappades sociala levnadssituation och beskrivning. Välfärdsteoretiker som Allardt, Sen, Hirst, Culyer har alla, med vissa modifikationer, argumenterat för betydelsen att iakttaga individens förmåga och möjligheter att uppnå den välfärd och de mål som är uppsatta. Uppnåelsen för en handikappad person, (som också i flera fall därutöver kan karaktäriseras som socialt handikappade genom isolering och avståndstagande från omgivningen) utgör den fokuserande punkten i undersökningen.

Hur upplever en trafikskadad och handikappad person sin levnadssituation och sina levnadsvillkor utifrån egen erfarenhet av handikappet? Avhandlingens huvudfrågeställning har till syfte att vidga kunskapen om levnadsvillkoren för trafikskadade och människans individuella bemästringsstrategier i två nordiska länder – Finland och Sverige.

4.6 *Avhandlingens preciserade frågeställningar*

Kunskapen om fenomenet trafikolycka i samhället har i grunden baserats på flera källor. Kunskap som genererats ur tidigare forskning har nämnts i avhandlingens inledning. Likaså har de finska och svenska myndigheternas arbete om trafikolyckornas förekomst i samhället skapat klarhet i de faktiska fysiska och tekniska omständigheterna om själva förekomsten. Tidigare trafikforskning sägs officiellt ha varit inriktad på epidemiologiska modeller, med andra ord om på vilket sätt olyckorna fördelat sig i respektive lands befolkning efter ålder, kön etc. I den offentliga debatten om trafiksäkerhetsarbetet i de båda länderna omnämns tre olika faser eller perioder. Man talar om fasen före olyckan (preaccidentalperioden), fasen under själva trafikolyckan samt fasen efter olyckan (postaccidentalperioden).[69] Den postaccidentala fasen, som utgör avhandlingens intresse, kan sägas innefatta tiden efter olyckan då den skadade individen blir föremål för sjukhusvård och rehabilitering. I fortsättningen i avhandlingen då det kommer att talas om trafikskador förstås människor som befinner sig i postaccidentalperioden.

Avhandlingens preciserade frågeställningar är tre till antalet. Utifrån de ansatser som tidigare beskrivits, är syftet med undersökningen att frambringa de trafikskadades och handikappades egna livsberättelser under postaccidentalperioden och tankar om hur de uppfattar sin egen förmåga till social välfärd.

De preciserade frågeställningarna ser ut som följer:

I. Hur uppfattar trafikskadade människor sin livssituation och sina levnadsvillkor efter trafikolyckan?
II. Vilka likheter och skillnader uppvisar levnadsvillkoren för de trafikskadade i Finland och Sverige med utgångspunkt på de handikappades egna erfarenheter och livsberättelser?
III. Vilka typer av individuella copingstrategier använder en trafikskadad person sig utav i sin vardag? Vilka resurser står den trafikskadade människan till buds för att individen ska kunna bemästra sin situation ur ett socialt perspektiv? Skiljer sig copingstrategierna åt mellan de trafikskadade i de båda undersökta länderna? Frågeställningen omfattar den handikappades upplevelser och liv samt existensvillkor efter en trafikolycka.

4.7 *Sammanfattning*

Inom all vetenskaplig forskning är det viktigt att få grepp om var forskningsfronten är placerad. Inom ämnet socialpolitik finns ett flertal forskningsinriktningar där man kan säga att handikappforskning utgör en viktig kunskapsgren. Handikappforskning bedrivs inom flera olika områden. När det gäller anknytningen till trafik och trafikolyckor har denna forskningsinriktning varit tämligen begränsad för att inte säga fattig i ordets rätta bemärkelse. I avsnittet har jag försökt göra en kunskapssammanställning över den forskning som genomförts. Översikten har visat att välfärdsmätningar av trafikskadade människors situation efter olyckor främst har genomförts av norska forskare i ett flertal studier, främst Haukeland, Malt, Winje, Ulvik, Elvik och Lereim. Förutom välfärdsforskning har den norska forskningen varit inriktad på medicinska, psykiatriska och psykologiska följder av olyckor i Norge.

I Finland har forskningen som berört trafikolycksfall främst varit medicinskt inriktad. Historiskt har denna forskning bedrivits sedan 1950-talet och pågår alltjämt. Medicinska forskare som Slätis, Kivioja, Myllynen, Rokkanen, Karttunen, Karkola, Heikel och Olkkonen har studerat följderna av trafikskador ur olika medicinska perspektiv. De socialpolitiska forskarna Suikkanen och Piirainen har studerat kompensationsfrågor.

Jämfört med Finland kan man säga att forskningsinriktningen varit nästan identisk för Sveriges vidkommande. I Sverige har forskningen också kommit att få en medicinsk inriktning. Medicinska forskare som Thorson, Tolagen, Nygren, Björnstig och Bring har kommit att intressera sig för trafikskadeproblematiken. I Sverige har det också bedrivits forskning om psykiska följer av olyckor bl.a. av Andersson, Dahlbäck och Zingmark.

Internationellt betraktat har emellertid forskningen om trafikolycksfall varit relativt omfattande under såväl 1980-talet som 1990-talet. Forskningen har varit inriktad på de socialmedicinska och psykiatriska följderna. Forskningen inom socialpolitik och socialt arbete har däremot varit tämligen begränsad. Litteraturgenomgången av den forskning som bedrivits har visat på att det finns betydande kunskapsluckor om hur livet blivit för människor som skadats i trafikolyckor både i Finland och i Sverige. Det kan ses som anmärkningsvärt att någon sådan forskning inte har genomförts tidigare. Detta trots att det i ett flertal medicinska och psykiatriska/psykologiska studier påvisat att det finns stora behov hos de trafikskadade. Tidigare forskning har visat att

den efterföljande vården och omhändertagandet är betydelsefull för hur rehabiliteringen och återanpassningen till det verkliga livet ska kunna lyckas. Däremot saknas helt forskning om hur livet blivit för den skadade människan eller hur han eller hon lyckats bemästra sin tillvaro på det sociala planet.

Den teoretiska ram som avhandlingen utgår från handlar om en generell välfärdsmodell som har sin utgångspunkt i Allardts modell. Den teoretiska ramen kompletteras sedan med en mer specifik välfärdsmodell som förespråkas av Sen och som behandlar individens förmåga och kapacitet att nå välfärd. För Sen är individens egen förmåga till uppnåelse av central betydelse. Diskussionen handlar om i vilken utsträckning som den handikappade människan har möjligheter till uppnåelse. Resurserna blir därvidlag en fråga om medel som individen använder för att kunna skapa värden som frihet, välfärd och välbefinnande i sitt eget liv.

Utifrån Allardts generella välfärdsmodell och Sens specifika välfärdsteori är avhandlingens övergripande syfte att studera den trafikskadade människans olika bemästringsstrategier för att kompensera de förluster och lidande som uppstått i samband med en trafikolycka. I avsnittet har jag redogjort för avhandlingens tre frågeställningar som behandlar den trafikskadade människans bemästringsförmåga och hennes sociala levnadsvillkor. Vilka är individens olika bemästringsstrategier och hur hanterar den handikappade människan sitt nya liv efter en svår olycka? Vilka sociala levnadsvillkor står den trafikskadade människan till buds i de båda nordiska länderna Finland och Sverige? Hur uppfattar en trafikskadad och handikappad människa sin sociala livssituation efter olyckan?

Kapitel fem behandlar den forskningsmetod som använts inom undersökningen. I avsnittet kommer jag också att redogöra för de möjligheter och gränser som den vetenskapliga metoden ger forskaren. Vidare diskuteras den vetenskapliga metodens begränsningar när det gäller handikappforskningen inom samhällsvetenskapen.

5. Handikappforskning – en fråga om metod

Inom all handikappforskning är metodvalet en mycket viktig del av forskningsprocessen. Historiskt har handikappforskning bedrivits utifrån olika paradigm och forskningsinriktningar. Traditionellt har handikappforskning blivit föremål för kritik och självkritisk granskning inom forskarvärlden. Utifrån den vetenskapliga diskurs om handikappforskningens varanden och inriktning, är det möjligt att betrakta studiet av handikappfrågor i ljuset av såväl paradigmskifte som metodologiska aspekter. Handikappforskning har haft och har fortfarande en viktig uppgift att fylla inom samhällsvetenskapen. Dess forskningsinriktning handlar om heterogena gruppers sociala, ekonomiska, kulturella och politiska förhållanden i samhällsapparaten. Denna heterogenitet bidrar till att göra forskningsprocessen mer komplicerad. I samhället har inte handikappforskningen enbart en handikappgrupp att ta hänsyn till, utan det finns en rad olikartade handikapp. Inom handikappforskningen måste därför forskaren ta hänsyn till vilket handikapp som ska studeras och i vilket socialt sammanhang som detta studium sker. Den brittiske forskaren Michael Oliver menar att den traditionella sociala forskningen med inriktning mot handikappforskning som hittills dominerats av ett positivistiskt forskningsparadigm, har misslyckats med sin uppgift att skildra och problematisera de handikappades situation i samhället.[1] Enligt Oliver finns två skäl till ett sådant misslyckande. Oliver hävdar att den bedrivna forskningen haft en liten betydelse för skildringen av handikappades livssituationer. Han argumenterar snarare för behovet av ett nytt forskningsparadigm för handikappforskning. Oliver argumenterar för utvecklandet av ett emancipations-paradigm som skulle innebära att handikappforskningen i högre utsträckning än tidigare fokuserade intresset mot en större ömsesidighet i forskningsprocessen. Detta skulle kunna bli fallet om forskaren ägnade en djupare förståelse av processen och den handikappade människan.[2]

Oliver skiljer mellan tre former av paradigm som finns inom handikapp-

forskningen. Förutom de positivistiska (handikapp som ett individuellt problem) och emanicipations paradigmen (handikapp som ett politiskt problem) finns inom handikappforskningen också det interpretativa paradigmet (handikapp som ett socialt problem). Olivers invändning mot det interpretativa paradigmet är att forskningen inte nämnvärt förändrat den sociala situationen för handikappade människor.[3]

Jag anser att det är möjligt att utgå från samtliga tre paradigm vid studiet av trafikskadade människor som blivit handikappade efter olyckor i samhället. Enligt min mening är det rimligt att utgå från att trafikskadan ska betraktas som ett individuellt problem och tillika ett socialt problem för såväl individ som samhället. Trafikolyckornas stora numerär innebär också att fenomenet med trafikskador och handikapp forskningsmässigt bör betraktas som ett politiskt (såväl trafikpolitiskt som socialpolitiskt) problem i ett modernt samhälle.

För att kunna söka svaren på frågorna hur levnadssituationen och villkoren gestaltas för de trafikskadade och handikappade i Finland och Sverige och faktiskt upplevs av de handikappade själva, torde det kunna ställas vetenskapliga krav såväl på en kvalitativ men också en kvantitativ metodologi. Likaså när det gäller för forskaren att jämföra förhållandena och tillstånden i två länder ställs det krav på en gedigen komparativ ansats. Avhandlingen kan därför sägas utgöras av tre ansatser, en kvalitativ, kvantitativ respektive komparativ ansats. De tre designuppläggningarna säger oss att studien är mångdimensionell till sin natur. Kvalitativ i den bemärkelsen att undersökningen kräver längre och djupare intervjuer med trafikskadade i de båda länderna. Men med längre genomträngande intervjuer med den handikappade torde det dock vara svårt att dra några generella slutsatser om hur levnadsvillkoren är för de handikappade i allmänhet. Därför skulle en kvantitativ forskningsmetod kunna ge svaren på frågan om hur tillståndet eller levnadssituationen statistiskt sett fördelas. Genom att undersökningen baseras på en enkätundersökning av ett urval handikappade personer kan det med större säkerhet fastslås likheter och skillnader mellan personers erfarenheter och attityder till och i samhället.

Det kan dock göras invändningar mot att ensidigt välja en av dessa metoder. En kvantitativ undersökning kan ge indikationer på hur handikappet upplevs, erfarenheter mm, men har desto större svårigheter att utmynna i kunskap som en djupintervju kan resultera i. Känsligare frågor kan vara svåra att nå genom en enkät samtidigt som den handikappades egen förmåga och

möjligheter att kunna delta i en enkätundersökning måste beaktas.

Däremot genom att kombinera dessa båda metoder, kombinationen av kvalitativ och kvantitativ forskningsmetodik, kan kunskapen om de handikappades levnadssituation ökas. Dels för att säkerställa och kunna dra slutsatser om de handikappades faktiska levnadssituation (kvantitativ) men också att fördjupa kunskapen om hur livet upplevts och upplevs av individen själv, något som kan komma fram igenom djupintervjuer. En sådan utvärderingsmetod förespråkas av flera forskare bland andra Michael Quinn Patton.[4] Kopplingen mellan dessa båda ansatser behandlas också av Nancy Brandon Tuma och Michael T. Hannan.[5]

Problem med att kombinera en kvalitativ och en kvantitativ metod behandlas av Julia Brannen i hennes bok *Mixing methods: qualitative and quantitative research*.[6] En kvantitativ ansats kan sägas bestå av en analys av olika variabler i ett material. Den kvalitativa delen av en undersökning kan sägas ha sin utgångspunkt från några väl definierade begrepp. Man kan också beteckna den kvalitativa forskningen som närvarande forskning. Forskningsmetoden blir här en fråga om deltagande observation på platsen. Genom deltagande observation kan forskaren inte bara följa intervjun och de svar och samtal som kommer fram i en sådan, utan forskaren kan också studera den sociala miljö där själva intervjun äger rum och där intervjupersonen lever.

I valet eller kombinationen av metoder är det också viktigt för forskaren att tänka på hur han eller hon generaliserar utifrån sitt eget forskningsmaterial. Avsikten med valet av en kvalitativ ansats i undersökningen är inte att generalisera utifrån de fallstudier som jag gjort. Snarare har min avsikt varit att försöka finna mönster och strukturer i den livsbemästring som var och en av de handikappade berättat om under djupintervjuerna. Den kvalitativa delen av undersökningen har sin grund i en s.k. grounded theory. Den kodning av materialet som gjorts överensstämmer emellertid inte med den struktur som grounded theory ställer på hanteringen och analysen av materialet.

I avhandlingen har jag således i längre och djupare intervjuer mött ett mindre antal personer. Avsikten med de längre och djupare intervjuerna är att tillsammans med den intervjuade personen försöka finna de bemästringsstrategier (copingstrategier) som han eller hon använt sig av tiden efter olyckan. Djupintervjuerna är begränsade till antalet eftersom de kräver avsevärt mer tid i anspråk.

Inom den internationella copingforskningen har det varit vanligt förekommande bland forskare att använda sig av kvantitativa metoder för att mäta

coping och strategier hos människor som blivit utsatta för stressituationer av olika slag. Inom internationell forskning har den kvantitativa metodologin haft störst spridning hos forskarna. Två av de stora gestalterna inom copingforskningen är S Folkman och R.S Lazarus som tidigare utvecklat en metodapproach för att mäta coping.[6b] Under senare år har det inom copingforskningen skett förändringar. Flera forskare har ansett att det fordras en bredare ansats för att mätningar av strategier ska kunna göras på ett mer tillfredsställande sätt. Susan Oakland och Alistar Ostell anser att den kvantitativa copingforskningen har en alltför snäv och begränsad förmåga att mäta bemästring hos en utsatt människa.[7] Oakland och Ostell menar att en kvalitativ copingforskning har ett flertal fördelar bland annat den mångfaldsrikedom som finns inom en kvalitativ metodologi, vilket har en stor betydelse beträffande coping som ska ses som en dynamisk process. Enligt Oakland och Ostell är det önskvärt att framtida copingforskare ägnar mer uppmärksamhet åt att undersöka hur effektiva de olika bemästringsstrategierna upplevts av den drabbade människan och vilka argument som använts för att just de valda strategierna rönt framgång och betydelse för människan. Först då finns det möjligheter för forskningen att säga något om »why individuals use different strategies, why they feel they are appropriate, the factors which affect coping efficacy and ultimately, to better understand the links between coping and various situational and adaptational outcomes«.[8]

Jag har valt att använda mig av det tankesätt som förespråkas av Oakland och Ostell. Jag har utgått från att de strategier som används av de trafikskadade själva och har betraktat dessa strategier som unika för varje individ. Mot bakgrund av detta har jag helt förutsättningslöst under intervjuerna som forskare lyssnat i samtalet efter den bemästring som respondenten själv tillgripit i olika situationer. Jag har förvisso utgått från redan etablerade copingstrategier men valt att inte låta dessa styra intervjupersonens egen uppfattning och upplevelse av de strategier som han eller hon använt sig utav. På så vis har jag sökt efter de bemästringsstrategier som faktiskt använts av individen. Utifrån den modell som förespråkas av Oakland och Ostell, har jag försökt att få kunskap om varför de valt just den tillgripna strategin. Det värde som den utsatta och drabbade människan har satt på varje copingstrategi, är som Oakland och Ostell skriver, en angelägen approach också inom handikappforskningen.

5.1 *Kvalitativa undersökningsdelen*

Den kvalitativa metoden som används i min avhandling är den mest användbara i valet mellan en kvantitativ och kvalitativ ansats. Vad innebär det då att använda sig utav en kvalitativ metod? Då syftet med avhandlingen är att försöka undersöka och problematisera de trafikskadades sociala liv och upplevelser kommer begreppet förståelse att ha stor relevans. Inom den metodologiska litteraturen faller denna diskurs inom förståelsesociologin. De tankar och idéer som ligger bakom inriktningen mot förståelse kommer i mångt och mycket från sociologen Max Weber. Från Weber kommer begreppet verstehen och den s.k. verstehen-metoden. Vid studiet av trafikskadades levnadssituation är det särskilt viktigt att utgå från en metodologi där förståelsen har en överordnad betydelse. Också andra forskare inom samhällsvetenskapen har använt förståelsesociologin i sin kvalitativa uppläggning vid studiet av handikappades liv. Bland annat har Lundaforskaren Per Nyberg anlagt ett sådant perspektiv när han studerade asbestskadade, kroniskt sjuka och funktionshandikappade i sin avhandling.[8b]

I avhandlingen är det den *empatiska* förståelsen som är grundläggande.

Den medicinska och psykologiska forskning som bedrivits såväl nationellt som internationellt har i de allra flesta fall handlat om att mäta tillstånd och såväl medicinskt som psykiatriskt testa egenskaper hos människor som drabbats av olyckor. Däremot har forskning där metoder som använt sig av den narrativa berättelsen inte använts lika flitigt. För att det ska kunna vara möjligt att komma i närheten av en sådan narrativitet hos den skadade människan är det enligt min mening väsentligt att forskaren personligen möter den skadade i ett samtal. Detta samtal fordrar en djupare dialog än vad en telefonintervju skulle klara av att skapa. Fördelen med en deltagande observation skulle också vara att forskaren får en rik bild över den sociala miljö och förutsättningar som står den handikappade människan till buds. Genom att studera människans sociala vardag kan en större förståelse erhållas. Mot bakgrund av den här diskussionen har jag valt att använda mig av en speciell typ av intervju den s.k. *djupintervjun*. Denna metodik kännetecknas av flera olika egenskaper. Jag har valt att utgå ifrån och använda mig av den djupintervjuapproach som förespråkas av den amerikanske forskaren John T. Chirban.[9] Det handlar om en form av djupare lyssning och förståelse för den skadade människan och dennes meningsuttryck. Vidare ger metodiken möjligheter till att forskaren är mer känslig under intervjusituationen för de signaler och ut-

tryck som kommer fram. Enligt Chirban kan djupintervjun förmedla en inre bild av intervjupersonen som annars kan vara svår att fånga. Intervjupersonens känslor, motivation och behov är viktiga faktorer för forskaren att utgå ifrån. Chirban utgår från en approach som benämns för den interaktiva-relations-approachen (Interactive-Relational Approach, I:R). Interaktionen mellan intervjuaren och intervjupersonen är viktig för att skapa energi i själva intervjuprocessen. Enligt Chirban är den interaktiva-relations-approachen en fråga om att idéer, tilltro och känslor utbyts mellan de båda aktörerna i intervjuprocessen för att en större förståelse ska kunna vinnas. Forskaren riskerar inte att förlora viktig information utan får istället klarhet och fördjupade insikter i intervjupersonens uttryck. För att den interaktiva-relations-approachen ska kunna tillämpas på ett bra sätt fordras enligt Chirban att fem kriterier måste vara uppfyllda.[10] Dessa kriterier är:

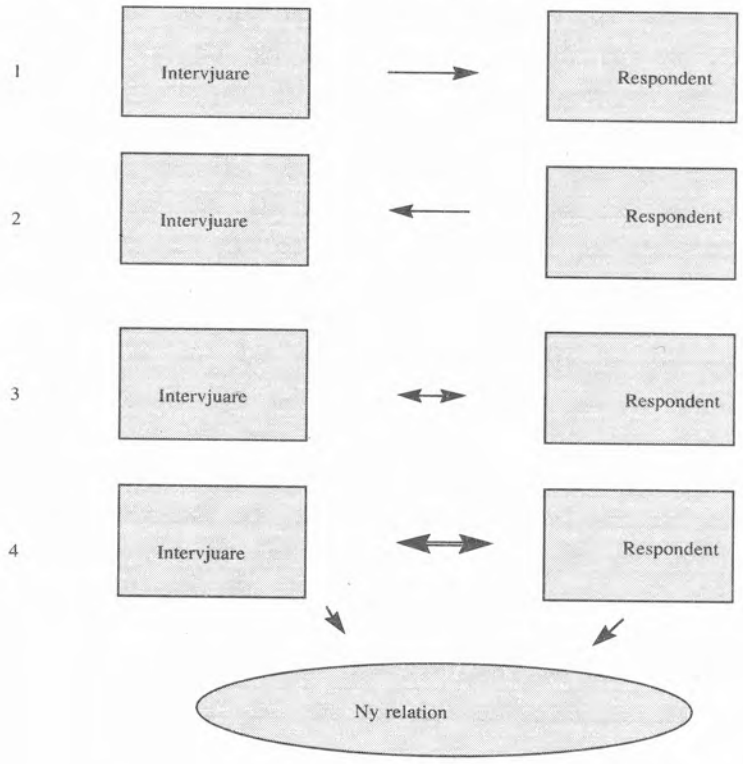
1. självmedvetenhet hos intervjuaren
2. god tillförlitlighet
3. god samklang under intervjuprocessen
4. personliga karaktäristika
5. nya relationer

För Chirban är det viktigt att intervjuaren har en god självmedvetenhet när han går in i intervjuprocessen. Chirbans metodologi är viktig när det gäller intervjuer av trafikskadade. Intervjusituationen ställer höga krav på forskaren eftersom den handikappade människan kan ge såväl hjälpsignaler som ge uttryck för svåra och obearbetade känslouttryck. Dessa uttryck kan påverka intervjuaren och därför är självmedvetenheten om de egna intrycken viktiga. Det andra kriteriet som Chirban ställer handlar om tillförlitligheten. Forskaren ska vara öppen och inta en professionell distans i intervjusituationen. Samklang i processen är det tredje kriteriet som Chirban förespråkar. Intervjuaren bör ställa frågan varför intervjupersonen svarat på ett visst sätt. Genom att intervjuaren »går bakom« respondentens svar och försöker undersöka varför han eller hon svarat på ett visst sätt, kan ytterligare kunskap vinnas om det problem som undersöks.[11] För att den interaktiva-relations-approachen ska ge forskaren goda insikter fordras att forskaren är närvarande under processen. I intervjuerna har jag ställt frågan hur han eller hon klarar av att hantera sin situation. Chirban menar att en sådan frågeställning kan föra i olika riktningar. Exempelvis kan intervjupersonen få en känsla av

att intervjuaren bryr sig om honom eller henne i intervjusituationen. Det är min erfarenhet av djupintervjuerna i undersökningen att flera av respondenterna visat ett förtroende för mig under processen och talat öppet och länge om känsligare problem och frågor.[12] För det fjärde har de personliga karaktäristika under intervjusituationen stor betydelse. Enligt Chirban är det viktigt att respondenten kan lita på intervjuaren och att det råder ett förtroendeförhållande mellan processens båda aktörer. Det femte kriteriet handlar om de nya relationer som uppstår under djupintervjun. I takt med att de öppna frågorna ställts och intervjupersonen berättat om sina upplevelser och känslor kommer processens båda aktörer fram till ett nytt delat utrymme. Det är här som en ökad kunskap kan vinnas efter det att intervjupersonen delat med sig av kunskap och erfarenheter som delats tack vare den öppna förtroende- och lyssnandeintervjun som givit forskaren möjlighet att bekanta sig med nya uppgifter.

Följande figur visar den interaktiva-relations-approachen som förespråkas av Chirban och som använts i de djupintervjuer som genomförts.[13]

Figur 1:5:1:1 *Interaktiva-relations-approachen baserad på intervjumetodologi av Chirban:*



I likhet med Chirban behandlar David Silverman förhållandet och interaktionen mellan intervjuaren och intervjupersonen.[14] För att kunna uppnå interaktionism och fånga intervjupersonens autentiska erfarenheter i livet fordras att forskaren använder deltagande observationer på djupet. Enligt Silverman finns det begränsningar med interaktionismen. Silverman anser att interaktionismen bortser från väsentliga problem i intervjusituationen. Ett första problem har att göra med öppenheten och förutsättningslösheten. Enligt Silverman finns det en fara i när intervjupersonen ställer få öppna frågor och verkar passiv under intervjusituationen. Det finns då risk för att intervjupersonen inte upptäcker vad som är relevant och kan hindra respondenten från att berätta saker.[15]

5.2 *Urvalet*

För att forskaren ska kunna utföra djupintervjuer fordras enligt min mening en begränsning i antalet intervjupersoner. Inom ramen för denna undersökning kom totalt tjugo skadade att intervjuas fördelat på de båda länderna. Med hänsyn till metodvalet och avhandlingens frågeställningar valde jag att inte intervjua fler personer med tanke på att syftet inte varit att försöka kvantifiera egenskaper och tankar hos gruppen trafikskadade och handikappade i samhället. Det finns dock exempel på vetenskapliga undersökningar vars uppläggning bestått av ett större antal intervjuer. Exempelvis använder Nyberg en sådan metoduppläggning i sin avhandling.[16] Enligt min mening måste man vara försiktig med att dra några alltför stora slutsatser ifrån en sådan undersökning eftersom flera handikappade intervjuades i stora gruppintervjuer under begränsad tid. Gruppintervjuer har inte ansetts som en användbar metod i studien eftersom det finns risk att det skulle kunna hämma och begränsa samtalen med respondenterna. Känsliga och privata förhållanden och känslor skulle kunna förträngas i en gruppintervju.

I studien har det varit viktigt att djupintervjuerna genomförts under en längre stund. Min uppläggning av intervjuerna har därför varit att träffa intervjupersonerna under ett par timmars tid i deras bostad. På så vis har det varit min mening att jag förmått att också studera deras vardagsmiljö, sitt boende och få träffa dem under längre stunder. Mitt syfte med intervjuerna med respondenterna har inte varit att försöka kvantifiera de egenskaper och tankar som de delat med sig av vid intervjutillfällena. Snarare har syftet varit att försöka finna de kvalitativa egenskaperna och ta fasta på de känslouttryck och bemästring som respondenterna givit uttryck för under själva intervju-

situationen.

Man kan säga att det i huvudsak finns två tillvägagångssätt som forskaren kan använda när han vill skapa sig en undersökningspopulation. En första metod kan vara att utnyttja befintliga skaderegister och göra s.k. retrospektiva uppföljningar av patienter inom olika skadegrupper. En andra metod som forskaren kan använda sig av är annonsering och genom rekommendationer. Ett Schweiziskt forskarlag använde denna metod och annonserade efter whiplashskadade i tidskriften Swiss Medical Weekly Journal. [17 18 19]

I studien har jag i likhet med den Schweiziska undersökningen valt att använda annonseringen för att få ett slumpmässigt urval för att bilda en undersökningspopulation. Inom ramen för undersökningen skedde tre upprop i två ledande handikapptidskrifter i de båda länderna (se bilagan) samt ett upprop i en mindre handikappförenings nyhetsbrev i Finland. Det första uppropet publicerades inom det största handikappförbundet i Finland – Invalidförbundet och i förbundets tidskrift *Invalidityö* (IT) första veckan i mars månad 1996. I ett brev som publicerades kunde närmare 56 000 handikappade nås. I uppropet uppmanades trafikskadade att höra av sig om de var intresserade att delta i studien. Uppropet riktades till dem som skadats i trafikolyckor och således inte till någon specifik skadegrupp. Gensvaret blev stort. De närmaste veckorna efter publiceringen svarade närmare 40 trafikskadade att de var villiga att medverka som frivilliga i undersökningen och berätta om sina liv. Det mindre upprop som gjordes skedde i handikappföreningen Tröskeln rf i Helsingfors och i föreningens nyhetsbrev. Detta upprop resulterade i ett svar från en trafikskadad person.

Ett motsvarande upprop publicerades under första veckan i juni månad 1996 i *Svensk Handikapptidskrift* (SHT). I Sverige svarade inte lika många trafikskadade på uppropet som i Finland. Totalt nio personer svarade att de var intresserade av att deltaga. Svaren från de trafikskadade dröjde till en början varför jag kontaktade en lokal handikappförening inom RTP för att få rekommendationer på trafikskadade som skulle kunna vara intresserade av att delta i intervjuundersökningen.[20] En trolig förklaring till att det var ett begränsat antal trafikskadade som besvarade uppropet i Svensk Handikapptidskrift skulle kunna vara att Riksförbundet för Trafik- och Polioskadade har flest trafikskadade medlemmar i Sverige.

Det statistiska urval som det här är fråga om när det gäller intervjudelen kan karaktäriseras som ett urval genom självselektion. Eftersom jag inte haft vetskap om hela populationens storlek, med andra ord om hur många trafik-

skadade som tagit del av uppropet, måste urvalet i hög grad betraktas som ett tillfällighetsurval. Dock innebär inte valet av urval att validiteten skulle kunna äventyras. Däremot är det viktigt att uppmärksamma de problem och nackdelar som kan vara förenade med ett icke-sannolikhets urval som det här är fråga om.

Metoden att publicera ett upprop kan ses som både kostnadsbesparande och effektiv då den når ut till ett stort antal handikappade i båda länderna. Metoden är dock inte helt befriad från problem. De få intressesvar som inskickades i Sverige efter uppropet i Svensk Handikapptidskrift visar på svårigheterna att få flera att intressera sig för en vetenskaplig undersökning om trafikskadade människors liv.

I ett metodavsnitt är det viktigt att diskutera de brister och nackdelar som är behäftade med urvalet. En väsentlig fråga vid urvalet av respondenter i Finland har varit möjligheterna att utföra intervjuerna på svenska språket. Flera som anmält sig som intresserade att medverka i undersökningen var enspråkigt finsktalande. Eftersom avsikten med studien var att genomföra intervjuerna på svenska språket möttes jag av ett metodproblem. Flera som anmält sig till undersökningen var ej svensktalande och kunde heller inte förstå svenska språket. Naturligtvis skulle problemet kunna övervinnas med tolk eller att låta en intervjuperson genomföra intervjuerna på finska språket. Båda alternativen ansåg jag vara icke tillfyllest eftersom det inom vetenskaplig metodik ställs krav på att forskaren har kontroll över själva forskningsprocessen. Det skulle te sig orimligt att lämna över ansvaret till en separat intervjuare att genomföra intervjuarbetet då jag själv skulle förlora kontrollen och möjligheterna att skildra den sociala situationen och den sociala miljö som respondenten befann sig i. Ett andra alternativ att låta en tolk översätta intervjun vore också olyckligt eftersom respondenten automatiskt skulle riskera att hamna i underläge i intervjusituationen. Intervjun skulle bli en två mot en situation där respondenten skulle riskera att hamna i ett underläge. Känsliga och ingående frågor skulle bli svåra för att inte säga omöjliga att diskutera och studera under dylika förhållanden. Liknande svårigheter skulle riskera att uppstå vid valet av gruppintervjuer. Diskussionen om detta språkdilemma är nödvändigt då språkfrågan inte enbart kan begränsa forskarens handlingsutrymme utan också konkret kan vidga möjligheterna. Sålunda intervjuades totalt tio respondenter i Finland. Endast tre personer av dem hade svenska som modersmål. Det innebär att intervjuer gjordes med sju respondenter som hade finska som modersmål. Emellertid kunde samtliga av respondenterna tala

svenska. Vid intervjutillfället hade några av respondenterna ordböcker till hands när de hade svårigheter att förstå enstaka ord. I de situationer då de inte klarade av att uttrycka sina känslor på det andra språket, d.v.s. svenskan, talade de finska. Intervjuerna bandades och översattes efter varje enskilt intervjutillfälle. Styrkan med detta förfarande har varit att åtminstone en av personerna vid intervjutillfället har behärskat svenska språket och haft det som modersmål.

5.2.1 *Djupintervjuerna*

Det finns flera forskare som har intresserat sig för minnets uppbyggnad och inverkan på människan. I sin bok *Traumatiska minnen* skriver forskaren Sven-Åke Christianson om vad som händer med en individ då denne förlorat viktiga livsvärden och när han eller hon tappat fotfästet för ett tag i tillvaron.[20b] För en del människor ter sig kriser som erfarenheter medan sådana upplevelser sätter så djupa spår att de blir direkt förödande för dem själva. Men för detta är det inte mindre viktigt att forska i frågan om vilka mekanismer som påverkar en människas handlande i en uppstådd situation. Först genom att synliggöra problematiken kan man gå vidare. Men här saknas något. Eländet finns inte enbart inom människan utan också de styrkande faktorerna. Faktorer eller om man så vill mekanismer som kan övervinna det elände och de förluster som uppstått. På samma sätt som en medmänniska tvingats uppleva en trafikolycka som observatör på olycksplatsen och fått till sig detaljerad information, borde kontakten med den skadade personen efter olyckan och rehabiliteringen resultera i starka minnen. På så vis skulle människan inte bara få se eller uppleva det elände som en av sina medmänniskor drabbats av. Han eller hon får också se hur livet blev för den drabbade personen efter olyckan. Och på så vis kan både den skadade/handikappade personen och betraktaren få styrka genom att träffas utanför den olycksplats där de båda inte kunde tala eller direkt kommunicera med varandra.

5.2.2 *Det okända och traumatiska minnen*

Vid intervjuer är det viktigt att ha i åtanke att intervjuerna kan vara påfrestande för den handikappade. Med påfrestande avser jag inte bara fysiskt utan också att de på flera vis också kan vara psykiskt krävande. Samtalet om traumatiska upplevelser som personen ifråga har varit med om kan upplevas som mycket påfrestande. Därför är det väsentligt att forskaren intar rollen

som lyssnare. Forskaren måste förutom lyssna på den skadades egen berättelse om sin upplevelse och om livet också lyssna på de signaler som personen sänder ut. Dessa signaler som kan komma till uttryck genom exempelvis tystnad, nedstämdhet eller gråt är synliga tecken på hur personen känner sig.

Men intervjuerna är inte enbart påfrestande för den skadade utan också för den som utför själva intervjuundersökningen. Christianson och andra forskare på området anser att en person som varit med om en traumatisk upplevelse kan uppleva själva berättandet som något bra. Berättandet skulle som form kunna få hälsoeffekter på till exempel en trafikskadad person.

5.2.3 *Är det möjligt att skildra en trafikskadad människas liv?*

Genom djupintervjuer med var och en av respondenterna i den egna hemmiljön, har min avsikt varit att skildra den erfarenhet som de fått under sin tid som handikappade. Genom att studera deras strategier för bemästring i livet, är det sedan möjligt att sammanställa dessa för att på så vis söka de förklaringar som ligger till grund för att en människa kan klara av en svår livssituation eller en svår livskris.

Att skriva en social biografi kräver långvariga kontakter med den eller de personer som blir intervjuade. Istället för biografi skulle jag vilja försöka ge en bild av den trafikskadade människans levnadsprocess.[21] Jag vill genom djupintervjuerna försöka skapa en bild som kan spegla bilismens och risksamhällets negativa sidor. Men jag vill inte stanna vid att studera bilismen och risksamhället utan också beskriva den handikappades egen självbild. En sådan forskning kan enligt min mening få stor betydelse för andra handikappade och skadade. En trafikskadad person kan ha mycket att lära av en annan skadad. Graden av inlärning av traumatiska upplevelser som andra personer upplevt bör dock relateras till individens egen självuppfattning. Detta behandlas av Christianson.[22]

Det finns flera argument såväl för som emot att använda den sociala biografin som vetenskaplig metod. Genom att möta människor i ett samtal om livet efter en svår olycka kommer jag in på att just nedteckna deras berättelser, erfarenheter och tankar. Dessa biografier är dock inte heltäckande så till vida att de skildrar alla detaljer i hennes eller hans liv.

Under djupintervjuerna har jag valt att följa en sådan uppläggning av intervjun som förespråkas av bland andra Gunnar Bernler och Anders Bjerkman i boken »*Den sociala biografin*«.[23] Enligt denna uppläggning kan själva inter-

vjun sägas bestå i huvudsak av tre beståndsdelar och sammanfaller med den interaktiva intervjuapproach som Chirban förespråkar som jag redogjort för tidigare i avsnittet:

1. Intervjupersonen bör stimuleras till berättande om sitt liv. På så vis undviks förfarandet med frågor – svar.
2. Intervjuaren måste få frihet att själv kunna göra tolkningar över de teman som ska belysas och diskuteras vid intervjutillfället.
3. Den dialogiska intervjudelen. Intervjupersonen och intervjuaren utbyter tankar och infallsvinklar över det som diskuteras. Under intervjun kan båda stanna upp och reflektera över vad som sagts. Tankar och känslor fångas upp under intervjun.

Intervjufrågorna har inte varit identiska vid alla intervjuerna. Det beror på att jag har valt att låta nya perspektiv och problem som kommit fram i en första intervju också givit möjligheter att ställa nya kunskapsgenererande frågor i de andra intervjuerna. Detta tillvägagångssätt har också använts av andra forskare bl.a. av Næss.[24]

När överenskommelsen är gjord mellan forskaren och intervjupersonen så har personen ifråga accepterat intervjun och därmed också accepterat tolkningsprocessen. Med andra ord står det forskaren fritt att tolka och reflektera över det som kommit fram under intervjuundersökningen. Dessa tolkningar är forskarens egna. Under djupintervjuerna använde jag en bandspelare för att jag skulle kunna koncentrera mig mer på samtalet, personens rörelse, kroppsspråk och på omgivningen.

5.2.4 *Metodologiska problem och överväganden*

Det går att göra flera metodologiska överväganden i en studie av trafikskadade människor. Ett första sådant övervägande är enligt min mening att forskaren bör vara medveten om begränsningar i intervjupersonens minne.[25] Minneskapaciteten kan vara högst varierande mellan människor som har varit utsatt av traumatiska upplevelser. Enligt William Foddy bör forskaren vara medveten om att en intervjuperson inte nödvändigtvis kommer ihåg alla de händelser och fakta som han eller hon varit berörd av tidigare.[26] Det kan handla om minnesfunktioner som är både kortsiktiga som långsiktiga. För att forskaren ska få framgång i att få fram svar från intervjupersonen som berör

händelser som ligger längre bak i tiden, bör han inleda intervjun med att ställa frågor som ligger i nutiden och successivt arbeta sig bakåt i tiden med fler frågor. För att en intervjusituation där intervjupersonen har svårigheter att minnas en specifik händelse ska kunna övervinnas är det också viktigt att forskaren ger personen ifråga tid till sitt förfogande att tänka sig tillbaka till den aktuella tidpunkten för händelsen. Intervjuerna som gjorts inom ramen för min avhandling har därför präglats av längre samtal där den trafikskadade fått den tid som han eller hon behövt för att uttrycka sig eller svara på en fråga.

5.2.5 *Kunskapsgenererande levnadsskildringar*

Självbiografin som metod har använts och används inom den socialpolitiska forskningen i Finland.[27] Att studera trafikskadade och handikappade människor med självbiografi som metodologi skulle kunna vara en möjlig metod för en undersökning. Den undersökning som jag gjort utgår emellertid inte från självbiografi som metodologi. Snarare ska det kvalitativa metodval som används i undersökningen ses som levnadsskildringar ur det verkliga livet som består av kvalitativa temarelaterade självbiografiska intervjuer. I samhället har självbiografin varit allmänt förekommande bland kända kulturpersonligheter, idrottsstjärnor och andra berömda människor som varit i det massmediala fokuset under en längre eller kortare tid. Självbiografin har fångat många människor i deras levnadsberättelser och öden om uppkomna situationer. Men vad kan vi lära av de olika erfarenheter som en trafikskadad och handikappad person upplevt genom årens lopp? Vilken kunskap kan en frisk individ få av att ta del av den handikappades egen livshistoria? Vilken kunskap kan andra handikappade och närstående få genom att få del av en svårt trafikskadads berättelse? Detta är frågor som är intressanta och obesvarade inom forskningsvärlden. Det handlar här om ett viktigt nytänkande. Vi vet idag inte vilka bemästringsstrategierna är för att klara att hantera en omställning av de sociala levnadsvillkoren. Sociala levnadsberättelser låter sig inte fångas i en enkätundersökning om välfärdsaspekter. De temarelaterade självbiografiska intervjuer som undersökningen baseras på hör snarare hemma inom den kvalitativa forskningsmetodiken som har möjligheterna att fånga upp de signaler som den handikappade sänder ut om hans eller hennes innersta tankar och erfarenheter. Genom att intervjua ett antal trafikskadade personer är det möjligt att kanalisera dessa tankar och försöka sammanställa de olika erfarenheterna och strategierna till en mer fulländad bild av hur livet

kan vara efter en svår trafikolycka.

En enkätundersökning om välfärdsaspekterna när det gäller sociala levnadsförhållanden för trafikskadade kan enbart ge oss kunskap om en mer översiktlig bild av situationen för handikappade. Däremot saknar den kvantitativa metodologiska ansatsen de möjligheter som kvalitativa temarelaterade självbiografiska intervjuer kan erbjuda forskaren.

5.3 *Kvantitativa undersökningsdelen*

En litteraturgenomgång av de metodologiska uppläggningar som använts visar att ytterst få studier i de nordiska länderna bestått av en kombination mellan kvalitativa och kvantitativa metoder.[28] Medicinsk forskning i Sverige och Finland har vid något tillfälle använt en kombination av kvalitativ och kvantitativ metod. I Sverige har en sådan forskning främst utförts av Thorson[29] som inriktade sig mot regionala studier samt Olkkonen som i Finland studerat konsekvenser av cykelolyckor.[30]

Inom handikappforskningen har såvitt jag kommit fram till inte utförts någon forskning som använder sig av kombinationer av tre metodologiska ansatser; kvalitativ, kvantitativ och komparativ metod. Jag återkommer till den komparativa metoden i ett senare avsnitt. Det följande avsnittet beskriver den kvantitativa metoden som jag använt inom projektet.

5.3.1 *Enkätundersökning om sociala levnadsvillkor*

Den delen av forskningsarbetet som omfattar arbete med officiell statistik och personuppgifter över trafikskador i Norden måste enligt min mening betraktas som komplicerad. I de nordiska länderna finns olika system som handhar trafikolycksfall. Med system menar jag de system och regelverk som reglerar tillsynen och övervakningen av det som definieras som trafikolyckor och trafikskador. Som jag tidigare behandlat i avhandlingen har det under flera årtionden tillbaka funnits en brist i den officiella trafikskadestatistiken i de nordiska länderna. Också tidigare forskning har kommit fram till dessa slutsatser i flera undersökningar.[31]

Mot bakgrund av den officiella statistik som handhas av ibland flera olika myndigheter i ett land, är det för en utomstående forskare mycket svårt att få tillgång till personuppgifter om de personer som skadats i trafikolyckor.

Förhållandena skiljer sig avsevärt mellan länderna när det gäller bilden av

trafikolycksfallsstatistiken. I Sverige har Statistiska Centralbyrån (SCB) sedan mitten av 1930-talet fört statistik om olyckor på landets vägnät. SCB har under årens lopp insamlat uppgifter om bland annat antal olyckor, inblandade fordon, antal skadade personer och omkomna. Uppgifter om vilka personer som skadats i olyckor har sedan många år tillbaka funnits hos de olika försäkringsbolagen. De privata försäkringsbolagen har under senare år dataregister över sina kunder/klienter d.v.s. de personer som skadats i bland annat trafikolyckor. Något heltäckande redovisningssystem över trafikskadade har dock inte funnits i Sverige. I Sverige har myndigheterna under 1990-talet arbetat med uppbyggnaden av ett nationellt skaderegister och ett sådant arbete med registeruppbyggnad har också inletts i Finland. För forskare inom olika vetenskapsområden har bristfälliga system vållat problem. I Sverige har flera forskare använt sig utav retrospektiva studier d.v.s. forskarna har utgått från patientregister vid olika sjukhusdistrikt. I en senare gjord socialmedicinsk studie av Andersson, Bunketorp och Allebeck användes ett trafikskaderegister som byggts upp i Göteborg och som baseras på sjukhusuppgifter från två sjukhus i Göteborgsregionen.[32] De båda forskarna Thorson och Tolagen använde sig också av sjukhusbaserade register vid sina regionala undersökningar om trafikskador i Sverige.[33] Sedan i mitten av 80-talet har även trafikolyckor registrerats vid Norrlands universitetssjukhus och dess olycksanalysgrupp.

Vid sidan av de sjukhusbaserade skaderegistren, som inte på något vis är landsomfattande, finns särskilda skaderegister hos de privata försäkringsbolagen. I Finland har det inte funnits något intresse från försäkringsbolagens sida att skapa ett gemensamt skaderegister.[34] Det finns heller inget enhetligt trafikskaderegister inom den svenska försäkringsbranschen. Avsaknaden av sådana personregister gäller både den privata som den offentliga sektorn. I Sverige har emellertid Trafikskadenämnden i Stockholm, en avdelning inom Trafikförsäkringsföreningen, arkivuppgifter över klienter som fått sin sak prövad i nämnden. Det har handlat om ärenden som blivit överklagade mm efter att ha blivit behandlade i de enskilda försäkringsbolagen. Sedan i början av 1900-talet har Trafikskadenämnden varit den instans dit trafikskadade haft möjlighet att vända sig för att få sin sak prövad. Trafikskadenämnden och Trafikförsäkringsföreningen har dock inga egentliga databaserade personregister över de personer som överklagat. Dock finns manuella möjligheter för den anställda personalen att söka i personakter som lagrats.

I Finland skiljer sig förhållandena något från Sverige bortsett från att det

finns en trafikförsäkring som gäller alla bilister. Motsvarande som i Sverige finns ett stort antal försäkringsbolag som får betala ut ersättning och kompensation för de människor som skadats i trafiken på något sätt. Däremot finns det i Finland, något som saknats i Sverige, ett gemensamt och heltäckande persondataregister inom den privata försäkringsbranschen. De privata försäkringsbolagens gemensamma samarbetsorgan och intresseorganisation har under flera årtionden haft kontroll över personuppgifter rörande trafikskadade människor i landet. Organisationen bär namnet Försäkringsbranschens Rehabiliteringscentral (FRC) och är belägen i huvudstaden Helsingfors. En annan myndighet som handhar den officiella statistiken i landet är Trafikförsäkringscentralen i Helsingfors. Trafikförsäkringscentralen har under flera år fört statistik på antalet trafikolyckor och skador som uppkommit i trafiken. Liknande statistik förs också av Trafikskyddet och Statistikcentralen i Helsingfors.

Som jag nämnde inledningsvis i avsnittet så är det inte helt okomplicerat att som forskare få tillgång till den officiella statistiken rörande trafikskador. Bilden är enligt min mening komplicerad av två skäl. För det första uppvisar den officiella statistiken i de båda länderna uppenbara brister i förmågan att vara heltäckande. Det finns luckor och mörkertal när det gäller rapporteringen av trafikolyckor och trafikskador. Alla olyckor och personskador finns inte rapporterade i den officiella statistikbilden som förmedlas av myndigheter och branschorganisationer i de båda länderna. Ett andra skäl till att det finns svårigheter att studera förekomsten av trafikskador i Finland och Sverige är att alla människor som skadats i olyckor inte har blivit kända av varken sjukvården eller försäkringsbolagen. Exempelvis kan en person som varit med om en trafikolycka låta bli att vända sig till sjukvården för att bli undersökt.

Mot bakgrund av det som jag beskrivit ovan har jag i avhandlingen avgränsat undersökningen till att gälla trafikskadade som blivit behandlade inom den finska respektive svenska sjukvården. Jag har också medvetet avgränsat undersökningen till studera de trafikskadade som fått någon form av ekonomisk ersättning och kompensation från de privata försäkringsbolagen i de båda länderna.

För att få kunskap om de trafikskadades sociala situation i de båda länderna skickades en enkät ut under våren och sommaren 1996 till totalt 1 500 trafikskadade personer bosatta i Finland och Sverige. Urvalet som bestod av 750 handikappade i vardera land utfördes praktiskt och tekniskt av Trafikskadenämnden och Trafikförsäkringsföreningen i Sverige samt av Försäk-

ringsbranschens Rehabiliteringscentral i Helsingfors. De trafikskadade som finns i Trafikskadenämndens akter utgjordes av personer som fått tio procent eller mer avgjort som invaliditet efter olyckor. Skadeärendena avgörs och fastställs i Trafikskadenämnden. Tiden från skadetillfället till ärendets prövning har beräknats till mellan tre och fem år. Mot bakgrund av detta har Trafikskadenämndens material i Sverige betraktats som begränsat för kortsiktiga uppföljningar och studier.[35] Föreliggande studie av de trafikskadades sociala levnadsvillkor ska emellertid betraktas som en långsiktig uppföljningsstudie varför Trafikskadenämndens material är synnerligen lämpat för en noggrannare studie inom området.

Urvalskriterierna i undersökningen har varit ett slumpmässigt urval av svårt trafikskadade personer. Andra kriterier för urvalet har varit att de skadade ska ha varit med om vägtrafikolyckor under tre decennier; 1970-talet, 1980-talet samt under 1990-talet.

Den population som deltagit i de båda enkätundersökningarna har utgjorts av trafikskadade som ådragit sig skador enligt första, andra och tredje graden i den internationella AIS-skalan (Abbreviated Injury Severity Scale). Med första gradens skada förstås lätt skada. Medelsvår personskada tillhör andra skadegraden samtidigt som tredje graden utgörs av ej livshotande skador. Klassificering av undersökta populationer enligt AIS-skalan har varit vanlig inom medicinsk forskning under flera år. Likaså har en s.k. ISS-skala (Injury Severity Score) använts för att gradera och mäta en skadas svårighetsgrad.[36] I min undersökning har jag inte klassificerat respondenterna utifrån internationella skadeskalor som ICD-10 (International Classification of Diseases), MAIS (Maximum AIS), eller RTS (Revised Trauma Score). Skadans svårighetsgrad har jag istället valt att beskriva utifrån den medicinska invaliditet och den faktiska invaliditetsgrad (procent) som läkare och sedermera försäkringsbolag fastställt för individen. Den medicinska invaliditetsgraden i Finland och Sverige har gjorts jämförbara för att underlätta jämförelsen mellan de båda populationerna.

Det kan här också vara på sin plats med några förklaringar och förtydliganden om själva utformandet av enkäterna. Enkäten som skickades ut i Finland är skriven på finska språket och enkäten i Sverige på svenska språket. I Finland har också undersökningen skickats ut på svenska språket efter att trafikskadade hört av sig till Försäkringsbranschens Rehabiliteringscentral med önskemål om detta. Frågorna i enkäten har dock varit identiska. Före enkäten skickades ut genomfördes ett pilottest med några trafikskadade personer i

båda länderna. Syftet med ett pilottest är att forskaren ska få klarhet i de eventuella oklarheter och felaktigheter som kan finnas inrymda i en enkät.[37]

5.3.2 *Etiska överväganden*

Som jag tidigare redogjort för så framträder intervjupersonerna med mycket personliga berättelser om hur livet blev efter deras olycka. Är det då riktigt att återge så känsliga och personliga berättelser i forskningssammanhang? Enligt min mening finns det klar motivation för detta, då ett kvantitativt tillvägagångssätt inte klarar av att mäta alla de känslor, attityder och egenskaper som framkommer under en intervju. Som forskare är det min plikt att hålla mig till de vetenskapliga etiska normerna som gäller vid undersökningar.

Syftet med att återge de handikappades egna ord i direktcitat i avhandlingen är att försöka skapa det naturliga och öppna samtalet om ett svårt och känsligt ämne – trafikskadan.[38] Avsikten har varit att trafikskadade ska kunna känna igen sig i tankesätt, men också ha förmåga att se hur andra handikappade skapat en ny livsfilosofi. Därtill är syftet med att återge de handikappades egna tankar, erfarenheter och ord i direktcitat, att vi andra medmänniskor i samhället ska kunna få oss tilldels ett enkelt och klart språk uttryckt av de handikappade själva.

Vid ett intervjutillfälle kan forskaren välja flera olika uppläggningar av sin intervju. Att genomföra längre djupintervjuer kräver stor erfarenhet. Särskilt svåra är intervjuerna eftersom de kräver stor uppmärksamhet över händelseförloppet i intervjusituationen samtidigt som intervjuaren måste vara klar över de frågor som ställs. Inom ramen för undersökningen har jag ställts inför tre val. Det första alternativet skulle kunna vara att träffa trafikskadade tillsammans i större grupper och genomföra intervjuerna. På så vis skulle jag kunna få möta flera handikappade på samma gång och ge dem tillfälle att kommentera varandras attityder och egenskaper. Nackdelen med ett sådant förfarande är vad jag ser större än fördelarna. Bland annat finns risken att någon handikappad person inte vågar att öppna sig inför gruppen och därför håller inne med sina kunskaper och erfarenheter. Det kan också finnas blyga och isolerade personer som inte skulle vilja medverka i en sådan grupp. En gruppintervju har enligt min mening också svårt att ge någon djupare diskussion i ämnet. En andra intervjumetod är att i förväg ha med sig färdigformulerade frågor som ställs efterhand i intervjun. Ett sådant förfarande kan ses som både tidsödande arbetsmässigt men också inverka på intervjun nega-

tivt. Det är svårt att driva ett normalt ledigt samtal när det ska följa en ordning som frågorna ställs.[39] Det tredje alternativet, som jag också valt för undersökningen, är att genomföra bandinspelade intervjuer med trafikskadade. För intervjupersonen kan det kännas tryggt att samtalet bandas eftersom han eller hon inom sig kan känna att samtalet senare kommer att återges i exakthet. För intervjuaren blir inspelningen också en trygghet i att veta att energin istället kan läggas på lyssnandet. Fördelen är att forskaren inte behöver ägna onödig kraft åt att föra anteckningar. Avsikten med bandinspelningarna var således att de skulle kunna vara ett hjälpmedel för att fånga upp de känslor och svar som kom fram under intervjuerna och att det som intervjupersonen gav utlopp för under samtalet senare skulle kunna återges i sin korrekta form.

Det tredje alternativet som valts i undersökningen är dock inte befriat från brister och nackdelar. Valet gjordes med denna medvetenhet att intervjupersonen kan ha blivit något osäker och i början nervös när bandspelaren var påslagen.

Under de intervjuer som jag genomfört har jag använt mig av ostrukturerade frågor, d.v.s. intervjun har haft formen som ett informellt samtal mellan två människor. Istället för att ha färdigformulerade frågor har jag utgått från olika teman under intervjuerna. På så vis har de varit öppna och sökande i sin karaktär. Jag har strävat efter största möjliga öppenhet för att lära känna personen i sin hemmiljö. Det senare är också ett medvetet val från min sida eftersom varje människa känner sig trygg i sin hemmiljö. Att intervjuas bland andra människor eller i en helt annan miljö kan avleda intervjupersonen från det nära och intima samtalet.

Efter att de första intervjuerna genomförts har jag gjort utskrifter från bandinspelningarna. Vid en första anblick av utskrifterna kan man säga att ett sådant förfarande är tidskrävande. Men samtidigt ger en sådan kunskap mycket detaljer, känslor och egenskaper som intervjuaren annars riskerar att förbise om han eller hon lagt all sin energi på att anteckna under själva intervjun. Som jag understrukit tidigare så kan forskaren vinna flera fördelar med en bandad intervju. En sådan fördel som jag upplevde var att jag kunde studera intervjupersonen närmare hur han eller hon uppträdde. Dessutom fick jag chansen att studera omgivningen runtomkring oss båda i samtalet. Hur såg det till exempel ut i det rum där samtalet fördes? Hur reagerade intervjupersonen? Vilket kroppsspråk användes? etc.

Bandinspelningar ger också forskaren fördelar på det viset att han kan gå tillbaka och lyssna på intervjuerna och följa upp med frågor eller teman som

missats. I undersökningen har jag också dragit stora fördelar med att lyssna av samtalen och därefter komplettera dem med ytterligare någon eller några intervjuer.

Nyberg valde att låta de handikappade vara anonyma i sin undersökning.[40] I avhandlingen har jag liksom Nyberg och andra forskare valt att låta de trafikskadade vara anonyma för att på så vis skydda att deras identitet skulle kunna röjas. Det skulle annars finnas risk för att deras identitet skulle kunna röjas och att de skulle kunna känna sig utpekade av sin omgivning.

5.3.3 *Erfarenheter från djupintervjuerna*

I föreliggande studie har jag intervjuat 20 slumpmässigt utvalda. Deras ålder, kön och skadans svårighetsgrad är också slumpmässigt utvalda. Efter uppropen i handikapptidskrifterna hörde ett antal trafikskadade personer av sig med brev och kort. Därefter avtalades tid och en överenskommelse om intervjutid gjordes. Samtliga intervjuer med undantag av ett intervjutillfälle, har ägt rum i respondentens hemmiljö. Vid ett enstaka fall skedde intervjun på ett rehabiliteringshem för handikappade där intervjupersonen vistades under en kortare period.

Vid intervjuerna har jag utgått från en i förhand upprättad intervjuguide som utgått från olika temata (se bilaga). Konstruktioner av intervjuguide inför intervjuer har använts av flera forskare bl.a. av Linderholm.[41] Under djupintervjuerna har jag använt mig av ostandardiserade öppna frågor. Dessa frågor har haft karaktären, som i litteraturen benämns för »the grand tour« samt frågor av typen som är inriktade på att fånga den rent subjektiva upplevelsen hos intervjupersonen.[42]

En viktig aspekt på djupintervjuerna är den rikliga förhandsinformation som respondenterna lämnat vid intervjutillfällena. Under forskningsarbetets förlopp har det varit viktigt att överväga hantering och publicering av de känsliga frågor och ämnen som kommit fram under intervjuerna.[43]

5.4 *Datainsamlingen*

Enkäten som skickades ut i de båda länderna kom att omfatta 42 strukturerade frågor samt en uppmaning att medsända dikter skrivna efter den egna trafikolyckan. Frågorna kan sägas ha flera syften. Huvudsyftet har emellertid varit att försöka samla in de känslor och reaktioner som den skadade upplevt

sig ha efter olyckan. Förutom respondentens egen självbild av reaktioner har det varit undersökningens syfte att försöka få vetskap om hur den trafikskadade upplevt sin familj och sina närmaste vänner. I enkäten har också ställts frågor om respondentens sociala bakgrund och aktivitet i samhället.

Materialet som utgör grunden i undersökningen har insamlats under perioden januari till oktober månad 1996. Under tidsperioden har två handikappenkäter skickats ut till totalt 1425 trafikskadade personer i Finland och Sverige. Parallellt med arbetet har också djupintervjuerna genomförts med handikappade människor. Vid sidan av fältarbetet har jag genomfört litteratur- och arkivstudier inom området. Det teoretiska forskningsarbetet har varvats med ett mer praktiskt och konkret arbete. Under sommarhalvåret och hösten 1996 genomfördes kodning och instansning av de båda enkäterna i statistikprogrammet SPSS (Statistical Package for the Social Sciences). De kvalitativa data som insamlats under perioden (djupintervjuerna) har lagts in och bearbetats i det kvalitativa analysprogrammet NUDIST (Non-numerical Unstructured Data Indexing Searching and Theorizing). Materialet har klassificerats och analyserats för att sedan kunna sammanställas.

5.5 *Svarsfrekvens*

I Finland utsändes enkäten till totalt 722 slumpmässigt utvalda i åldrarna 7 till 89 år. Detta utgör undersökningens *bruttourval* i Finland. Av dessa nåddes inte alla på grund av att personer var avlidna samt på grund av felaktiga adresser. *Nettourvalet* utgörs därför av 599 personer. Av dessa besvarade totalt 389 personer enkäten vilket motsvarar en svarsfrekvens på 65 procent. Bortfallet på 46 procent måste enligt min mening ses som normalt för en population som är aktuell i undersökningen och som sådan bör betecknas som heterogen.

Projektet fick hjälp av experter vid Försäkringsbranschens Rehabiliteringscentral med utförandet av urvalet. Det statistiska urvalet är slumpmässigt utfört och persondata är baserade på uppgifter från trafikskaderegistret vid Försäkringsbranschens Rehabiliteringscentral (FRC) i Helsingfors.

Enkäten distribuerades genom Försäkringsbranschens Rehabiliteringscentral i Helsingfors under maj månad 1996. En påminnelse sändes ut under juni månad 1996. Utskicket gjordes till totalt 722 personer (N=599) varav 7 personer avlidit men ändå fanns med i FRCs register över trafikskadade. 116 enkäter var feladresserade och nådde aldrig berörda respondenter. Två enkä-

ter i Finland inkom för sent för att kunna medräknas i det statistiska datamaterialet. Dessa båda enkäter har jag därför inräknat i bortfallsgruppen. Likaså ingår de som inte besvarat enkäten, felaktiga adresser och avlidna personer i bortfallsgruppen. Svarsprocenten motsvarar därför 65 procent, vilket motsvarar 389 besvarade enkäter. Enligt min mening kan en svarsprocent om 65 procent inte betraktas som hög men ändå ses som tillfredsställande inom ramen för en vetenskaplig undersökning.[44] [45]

Att göra en bortfallsanalys är en viktig del inom forskningsarbetet av flera anledningar. För det första ger en sådan analys vid handen om det föreligger några avvikelser eller skevheter i materialet. I enkätundersökningen som genomfördes i Finland besvarade 65 procent frågeformuläret medan 46 procent av enkäterna inte returnerades. Här ingår felaktiga adresser och personer som avlidit efter olyckan. Genom att göra en bortfallsanalys har mitt syfte varit att försöka undersöka huruvida de 46 procent av respondenterna som inte besvarade enkäten skiljer sig från den besvarande andelen eller inte. Av det totala antalet enkäter i utskicket som bestod av 722 enkäter, nåddes 599 personer av frågeformuläret. Av dessa personer besvarade 389 personer enkäten. 46 procent av de tillfrågade respondenterna besvarade inte alls enkäten. Det motsvarar 333 personer. Vilka är dessa personer? Varför besvarade de inte enkäten? Genom register vid FRC har det varit möjligt för mig att ändå studera de personer som valt att inte medverka i undersökningen eller inte haft möjlighet att göra detta. Jag har haft möjlighet att studera denna grupp eller skugga om man så vill. Jag har valt att studera ålder som variabel i bortfallet. Bortfallsanalysen visar att det var fler män (N=236) än kvinnor (N=97) som inte besvarade enkätformuläret. Detta påverkar dock inte den totala populationen eftersom männen i den finska enkätundersökningen är överrepresenterade och kvinnorna underrepresenterade.

I Sverige distribuerades enkäten genom Trafikskadenämnden i Stockholm under sommarmånaderna juni, juli och augusti månad 1996. Enkäten tillsammans med ett följebrev distribuerades till 750 personer i åldrarna 14 till 92 år vilket utgör undersökningens *bruttourval* i Sverige. På grund av felaktiga adresser nådde enkäten 703 personer som är själva *nettourvalet*. Totalt besvarade 447 personer enkäten, vilket motsvarar 64 procent. Också denna svarsprocent måste ses som vetenskapligt tillfredsställande.

Svarsfrekvensen är något högre för Finlands del, något som kan förklaras med att det distribuerades några fler enkäter i Sverige. Dock måste som jag tidigare understrukit, den totala svarsfrekvensen i respektive land betraktas

med tillfredsställelse. I en sedvanlig enkätundersökning torde frekvensen bli något högre men då det i föreliggande undersökning handlar om människor som har ådragit sig svårare skador och handikapp efter trafikolyckor måste det ses ur ett annat perspektiv. Totalt besvarade 836 personer det utsända frågeformuläret, vilket framgår av följande tabell.

Tabell 1:5:5:1 *Svarsfrekvenser och bortfall i de båda enkätundersökningarna i Finland och Sverige under perioden juni – oktober* 1996.

Land	Utskickade enkäter	Returnerade besvarade enkäter		Bortfall	
	N	N	%	N	%
Finland	722	389	65	333	46
Sverige	702 (750)	447	64	255	36
Totalt:	1424 (1472)	836	64	588	41

Källa: Forskningsprojektet »Förmåga till välfärd«. Trafikskadenämnden och Trafikförsäkringsföreningen i Stockholm, Försäkringsbranschens Rehabiliteringscentral (FRC) i Helsingfors.

Tabell 1:5:5:2 *Svarsfrekvenser och bortfall baserad på könsfördelningen i de båda populationerna. Trafikskadade i Finland och Sverige.*

Land	Utskickade enkäter				Returnerade besvarade enkäter				Bortfall			
	Män		Kvinnor		Män		Kvinnor		Män		Kvinnor	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Finland	474	66	248	34	238	61	151	39	236	50	97	39
Sverige	379	54	324	46	222	50	225	50	154	60	101	31
Totalt:	853	66	572	44	460	55	376	45	390	46	198	34

Källa: Forskningsprojektet »Förmåga till välfärd«. Trafikskadenämnden och Trafikförsäkringsföreningen i Stockholm, Försäkringsbranschens Rehabiliteringscentral (FRC) i Helsingfors.

Det totala bortfallet för populationen är något högre bland de svenska respondenterna jämfört med de finska respondenterna, 60 procent respektive 40 procent. Går det då att säga något om bortfallet i den svenska undersökningen avseende kön? Bortfallsanalysen visar att det var fler män än kvinnor i Sverige som inte besvarade enkäten (60 respektive 40 procent).[46]

Urvalet som gjordes i båda länderna var slumpmässiga och utföll i Sverige så att 50 procent av de besvarade enkäterna utgjordes av män samtidigt som

övriga 50 procent utgjordes av kvinnor. Könsfördelningen i det slumpmässiga urvalet blev därför mycket jämn. I Finland däremot utföll slumpurvalet så att männen kom att bli överrepresenterade i urvalet. 61 procent av de besvarade enkäterna kom att bestå av män samtidigt som kvinnorna utgjorde 39 procent.

Bortfallsanalysen har visat hur stor procentuell andel av män och kvinnor som ingår i den totala svarsgruppen respektive bortfallsgruppen. Sammantaget visar analysen att männen är överrepresenterade i den finska enkäten medan kvinnornas andel i den svenska enkäten är större än kvinnornas andel i den finska enkäten. Ser mer härom i avsnittet om bortfallsanalys.

Hur ser då bortfallsförhållandet ut vad gäller graden av medicinsk invaliditet och ålder? Bortfallsanalysen gav följande resultat. Graden av medicinsk invaliditet hos dem som inte besvarat enkäten tycks inte ha skilt sig från gruppen besvarande. Det går således inte att utläsa ur bortfallsanalysen att det skulle finnas ett större antal personer med högre grad av medicinsk invaliditet i bortfallet. Samma förhållanden torde gälla för åldersvariabeln i undersökningen. Uppnådd ålder hos dem som ej besvarade enkäten synes inte skilja sig i någon större utsträckning från den deltagande populationen.

5.6 *Bortfallsanalys*

Som det tidigare har konstaterats angående bortfallet så visar undersökningen att det var fler män än kvinnor i den svenska populationen som inte besvarade frågeformuläret. I den fortsatta framställningen vill jag visa i vilken utsträckning som bortfallet kan tänkas inverka på resultatet. Bortfallsanalysen baseras på variablerna kön, ålder och den medicinska invaliditetsgraden för varje respondent. Följande tabell ger en översikt över de båda svarspopulationerna jämfört med de båda bortfallsgrupperna.

Tabell 1:5:6:1 Svarspopulationer och bortfallsgrupper baserade på de tre variablerna kön, ålder och invaliditetsgrad. Trafikskadade i Finland och Sverige år 1996. (Procentangivelser)

	FINLAND		SVERIGE	
	Svar	Bortfall	Svar	Bortfall
Kön				
Man	61,0	73,0	50,0	60,0
Kvinna	39,0	27,0	50,0	40,0
Totalt	100,0	100,0	100,0	100,0
Ålder (år)				
<20	4,9	2,8	1,6	1,2
20–29	33,4	34,6	11,0	13,3
30–39	24,9	26,9	22,6	23,5
40–49	20,8	22,4	21,7	20,4
50–59	13,1	12,2	19,0	16,5
60–69	1,3	1,0	12,8	12,2
70–79	1,0	–	8,9	5,9
80>=	0,5	–	2,5	2,4
Oklart	–	–	–	4,7
Totalt	100,0	100,0	100,0	100,0
Invaliditets-graden (%)				
0–10	12,6	19,9	14,8	19,6
11–20	25,2	24,5	36,5	43,1
21–40	19,3	21,0	19,0	23,5
41–70	16,2	15,4	6,9	4,3
71–100	11,6	13,3	4,7	3,5
Oklart	15,2	5,9	18,1	5,9
Totalt	100,0	100,0	100,0	100,0

Källa: Forskningsprojektet »Förmåga till välfärd«. Trafikskadenämnden och Trafikförsäkringsföreningen i Stockholm, Försäkringsbranschens Rehabiliteringscentral i Helsingfors.

Är det då möjligt att identifiera de tillfrågade som inte besvarade enkäten? Enligt min mening är det möjligt att säkerställa om gruppen som inte svarade på frågeformuläret avviker från de båda svarspopulationerna. Genom att studera de formulär som returnerats obesvarade har det varit möjligt att få en uppfattning om orsakerna till att några respondenter inte deltagit i undersökningen. I den svenska enkätundersökningen visade sig bortfallet ha flera tänkbara förklaringar. Några respondenter beskrev sin situation enligt följande:

– en respondent skrev »vill ej medverka i undersökningen«.
– en annan respondent förklarade mer detaljerat att det funnits en begräns-

ning i förmågan att kunna deltaga: »Tyvärr kan jag ej svara på frågeformuläret p.g.a. att min trafikskada är en skallskada och ej så konkret som t.ex. ett funktionshinder«.
– en god man förklarade att den tillfrågade respondenten inte klarar av att redogöra för sin situation med anledning av trafikskadan.
– en god man förklarade att respondenten bor på ett sjukhus och vårdas p.g.a. demens.
– en annan respondent skriver i sin förklaring att hennes syn är så dålig att hon inte förmår att besvara formuläret. Respondenten skriver också att hon inte orkar besvara frågorna.

5.7 *Validitet och reliabilitet*

Inom all samhällsvetenskaplig forskning är det väsentligt att behandla validitets- och reliabilitetsaspekter av det forskningsproblem som forskaren undersöker. Allmänt kan sägas att svarsfrekvenserna för de båda enkäterna måste betraktas som tillfredsställande då det handlar om en heterogen grupp i samhället. På grund av att många trafikskadade har svåra skador, exempelvis minnesförluster, måste det ses som naturligt att många människor inte har haft förmåga att deltaga i undersökningen. Det är inte möjligt att avgöra hur många av respondenterna i respektive land som inte haft förmåga att besvara frågorna. Det är inte heller möjligt att här precisera hur många av de tillfrågade som saknade intresse att medverka i enkätstudien. Enligt min mening har de båda enkätundersökningarna en hög giltighet. Då man talar om sanningskriterier och begrepp som validitet och reliabilitet, är det viktigt att ha i tanken att det kan vara svårt att uppnå en generaliserbarhet i ett resultat. Det väsentliga är att forskaren tar hänsyn till hur själva urvalet har gjorts och hur de efterföljande datainsamlingsmetoderna tillämpats. Analysen av det insamlade materialet blir sedan de huvudsakliga sanningskriterierna.

Enkätstudien omfattade frågor om reaktioner och känslor efter en svårare olycka. Resultatet visade att många respondenter inte svarade på de olika reaktionsalternativen. De respondenter som besvarade frågorna kan sägas ha haft det svårt för att renodlat redogöra för sina känslointryck och erfarenheter. Den höga ambivalensen som enkätstudien resulterade i, visar hur komplexfylld och komplicerad dessa förhållanden är i en mätning av sociala levnadsförhållanden för trafikskadade och handikappade människor. Den rådande ambivalensen, gör det naturligtvis inte omöjligt att analysera respondenternas svar men visar på komplexitet och svårigheter att enbart använda

enkätstudier som datainsamlingsmetod inom socialpolitiska studier. Avhandlingens tre metodansatser består förutom den kvantitativa ansatsen också av en kvalitativ forskningsstrategi samt av en komparativ ansats. En sådan kombinerad flerdimensionell strategi kan enligt min mening överbrygga den ambivalens och mätsvårigheter som enkätstudien svarar för i det här fallet.

Såväl validiteten som reliabiliteten måste ses som relativt begränsad i fråga om postaccidentala reaktioner i enkätstudien. I avhandlingens kvalitativa avsnitt avses djupintervjuer med handikappade fördjupa denna komplexa bild över det sociala fenomen som trafikolyckan utgör.

Validitetsproblemen är viktiga att diskutera inom all vetenskap. Som jag tidigare redogjort för i avsnittet, förekommer validitetsproblem i studien om trafikskadades sociala liv. En metodologisk slutsats kan vara att respondenterna helt enkelt kan ha haft svårigheter att besvara frågeformuläret. Men också komplicerade skeenden i människans liv kan ha påverkat såväl deltagandet som utformandet av svaren i undersökningen. Det är viktigt att ha i tanken att de båda svarsgrupperna består av en heterogen grupp där ett flertal skadade och handikappade lever med ständiga behandlingar och förändringar i den egna välfärden. Dessa validitetsproblem är kända sedan tidigare och konstaterades också av den norske forskaren Jan Vidar Haukeland i en stor studie av trafikskadade människors välfärd i Norge under 1980-talet.[47] Men enligt min mening, och jag delar Haukelands argumentering i detta fall, har den skadade människan en stor självinsikt och medvetenhet om hennes sociala situation och liv, att enkätstudien ändå måste ges en relativt hög grad av validitet – en godtagbar validitet med begränsningar i reliabiliteten avseende avsnittet om de postaccidentala reaktionerna i studien.

Tre av intervjupersonerna i undersökningen har en hjärnskada efter trafikolyckan. Hjärn- och skallskador hör till de mer allvarligare och svårare följdtillstånden av en trafikolycka där personligheten kan ha förändrats efter olyckan. Inom den medicinska och psykologiska forskningen har noggranna bedömningar gjorts av skadade innan de medverkat i forskningsprojekt. I min undersökning har de tre intervjupersonerna på ett klart sätt redogjort för sina liv efter olyckan och i ett fall har respondenten fått läsa igenom intervjuutskriften för att kontrollera om uttalandena var riktiga.

I nästa avsnitt är det min avsikt att redovisa vad som utmärker respondenterna i respektive land. För att kunna jämföra respondenterna i båda länderna är det enligt min mening viktigt att utgå från en profilbild. Jag har därför försökt att skapa en handikapprofil om man så vill. Hur kännetecknas en

trafikskadad person i Finland respektive i Sverige? Finns det några likheter eller skillnader i svarspopulationen i de båda nordiska länderna?

5.8 *En profil växer fram*

Vid sidan av könsvariabeln är också åldersvariabeln väsentlig att uppmärksamma. Kön och ålder ger betraktaren en bild över var någonstans i livet som mannen eller kvinnan befinner sig i vid olyckstillfället och tiden som följder därefter. Följande tabell visar åldersfördelningen i hela populationen.

Tabell 1:5:8:1 *Åldersfördelningen i de båda populationerna. Trafikskadade i Finland och Sverige.*

	Finland		Sverige		Totalt	
Åldersklass	%	N	%	N	%	N
–20	4,9	19	1,6	7	3,1	26
20–29	33,4	130	11,0	49	21,4	179
30–39	24,9	97	22,6	101	23,6	198
40–49	20,8	81	21,7	97	21,3	178
50–59	13,1	51	19,0	85	16,2	136
60–69	1,3	5	12,8	57	7,4	62
70–79	1,0	4	8,9	40	5,2	44
80—	0,5	2	2,5	11	1,5	13
Totalt:	100,0	389	100,0	447	100,0	836

Källa: Forskningsprojektet »Förmåga till välfärd«. Trafikskadenämnden och Trafikförsäkringsföreningen i Stockholm, Försäkringsbranschens Rehabiliteringscentral i Helsingfors.

I den finska populationen kan man konstatera att de som medverkat i undersökningen till största delen tillhör gruppen yngre människor. 63,2 procent utgörs av personer under 40 år. En siffra som ska jämföras med samma åldersgrupper i Sverige. I den svenska populationen utgör denna grupp av 35,2 procent. Den genomsnittliga åldern för respondenterna i Finland är 35,8 år. De yngsta respondenterna är sju år gamla medan den äldsta personen i materialet är 89 år gammal. Medelåldern för de svenska respondenterna är 47,7 år. Vid en jämförelse mellan de högre åldersgrupperna finner man att äldre personer i större utsträckning finns representerade i det svenska materialet. I åldersgruppen 40–80 år återfinns 64,9 procent av de svenska respondenterna medan samma siffra för de finska respondenterna är 36,7 procent.

Åldersvariabeln i undersökningen är mycket viktig mot bakgrund av denna redovisning. Åldersrepresentativiteten visar att det är fler yngre människor

som deltagit i den finska enkätundersökningen samtidigt som äldre generationer i högre utsträckning deltagit i den svenska undersökningen. En stor grupp av respondenterna kan också sägas ha en *bred referensram* när det gäller erfarenheter av sin skada. Medelvärdet för antalet uppnådda skadeår under undersökningsåret 1996 var 9,6 år för de svarande i Finland medan medelvärdet i Sverige var 9,8 år. De som har kortast skadetid bakom sig motsvarar två års tid. De som har levt längst och har längst erfarenhet av sin skada, har en skadetid på mellan 30–36 år. Den tredje profilvariabeln i undersökningen som således är väsentlig att iakttaga är skadeåren. Antalet skadeår är beräknat utifrån antalet genomlevda år med sin invaliditet fram till undersökningsåret 1996. Antal skadeår har klassificerats i totalt fem klasser som framgår av nedan tabell.

Tabell 1:5:8:2 *Antal uppnådda skadeår efter trafikolyckor i två nordiska länder, Finland och Sverige. Genomlevda skadeår fördelat inom i de båda skadepopulationerna. År* 1996 *(frekvenser- och procentangivelser).*

Antal uppnådda	Finland		Sverige		Totalt	
skadeår	%	N	%	N	%	N
0–5	29,0	113	16,4	66	22,6	179
6–10	44,7	174	51,4	207	48,1	381
11–15	9,5	37	15,1	61	12,3	98
16–20	6,2	24	11,4	46	8,8	70
21–	10,5	41	5,7	23	8,0	64
Totalt:	100,0	389	100,0	403	100,0	792

Källa: Det saknas uppgifter för 44 *trafikskadade personer i den svenska enkätstudien (missing-values). Forskningsprojektet »Förmåga till välfärd«. Trafikskadenämnden och Trafikförsäkringsföreningen i Stockholm, Försäkringsbranschens Rehabiliteringscentral i Helsingfors.*

En fjärde variabel som är väsentlig för att en profilbild över respondenterna ska kunna bli tydlig, utgörs av graden av medicinsk invaliditet. Den medicinska invaliditeten har jag valt att indela i fem invaliditetsklasser. Fördelningen av denna medicinska invaliditet framgår i följande tabell.

Tabell 1:5:8:3 *Medicinsk invaliditetsgrad fördelat inom i de båda skadepopulationerna. Trafikskadade i Finland och Sverige, år* 1996.

Medicinsk	Finland		Sverige		Totalt	
invaliditetsgrad	%	N	%	N	%	N
0–10%	12,6	49	14,8	66	13,7	115
11–20%	25,2	98	36,5	163	31,2	261
21–40%	19,3	75	19,0	85	19,1	160
41–70%	16,2	63	6,9	31	11,2	94
71–100%	11,6	45	4,7	21	7,9	66
Oklart	15,2	59	18,1	81	16,7	140
Totalt:	100,0	389	100,0	447	100,0	836

Källa: Forskningsprojektet »Förmåga till välfärd«. Trafikskadenämnden och Trafikförsäkringsföreningen i Stockholm, Försäkringsbranschens Rehabiliteringscentral i Helsingfors.

Den fjärde variabeln som ingår i variabeluppsättningen som ska försöka karaktärisera profilbilden är olycksdecennium. Under vilka decennier har då olyckorna ägt rum i de båda länderna? Följande tabell redovisar respondenternas olyckor under fyra decennier.

Tabell 1:5:8:4 *Trafikskadade i Finland och Sverige. Inträffade trafikolyckor fördelade under fyra decennier:*

	FINLAND		SVERIGE		BÅDA LÄNDERNA	
Decennium	%	N	%	N	%	N
1960-tal	4,9	19	0,2	1	23,9	20
1970-tal	10,8	42	13,6	61	12,3	103
1980-tal	40,6	158	54,1	242	47,8	400
1990-tal	43,7	170	29,3	131	36,0	301
Okänt	–	–	2,7	12	1,4	12
Totalt	100,0	389	100,0	447	100,0	836

Källa: Forskningsprojektet »Förmåga till välfärd«. Trafikskadenämnden och Trafikförsäkringsföreningen i Stockholm, Försäkringsbranschens Rehabiliteringscentral i Helsingfors.

Sammantaget kan man säga att olyckorna ägt rum under en relativt lång tidsperiod. I båda länderna finns respondenter som varit med om olyckor under tidsperioden 1960 till år 1994. De allra flesta har emellertid skadats i olyckor under 1980- och 1990-talet.

5.9 *Komparativa undersökningsdelen*

Inom den sociala forskningen används i huvudsak tre huvudtyper av forskningsansatser. De inriktningar som förekommer är kvalitativa, kvantitativa och komparativa undersökningar. Inom den vetenskapliga litteraturen finns en rad källor som behandlar de metodologiska aspekterna. Bland andra har den amerikanske forskaren Charles C. Ragin under senare år diskuterat de olika ansatserna.[48]

I avhandlingen har jag använt mig av samtliga tre ansatser med betoning på den kvalitativa undersökningen. En komparativ forskare kan sägas ha flera saker gemensamt med en kvalitativ forskare. Ragin skriver:

> »Like qualitative researchers, comparative researchers consider how the different parts of each case - those aspects that are relevant to the investigation – fit together; they try to make sense of each case«. [49]

Enligt Ragin är den komparativa forskarens uppgift att undersöka såväl likheter som olikheter i de enheter eller fall som undersöks.[50] Den kvalitativa ansatsen i avhandlingen har varit att porträttera tjugo trafikskadades liv och levnadsberättelser utifrån en uppgjord temaintervju. Ragin skriver att det viktigaste som skiljer en sådan kvalitativ forskning åt från den komparativa, är att den komparativa ansatsen är fokuserad på olikheterna mellan två fall.[51] Kvalitativ forskning är i högre utsträckning baserad på klargörande av olika kategorier och begreppsbildningar.

Varför är det då intressant att utföra en jämförande studie av de båda länderna Sverige och Finland? Enligt min mening är en sådan jämförelse motiverad av två skäl. För det första har en jämförelse mellan Sverige och Finland med utgångspunkt av välfärdskonsekvenser och bemästringsstrategier bland trafikskadade inte gjorts tidigare. För det andra har de båda nordiska välfärdsstaterna påfallande likheter i sina sociala trygghetssystem, bl.a. försäkringssystemen. När det gäller uppbyggnaden och utvecklingen av de båda ländernas specifika trafikförsäkringssystem finns egentligen inga större avgörande skillnader.[52]

5.10 *Sammanfattning*

Den viktigaste frågan som det här kapitlet har försökt att besvara är frågan om det är möjligt att skildra en trafikskadads liv. Den andra frågan som har diskuterats är hur en sådan skildring kan möjliggöras. Enligt min mening är det möjligt att skildra det sociala livet hos en skadad människa. Det är inte bara en av sociologins huvuduppgifter utan också det grundläggande inom forskningen i socialt arbete att handikappforskningen inom området utvecklas och fördjupas. I avsnittet har jag presenterat de intervjumoment och den copingmetodologi som djupintervjuerna bestått av. Enkätundersökningen har också presenterats ur en metodologisk synvinkel med de brister och förtjänster en sådan kan vara beskaffad med. Enkätundersökningen har genomförts i samverkan med Trafikskadenämnden och Trafikförsäkringsföreningen i Stockholm samt tillsammans med Försäkringsbranschens Rehabiliteringscentral i Helsingfors.

Vid en jämförelse av de båda profilerna i de båda länderna finns flera gemensamma och olika karaktäristika som går att skönja. Respondenterna har påtagande likheter i de båda länderna. Som det tidigare har konstaterats är könsfördelningen jämnare bland de skadade i Sverige än vad som är fallet i Finland. Denna skillnad inverkar dock inte på resultatet i sig utan måste som sådant ses i ljuset av ett slumpmässigt urval av respondenter. Den totala fördelningen av båda könen i båda länderna visar att männen är något överrepresenterade i studien. Av de 836 respondenter som besvarade enkäten återfinns 55 procent män och 45 procent kvinnor. Denna fördelning kan inte ses som helt jämn men bör ändå anses godtagbar i den fortsatta analysen. Vad som är utmärkande för urvalspopulationen i båda länderna är att respondenterna är olycksoffer samlade från fyra decennier. De som deltar i studien har skadats i olyckor från år 1960 fram till år 1995. Detta innebär att respondenterna har en förhållandevis lång tids erfarenhet av sin skada och handikapp. Man skulle sammanfattningsvis kunna karaktärisera datamaterialet som longitudinellt då medelvärdet för antalet uppnådda skadeår exempelvis i Finland är 9,6 år.

6. Handikapp och två världar

Mitt fängelse

I mitt fängelse finns inga galler som ni kan se – eller vill se. Jag har inte själv byggt upp några murar som inte går att klättra över – det är ni som bygger murar runt min verklighet! Ändå är det jag som sitter där inne och funderar över hur jag ska ta mig ut – ut till er frihet – där ni befinner er fastän ni inte vet det – eller förstår!? Ni friska gnäller över vardagliga ting och bråkar om bagateller. Ni stressar mellan arbete hem och fritid istället för att lyssna till hur hjärtat slår och pulsarna bränner. I mitt fängelse är detta som hörs mest men ändå är det ingen som ser hur jag lider och vad jag känner. Varje dag och varje timme försöker jag rymma från denna kropps tjocka pansar av »värk och fel signaler«. Jag försöker lura kroppens vaktsystem så att de inte ska märka att jag rymmer. Men det är alltid »någon« som tar mig tillbaka till den här grymma »jämmerdalen«. Ni förstår inte hur jag lever för mina ögon skvallrar inte om den dagliga kampen. Och varför ska jag gnälla, jag har det ju så bra som är ledig och inte behöver stressa som ni – mellan arbete och fritid. Jag får ju bara värk, domningar, yrsel m.m. så snart jag försöker rymma tillbaka till det liv jag saknar så...

Whiplashskadad 26.7-87 (ur enkätundersökningen i samverkan med Trafikskadenämnden och Trafikförsäkringsföreningen i Stockholm 1996)

Inom handikappforskningen har man under 1990-talet riktat intresset mot en åtskillnad av två handikappmodeller. Den brittiske handikappforskaren Michael Oliver, som själv har erfarenhet av att vara handikappad, gör en uppdelning av den handikappade personens existens- och vardagsvillkor i två typer av modeller. Oliver skriver om en individuell modell och en social modell.[1] Enligt Oliver innehåller den individuella modellen såväl psykologiska som medicinska aspekter av handikapp. Den sociala modellen har enligt Oliver en innebörd som står för de faktorer i ett samhälle som begränsar den handikappade människan t.ex. diskriminering och svårigheter för handikappade att förflytta sig på offentliga platser.[2]

Den trafikskadade människan får efter sin olycka kunskap och erfarenheter om hur det är att vara drabbad av en trafikolycka. Den erfarenhet som det handlar om är både värdefull och unik inte enbart för den drabbade människan och dennes nära omgivning utan också för samhället i stort. Därför är det viktigt då man talar om sociala konsekvenser för trafikskadade, att olyckan och handikappet sätts in i större sammanhang. Dikten som inledde avsnittet kan sägas gestalta en känsla som kan förekomma hos många skadade. Dikten ger oss också möjligheter att fundera över de världsbilder som en människa lever med efter en olycka. Världsbilderna handlar i hög grad om upplevelsevärldar. Dessa kan ge kunskap om den egna subjektiva världen men också hur de faktiska omständigheterna och förutsättningarna är för den handikappade människan i det moderna samhället.

När det gäller de olika världarnas betydelse för de trafikskadade är det väsentligt att också placera in deras betydelse i ett större sammanhang. Människan kan uppfatta världarna på olika vis. De kan finnas i individens medvetande betraktat i både tid och rum. Man skulle kunna tala om att det existerar en *tidsaxel* och en *rymdaxel*. Med tidsaxel ska förstås den tid som den skadade levt med sin skada. För en handikappad person som har ett års erfarenhet av exempelvis en whiplashskada behöver erfarenheten nödvändigtvis inte vara så negativ som för en person som levt under fem års tid med sin nackskada. Tidslängden är en viktig indikator över hur människan upplever och uppfattar de olika världarna och dess betydelse för det egna livet. Med begreppet rymdaxel ska förstås i vilket rum de olika världarna kan sägas vara synliga för den handikappade. Det kan handla antingen om *periferi* eller *centrum*.

Handikappet kan betraktas utifrån ett socialpolitiskt perspektiv samt två bestämda världar. Dessa båda världar bildar tillsammans en integrerad helhet för den handikappade. Den första världen kan sägas utgöras av den utifrån definierade officiella världen med dess normer, regler, rättigheter och skyldigheter. I en officiell värld omges den skadade av systemets officiella organ och institutioner men också av de värden och normer i övrigt som är specifika för denna värld.

Den officiella världen kan betraktas utifrån en meso-nivå som omnämns i vetenskapliga sammanhang av bl. a. den svenske forskaren Harald Swedner.[3] Efter en trafikolycka hamnar den drabbade människan i en social situation där sjuk- och hälsovården tar vid. Sjukhusvård och rehabiliteringsverksamhet försöker att bota, lindra, stödja och rehabilitera individen tillbaka till ett så

normalt liv som möjligt. I den officiella världen finns också andra samhälleliga organ som har som målsättning att stödja den skadade på olika vis. Försäkringsbolagen, som har till uppgift att ekonomiskt försöka kompensera en uppkommen skada, har liksom myndigheterna ett stort ansvar avseende rehabiliteringsaktiviteten.

Om man studerar interaktionen mellan de olika systemen i systemvärlden (officiella världen) går det att urskilja flera interaktioner. En första interaktion kan sägas vara den mellan hälso- och sjukvården och arbetsmarknaden. För det stora flertalet av de trafikskadade har skadan och handikappet inneburit att de hamnat utanför arbetsmarknaden. De deltar inte längre aktivt som arbetssökande på marknaden eftersom många upplever att de har sådana begränsningar att det inte har några större utsikter att nå framgång i konkurrensen och i arbetslösheten. Interaktionen är tydlig då människan isoleras och passiviseras i sin dagliga tillvaro. Detta i sig kan vara en trolig förklaring till att många också passiviseras under rehabiliteringen.

En andra interaktion som kan vara av intresse att uppmärksamma inom systemvärlden, är interaktionen mellan myndigheter och handikapprörelser. Handikapporganisationerna har sedan flera år tillbaka givits möjligheter att bli delaktiga i samhällsarbetet exempelvis genom att kunna lämna synpunkter på utredningar m.m. Handikapprörelsen har också gjort sig känd som påtryckare av olika samhälleliga beslut. Rörelsen har iklätt sig rollen att föra de handikappades talan. Undersökningen visar de svårigheter som de trafikskadade upplevt efter olyckan. Bland annat säger sig många skadade ha haft svårigheter i kontakten med myndigheter. Samtidigt har majoriteten av dem uppgivit att handikapprörelsen inte haft någon betydelse efter olyckan.

Den andra av de världar som kan sägas finnas är den inofficiella individuellt upplevda och internaliserade världen. Denna värld kan betraktas utifrån en mikro-nivå. Inom denna värld finns familjen, de anhöriga och vännerna. Det sociala stöd som är nödvändigt för att en person ska kunna bemästra sin levnadssituation efter en svår olycka, återfinns inom den egna familjen och de närmast anhöriga. Vänner och arbets- och studiekamrater spelar naturligtvis här en stor roll och är av betydelse för den nyskadade. I en inofficiell värld finns också den egna gruppen, med andra ord de handikappade. Handikappföreningar och organisationer för trafikskadade verkar också i denna värld då de drivs ideellt och i hög utsträckning av ett altruistiskt tänkande. Jag återkommer till altruismen i redovisningen av djupintervjuerna i avhandlingens andra avsnitt.

Båda världarna, som utgör själva makro-nivån, kan sägas utgöra en resurstillgång för en skadad människa. Världarna, som kan bestå av både sociala och materiella resurser, innehåller både individuella (privatägda) och kollektiva resurser.[4]

Ett annat sätt att närma sig de båda världarna och deras interventioner i människornas liv är att som den finländske forskaren Georg Walls indela det kommunikativa handlandet utifrån Jürgen Habermas teori om den kommunikativa rationaliteten i en systemvärld och en livsvärld.[5] Walls intar de båda världarna i sin »minmodell« om inre relationer mellan socialvårdens kunskaps- och organisationsstrukturer och talar härvid om livsvärlden som »den enda, som utgående från konkret kunskap och en på engagemang baserad social organisation, tillsammans med de berörda människorna, desarmerar deras och systemets egna problem och de sprängladdningar de inrymmer«.[6]

Till skillnad från systemvärlden, ingår i livsvärlden de verkliga människorna bakom tjänstemanna- och expertrollerna på myndigheterna och försäkringsbolagen. Det är dessa människor i deras dubbla roller som den handikappade människan kommer i kontakt med i sitt hjälpsökande. Till slut finns också i livsvärlden de krafter och nyskapande som utvecklas av den skadade människan själv.

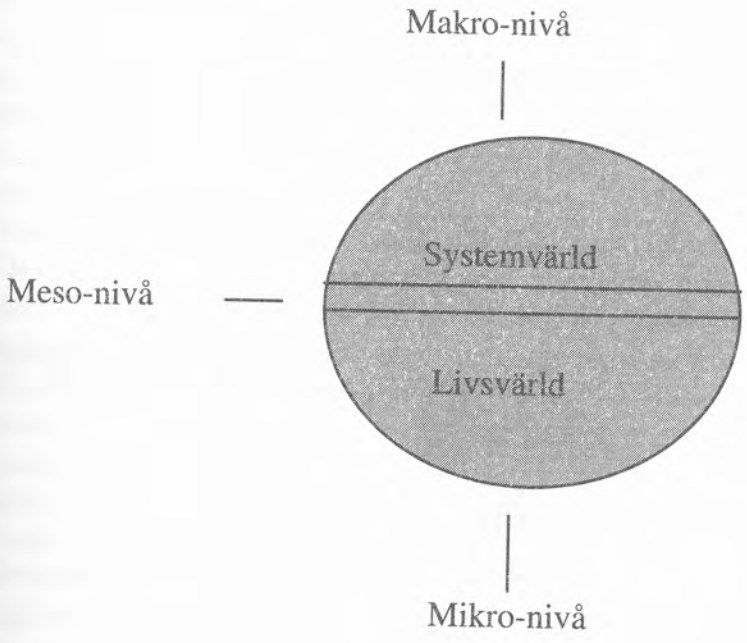
De två världar som i korthet har beskrivits ovan har en filosofisk karaktär. De båda världarna, som är konkreta men också abstrakta i viss mening, bör ses som helhet. Världarna är högst föränderliga. I avhandlingen framkommer de båda världarna ur olika perspektiv. Man kan säga att systemvärlden och livsvärlden är viktiga, för att inte säga en förutsättning, för att de skadade ska nå förmåga till att bemästra sin livssituation. Individens egen förmåga till välfärd är avhängig av hur väl de båda världarna fungerar i såväl teori som praktik.

De sociala men också de psykologiska problem och fenomen som uppstår efter en trafikolycka återfinns i båda världarna. När det sedan gäller de existentialistiska frågorna och dimensionerna kan man enligt min mening placera in existentialismen främst i livsvärlden. För den handikappade människan finns naturligtvis under en kortare tid också de existentiella aspekterna inom systemvärlden. Tiden omedelbart efter en trafikolycka är den skadade i hög grad beroende av sjukvårdskunnande och av högteknologisk apparatur. En eventuell existentialism inom denna världen överförs senare till livsvärlden när den handikappade människan inleder sin resa tillbaka till livet. Det är också här som det kan utvecklas andra copingstrategier hos den handikap-

pade människan. Inom livsvärlden finns inte bara existentialismen utan också i hög grad altruismen. Altruismen behandlas och definieras i avhandlingens andra avsnitt, kapitel tre (akt II i välfärdsdramat).

Systemvärlden och livsvärlden bildar som tidigare nämnts en helhet där den skadade människan finner sina copingresurser. Följande bild visar modellen av de två världarna som den fortsatta framställningen är uppbyggd kring. Modellen över världarna ska också ses som en vidareutveckling av avhandlingens undersökningsmodell som presenterades i kapitel fyra. I livsvärlden och systemvärlden är det möjligt för forskaren att finna svaret på frågan i vilken grad den trafikskadade människan uppnått förmåga till välfärd eller ej. I världarna är det också möjligt att få kunskap om vilka bemästringsstrategier som den handikappade människan använt sig av och vilket resultat som dessa strategival har givit upphov till.

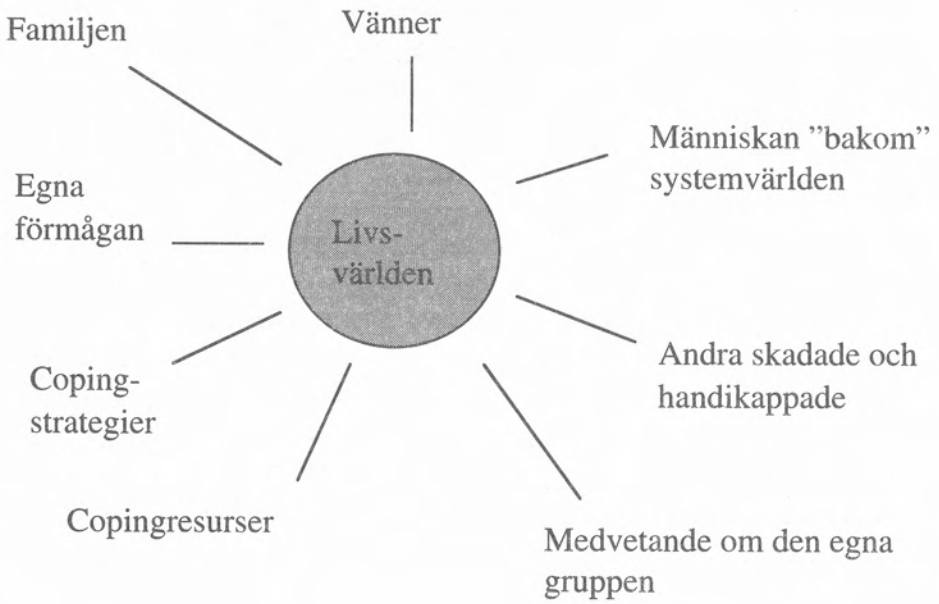
Figur 1:6:1 *De två världarna, livsvärlden (den inofficiella världen) samt systemvärlden (den officiella världen) i avhandlingen. Två världsbilder betraktade utifrån tre nivåer; mikro-, meso- och makro-nivån.*



Figur 1:6:2 Systemvärlden (den officiella världen) betraktad utifrån tillgängliga sociala resurser för en trafikskadad och handikappad människa.



Figur 1:6:3 Livsvärlden (den inofficiella världen) betraktad utifrån tillgängliga sociala resurser för en trafikskadad och handikappad människa.



De två världar som jag redogjort för kan sägas vara två världar som ständigt är under utveckling och förnyelse. Tiden efter en trafikolycka, som i vetenskapliga sammanhang benämns för post-traumatiska tillstånd och stressreaktioner, kan uppstå vid olika tidpunkter. Tiden efter olyckan, är väsentlig i denna studie där intresset fokuserats mot de postaccidentala reaktionerna. I avhandlingen diskuteras såväl individens personliga reaktioner efter olyckan som subjektiva attityder till de båda världarna. Tidsdimensionen är viktig ur ett annat perspektiv också. I undersökningen har intresset riktats mot hur den trafikskadade människan upplevt sin situation några veckor efter olyckan, ett halvår, två år samt under mättillfället år 1996. Detta ger möjligheter att också kunna säga något om hur den handikappade människan upplevt de båda världarna utifrån en given tidsdimension.

Både i livsvärlden och systemvärlden finner människan olika resurser som kan användas i själva formulerandet och sökandet efter sina copingstrategier. Vilka copingstrategier har visat sig vara mest betydelsefulla för de trafikskadade som ingår i undersökningen? Har copingresurserna i de båda världarna tillmätits lika stora värden och betydelser för den handikappade människan? De två världarnas verkliga betydelse för den handikappade människan är huvudtemat i avhandlingen. Ett av resultaten är att de trafikskadade säger sig ha upplevt en rad negativa tillstånd inom *systemvärlden*. De negativa erfarenheterna inom systemvärlden är större än de positiva inslagen. De trafikskadade har uppgivit svårigheter och negativa tillstånd inom flera system i systemvärlden.

I enkätstudien tillfrågades respondenterna hur de upplevt samhällets stöd till de närstående/anhöriga efter olyckan. En övervägande majoritet av de svarande i båda länderna ansåg att de anhöriga inte fått något stöd av samhället. I studien undersöktes också i vilken utsträckning som den trafikskadade människan känt något stöd av handikappolitiken och handikapprörelsen. En påfallande stor majoritet av respondenterna i båda länderna gav uttryck för att de saknade ett sådant stöd. Många ansåg att handikappolitiken varit bra ibland samtidigt som stora flertalet av de skadade svarade att de inte känner till någon handikappolitiker. Intresset för handikapprörelsen har visat sig vara svalt bland de skadade i stort. Påfallande många har uppgivit att de olika handikapporganisationerna inte haft någon som helst betydelse för dem.

Det positiva tillstånd som respondenterna säger sig ha upplevt tiden efter olyckan handlar om bemötandet inom sjukvården. En övervägande majoritet ger uttryck för ett bra bemötande av vårdpersonal och läkare.

Världarnas betydelse för individen framkommer inte enbart om man studerar dess egentliga värden som de faktiskt upplevs av individen själv, utan de båda världarna kan också betraktas på ett mer filosofiskt och existentialistiskt plan.

> Tänk så svårt det är att få,
> andra att förstå,
> det som ej syns utanpå.
> Ändå plågar det mig så.
>
> *Inger*
>
> (ur enkätundersökningen i samverkan med Trafikskadenämnden och Trafikförsäkringsföreningen i Stockholm 1996)

För flera människor har olyckan inneburit så stora livsförändringar att möjligheterna att komma tillbaka till sitt tidigare liv blivit begränsade för en del och omöjliga för andra. Dikten ovan är skriven av en av respondenterna i enkätstudien. Totalt ett femtiotal dikter som insändes tillsammans med enkäten vittnar om såväl svårigheter som möjligheter i människans vardag. För de allra flesta har det sociala stödet från den nära omgivningen haft en stor och avgörande betydelse för den fortsatta utvecklingen. Flera berättade om det sociala stödets betydelse från den egna familjen och vännerna. Men det finns också de som fått svårigheter i det egna familjelivet. Flera personer har genomgått separationer och rapporterat att de haft svårigheter att vinna förståelse till och med inom den egna familjen. Frågan är vad som händer inom varje människas tankevärld när förändringarna inom livsvärlden blir så kännbara att de ställer det vanliga vardagslivet på kant? Finns det något samband mellan den skadade människans attityder till förändringarna i livsvärlden och hur de uppfattat det stöd och hjälp de erhållit från systemvärlden?

De djupintervjuer som gjordes i båda länderna visar på ett tydligt resultat när det gäller hur respondenten upplever de två världarna utifrån de system och resurser som finns inom respektive värld. Nästan samtliga av intervjupersonerna gav svar och berättelser som kan tolkas som att det förelåg fler och större svårigheter att vinna förståelse inom systemvärlden än vad som var fallet med den egna livsvärlden. Sexton av personerna har upplevt svårigheter med att vinna förståelse för sin situation som skadad inom systemvärlden. Den intervjuanalys som genomfördes visade att de upplevde ett flertal svårigheter och problem i sin kommunikation inom systemvärlden.

Av de tjugo som intervjuades var en övervägande majoritet utan arbete. Det var endast fyra av intervjupersonerna som hade ett arbete vid intervjutillfället. Går det då att dra slutsatsen att det var personer med ringa trafikskador som hade arbete? De personer som hade ett förvärvsarbete var samtliga utom en person, ryggmärgsskadade och hade en begränsad fysisk rörelseförmåga. Det visade sig också att det var vanligare att män hade ett arbete. Alla de tre ryggmärgsskadade som arbetade var män.

En annan brist, som senare i avhandlingen behandlas under avsnittet om välfärdsbrister, handlar om systemvärldens oförmåga att hjälpa och stödja familjen efter en olycka. Samtliga utom en intervjuperson berättade under intervjuerna att deras anhöriga ej erhållit något moraliskt eller psykologiskt stöd eller någon hjälp inom systemvärlden. Flera av intervjupersonerna berättade också att ett sådant stöd skulle ha behövts för flera av de närmaste anhöriga och inom den egna familjen. Detta resultat, som visar på ett nytt socialt problem och tillika kritik mot systemvärldens funktionsförmåga, underbyggs av det resultat som framkom i de båda enkätundersökningarna som gjordes. I enkätstudierna svarade en övervägande majoritet av respondenterna att något samhälleligt stöd till anhöriga inte förekommit tiden efter olyckan.

Kritik och invändningar mot den ekonomiska kompensationen och bemötandet av försäkringsbolagen inom systemvärlden var ett annat resultat som framkom såväl i enkätstudierna som i djupintervjuerna. Mindre än hälften av intervjupersonerna var nöjda med den ekonomiska kompensation de fått av sin trafikskada. Ännu färre var nöjda med den behandling och bemötande de erhållit av de olika försäkringsbolagen. Resultatet från djupintervjuerna kan sägas ha en hög giltighet om man jämför med enkätresultatet som också visar klara tendenser och evidens över dessa välfärdsbrister.

Kompensationsfrågan och försäkringsbolagens agerande var ett ämne som flera av de trafikskadade gärna ville diskutera. Berättelserna från intervjuerna visar tydligt på den kamp och vilja som flera av dem har inom sig, när det gäller kommunikationen med försäkringsbolagen. Ett flertal av de skadade betonar i sina berättelser vikten av att ha ett bra kontaktnät, någon vän som hjälper till i kontakterna med olika samhälleliga instanser. Likaså visade det sig vara vanligt att man anlitade särskilda advokater som var specialiserade på försäkringsmål. En del av intervjupersonerna avrådde till och med andra trafikoffer från att själva föra sin kamp eller talan mot försäkringsbolagen. Svåra regler och mycket juridik var några argument som användes mot att man själv ska kommunicera med försäkringsbranschen. För flera av de trafikskadade

har kontakten med myndigheter och försäkringsbolag inneburit stora påfrestningar också psykiskt. Flera av intervjupersonerna har känt sig otillräckliga över att de saknat egna resurser att föra sin talan mot försäkringsbolag för att få sin ersättning utbetald eller prövad. För många av offren har kampen inte enbart varit om att få ut sin rättmätiga ersättning som kompensation för trafikskadan. Intervjustudien visade klara evidens över att flera av dem såg det som en kamp om att övervinna upplevd oförståelse inom systemvärlden. Flera handikappade uttryckte sin vanmakt i sina berättelser genom att betona oförståelsen att inte bli accepterad och förstådd. Någon av intervjupersonerna uttryckte också sin tillvaro som att den trafikskadade fick föra en dubbel kamp i tillvaron. Det handlade om en kamp mot sin egen smärta och handikapp men också om oförståelsen inom systemvärlden.

Men trots den kamp som pågår hos flera med att vinna förståelse och acceptans att få ett annorlunda liv, har flera personer berättat om den värme och det stöd de fått av människor de mött inom systemvärlden. Tjänstemannens förståelse eller oförståelse har präglat den skadade människans upplevelse av systemvärldens förmåga eller brist på sådan, att förstå den handikappade människans existens och villkor i det moderna samhället. Människan »bakom« systemvärlden, t.ex. en handläggare på ett försäkringsbolag har i flera fall visat förståelse för individens sociala situation. Detta stöd härrör sig från livsvärlden. Jag återkommer nedan till upplevelserna och de skadades erfarenheter inom livsvärlden.

Lite mer än hälften av intervjupersonerna har en eller flera gånger som handikappade haft en känsla av att de blivit särbehandlade eller till och med diskriminerade i systemvärlden.

Sammanfattningsvis kan man säga att de flesta trafikskadade som ingår i studien har känt att de haft eller har svårt att finna förståelse för sin skada och handikapp i denna värld. Endast ett fåtal av intervjupersonerna har erhållit psykologisk eller terapeutisk hjälp eller stöd tiden efter olyckan. Flera har berättat under intervjuerna att de ansett att de själva inte behövt någon psykologisk hjälp eller stödinsatser medan andra personer känt en avsaknad av, att ha någon att tala med om sina innersta känslor och problem.

Slutsatsen av intervjustudien är att systemvärlden för många respondenter innebär svårigheter och hinder att nå förmågan till ett självständigt liv. Ett flertal av de handikappade har upplevt negativa händelser i sina kontakter med sjukvård, rehabilitering, myndigheter och försäkringsbolag. Av detta följer att även om den fysiska rehabiliteringen av trafikskadan i slutändan har

fallit väl ut, så innebär vägen tillbaka till ett självständigt liv stora påfrestningar för den skadade människan. En av slutsatserna måste därför vara att det finns en rad sociala problem inom systemvärlden som ännu inte uppmärksammats och åtgärdats. De samhälleliga insatserna och resurserna har hittills varit koncentrerade på att bygga upp och vidareutveckla den fysiska rehabiliteringen efter en lång sjukhusvistelse. Däremot har intresset och uppmärksamheten inte i lika stor utsträckning fokuserats mot den sociala återanpassningen och den sociala verklighet som den trafikskadade människan får leva med. För många innebär återgången till det tidigare livet en omöjlighet. Vägen tillbaka handlar snarare för många att finna vägen tillbaka till ett nytt men ändå självständigt liv. Individen gör på denna tillbakavandring flera upptäckter och erfarenheter inom såväl den egna livsvärlden som inom systemvärlden. Hur har då människan klarat av återgången till livsvärlden tiden efter olyckan? Intervjustudien har visat att återgången till individens tidigare livsvärld ingalunda varit någon enkel vandring. På vägen har personen fått flera nya erfarenheter som han och hon får nytta av i sin fortsatta vandring.

En av de absolut viktigaste faktorerna inom livsvärlden har visat sig vara familjen till den skadade. Det sociala stöd som den närmaste omgivningen givit till den handikappade människan, har varit en mycket viktig kraft och resurs. Samtliga av intervjupersonerna har under samtalen berättat om det sociala stöd som de fått av make/maka, föräldrar, syskon och släktingar. För de flesta har olyckan medfört en ny form av relation till familjen (och de närmast anhöriga). Denna nya relation handlar kanske inte i första hand om en helt ny relationsform utan om en ny form av närhet och förståelse för den skadades signaler och tankar om händelsen och för förändringen. Naturligtvis finns här en rad olikheter i reaktioner och beteenden inom familjerna. Det skulle här behövas en särskild undersökning och forskning om hur en trafikolycka kan påverka kärnfamiljen och de närmaste efter en svår traumatisk händelse som en trafikolycka innebär för offret. Några av de intervjuade handikappade berättar om vilken kraftig livsförändring som olyckan inneburit, samt vilka konsekvenser olyckan fick för familjelivet. I fyra fall bidrog trafikolyckan till separationer. Två av intervjupersonerna berättade hur de förlorat sin närmaste livskamrat vid trafikolyckan. Vid intervjuerna framkom också situationer där flera andra familjemedlemmar också skadats vid olyckstillfället och där flera i familjen idag lever med ett handikapp.

Familjen och de närmaste vännerna har utgjort den viktigaste kraften och resursen efter olyckan. Det sociala stödets avgörande betydelse vid uppkom-

sten av svåra handikapp och stora livsförändringar har konstaterats bl.a. av den amerikanska forskaren Beatriz Coca som studerat ryggmärgsskadade människor och deras sociala liv och bemästringsresurser.[7]

6.1 *Sammanfattning*

Livet under postaccidentalperioden kännetecknas av ett brett spektrum av reaktioner, känslor och tillstånd som omgärdar den drabbade människan. I kapitlet har jag försökt att beskriva det förändrade tillståndet för den skadade och handikappade människan utifrån två teoretiska världar; livsvärlden och systemvärlden. De båda världarna kan sägas vara förbundna med varandra genom att de kan samverka med varandra på flera vis. Världarna kan likaså sägas vara föränderliga under skadetiden. Den traumatiska händelse som en trafikolycka innebär kan sägas påverka innehållet i de båda världarna för individen. Vad som upplevs som alltför stora påfrestningar och negativa förändringar för en handikappad, behöver nödvändigtvis inte betyda lika stora påfrestningar för en annan skadad. Givetvis är det så att tidigare livserfarenhet, sociala resurser och levnadsvillkor har en inverkan på det fortsatta förloppet, m.a.o. hur en människa lyckas bemästra sin livssituation. Jag återkommer emellertid till bemästringsstrategierna och deras genomslagskraft i resultatdelen som berör de kvalitativa djupintervjuerna.

Livsvärlden har i undersökningen definierats som en värld bestående av den skadade människan i den inofficiellt och individuellt upplevda och internaliserade världen. Denna värld har i avsnittet beskrivits och blivit betraktad utifrån en mikro-nivå.

Den andra upplevelsevärlden som redovisats i kapitlet har varit den s.k. *officiella världen* eller systemvärlden. Systemvärlden har definierats som den upplevelsevärld som omger den skadade människan och som består av officiella organ och institutioner men också av de värden och normer i övrigt som är specifikt för denna värld. I resonemanget kring systemvärlden bör man också vara medveten om att en systemvärld också kan finnas i icke officiella sammanhang, något som beror på den kommunikativa handlingens karaktär, med andra ord av legitimeringskraven, normer och regeluppföljelse m.m.

Ett resultat av hela studien har visat att de handikappade upplevt påtagliga brister och känt av negativa erfarenheter från systemvärlden. Naturligtvis finns det inom systemvärlden ett flertal trygghetер. I grunden finns en sjukvårdsorganisation som i första hand ägnat tid och resurser till det akuta om-

händertagandet efter olyckan. De omfattande trafikförsäkrings- och rehabiliteringssystemen i länderna har också förstärkt den skadade människans möjligheter att nå ett självständigt liv. Emellertid har systemvärlden uppfattats av de handikappade som bristfällig. Undersökningen har visat att det finns uppenbara brister och en ny form av sociala problem som ännu inte har problematiserats ens inom systemvärlden. De sociala problem som förekommer inom denna upplevelsevärld kan sägas bestå av två typer. Den första problemtypen, är de sociala problem som finns inbyggda i själva trafikskadeproblematiken. En trafikskada leder inte enbart till medicinska, ekonomiska och psykologiska följder. De sociala välfärdskonsekvenserna och problemen finns också med i skadebilden för den drabbade. Förändrad arbetsförmåga, social roll i samhället samt möjligheter att vara med i den sociala samhörigheten i samhället är bara några av de faktorer som är viktiga att ta hänsyn till. Den andra typen av sociala problem som undersökningen kunnat påvisa, handlar om de problem som skapas inom systemvärlden och av systemet självt. Trögheter och hinder som möter den handikappade människan inom systemvärlden medför en påtagligt svårare tillvaro för individen. Flera av de skadade har under intervjuerna berättat hur de får föra en kamp mot exempelvis myndigheter och försäkringsbolag i samhället för att få en tillräcklig kompensation. Denna senare typ av sociala problem utgör de svårigheter som försätter människan i en svårare situation än han eller hon befann sig i tidigare. Flera skadade har i samtalen berättat om hur de mått psykiskt sämre efter att de blivit bemötta på ett tvivelaktigt sätt eller hur de själva fått söka efter information om sina rättigheter respektive skyldigheter i samhället.

I den fortsatta framställningen avser jag att redovisa för den kvantitativa undersökningens resultat. Redovisningen sker i kapitel sju och åtta. I avhandlingens nionde kapitel jämförs resultaten i de båda länderna. I kapitel nio sammanfattar jag också resultatet över hur respondenterna i Finland och Sverige uppfattat sin förmåga till välfärd. Kapitlen ett till sju i avhandlingens andra del ägnas åt analys av de berättelser som framkom under djupintervjuerna. Avhandlingen avslutas med ett särskilt kapitel med konklusioner, teori och empiriska iakttagelser samt diskussioner kring problem för fortsatt forskning inom området.

7. Välfärdens brister

I FÖRRA KAPITLET behandlade jag den handikappade människans två världar; livsvärlden och systemvärlden. En central punkt i undersökningen om de trafikskadades sociala levnadsvillkor är att studera brister i välfärden och eventuella välfärdsmässiga konsekvenser som kan tänkas följa av en olycka. I fortsättningen tänker jag beskriva välfärdens brister och konsekvenser för människan i respektive värld. Kapitlet inleds därför av en genomgång av välfärdsbrister inom främst systemvärlden. Kapitel åtta ägnas helt och hållet åt den livsförändring som sker inom den trafikskadade människan. Således undersöks de livsbetingelser och förändringar som skett inom människan och omkring henne från några veckor till ett mer långsiktigt perspektiv. Redovisningen av de båda enkätundersökningarna diskuteras vidare i avhandlingens nionde kapitel där en uppsummering av resultaten sker. Samtidigt sker en jämförelse av de sociala levnadsvillkoren i de båda länderna.

7.1 *Skadad av bilismen*

Det sociala möte som en trafikolycka egentligen innebär är oönskat och plötsligt. Men vad händer egentligen med en människa som skadats i en trafikolycka? Människan som skadas får sitt liv förändrat på flera vis något som särskilt är intressant att studera vad gäller den subjektiva upplevelsen av omvärlden. Vilken är välfärdssystemets styrka och vilka välfärdsbrister finns?

Låt mig inledningsvis åskådliggöra hur stort problem trafikolyckorna utgör i de båda länderna. Det går att betrakta trafikolyckan ur ett socialpolitiskt perspektiv både när det gäller olyckorna som hälsoproblem och som ett socialt problem och fenomen i samhället. I följande tabell redovisas antalet trafikolyckor, skador, antal motorfordon/1 000 invånare, väglängd samt antal körkort.

Vid en jämförelse mellan de båda länderna finner man att bilismen påver-

kar människan på flera vis. Följande tabell visar vilket stort problem trafikolyckorna innebär för människan relaterat till antalet motorfordon och människor som faktiskt har möjlighet att köra motorfordon.

Tabell 1:7:1:1 *Bilen som ett socialt fenomen och problem i två nordiska välfärdsstater. En jämförelse av bilens påverkan på den moderna människan i Finland och Sverige. Förhållandena avser år* 1995.

FENOMEN/PROBLEM	FINLAND	SVERIGE
Trafikolyckor	8 560	21 672
Skadade personer	10 191	15 626
Dödade personer	441	572
Total väglängd i km	77 644	134 994
Personbilar/1 000 invånare	426	447
Körkort	2 909 977	5 341 419

Källa: Nordisk statistisk årsbok 1996, *samt i Nikiforov,Oleg* (1996) *Hospital care of injuries and accidents in* 1990–1994. *Statistical report. Helsinki: STAKES: National Research and Development Centre for Welfare and Health. Se också i Liikenneturva (The Central Organization for Traffic Safety in Finland)* (1996) *Road traffic accidents in Finland.*
Statistiska Centralbyrån (1995) *Statistisk årsbok* 1996. *Stockholm: Statistiska Centralbyrån samt i Statistikcentralen* (1995): *Statistisk årsbok för Finland* 1995. *Helsingfors: Statistikcentralen. Statistiska Centralbyrån & Statens Institut för KommunikationsAnalys* (1996) *Trafikskador* 95. *Stockholm: Statistiska Centralbyrån och Statens Institut för KommunikationsAnalys.*

Man skulle kunna föranledas och tro att bilsamhället består av kulturella skillnader och traditioner om hur bilen och bilismen uppfattas beroende av vem som exempelvis kör bil. När man talar om bilismen är det viktigt att komma ihåg bilismens och motorismens historiska innebörd. Bilismen kan ses som en manlig kulturbild i många avseenden.[1]

Bilismen har under en lång rad av år haft en stor inverkan på människan och hennes sociala liv och rörelser. Bilen kan också sägas ingå i ett spel som den moderna människan spelar. Bilismen i risksamhället har, precis som den amerikanska forskaren Virginia Scharff skriver, en tydlig historisk könsskillnad. Även om denna könsskillnad under senare decennier uttunnats så finns den kvar också i det moderna samhället. I enkätstudien över trafikskadade i Finland och Sverige finns emellertid inte några tendenser till könsskillnader i *attityder till bilismen*. Exempelvis skulle man kunna föranledas att tro att en svår trafikolycka skulle kunna ge upphov till attityder hos den drabbade som att bilismen borde begränsas i samhället. Att så inte är fallet bekräftas av den här nordiska undersökningen.

Tabell 1:7:1:2 *Trafikskadades uppfattning huruvida bilismen bör begränsas eller inte. Könsfördelning mellan respondenterna i Finland och Sverige (procentangivelser samt absoluta tal).*

	FINLAND				SVERIGE			
Begränsa	Män		Kvinnor		Män		Kvinnor	
bilismen	N	%	N	%	N	%	N	%
JA	11	5,0	13	8,9	12	5,9	17	7,7
NEJ	210	95,0	133	91,1	192	94,1	203	92,3

Källa: Datauppgifter om de trafikskadade respondenterna i undersökningen är baserade på register vid Försäkringsbranschens Rehabiliteringscentral i Helsingfors samt uppgifter från Trafikskadenämnden (Trafikförsäkringsföreningen) i Stockholm.

Resultatet visar att en trafikolycka inte påverkar de grundläggande attityderna till bilismen som fenomen i det moderna samhället. Detta måste betraktas som uppseendeväckande med tanke på bilismens negativa effekter och de skador som den åsamkar människan. Det går inte att utifrån respondenternas svar finna några könsskillnader i fråga om inställning till bilismen efter den egna olyckan.[2] Däremot visar studien att trafikolyckan i stor utsträckning påverkat den handikappade människans attityder till uppmärksamhet och risker i bilsamhället. Mot bakgrund av denna statistik visar också undersökningen att 58 procent av respondenterna i Finland kör bil ofta idag. 14 procent säger att de kör bil ibland. 4 procent säger att de inte längre vågar köra bil samtidigt som 7 procent svarar att de inte klarar av att köra bil. 13 procent uppger att de inte har något motorfordon idag. I Sverige synes förhållandena vara likartade. 61 procent uppgav att de kör bil ofta samtidigt som 18 procent kör bil ibland. Drygt 3 procent uppgav att de inte längre vågar köra bil samtidigt som 7 procent inte längre tror sig klara av att köra bil. 11 procent svarade att de inte har någon bil.

I studien tillfrågades respondenterna huruvida de blivit mer *uppmärksamma i trafiken* efter den egna olyckserfarenheten. När det gäller de svenska respondenterna kan man konstatera att det finns könsskillnader i denna uppfattning. Fler kvinnor än män har blivit mer uppmärksamma efter den egna olyckan. Detta förhållande gäller inte i Finland där fler manliga respondenter uppger att de blivit mer uppmärksamma.

En variabel som har en nära relation till uppmärksamheten är riskmedvetenheten. Också när det gäller medvetenheten om risker finns påtagliga könsskillnader i de båda länderna. I Sverige uppgav 73 procent av de trafikskadade kvinnorna att de uppfattar sig idag mer riskmedvetna än tidigare. Av

männen uppgav 67 procent att de blivit mer riskmedvetna efter olyckan. Också i Finland återfinns detta mönster. Följande tabell visar förändringar i riskmedvetandet mellan de båda könen.

Tabell 1:7:1:3 *Trafikskadades riskmedvetande i trafiken efter den egna olyckan. Könsfördelning mellan respondenterna i Finland och Sverige.*

	FINLAND				SVERIGE			
Mer risk-	Män		Kvinnor		Män		Kvinnor	
medveten	N	%	N	%	N	%	N	%
JA	138	62	100	69	137	67	161	73
NEJ	83	38	46	31	67	33	59	27

Källa: Datauppgifter om de trafikskadade respondenterna i undersökningen är baserade på register vid Försäkringsbranschens Rehabiliteringscentral i Helsingfors samt uppgifter från Trafikskadenämnden (Trafikförsäkringsföreningen) i Stockholm.

Den slutsats som kan dras från materialet är att kvinnor i Finland och Sverige tenderar att bli mer riskmedvetna efter olyckor som de själva varit med om än vad männen i de båda länderna tycks vara.

Inom olycksfallsforskningen har man under senare år studerat handikappade människors risker att råka ut för trafikolyckor i handikappanpassade motorfordon. En finsk studie av Timo Lääperi, Risto Seppäläinen, Erkki Luoma-Aho och Hannu Alaranta visade att handikappade människor varken är mer olycks- eller riskbenägna än andra grupper i samhället.[3] [4] En förklaring till att de handikappade inte tillhör någon riskgrupp är bl.a. att de genomgått en noggrann förarutbildning och att de blivit professionella på att hantera den nya tekniken. Min undersökning om trafikskadades riskmedvetenhet stärker detta resultat. Det synes vara så att en trafikolycka, såväl i Finland som i Sverige, har givit den handikappade människan ett förhöjt riskmedvetande. Emellertid, och det är något anmärkningsvärt, i båda länderna finns relativt stora grupper som inte har blivit mer riskmedvetna efter den egna olyckan.

7.2 *Bortom välfärdspolitiken*

Välfärden i Finland och Sverige utgör ett brett spektra av möjligheter till demokrati och service. Omfattande forskning har genomförts med inriktning mot vilka möjligheter medborgaren har att bli delaktig i det demokratiska sys-

temet.[5] Däremot har välfärdsforskningen om marginaliserade grupper i samhället varit ytterst begränsad.[6]

Förmåga till välfärd för en människa som skadats svårt i en trafikolycka är ingalunda något självklart. En skada hos en människa kan innebära flera reaktioner som chock, trauma, sorg, isolering, depression m.m. I en sådan situation behövs trygghet och ett väl fungerande socialt skyddsnät i den skadades omgivning. I denna situation ställs det naturligtvis stora krav på samhället. För den enskilde individen är olyckan unik och okänd. Individen har ingen erfarenhet av trafikskador eller att vara handikappad tidigare. Däremot, och det är intressant, har samhället desto större erfarenheter eftersom trafikolyckornas numerär är så pass stor i båda länderna. Den samhälleliga beredskapen för traumatiska trafikolyckor torde erfarenhetsmässigt vara mer välutvecklad.

Det här avsnittet som bär rubriken »Bortom välfärdspolitiken«, är ett försök att belysa den problematiska situation som uppstår för människan efter olyckan. De båda enkätundersökningarna kan sägas ge en profilbild över hur en skadad upplever sin egen situation och den välfärd som han eller hon upplever sig ha fått eller ha idag. I studien är välfärden betraktad ur ett subjektivt perspektiv. Det är de skadade och handikappade som själva redogjort för sin livssituation efter olyckan. Enkätsvaren ger därför profilbilder över de sociala fenomen och problem som kringgärdar en skadad i ett modernt välfärdssamhälle. Social välfärd i ett samhälle kan mätas på olika vis. Ett alternativt sätt att mäta välfärden för handikappade kunde ha varit att studera de samhälleliga institutionernas roll och uppfattning om det egna arbetet och bemötandet med trafikskadade. Vilka lärdomar och erfarenheter har exempelvis sjukvårdspersonal, läkare, psykologer, socialarbetare, terapeuter m.fl. fått i sitt arbete med omvårdnad och omhändertagande av trafikskadade? Dessa frågor skulle vara intressanta att få belysta i en vetenskaplig undersökning. Min undersökning har emellertid inte haft som syfte att studera rådande uppfattning och erfarenheter inom systemvärlden. Istället har mitt syfte varit att försöka få kunskap om de skadades egna uppfattningar och erfarenheter om livet efter trafikolyckor. Därför blir den förmåga till välfärd som undersökts i avhandlingen en fråga om såväl metod som inriktning. Den upplevda välfärd och det psykiska välbefinnande som jag i nästa avsnitt inleder genomgången med, tar fasta på de erfarenheter och kunskap som finns i den skadade människans liv.

7.3 *Upplevd välfärd och psykiskt välbefinnande*

Begreppet välfärd är ett centralt begrepp i undersökningen. Enligt min mening går det att skilja mellan faktisk välfärd och en upplevd eller subjektiv välfärd. Det är den upplevda välfärden hos de trafikskadade som fångar huvudintresset i denna studie. Respondenterna i de båda enkätundersökningarna fick frågan hur de uppfattade sin egen välfärd efter olyckan. Resultatet visar att de skadade i Sverige upplever en högre välfärd än vad de skadade i Finland uppgivit. Respondenterna i Finland svarade i större utsträckning att de upplevt en sämre välfärd.

En andra indikator på hur respondenterna upplever sin välfärd är graden av psykiskt välbefinnande. Kartläggningen visar att relativt få i Sverige och Finland upplever sig ha ett gott psykiskt välbefinnande. 41 procent av de tillfrågade i den svenska undersökningen var nöjda med sitt välbefinnande medan 36 procent av de skadade i Finland sade sig vara nöjda med välbefinnandet. Två andra frågor som ställdes, och som har stor relevans för bedömningen av förmåga till välfärd, var respondenternas egen bedömning av sin totala hälsosituation samt huruvida de ansåg att den fysiska skadan kommer att bli återställd eller inte. Studien visar att de skadade i Finland i större utsträckning än respondenterna i Sverige, upplever ett negativt tillstånd. En majoritet av respondenterna uppger att deras totala hälsosituation inte kommer att bli bättre i framtiden samtidigt som de ger uttryck för att den fysiska skadan inte kommer att bli återställd.

Tabell 1:7:3:1 Välfärdsindikatorer på förmåga till upplevd välfärd för trafikskadade i Finland (N=389) *och Sverige* (N=447) *år 1996. (procentangivelser).*

Välfärdsindikator	FINLAND	SVERIGE
Upplevd välfärd		
God	27,2	38,9
Varken god eller dålig	36,5	32,1
Dålig	36,2	29,0
Upplevt psykiskt välbefinnande		
God	35,9	41,0
Varken god eller dålig	39,7	35,5
Dålig	24,4	23,6
Upplevd hälsosituation		
God	1,9	3,2
Varken god eller dålig	10,3	14,6
Dålig	80,5	76,2
Upplevelse om skadan blir återställd		
Helt	2,4	2,9
Delvis	13,1	11,8
Skadan bestående	81,8	80,5
Vet ej	2,7	4,8

Källa: Forskningsprojektet »Förmåga till välfärd«. Trafikskadenämnden och Trafikförsäkringsföreningen i Stockholm, Försäkringsbranschens Rehabiliteringscentral i Helsingfors.

De fyra välfärdsindikatorerna som redovisas i tabellen visar att det är fler skadade i Sverige som upplever förmåga till god välfärd jämfört med Finland. De stora skillnaderna mellan länderna finns i de båda indikatorerna som berör den upplevda välfärden och det psykiska välbefinnandet. När det gäller skadades upplevelser om sin hälsosituation måste tillståndet betraktas som anmärkningsvärt då 80,5 procent av respondenterna i Finland säger sig ha ett dåligt hälsotillstånd. Den motsvarande siffran i Sverige är 76,2 procent. I båda länderna säger sig en övervägande majoritet av respondenterna inte ha något hopp om att skadan kommer att bli återställd i framtiden.

Haukeland studerade bl.a. de trafikskadades funktionsförmåga i sin undersökning av vuxna och barn i Norge under 1980-talet.[7] Liksom Haukeland har jag också studerat de välfärdsmässiga konsekvenserna av trafikolyckor på så vis att respondenterna har fått svara på frågor om deras funktionsförmåga efter olyckan. De sju funktionskategorier som varit aktuella framgår av följande tabell.

Tabell 1:7:3:2 *Förändringar i funktionsförmågan efter trafikolyckor. Trafikskadade i Finland* (N=389) *och Sverige* (N=447) *år* 1996. *Fråga: »Har du fått svårare att klara av saker du utförde tidigare i den dagliga livsföringen?«*

	FINLAND		SVERIGE		TOTALT	
Problem att:	N	%	N	%	N	%
Äta/dricka						
Klarar ej själv	11	2,9	11	2,6	22	2,6
Med problem	59	15,4	109	25,9	168	20,0
Nej	313	81,7	301	71,5	614	73,4
Klädbyte						
Klarar ej själv	10	2,6	8	1,9	18	2,1
Med problem	89	23,5	146	34,3	235	28,1
Nej	281	73,9	271	63,8	552	66,0
Personlig hygien						
Klarar ej själv	14	3,7	8	1,9	22	2,6
Med problem	78	20,5	121	28,6	199	23,8
Nej	288	75,8	294	69,5	582	69,6
Gå inomhus						
Klarar ej själv	19	5,1	13	3,1	32	3,8
Med problem	105	28,0	132	31,1	237	28,3
Nej	251	66,9	279	65,8	530	63,3
Gå utomhus						
Klarar ej själv	20	5,4	13	3,1	33	3,9
Med problem	160	43,0	215	51,1	375	44,8
Nej	192	51,6	192	45,7	384	45,9
Gå i trappor						
Klarar ej själv	23	6,1	15	3,5	38	4,5
Med problem	186	49,6	227	53,6	413	49,4
Nej	166	44,3	181	42,8	347	41,5
Läsa tidning/bok						
Klarar ej själv	10	2,7	6	1,4	16	1,9
Med problem	102	27,2	153	36,4	255	30,5
Nej	263	70,1	261	62,1	524	62,6

Källa: Forskningsprojektet »Förmåga till välfärd«. Trafikskadenämnden och Trafikförsäkringsföreningen i Stockholm, Försäkringsbranschens Rehabiliteringscentral i Helsingfors.

Förändringen i funktionsförmågan för respondenterna i undersökningen visar att de skadade i Sverige upplever sin tillvaro svårare än de skadade i Finland. Hälften av respondenterna i båda länderna uppger att de har svårt att gå i trappor efter olyckan. Den begränsade rörligheten kommer också fram i studien då varannan person i båda länderna säger sig ha svårigheter att gå utom-

hus. Av det totala antalet respondenter uppgav 255 personer i båda länderna att de fått svårigheter med att läsa en bok eller tidning efter olyckan. Det motsvarar var tredje respondent i hela undersökningen. Detta senare resultat är inte minst intressant eftersom den skadade personen befinner sig i en ny livssituation och får konfronteras med nya händelser och upplevelser. 36,4 procent av respondenterna i Sverige uppgav att de idag har svårigheter med att läsa en tidning och bok. Motsvarande siffra för Finland är 27,2 procent. Detta resultat är intressant och ska sättas in i ett större sammanhang vad avser individens förmåga att nå välfärd. Förmågan att läsa och ta del av samhällsinformation och händelser bör enligt min mening också knytas till diskussionen om hur den skadade upplevt informationen om sociala rättigheter och förmåner efter trafikolyckan.

En annan av de välfärdsfrågor som ställdes i enkäten var huruvida den tillfrågade uppfattade att han eller hon fått *information om sina sociala rättigheter i samhället*. Det är här viktigt att jag förklarar vad som avses med en social rättighet i sammanhanget. Med social rättighet i undersökningen ska förstås den rätt och möjlighet som den skadade personen har att få stöd och service efter olyckan. Den sociala rätten erbjuds bl.a. inom socialtjänsten i landets kommuner. Hit räknas också de insatser som görs av ett flertal myndigheter som arbetsmarknadsmyndigheter och försäkringskassan. Avseende försäkringsbolagens roll när det gäller sociala rättigheter är det viktigt att bolagens informationsskyldighet inte omfattas av lagstiftningen inom socialförsäkringsområdet. Man kan således uttrycka det som att försäkringsbolagen inte har någon laglig skyldighet att informera den trafikskadade förutom i frågor som ligger inom ramen för trafikförsäkringen i landet. Moraliskt är ändock försäkringsbolagens roll intressant då det i själva verket skulle ligga i bolagens intresse att informera om rättigheter för den skadade i ett större perspektiv. Därför måste man enligt min mening vara återhållsam vid tolkningen av resultaten i detta avseende.

På frågan i vilken utsträckning som respondenterna blivit informerade om sina sociala rättigheter, svarade 69 procent att de inte blivit informerade. Endast 13,5 procent av de tillfrågade ansåg att de fått någon information efter olyckan. 17,3 procent svarade att de inte visste om de blivit informerade eller inte. Vid en jämförelse mellan de båda länderna finner man att en påfallande hög andel av respondenterna upplever att de inte har fått någon information om sina rättigheter och förmåner efter sin olycka. Några påtagliga skillnader mellan de båda länderna uppvisar inte materialet. En intressant iakttagelse

som går att göra är att det i båda länderna finns fler respondenter som är osäkra på om de erhållit information jämfört med gruppen som svarat JA på frågan om de har fått information.

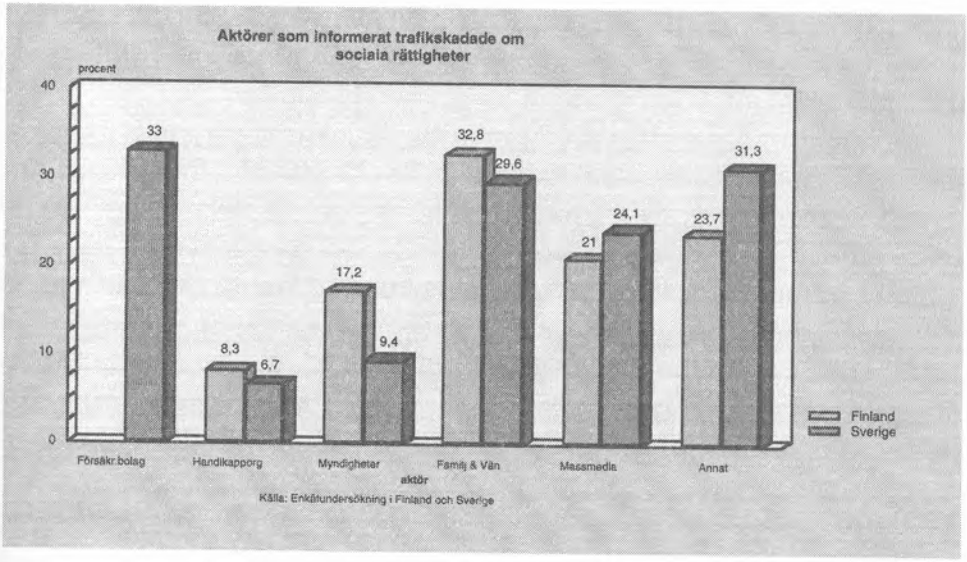
Tabell 1:7:3:3 *Information om sociala rättigheter och förmåner efter trafikolyckan. Trafikskadade i Finland* (N= 389) *och i Sverige* (N=447). *(procentangivelser och frekvenser)*

SVAR	FINLAND		SVERIGE		TOTALT	
	N	%	N	%	N	%
Ja	54	14,2	55	12,9	109	13,5
Nej	263	69,2	293	68,8	556	69,0
Vet inte	62	16,3	78	18,3	140	17,3
Totalt	379	100	426	100	805	100,0

Källa: Enkätundersökning i Finland och Sverige år 1996. *Trafikskadenämnden (Trafikförsäkringsföreningen) i Stockholm samt vid Försäkringsbranschens Rehabiliteringscentral i Helsingfors. Missingvalues för respondenterna i Finland var* N=10 *samt för Sverige* N=21)

I enkäten tillfrågades respondenterna hur de uppfattade den information om sociala rättigheter och förmåner de fått av ett flertal samhällsaktörer. Med samhällsaktörer menar jag här försäkringsbolag, handikapporganisationer, myndigheter, massmedia, familj och vänner. På frågan »*Vem har informerat dig om dina sociala förmåner och rättigheter?*« uppgav de allra flesta av de svarande i Finland att det varit familj och vänner (32,8 procent) samt försäkringsbolagen (31,5 procent) som informerat mest. Endast 17,2 procent uppgav att de fått information av myndigheter samtidigt som 8,3 procent tyckte att handikapporganisationerna informerat. Knappt var fjärde (21 procent) tillfrågad svarade att massmedierna informerat om rättigheter. Slutligen svarade 23,7 procent att de fått information via andra kanaler i samhället.

Figur 1:7:3:1 Aktörer som informerat trafikskadade om sociala rättigheter. Trafikskadade i Finland och Sverige. (procent)



Källa: Enkätundersökning i Finland och Sverige år 1996. Datauppgifter om de trafikskadade respondenterna i undersökningen är baserade på register vid Trafikskadenämnden (Trafikförsäkringsföreningen) i Stockholm samt vid Försäkringsbranschens Rehabiliteringscentral i Helsingfors.

Vid en jämförelse mellan aktörernas aktiviteter i de båda länderna finner man att det inte råder några större skillnader i hur respondenterna uppfattat vem som givit dem information om de sociala rättigheterna och förmånerna efter olyckan. Den klaraste skillnaden svarar dock myndigheterna för. Respondenterna i Finland har givit högre betyg åt myndigheterna än vad man gjort i Sverige. Detta behöver nödvändigtvis inte innebära att myndigheterna i Finland skulle vara bättre i sin information till den skadade utan kan också ha en slumpmässig förklaring.

Respondenterna gav också uttryck för att de har fått ett begränsat stöd från de etablerade handikapporganisationerna i de båda länderna. Detta är ett annat anmärkningsvärt resultat som framkommit i undersökningen.

Det är viktigt att komma ihåg att procenttalen bör ses som relativt låga. Ingen aktör har erhållit mer än 33 procent av respondenterna i båda länderna. Merparten av respondenterna i Finland och Sverige anser med andra ord att de inte har blivit informerade i tillräcklig utsträckning av någon aktör.

En annan av de välfärdskomponenter som försökte belysas i studien var

hur funktionell handikappolitiken uppfattades i respektive land. Endast 14,7 procent av de tillfrågade i Finland ansåg att handikappolitiken var bra direkt efter olyckan. 29,9 procent uppfattade politiken som bra ibland samtidigt som 19,2 procent ansåg att politiken var dålig. 36,3 procent av de tillfrågade i Finland angav att de inte visste hur de uppfattat politiken.

Av svaren att döma råder det ingen större skillnad i uppfattningen jämfört med tiden direkt efter olyckan. 12,9 procent av de skadade i Sverige ansåg att politiken är bra idag. 21,3 procent uppfattade att politiken är bra ibland. 18,9 procent ansåg direkt efter olyckan att handikappolitiken var dålig. 47 procent svarade att de inte vet något om politiken. I Sverige synes det vara så att handikappolitiken under senare år tenderat att uppfattas mer negativt av respondenterna jämfört med tiden efter olyckan. Slutsatserna av undersökningen är att majoriteten av de tillfrågade ansåg att politiken var dålig eller angav att de inte visste något om politiken.

Tabell 1:7:3:4 *Trafikskadades självuppfattning om handikappolitiken direkt efter olyckan samt handikappolitiken år* 1996. *Trafikskadade i Finland* (N=389) *och i Sverige* (N=447).

	FINLAND				SVERIGE			
BETYG	Efter olyckan		1996		Efter olyckan		1996	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Bra	55	14,7	1	0,3	55	12,9	30	7,5
Bra ibland	112	29,9	51	13,9	91	21,3	110	27,6
Dålig	72	19,2	75	20,4	81	18,9	105	26,3
Vet inte	136	36,3	118	32,2	201	47,0	154	38,6

Källa: Enkätundersökning i Finland och Sverige år 1996. *Trafikskadenämnden (Trafikförsäkringsföreningen) i Stockholm och Försäkringsbranschens Rehabiliteringscentral i Helsingfors.*

I enkäten ställdes också en fråga om den tillfrågade personen känner någon politiker som engagerar sig för trafikskadade i samhället. 96,9 procent av den totala populationen i Finland svarade att de inte känner någon sådan politiker. 3 procent svarade JA på frågan samtidigt som 2 procent inte besvarade frågan. Slutsatsen blir därför att den absolut största delen av de tillfrågade anser att de inte känner någon politiker som engagerat sig för deras situation i samhället. Samma tendens tycks gälla de skadade i Sverige.

Tabell 1:7:3:5 *Kännedom om politiker som engagerar sig inom handikappolitiken. Trafikskadade i Finland* (N=389) *och i Sverige* (N=447).

	FINLAND		SVERIGE	
	N	%	N	%
Ja	12	3,1	28	6,6
Nej	369	96,9	395	93,4
Totalt	381	100,0	423	100,0

Källa: I tabellen framgår inte missing-values för respondenterna i respektive land. Enkätundersökning i Finland och Sverige år 1996. *Trafikskadenämnden (Trafikförsäkringsföreningen) i Stockholm samt vid Försäkringsbranschens Rehabiliteringscentral i Helsingfors.*

Anser då de trafikskadade att samhället är handikappanpassat? Majoriteten av de tillfrågade, 65 procent, anser att samhället bara delvis är anpassat för den som har ett handikapp. 22 procent svarade att samhället inte är anpassat. 8 procent uppgav att de anser att samhället är anpassat.

En annan välfärdsfråga som ställdes var huruvida samhället givit något stöd till anhöriga. På den frågan uppgav 63 procent att de anhöriga inte fått något stöd från samhället. 8 procent ansåg att ett sådant stöd givits av samhället medan 26 procent inte visste om de anhöriga fått något stöd eller inte.

I enkäten ställdes också en fråga om den tillfrågade uppfattade att samhället kompenserat för skadan tillräckligt. De flesta, 60 procent, ansåg att samhället inte kompenserar dem som skadats i trafikolyckor. Endast 13 procent av de tillfrågade ansåg att kompensationen var bra. 25 procent uppgav att de inte hade någon uppfattning i frågan.

7.4 *Osynliga handikapporganisationer*

Handikapporganisationernas uppgift har under en lång rad av år varit att tillvarata de handikappade människornas intressen och rättigheter i samhället. Organisationerna har i de moderna välfärdsstaterna vuxit sig allt starkare inte bara till sin numerär utan också till betydelse. Handikapprörelsen har fått inflytande i samhällsarbetet genom möjligheter att påverka utbyggnad och tillgänglighet av service, byggnader och en mångfald av verksamheter. Till sin uppgift har också handikapprörelsen påtagit sig att svara för de handikappades möjligheter att deltaga i det demokratiska systemet. Man skulle kunna säga att handikapporganisationerna har kommit att få en *synlig* roll i det demokratiska systemet. Handikapprörelsen har med en heterogen grupp att göra. Det innebär att det ställts stora krav på handikappförbunden att arbeta

för en mångfaldig samhällsgrupp. Mot bakgrund av detta är det intressant att resa frågan vilken betydelse dessa intresseförbund haft för människor som skadats av bilismen mitt uppe i livet.

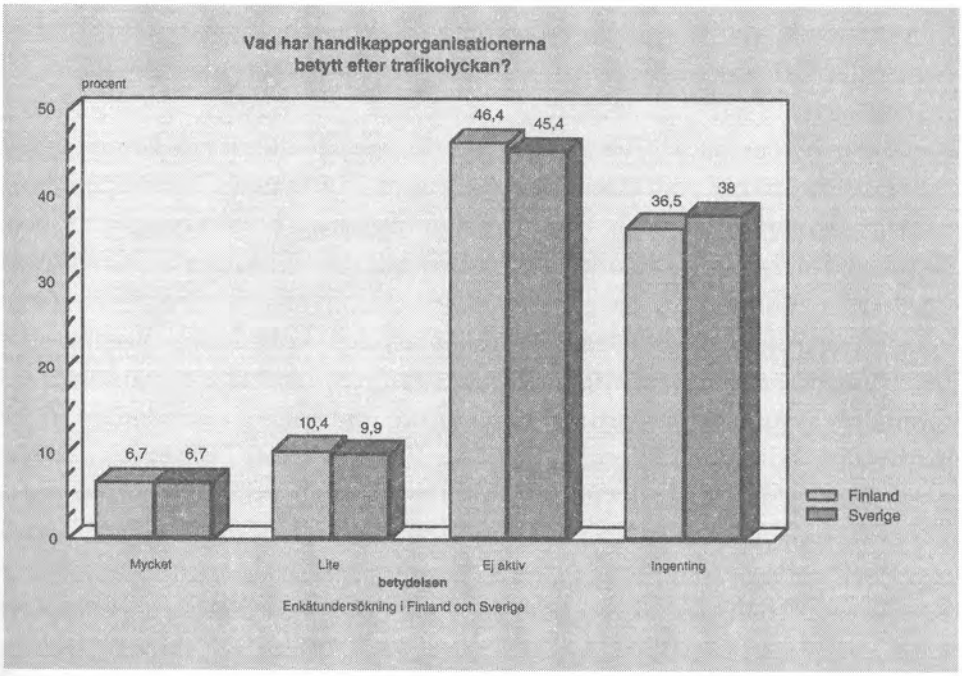
I enkätstudien ställdes frågan: »*Vad har handikapporganisationerna betytt för dig?*« Respondenterna i Sverige visade sig ha ett lågt intresse för handikapprörelsen. På frågan svarade närmare 45 procent att de känner till organisationernas existens men att de inte varit aktiv i någon förening. 38 procent svarade att handikapporganisationerna inte haft någon betydelse för dem. 10 procent uppgav att de haft en liten betydelse och att de varit i kontakt med någon organisation ibland. Endast 7 procent gav uttryck för att handikapporganisationerna haft en stor betydelse. I Finland synes intresset vara ännu lägre bland de trafikskadade. 51 procent uppgav att de inte är aktiva samtidigt som 36 procent svarade att organisationerna inte haft någon betydelse för dem. 8 procent uppgav att de haft kontakt med någon förening ibland medan drygt 6 procent svarade att organisationerna haft stor betydelse för dem.

Resultatet är i sig anmärkningsvärt då handikapprörelsens olika organisationer historiskt sett och även idag, har haft en stor betydelse för många människors liv. Handikapprörelsen har också en stor inverkan på den handikappade människans egen kamp för att nå ett självständigt liv. Hur kan det då förklaras att de trafikskadade i båda länderna inte känner något stöd eller större samhörighet med handikapprörelsen? Enligt min mening finns det inga enkla svar på denna fråga och enkätundersökningen ger heller inget svar på frågan. Det kan finnas flera tänkbara förklaringar men för att hitta de faktiska orsakerna skulle krävas vidare forskning inom just detta område. En trolig förklaring skulle möjligen kunna vara att många skadade överhuvudtaget inte känner någon samhörighet till handikapprörelsen. Många handikappade kanske till och med saknar en identifikation till en sådan rörelse. Men en annan trolig förklaring kan naturligtvis vara att en trafikskadad inte nödvändigtvis identifierar sig med någon specifik handikappgrupp i samhället. De betraktar sig heller inte som handikappade i ordets egentliga bemärkelse. Undersökningen ger emellertid inte några vetenskapliga förklaringar eller argument till de egentliga bakomliggande orsakerna till att de skadade inte känner något stöd från handikapprörelsen.

Enligt min mening finns två synbara handikappgrupper i samhället. För det första finns de personer som är aktiva och som är engagerade i någon handikappförening. För det andra finns det de som är passiva och själva saknar in-

tresse för föreningslivet i samhället. Beroende på vem frågan ställs till kommer svaren att skilja sig åt. Exempelvis torde en handikappad person som är aktiv och inskriven som medlem i ett handikappförbund i större utsträckning än en person som inte är det, anse att handikapprörelsen har en viktig uppgift att fylla och därför också sätta höga betyg på rörelsens verksamhet. De respondenter som medverkar i enkätundersökningen behöver nödvändigtvis inte tillhöra något handikappförbund utan är slumpmässigt utvalda utifrån andra kriterier.

Figur 1:7:4:1 Diagram. Handikapprörelsens betydelse för de som skadas i en trafikolycka. Trafikskadade i Finland och Sverige (procent).



Källa: Uppgifterna baseras på en enkätundersökning vars uppgifter är hämtade från Trafikskadenämnden (Trafikförsäkringsföreningen) i Stockholm samt Försäkringsbranschens Rehabiliteringscentral i Helsingfors.

De handikappades attityder visar också ett annat intressant resultat. I Sverige finns sedan flera år tillbaka ett flertal etablerade specialföreningar för trafikskadade människor. Några motsvarande föreningar finns inte i Finland. Trots detta faktum, visar undersökningen att aktivitetsgraden är lika hög i de båda länderna.

Undersökningens syfte har emellertid inte varit att utvärdera just ett enstaka handikappförbund men då detta handikappförbund – RTP (Riksförbundet för trafik- och polioskadade) är ett specialförbund torde det ligga nära till hands att anta dess betydelse för de trafikskadade i samhället.[8]

I Statistiska Centralbyråns studier av levnadsförhållanden för svårt rörelsehindrade i Sverige fann man att 18 procent av de yngre rörelsehindrade samt 5 procent av de äldre rörelsehindrade besökt en sammankomst/möte med en handikapporganisation under en ettårsperiod.[9] En brist i dessa uppgifter är att det inte framgår vilken typ av handikapporganisation som besökts. Men den väsentliga bristen i dessa uppgifter torde vara att de inte nödvändigtvis inkluderar enbart trafikskadade människor.

Man skulle kunna anta att en trafikskadad person inte vänder sig till en handikappförening av flera skäl. Ett första och kanske avgörande skäl är att människan inte själv klarat av eller hunnit med att acceptera sig själv som en handikappad person. Därför vill man inte se sig själv tillhöra en handikappad samhällsgrupp. Ett andra skäl som talar mot en organisering skulle kunna vara att den trafikskadade inte har fysisk möjlighet att besöka organisationen. En sådan förflyttning kan antingen vara fysisk svår att ordna och kan också kosta den handikappade pengar. Ett tredje skäl som talar mot en aktivitet kan vara att den skadade inte tror på tanken att det skulle hjälpa honom eller henne i någon väsentlig mening. Utbudet av föreningar och organisationer i samhället är annars så stort att man kanske inte ser det nödvändigt att bli medlem i ytterligare en förening. En fjärde förklaring som omnämnts i litteraturen under senare år är det faktum att människor i Sverige valt att inte organisera sig i stora etablerade handikappförbund utan istället sökt sig till föreningar och nätverk som riktat sig till människor med en specifik diagnos eller handikapp.[10] I enkätstudien undersökte jag också hur den skadade upplevt bemötandet från försäkringsbolag, myndigheter, läkare och sjukvårdspersonal. Förutom den fysiska och psykiska smärta som flera respondenter givit uttryck för i sina svar upplevda många att de också fått ett dåligt bemötande av både försäkringsbolag och myndigheter. Genom att studera den socioekonomiska indelningen m.a.o. vilka sociala grupper som finns representerade i materialet är det möjligt att säga något om vilka grupper som uppfattat bemötandet som problematiskt. Följande tabell visar respondenternas självuppfattning om bemötandet tiden efter trafikolyckan.

Tabell 1:7:4:1 De trafikskadades självuppfattning om bemötande av försäkringsbolag, myndigheter, läkare och sjukvårdspersonal efter trafikolyckan i relation till socioekonomisk indelning. Trafikolyckor under åren 1960–1994 i Finland. (procent)

SEI	N	Försäkrings-bolag	Myndig-heter	Läkare	Sjukvårds-personal
Företagare	21				
Bra		38,1	61,9	71,4	100,0
Mindre bra/dåligt		61,9	38,1	28,6	–
Högre tjänstemän	39				
Bra		64,9	58,3	77,1	78,4
Mindre bra/dåligt		35,1	41,7	22,9	21,6
Lägre tjänstemän	71				
Bra		58,0	60,0	77,3	85,5
Mindre bra/dåligt		42,0	40,0	22,7	14,5
Arbetare	149				
Bra		44,5	49,6	73,6	84,4
Mindre bra/dåligt		55,5	50,4	26,4	15,6
Studerande	39				
Bra		55,6	62,9	73,5	83,3
Mindre bra/dåligt		44,4	37,1	26,5	16,7
Pensionärer	32				
Bra		76,7	58,6	82,8	86,7
Mindre bra/dåligt		23,3	41,4	17,2	13,3
Övriga	27				
Bra		50,0	50,0	65,4	80,8
Mindre bra/dåligt		40,0	50,0	34,6	19,2
Okända	8				
Bra		50,0	70,0	80,0	100,0
Mindre bra/dåligt		50,0	30,0	20,0	–
Totalt:	389				

Källa: Datauppgifter om de trafikskadade respondenterna i undersökningen är baserade på register vid Försäkringsbranschens Rehabiliteringscentral i Helsingfors. Den socioekonomiska indelningen är hämtad ur Statistikcentralens handbok nr 17 (1990): Sosioekonomisk indelning 1989. Helsingfors: Statistikcentralen.

En av de viktigaste konklusioner som kan dras ur resultatet är att trafikskadade som tillhör kategorin »arbetare« och »lägre tjänstemän« uttryckt mest kritik mot försäkringsbolag och myndigheter. Gruppen företagare har också upplevt ett mindre bra bemötande från försäkringsbolagen. Nedanstående tabell åskådliggör förhållandena i Sverige.

Tabell 1:7:4:2 *De trafikskadades självuppfattning om bemötande av försäkringsbolag, myndigheter, läkare och sjukvårdspersonal efter trafikolyckan i relation till socioekonomisk indelning. Trafikolyckor under åren* 1960–1994 *i Sverige. (procent)*

SEI	N	Försäkrings-bolag	Myndig-heter	Läkare	Sjukvårds-personal
Företagare	98				
Bra		37,5	37,5	87,5	100,0
Mindre bra/dåligt		62,5	62,5	12,5	–
Högre tjänstemän	64				
Bra		45,0	50,0	84,2	88,5
Mindre bra/dåligt		55,0	50,0	15,8	11,5
Lägre tjänstemän	137				
Bra		53,4	48,0	77,9	90,2
Mindre bra/dåligt		46,6	52,0	22,1	9,8
Arbetare	103				
Bra		54,6	34,3	75,3	83,8
Mindre bra/dåligt		45,4	65,7	24,7	16,2
Studerande	21				
Bra		57,1	31,6	80,0	95,2
Mindre bra/dåligt		42,9	68,4	20,0	4,8
Pensionärer	58				
Bra		59,3	56,0	83,0	86,5
Mindre bra/dåligt		40,7	44,0	17,0	13,5
Övriga	33				
Bra		65,6	43,3	78,1	87,9
Mindre bra/dåligt		34,4	56,7	21,9	12,1
Okända	22				
Bra		54,5	36,4	71,4	90,5
Mindre bra/dåligt		45,5	63,6	28,6	9,5
Totalt:	447				

Källa: Datauppgifter om de trafikskadade respondenterna i undersökningen är baserade på register vid Trafikskadenämnden i Stockholm. Den socioekonomiska indelningen är hämtad ur Statistikcentralens handbok nr 17 (1990): *Sosioekonomisk indelning* 1989. *Helsingfors: Statistikcentralen.*

Uppfattning om bemötande från försäkringsbolagen i Sverige har visat sig vara relaterad till vilken yrkes- och samhällsgrupp den skadade tillhör. Gruppen företagare respektive högre tjänstemän är de två grupper som varit mest missnöjda mot det bemötande som givits av försäkringsbolagen i Sverige. Grupperna studerande, arbetare och företagare visade sig vara mest missnöjda med myndigheternas agerande och bemötande. Enkätstudien visade

också att det var företagarna som var mest nöjda med bemötandet de erhållit av läkare och sjukvårdspersonal.

Tidigare forskning har visat att påfallande många skadade upp till två år efter olyckan upplevt ett mindre bra bemötande av försäkringsbolag i Sverige. Göteborgsstudien som genomfördes av Andersson, Bunketorp och Allebeck visade att 24 av 64 undersökta personer i Göteborgsregionen var missnöjda med hur försäkringsbolaget agerat.[11] Deras studie kom fram till att män i högre utsträckning än kvinnor var missnöjda med hur de blivit bemötta.

Min undersökning visar också på könsskillnader i Sverige. De könsskillnader som framkommit i undersökningen pekar dock i motsatt riktning mot det resultat som Andersson, Bunketorp och Allebeck presenterade. Undersökningen visar att det är kvinnorna (52,6 procent) som i högre utsträckning än männen (47,4 procent) som är missnöjda med bemötandet av de olika försäkringsbolagen. I gruppen trafikskadade som upplevt ett bra bemötande från försäkringsbolagen finns emellertid inga könsskillnader.

Förhållandena för de trafikskadade i Finland visade också på könsskillnader men skiljer sig från de svenska förhållandena. I Finland var männen i större utsträckning missnöjda med bemötandet av försäkringsbolagen (64,9 procent). I gruppen respondenter som var nöjda med bemötandet utgjordes en majoritet av män. Det är emellertid viktigt att ha i åtanke när det gäller den finska enkätstudien att männen är något överrepresenterade.

I båda länderna synes det vara så att gruppen pensionärer i större utsträckning än gruppen arbetare är tillfredsställda med det bemötande och den vård och omsorg som de fått efter olyckan. Det ska tilläggas här att flera av respondenterna i materialet tillhör gruppen pensionärer då de uppgivit förtidspension, ålderspension samt sjukpension som grund.

Vid tolkningen av de resultat som framkommit är det viktigt att placera diskussionen i ett större sammanhang. De enskilda försäkringsbolagen har som jag tidigare påtalat inte någon informationsskyldighet om rättigheter utöver de som stadgas inom trafikskadelagstiftningen och trafikförsäkringen. Det blir snarare därför en fråga om ett moraliskt perspektiv i vilken utsträckning som det privata bolaget handlar i egenintresse. När det gäller frågan om bemötande handlar detta om såväl moraliska samt sociala kontakter med den skadade klienten. Det är viktigt att förstå den handikappades utsatta situation. Denna situation kan förstärkas av den skadades sociala bakgrund och utbildningsbakgrund. Vilka möjligheter har till exempel en lågutbildad att förstå ett juridiskt system eller fråga om hjälp och rättigheter? Den skadade

personen blir om trafikskadan också är svår, dubbelt handikappad genom rörlighetsbegränsningar. Enkätstudien ger inga vetenskapliga belägg för att försäkringsbolagen i Finland eller Sverige skulle ha brutit mot informationsskyldigheten inom trafikförsäkringsområdet. Det har inte heller varit studiens syfte att utvärdera sådana frågor. Det fenomen som studien däremot har haft som avsikt att belysa handlar snarare om den moraliska aspekten och om det bemötande som den handikappade personen upplevt sig ha fått från bolagen.

7.5 *Trafikskadan och det förlorade arbetet*

Hur uppfattar då de trafikskadade sin egen välfärd efter trafikolyckan? Innan jag fortsätter diskussionen om välfärdskonsekvenserna efter en olycka vill jag redogöra för de skadades sociala levnadsförhållanden som ligger till grund för välfärdsanalysen. En socioekonomisk indelning (SEI) kan tjäna som en indikator på sociala miljöer även om de inte utgör en fullständig bild över människans faktiska levnadssituation. De socioekonomiska indelningsgrunderna kan också variera och skiljer sig i högsta grad om man jämför olika länder. Också inom de nordiska länderna finns skillnader i hur en socioekonomisk indelning är uppbyggd och vilka grunder som är väsentliga att utgå ifrån. I Finland har man under flera år använt sig utav främst två källor vid indelningen av socioekonomi. Den finska forskaren Urho Rauhala använde en mer detaljerad indelning i sin doktorsavhandling från 1960-talet.[12] Under 1980-talet kom Statistikcentralen i Finland att utveckla egna varianter av socioekonomisk indelning.[13]

Mot bakgrund av detta har jag valt att använda den officiella socioekonomiska indelning som använts av Statistikcentralen i Finland. Den komparativa delen av undersökningen som tar fasta på att jämföra de sociala levnadsförhållandena för skadade studeras genom att en andra socioekonomisk indelning används. Denna senare indelning är inte lika uttömmande och detaljerad som den föregående indelningen. Avsikten har snarare varit att få en bred och allmän jämförelsegrund mellan de båda länderna avseende på skillnader och likheter med respektive lands totala befolkningsmängd. Den andra socioekonomiska indelning som används i undersökningen är hämtad ur Nordisk statistisk årsbok som är utgiven av Nordiska Statistiska Sekretariatet (NORDSEI). Denna indelning benämns för nordisk social indelning.

Den socioekonomiska indelning och dess grunder som jag använt mig av vid analys av yrkesgrupperna är hämtad från Statistikcentralens socioekono-

miska indelningsgrunder. Dessa grunder återfinns i Statistikcentralens publikation under rubriken *Sosioekonomisk indelning* 1989. Indelningsgrupperna är följande: företagare, högre tjänstemän, lägre tjänstemän, arbetare, studerande, pensionärer, övriga, socioekonomisk ställning okänd. Statistikcentralen definierar denna indelningsgrund som nivå C, vilket innebär att nivån är den minst detaljerade nivån. Enligt Statistikcentralens definitioner kan den aktuella nivån C användas vid mindre urvalsundersökningar där socioekonomiska variabler sedan jämförs med andra variabler.

Följande tabell åskådliggör den socioekonomiska indelningen för respondenterna i Finland och Sverige.

Tabell 1:7:5:1 *Socioekonomisk indelning, trafikskadade respondenter i Finland och Sverige. Trafikolyckor under tidsperioden* 1960–1994. *(Procentangivelser och frekvenser)*

	FINLAND		SVERIGE		TOTALT	
SEI	N	%	N	%	N	%
Företagare	21	5,4	9	2,0	30	3,5
Högre tjänstemän	39	10,0	64	14,3	103	12,3
Lägre tjänstemän	71	18,3	137	30,6	208	24,8
Arbetare	149	38,3	103	23,0	252	30,1
Studerande	39	10,0	21	4,7	60	7,1
Pensionärer	32	8,2	58	13,0	90	10,7
Övriga	27	6,9	33	7,4	60	7,1
Okända	8	11,0	22	4,9	30	3,5
Totalt:	389	100,0	447	100,0	836	100,0

Källa: Datauppgifter om de trafikskadade respondenterna i undersökningen är baserade på register vid Försäkringsbranschens Rehabiliteringscentral i Helsingfors samt vid Trafikskadenämnden i Stockholm. Den socioekonomiska indelningen är hämtad ur Statistikcentralens handbok nr 17 (1990): *Sosioekonomisk indelning* 1989. *Helsingfors: Statistikcentralen.*

Tabellen visar är det de båda grupperna »arbetare« och »lägre tjänstemän« som är de största. Den socioekonomiska grupp som är minst representerad i materialet utgörs av pensionärer och egna företagare. Vid en jämförelse mellan könsfördelningen och de socioekonomiska grupperna visar det sig att männen är överrepresenterade bland arbetarna medan kvinnorna är överrepresenterade i gruppen lägre tjänstemän. I de andra grupperna finns inte några större skillnader mellan könen.

Välfärden för de trafikskadade är en fråga om den handikappade människans väg till ett självständigt liv. Arbetets värde för människan före olyckan är viktigt inte minst för människan själv. En traumatisk trafikolycka innebär där-

för stora förändringar inte bara inom individen utan också i den praktiska vardagen. Möjligheten till ett återinträde i arbetslivet har förändrats för många människor och handikappade. I följande avsnitt avser jag att göra de jämförelser som är mest intressanta mellan de båda länderna vad gäller arbetets betydelse för en handikappad människa.[14]

Enligt den redan etablerade nordiska socioekonomiska indelningen (NORDSEI) går det att göra relevanta jämförelser mellan de båda länderna när det gäller de skadades situation. Den nordiska indelningen gör det också möjligt att relatera de skadades situation till den totala folkmängden i respektive land. Denna indelning är värdefull då den ger flera möjligheter till just internordisk jämförbarhet. Följande tabell ger en översikt av den socioekonomiska indelningen över sysselsättningssituationen för de trafikskadade. Tabellen ska läsas så att de skadade respondenterna i Sverige respektive Finland representerar olika samhällsgrupper såsom sysselsatta, arbetslösa, studerande, pensionärer, hemarbetande och övriga. Siffrorna visar vilken samhällsgrupp de tillhörde när de råkade ut för trafikolyckor. I tabellen åskådliggörs också indelningen för den totala folkmängden i respektive land.

Tabell 1:7:5:2 *Socioekonomisk indelning för trafikskadade i Finland och Sverige. En jämförelse. Nordisk socioekonomisk indelning (NORDSEI). (Procentangivelser och frekvenser)*

Nordisk NORDSEI	FINLAND (N=389)	FINLAND Totalt (1994) 1 000-tal	SVERIGE (N=447)	SVERIGE Totalt (1994) 1 000-tal
Sysselsatta	77,4	2024	70,7	3999
Arbetslösa	1,3	456	3,4	340
Studerande	9,5	398	4,5	512
Pensionärer	9,5	796	11,7	1135
Hemarbetande	0,5	109	0,9	111
Övriga	1,8	20	8,8	203

Källa: Uppgifterna är hämtade från de båda trafikskadeenkäterna i Finland och Sverige. De uppgifter som beskriver den totala sysselsättningssituationen i de båda länderna återfinns i Nordisk Statistisk Årsbok 1996. Sysselsättningssituationen är beräknad på folkmängden år 1994 som fördelade sig enligt följande 1 000-tal: Finland (5 099), Sverige (8 816).

Utifrån ovanstående tabell har vi fått kunskap om sysselsättningssituationen för de respondenter som deltagit i undersökningen. I de båda enkäterna tillfrågades också respondenterna i vilken grad de faktiskt arbetar idag utifrån sin yrkes- och sysselsättningstillhörighet. Av de tillfrågade i Finland svarade 29,3 procent att de arbetade (1996) samtidigt som 70,7 procent uppgav att

de inte arbetade. Respondenterna tillfrågades också i vilken utsträckning de anser sig kunna arbeta om de erbjuds arbete. 41,8 procent svarade att de inte kan klara av att arbeta samtidigt som 42,6 procent anser sig kunna arbeta heltid. 15,5 procent var osäkra över huruvida de kan arbeta eller inte.

Före jag fortsätter resultatredovisningen i denna del är det viktigt att klargöra vad det är som mäts när frågan ställts om sysselsättningssituation. Studien visar hur situationen blivit för den skadade människan efter olyckan. De uppgifter som presenteras i detta avseende speglar förhållandena år 1996. Enkäten ger däremot inte svar på hur situationen var för respondenterna direkt efter olyckan. Med andra ord ingår här inte parametrar som exempelvis arbetslöshet. Det skulle naturligtvis vara intressant att också mäta den skadades förmåga till återgång till arbetslivet under en längre tidsperiod.

Resultatet, att så många av respondenterna i Finland, inte befinner sig på arbetsmarknaden är anmärkningsvärt. Resultatet pekar i motsats riktning vid en jämförelse av en tidigare medicinsk undersökning av trafikskadade i landet. Ett finskt forskarlag studerade 92 trafikskadade i en uppföljningsstudie. I studien konstaterades att 72 procent hade haft möjlighet att kunna återgå till ett arbete även om arbetet inte kunde betecknas som psykiskt krävande.[15] Också senare medicinska studier av trafikskadade barn i Finland har kunnat påvisa begränsningar i arbetsförmågan längre fram i livet. De båda forskarna Karttunen och Karkola fann i sin studie vid Kuopio universitet att 7 procent av dem som ingick i studien, senare i livet drabbades av begränsningar i förmågan att klara av att arbeta.[16]

Resultatet från undersökningen visar, utifrån de båda tidigare finska studierna, att de sociala problem som är förknippade med en trafikolycka visat sig vara betydligt mer omfattande än vad tidigare forskning gjort gällande. Endast 42,6 procent av de skadade som undersöktes i Finland uppgav sig kunna klara av att arbeta efter trafikolyckan.

De skadade i Sverige fick samma frågor. Undersökningen visar att de svarande i Sverige arbetar i högre utsträckning jämfört med de skadade i Finland. 49,2 procent av respondenterna uppgav att de arbetade år 1996 samtidigt som 50,8 procent svarade att de inte arbetade. På frågan om de klarar av att arbeta svarade 59,8 procent NEJ samtidigt som 29,4 procent anser sig klara av ett arbeta. 10,7 procent är osäkra om de överhuvudtaget kan börja arbeta igen.

Undersökningens resultat kan jämföras med en socialmedicinsk studie av trafikskadades arbetsförhållanden i Göteborgsregionen. Studien visade att 16

procent av de tillfrågade (N=134) inte kunde återvända till sitt arbete efter olyckan.[17] Mina resultat skiljer sig avsevärt från denna tidigare studie. 59,8 procent uppgav att de inte klarar av att arbeta efter olyckan. En viktig faktor som kan tänkas förklara skillnaden är de båda studiernas tidsperspektiv. Forskarna Andersson, Bunketorp och Allebeck har valt att studera de kortsiktiga konsekvenserna i en tvåårig uppföljning. I min undersökning är medelvärdet för antal genomlevda skadeår 9,8 år för respondenterna i Sverige samt 9,6 år i Finland (se tidigare beskrivning i kapitel fyra). En longitudinell studie visar de långsiktiga följderna. Resultatet av undersökningen har visat att de allvarliga sociala följderna av en olycka blir tydliga under flera år.

Men är då mina tolkningar av enkätresultatet invändningsfria? Man skulle kunna säga att datamaterialet som är hämtat ur Trafikskadenämndens register består av personskadeärenden där det i flera fall handlar om utredningar om invaliditet hos den skadade och där Trafikskadenämnden beslutat om förnyade prövningar av arbetsförmågan hos den trafikskadade. Bland annat vill man avvakta och se om den trafikskadade personen har några möjligheter till omskolning till nytt arbete eller studier. Av de ärenden som återkommer till Trafikskadenämnden för förnyad prövning har under 1990-talet utgjort mellan 17 och 32 procent av totala antalet prövade ärenden under ett år. En invändning mot min tolkning av undersökningsresultatet om arbetssituationen för respondenterna skulle därmed vara att det borde finnas ett större antal icke arbetsföra i studien än vad som vore fallet annars. Som ett led i detta resonemang torde mina undersökningsresultat påvisa ett större antal icke arbetsföra jämfört med slutledningar från andra studier. Emellertid är enligt min mening tolkningen av resultatet den att respondenterna utvalts slumpmässigt ur nämndens register. I enkäten tillfrågades de skadade om de arbetade och i förekommande fall i vilken sysselsättningsgrad. Däremot ger min studie inga objektiva belägg för hur stor andel av fallen som prövats slutligen d.v.s. hur många av respondenterna som idag omskolas eller bedriver olika slags studier. 50,8 procent av respondenterna i Sverige uppgav att de inte arbetade efter olyckan. Det är möjligt att denna siffra skulle kunna vara något lägre med tanke på de personer som tillfälligt bedriver omskolning eller studier. Men ett av de mer intressanta resultaten av min enkätundersökning är dock att en majoritet av de trafikskadade subjektivt uppfattar sig ha en mycket låg arbetsförmåga. Som jag konstaterade ovan, uppgav 59,8 procent av respondenterna att de inte skulle kunna klara av ett arbete efter trafikolyckan. Detta ger en bild av den trafikskadade människan och möjligheterna till återgång till ar-

betsmarknaden. I den enkätundersökning som genomfördes i Sverige och Finland tillfrågades de skadade om orsaken till att de inte arbetade. I Sverige uppgav 14,8 procent att de har fysiska eller psykiska hinder som begränsar deras möjligheter till arbete. 13,9 procent uppgav att de hade en arbetsoförmögenhet på grund av sjukpension etc. 14,1 procent rapporterade att de studerade eller var under omskolning. Materialet är emellertid ambivalent så till vida att 51,9 procent av respondenterna inte uppgav någon orsak till att de inte arbetade. Det kan således finnas flera olika förklaringar till att så är fallet. Bland annat kan en förhöjd arbetslöshet under 1990-talet bidragit till att personerna inte är sysselsatta.

De skadade i Finland uppgav också betydande hinder för att kunna återgå till arbetslivet. 33,6 procent av respondenterna i den finska enkäten uppgav att de hade antingen fysiska eller psykiska hinder att klara av ett arbete. 32,7 procent svarade att de var arbetsoförmögna samtidigt som 15,6 procent av de skadade antingen var under omskolning eller studerade på någon utbildning. Det finska materialet är i detta avseende något mer tillförlitligt då materialet måste ses som mer stabilt. 18 procent av respondenterna angav inte någon orsak till att de inte arbetade efter olyckan.

De två senaste undersökningarna om levnadsförhållanden som gjorts i Sverige genomfördes under de båda perioderna 1988–89 samt 1989–91. Ett resultat av de levnadsnivåundersökningar som gjordes under 1980-talets slutskede var att 36 procent av de rörelsehindrade i Sverige var förvärvsarbetande. En siffra som kan jämföras med uppgiften för de människor som inte hade något rörelsehinder, 82 procent.[18] En studie av Göteborgsforskaren Christer Lundqvist visade att 80 procent av totalt 56 ryggmärgsskadade i en studie hade sysselsättning och/eller studerade.[19]

Vid en jämförelse av resultaten av arbetsförhållandena för trafikskadade i Finland och Sverige, kommer det fram en bild av att de som ingår i materialet i mer än hälften av fallen står utanför arbetsmarknaden. I Finland står 71 procent av de människor som skadats i trafikolyckor utan arbete efter sin skada. Motsvarande siffra i Sverige är 51 procent. Båda siffrorna måste betraktas som höga vid en jämförelse av arbetslöshetsnivåerna i de båda länderna. Jämfört med internationell forskning om trafikoffers arbetsförmåga och aktivitet på arbetsmarknaden visar en portugisisk studie av 115 tillfrågade trafikskadade, att 73.2 procent var arbetslösa.[20] Vid en jämförelse av detta resultat med tidigare forskning om handikapp och arbetsmarknad finns tydliga evidens på giltighet. Forskaren Simo Mannila skriver i sin doktorsavhandling om

arbetssökande människor med hälsoproblem.[21] Mannila talar om en social marginalisering av denna samhällsgrupp. Mannila fann i sin kvantitativa studie att gifta kvinnor med hälsoproblem var mer representerade än andra grupper som hade ett handikapp och var arbetslösa.

Studien om de trafikskadades levnadsvillkor i Finland visar att ogifta och frånskilda trafikskadade i större utsträckning än gifta handikappade har ett arbete. Resultatet går därför inte i samma riktning som Mannilas studie om samband mellan människors hälsoproblem och sysselsättning. Samma förhållande råder för de trafikskadade i Sverige. När det gäller könsskillnader uppvisar resultatet inte några signifikanta skillnader. Däremot visar studien på könsskillnader inom respektive kön i de båda länderna. Trafikskadade ogifta män i Finland saknar arbete i större utsträckning än andra män. De manliga respondenterna i Sverige är till största delen frånskilda och saknar arbete.

Vad kan man då dra för några slutsatser från enkätstudien när det gäller de trafikskadade och sysselsättningen? Studien har visat att sysselsättningssituationen är anmärkningsvärd ur flera aspekter. För det första tycks inte de skadades sysselsättningssituation skilja sig från andra handikappgruppers. Mannilas studie visar att det råder en social marginalisering för människor med handikapp och hälsoproblem i samhället. Som Mannila också konstaterar har antalet handikappade arbetssökande i Finland konstant ökat sedan 1970-talet och år 1993 fanns 55 541 handikappade människor i Finland som ville börja arbeta.[22] Mannila skiljer mellan två grupper av handikappade arbetssökande när han talar om social marginalisering. Den första gruppen utgörs av de människor som är handikappade och letar efter ett arbete medan den andra gruppen är handikappade som letar arbete men som till skillnad från den första gruppen är registrerad som arbetssökande. Samma förhållande torde också gälla för de trafikskadade i både Finland och Sverige. För gruppen trafikskadade är det enligt min mening möjligt att tala om två grupper; dels de som är arbetsoförmögna d.v.s. de respondenter som själva anser sig sakna förmåga att kunna arbeta. Den andra gruppen utgörs av respondenter som skulle kunna klara av att arbeta men som inte får något arbete på arbetsmarknaden på grund av sitt handikapp. Enkätstudien i de båda länderna visar på ett intressant fenomen. Är det möjligt att tala om en social marginalisering också för de trafikskadade som en ny handikappgrupp i välfärdssamhället? Som tidigare nämnts uppger 71 procent av respondenterna i Finland att de inte arbetar. Motsvarande siffra i Sverige är 51 procent. Det är möjligt utifrån resultatet att diskutera om inte de trafikskadade i Finland i större ut-

sträckning är socialt marginaliserade än de handikappade i Sverige. Vad denna marginalisering skulle kunna bero på eller hur den i övrigt skulle kunna tänkas förklaras, ger enkätstudien inget svar på. Det skulle krävas ytterligare forskning för att finna den sociala marginaliseringens verkliga orsaker. Mannilas studie visade att handikappade som är registrerade i samhället som arbetssökande är mindre socialt marginaliserade än de som inte är registrerade. Enkätstudien visade att 41,8 procent av respondenterna i Finland uppgav att de inte skulle kunna klara av att arbeta. Motsvarande siffra för de trafikskadade i Sverige är 59,8 procent. Flera av de som skadats i olyckor torde vara marginaliserade i samhället eftersom deras skador inte syns till det yttre.

Resultatet från studien visar att arbetsförmögenheten och sysselsättningsläget är korrelerad med trafikskadans svårighetsgrad. Bland respondenterna i Finland och Sverige torde det vara så att ju svårare skadad man är i en olycka desto mindre är utsikterna för att man ska kunna återvända eller träda in i arbetslivet efter olyckan. Följande tabell anger radprocent för varje invaliditetsklass i respektive land. Siffrorna i tabellen ska tolkas så att exempelvis av de trafikskadade i Finland som tillhör den medicinska invaliditetsklassen 11–20 procent har endast 35,1 procent av respondenterna i denna grupp tagit sig tillbaka till arbetsmarknaden.

Tabell 1:7:5:3 *Medicinsk invaliditetsgrad för trafikskadade i Finland och Sverige relaterat till sysselsättningssituationen. Förhållandena avser år* 1996 *(procentangivelser och frekvenser)*

Medicinsk invaliditets-grad	Arbetar Finland %	N	Arbetar Sverige %	N
0–10	50,0	23	60,0	39
11–20	35,1	34	51,9	83
21–40	25,7	19	44,7	38
41–70	16,1	10	43,3	13
71–100	17,8	8	36,8	7

Källa: Trafikskadenämnden i Stockholm samt Försäkringsbranschens Rehabiliteringscentral i Helsingfors.

Följande tabell redovisar de trafikskadades ålder och hur många av respondenterna som idag finns på arbetsmarknaden efter genomförd rehabilitering och eftervård.

Tabell 1:7:5:4 Sysselsättningssituationen för trafikskadade iFinland och Sverige relaterat till åldersfördelningen. Förhållandena avser år 1996 (procent och frekvenser)

	Finland		Sverige	
Åldersklass	%	N	%	N
0–20	5,6	1	–	–
20–29	36,9	48	57,1	28
30–39	30,9	29	62,0	62
40–49	25,6	20	61,1	58
50–59	27,5	14	56,1	46
60–69	–	–	25,0	14

Källa: Trafikskadenämnden i Stockholm samt Försäkringsbranschens Rehabiliteringscentral i Helsingfors.

Resultatet av undersökningen pekar på en intressant skillnad mellan de skadade i de båda länderna. Det synes vara så att respondenterna i Finland har haft svårare för själva återgången till arbetslivet efter olyckan. Det kan naturligtvis finnas ett flertal förklaringar till att dessa svårigheter har uppstått. Ett exempel skulle kunna vara att Finland jämfört med Sverige under en längre tid haft en högre arbetslöshetsnivå på nationell nivå. Bland de trafikskadade tycks det så att de yngre skadade och handikappade haft det lättare med återgången till arbetslivet. I åldersgruppen 20–29 år har 36,9 procent av de skadade i gruppen återvänt till ett arbete. Bland de skadade i Sverige syns inga klara skillnader mellan åldersgrupperna.

Studien visar att det inte finns några könsskillnader mellan män och kvinnor varken i åldersvariabeln eller i invaliditetsvariabeln. Några könsskillnader i en jämförelse mellan de båda länderna har inte heller kunnat påvisas.

7.6 *Sammanfattning*

Kapitel sju har behandlat de händelser som inträffat för den trafikskadade personen efter olyckan. De båda enkätundersökningarna i Finland och Sverige har visat sig ge ny kunskap ur den handikappades egna horisonter. De sociala fenomen och problem som har framkommit måste ses som nya och väsentliga att utveckla.

Den nya kunskap om subjektiva levnadsförhållanden som den handikappade berättar om i sina svar visar att det finns brister i välfärdssystemen i de båda länderna. Men välfärdssystemen själva kan inte betraktas som helt ansvariga för denna sociala problematik. Snarare visar undersökningen att de

nya sociala problem som uppstått hittills är okända och ännu inte problematiserats i tillräcklig utsträckning. Bland respondenterna finns handikappade som skadats i olyckor under fyra decennier, vilket medför att resultatet innehåller erfarenheter under en relativt lång tidsperiod. Det gemensamma hos respondenterna är dock hur de upplevt såväl sin sociala som sin totala livssituation.

I kapitlet har jag redogjort för de viktigaste resultaten när det gäller hur de skadade uppfattat välfärdspolitiken och hur de upplevt sin egen situation i välfärdssystemet. Ett av de resultat som problematiserar en ny form av sociala problem för handikappade är bristen på information om sociala rättigheter och service. I båda länderna upplever respondenterna att de inte har fått tillräckligt med information om sociala rättigheter och förmåner tiden efter olyckan. De handikappade uppger att de inte har fått tillräcklig information från de olika aktörerna som frågats om i enkäten. 69 procent av respondenterna i vardera land uppger denna brist i välfärdsservicen. Resultatet ger nya möjligheter att diskutera men också möjligheter att ifrågasätta handikapprörelsens betydelse och roll i det moderna samhället. Handikapporganisationerna som kan anses väl skickade att informera och tillvarata handikappade människors intressen och möjligheter att nå ett självständigt liv kan utifrån undersökningsresultaten ifrågasättas huruvida de har lyckats med sin uppgift att värna om nyskadade och människor som får ett handikapp mitt uppe i livet. Följande tabellöversikt visar de välfärdsbrister som har påträffats inom ramen för undersökningen:

Tabell 1:7:6:1 Jämförelse mellan de trafikskadades uppfattning om olika välfärdsbrister och konsekvenser i två nordiska länder; Finland och Sverige. Förhållandena avser år 1996.

VÄLFÄRDSBRISTER	FINLAND	SVERIGE
Välfärd och välbefinnande		
– samhällsservice	nej	ja
– information om sociala rättigheter	nej	nej
– problem att läsa tidning/bok själv	ja	ja
– dåligt bemötande av myndigheter	ja	ja
– dåligt bemötande av försäkringsbolag	ja	ja
– känner handikappolitiker	nej	nej
– handikappolitiken bra efter olyckan	ja	ja
– handikappolitiken bra idag	nej	ja
– hjälp av handikapprörelsen	nej	nej
– arbetar efter olyckan	nej	nej
– kompensation efter olyckan bra	nej	nej
Bilismen och trafiksäkerheten		
– rädd för bilismen	nej	ja
– begränsa bilismen	nej	nej
– mer uppmärksam	nej	nej
– bättre trafiksäkerhet	nej	nej
Sociala nätverket (familj och vänner)		
– känner att de är till belastning	nej	ja
– dåligt samvete att göromål får utföras av andra	nej	ja
– dåligt samvete att göromål inte blir gjorda	ja	ja
– mer irritation och konflikter	nej	nej

Bristen, som handlar om tillgång till rättigheter och information, kan ses ur ett individuellt perspektiv framför det institutionella. Det är också troligt att flera trafikskadade personer som nyligen blivit handikappade inte accepterat sin skada och sitt nya handikapp. De har som nyskadade och handikappade mitt uppe i livet inte förmåga att ta till sig sin nya livssituation som handikappad och betraktar sig inte heller som just handikappad. Resultatet från studien skulle möjligen kunna tala emot ett sådant resonemang då den genomsnittliga skadetiden för respondenterna är relativt hög. Ett stort antal av respondenterna skadades under 1980-talet och har därför relativt lång erfarenhet av sin trafikskada.

Undersökningen visar emellertid att det är familjen, vännerna och försäkringsbolagen som svarat för den mesta informationen till de trafikskadade i Finland.

I kapitlet har jag också redovisat något som man skulle kunna benämna för närheten till demokratin. I enkätundersökningen frågades om den skadade känner någon politiker som engagerar sig inom handikappolitiken. Resultatet måste ses som anmärkningsvärt då en övervägande majoritet i båda länderna inte anser sig ha kännedom om någon verksam handikappolitiker. Undersökningen visade att var tredje respondent fortfarande har problem med att läsa en tidning och/eller bok. Samtidigt visar resultatet att en majoritet av de tillfrågade inte anser att de fått tillräckligt med information om sina sociala rättigheter i samhället. Betraktat ur ett välfärdsperspektiv har dessa indikatorer frambringat mer kunskap om människans begränsade liv och förmåga i ett modernt samhälle.

När det gäller välfärdspolitiken för handikappade i Finland uppfattades den på olika vis och ger därför en något splittrad bild. Emellertid ansåg var tredje handikappad att välfärdspolitiken var dålig eller mycket dålig. Endast var fjärde respondent uppgav att de var nöjda med välfärdspolitiken idag. Jämfört med de trafikskadade i Sverige visade det sig finnas skillnader i hur politiken upplevts. I Sverige uppgav 39 procent att de var nöjda med välfärdspolitiken. Däremot ansåg, liksom respondenterna i Finland, var tredje skadad att politiken var dålig eller mycket dålig.

Ett anmärkningsvärt resultat visade sig vara de handikappades inställning till bilismen efter olyckan. Attityderna till bilismen kan för både en handikappad person som icke-handikappad ses ur perspektivet »mobilitet«. Bilismen som ett socialt problem kan därför anses ha fått en rörlighet. Bilen och bilismen ger i det praktiska vardagslivet den handikappade människan en form av rörlighet trots begränsningar i rörelseförmåga etc. Priset för denna mobilitet synes enligt undersökningen vara tämligen hög. Resultatet visar att erfarenheten av en trafikolycka och förlusten av något hos individen tycks inte ha påverkat de grundläggande attityderna till bilismen som ett socialt fenomen. Övervägande majoriteten av respondenterna i båda länderna uppger att de inte vill begränsa bilismen. Däremot finns könsskillnader i hur riskmedvetandet uppfattas av respondenterna. Övervägande delen av kvinnorna i undersökningen uppger att de blivit mer riskmedvetna efter den olycka som de varit med om själva.

Studien visade att det finns fler könsskillnader bland de handikappade i Sverige än vad fallet är i Finland. En trolig förklaring till detta kan tillskrivas att männen i det finska urvalet är något mer överrepresenterade än vad som är fallet i den svenska enkätundersökningen. I den svenska studien påträffades

signifikanta könsskillnader i variablerna; dåligt samvete att göromål inte blir utförda alternativt får utföras av andra personer, sammanhållning i familjen, fått fler nya vänner efter olyckan, bättre trafiksäkerhet, samt rädsla för bilismen. I enkätundersökningen som genomfördes i Finland uppstod signifikanta könsskillnader följande variabler: sammanhållning i familjen, träffat andra skadade människor samt rädsla för bilismen. Sammanfattningsvis har kapitel sju visat de sociala fenomen som uppstått efter en olycka. I nästkommande kapitel kommer jag mer utförligare att redovisa och diskutera de postaccidentala reaktioner som uppkommit för de skadade människorna efter olyckan.

8. Livsförändringen

Kära mor

Du gör så mycket gott för mig.
Du tänder ljus, i mina gråa hörn
efter det att du har sopat ren.
Du vaktar mig, som äggen till en örn.
Du brer om mig, med filtar så lent
när jag fryser i hjärtat.
Nu när det så länge i mig har smärtat,
det känns som jag sprungit barfota
på en äng av kaktusar... men du
har gett mig plåster efter det att du
kysst mina sår.
Om jag ändå kunde ge dig någonting
gott tillbaka.
Du lättar upp allting för mig,
som en röd ros i ett grårnulet
höstfönster.

(*Marita, trafikskadad ur den svenska enkätstudien,* 1996)

MED LIVSFÖRÄNDRING, eller en drastisk förändring i livsvillkoren, har det i litteraturen förekommit olika synsätt över hur man kan närma sig förändringens dimension för en trafikskadad person. Ett synsätt förespråkas av den amerikanske professorn i psykologi Jack Smith som i sin bok *Car Accident*, betraktar livsförändringen utifrån tre faser. Smith talar om den första reaktionen, om tiden för smältning (digestion) och till slut tiden för att acceptera själva trafikolyckan och att man har skadats.[1] Efter en traumatisk tidsperiod i människans liv följer också vad som i litteraturen benämns för *post-traumatisk tid*. Se mer om traumatiska tillstånd i avhandlingens teoretiska avsnitt. Vad som händer inom den efterföl-

jande tidsperioden utgör själva fokus i denna avhandling. Denna tid eller tidsperioder vilka är fullt möjliga, vill jag benämna för postaccidentala reaktioner, vilka ska förstås som känsloreaktioner en längre tid efter en olycka och kris. Till skillnad från det synsätt som förespråkas av forskare som Smith, vill jag i den här undersökningen i större utsträckning utgå från ett longitudinellt perspektiv när jag studerar de postaccidentala reaktioner som kan följa av en trafikolycka.

Man kan säga att trafikolyckan förändrar människan till något nytt och okänt. Den här undersökningen handlar just om denna nyorientering. Hur ska en trafikskadad och handikappad människas liv kunna beskrivas under postaccidentalperioden? Och är det möjligt att skildra en sådan gestaltning utifrån olika tidsstationer i livet? Vad är välfärdens styrka och vilka välfärdsbrister uppmärksammas av den trafikskadade människan? Med tidsstation avser jag olika nedslag som är tidsmässigt förknippade i en människas liv. I min undersökning har jag dels kartlagt trafikskadade människors tidsstationer. Dessa tidsstationer är fyra till antalet i undersökningen. Jag har försökt att studera postaccidentala känsloförhållanden och reaktioner under en tidsserie fördelade enligt följande;

I. några veckor efter traumatiska händelsen
II. ett halvår efter traumat
III. två år efter traumat samt
IIII. situationen idag (1996) efter den traumatiska händelsen.

Jag kommer att återvända till terminologin tidsstation och vad jag senare också vill utveckla i sammanhanget, sociala tidsstationer. Med sociala tidsstationer menar jag tidpunkter i livet där den sociala tillvaron förändras drastiskt på ett eller annat sätt. I de sociala tidsstationerna finner man flera aktörer. Där finns familjen, anhöriga, arbetskamraterna och vännerna. Och det är dessa aktörers agerande som ger innehållet i de sociala tidsstationer som här åsyftas. Vid sidan av de här begreppen som jag konstruerat kommer jag också att använda mig av terminologin tidtabell. Mer specifikt vill jag använda begreppet social tidtabell, ett ord som en av de handikappade använde som jag mötte under mina intervjuresor.

Figur 1:8:1 *Postaccidentala reaktioner i studien uppdelat på positiva respektive negativa reaktioner och förnimmelser.*

Postaccidentala reaktioner	Positiv-laddning	Negativ-laddning
Ilska		X
Sorg/ledsamhet		X
Likgiltighet		X
Frustration		X
Depression		X
Isolering		X
Chock		X
Avståndstagande och tysthet		X
Optimism och hoppfullhet	X	
Tankar om att bli stärkt	X	
Förvåning	X	
Lugn	X	
»Det finns de som har det värre«	X	X
Tröst	X	
Stöd och styrka	X	
Annat	X	X

8.1 *Postaccidentala reaktioner*

Vad kan hända för en människa efter ett traumatiskt tillstånd som en trafikolycka innebär i livet? I handikappenkäten fanns totalt tolv alternativa reaktioner samt ett öppet alternativ för de trafikskadade som ville ange någon ytterligare reaktion eller reaktionsmönster efter olyckan. Frågan som ställdes i enkäten löd: »Hur reagerade du på den prognos du fick av läkaren?« I enkäten fick respondenten möjligheten att kryssa i flera alternativa reaktioner under fyra tidsperioder som jag benämner för tidsstationer. Dessa tidsstationer efter olyckan är följande: några veckor, ett halvår, två år och idag (situationen 1996).

Respondenternas svar måste betraktas som subjektiva. Det är den trafikskadade människans egen subjektiva bild och tolkning av hennes egen livssituation som ligger till grund för svaren.

För att kunna mäta graden av postaccidentala reaktioner efter en olycka ställdes ytterligare två frågor i anslutning till den egna självbilden. Förutom den trafikskadade personens egen reaktion ställdes frågan hur familjen samt de närmaste vännerna reagerade tiden efter olyckan. Också de här båda frågorna är subjektiva till sin karaktär. Respondenternas svar på de båda senare frågorna ger oss en bild över hur en utsatt människa upplever sin egen om-

givnings reaktioner. Således handlar det inte om hur familj och vänner faktiskt reagerade enligt dem själva utan hur de agerade och handlade ur den skadades egen erfarenhets- och tankesfär.

8.2 *Könsskillnader i postaccidentala reaktioner*

Det är intressant att veta om det finns några klara skillnader mellan könen hur man har reagerat efter olyckor. De två följande tabellerna visar de signifikanta skillnaderna mellan män och kvinnor i Sverige hur de har reagerat tiden efter olyckan. Några könsskillnader i den finska enkätundersökningen har inte påträffats och redovisas därför inte i detta avsnitt.

Den negativa reaktion som uppvisar störst skillnad mellan männen och kvinnorna är den upplevda sorgen tiden efter olyckan. Bland de tillfrågade har 47 procent av kvinnorna givit uttryck för känslor som sorg och ledsamhet ett halvår efter olyckan. Det är svårt att finna någon förklaring till denna stora skillnad. Om man jämför sorgereaktionen ett halvår efter olyckan med hur situationen uppfattas av den skadade idag, visar undersökningen att sorgen avtagit men att 33 procent av kvinnorna fortfarande känner sorg. Studien visar också att kvinnor i större utsträckning än män är deprimerade efter olyckan. 29 procent av kvinnorna uppger att de är deprimerade idag. Båda talen för sorg och depression måste betraktas som relativt höga. Det är förvånande att så stor andel av de kvinnliga respondenterna ger uttryck för negativa reaktioner en längre tid efter olyckan.

Tabell 1:8:2:1 *Könsskillnader i negativa postaccidentala reaktioner för trafikskadade i Sverige åren* 1964–1995. *(procentangivelser samt ANOVA-varians).*

Variabel	MÄN	KVINNOR	SKILLNAD	ANOVA Varians
Ledsen/sorgsen halvår efter olyckan	29,9	47,1	17,2	0,000
Ledsen/sorgsen idag	21,1	33,0	11,9	0,005
Deprimerad idag	18,2	29,3	11,1	0,007

Källa: Datauppgifter om de trafikskadade respondenterna i undersökningen är baserade på register vid Trafikskadenämnden (Trafikförsäkringsföreningen) i Stockholm.

Naturligtvis är inte verkligheten sådan att den antingen är svart eller vit. Levnadssituationen för den människa som skadats svårt i en olycka skiftar också i färger och nyanser. Därför, är det få respondenter som markerat en-

bart positiva eller negativa reaktioner. Snarare är det så att de förändrade och de växlande reaktionerna kan vara svårdefinierbara. Ett resultat av undersökningen visar också på en komplexitet och ambivalens i materialet. Jag återkommer med en redovisning av dessa begränsningar längre fram i avhandlingen.

Tabell 1:8:2:2 *Könsskillnader i positiva postaccidentala reaktioner för trafikskadade i Sverige åren* 1964–1995 *(procentangivelser samt ANOVA-varians).*

Variabel	MÄN	KVINNOR	SKILLNAD	ANOVA Varians
Hoppfull/optimistisk halvår efter olyckan	29,9	18,8	11,1	0,008
Stärkt halvår efter olyckan	34,3	23,1	11,2	0,012

Källa: Datauppgifter om de trafikskadade respondenterna i undersökningen är baserade på register vid Trafikskadenämnden (Trafikförsäkringsföreningen) i Stockholm.

Om kvinnorna upplevde och gav uttryck för mer negativa reaktioner än männen i sina enkätsvar, så uppgav de manliga respondenterna mer positiva intryck av reaktionerna. De mest signifikanta könsskillnaderna finns redovisade i ovanstående tabell.

8.3 *Ålders- och könsskillnader i sociala levnadsvillkor*

Hur ser de sociala levnadsvillkoren ut om man jämför dem mellan kvinnor och män? Låt oss börja med att studera de trafikskadade och handikappade i Sverige. Undersökningspopulationen i Sverige är jämt fördelad mellan könen; 50 procent av populationen utgörs av män respektive 50 procent av kvinnor. Totalt har 59 frågor (här ingår delsvar) analyserats utifrån om det finns några könsskillnader. En undre gräns om 10 procent sattes för att avgöra huruvida det föreligger några klara och signifikanta könsskillnader i materialet. Könsskillnader som uppvisade värden överstigande 10 procent framkom i totalt 14 frågor.

För att kunna analysera könsskillnader grupperades frågorna i tre undersökningsgrupper. Dessa grupper är följande:

1. Välfärd och välbefinnande
2. Trafiksäkerhet och bilism
3. Familj, vänner och det sociala nätverket

Den största undersökningsgruppen där det finns könsskillnader är inom områdena *välfärd och välbefinnande*. I gruppen återfinns klara könsskillnader i 14 frågor som berör följande: samvetsfrågor, arbetsoförmögenhet, psykiskt välbefinnande och upplevd välfärd.

Resultatet av undersökningen visar att könsskillnaderna mellan trafikskadade och handikappade personer i Sverige är påtagliga när det gäller hur den skadade uppfattar sin egen välfärd och välbefinnande efter trafikolyckan. Det bör påpekas att det är fråga om respondentens subjektiva uppfattning om deras egen situation och här ingår inte några objektiva uppgifter. När det gäller samvetsfrågorna hur respondenten uppfattar det när göromål får utföras av andra i omgivningen respektive när göromål överhuvudtaget inte blir gjorda längre, är det kvinnorna som i större utsträckning är männen som känner dåligt samvete. 54,8 procent av kvinnorna känner dåligt samvete att göromål får utföras av andra människor i deras omgivning. En siffra som för männen är 32,8 procent. I enkäten frågades också om den tillfrågade känner dåligt samvete att göromål inte blir gjorda i familjen. Också när det gäller denna fråga är det kvinnor som har dåligt samvete 55,9 procent jämfört med männen 38,5 procent.

Totalt 51 procent av de trafikskadade i Sverige uppger att de inte arbetar idag (1996). I enkäten tillfrågades respondenterna i vilken grad de skulle kunna klara av att arbeta om de hade ett arbete idag. Undersökningen visar att det också i denna fråga finns klara könsskillnader. Det är fler kvinnor (66,4 procent) än män (52,9 procent) som uppger att de inte skulle kunna klara av ett arbete efter olyckan. En enkel variansanalys (ANOVA) bekräftar dessa förhållanden och visar att det föreligger signifikanta värden. Frågan om hur respondenterna uppfattar sin förmåga att klara av ett arbete, är dock inte signifikant enligt den statistiska analysen.

Följande tabell visar könsfördelningen i undersökningsgruppen.

Tabell 1:8:3:1 *GRUPP* 1: *Välfärd och välbefinnande för trafikskadade i Sverige åren* 1964–1995 (N=447)*(procentangivelser samt signifikantvärden) (ANOVA, varians)*

Variabel	Män	Kvinnor	Skillnad	ANOVA Varians
Dåligt samvete, göromål görs av andra	32,8	54,8	22,0	0,000
Ingen förändring av dåligt samvete att göromål inte blir gjorda	50,5	35,1	15,4	0,003
Dåligt samvete, göromål blir inte gjorda	38,5	55,9	17,4	0,003
Ingen förändring av dåligt samvete att göromål får utföras av andra	54,7	36,2	18,5	0,000
Klarar inte av att arbeta	52,9	66,4	13,5	0,06

Källa: Datauppgifter om de trafikskadade respondenterna i undersökningen är baserade på register vid Trafikskadenämnden (Trafikförsäkringsföreningen) i Stockholm.

Den andra undersökningsgruppen där könsskillnader kan redovisas är gruppen »*trafiksäkerhet och bilism*«. I ett modernt risksamhälle är det intressant att studera hur svåra trafikolyckor och trafikskador kan påverka människors attityder till trafiksäkerhet och bilism. Finns det anledning att tro att det skulle finnas några könsskillnader i attityder till bilismen? Bilismen och bilkulturen, har om man studerar bilens historia, sedan bilens födelse varit mansdominerad. Det är inte fel att påstå att bilen och den kultur där bilen finns som symbol i större utsträckning tillhört mannens världsbild. Bilen som objekt har fött en bilism, en motorism eller under modern tid vad man kan uttrycka för en massbilism. I enkäten ställdes frågan om respondenten var rädd för bilismen efter den olycka som han eller hon varit med om. Resultatet visar på en klar könsskillnad. Kvinnor är mer rädda för bilismen efter en trafikolycka än vad män är (52,9 procent jämfört med 30,0 procent för männen). Av de respondenter som svarat att de inte är rädda för bilismen efter olyckan gäller det omvända förhållandet. Här är männen i majoritet.

Undersökningen visar också att de trafikskadade kvinnorna i större utsträckningen än männen vill att trafiksäkerheten ska förbättras. Könsskillnaderna beträffande bilism och trafiksäkerhet är statistiskt säkerställd då samtliga värden är signifikanta.

Tabell 1:8:3:2 *GRUPP* 2: *Trafiksäkerhet och bilism. Trafikskadade i Sverige åren* 1964–1995 (N=447) *(procentangivelser samt signifikantvärden (ANOVA, Varians)*

Variabel	Män	Kvinnor	Skillnad	ANOVA varians
Bättre trafiksäkerhet behövs	27,9	44,1	16,2	0,001
Rädd för bilismen	30,0	52,9	22,9	0,005
Ej rädd för bilismen	58,2	31,2	27,0	0,005

Källa: Datauppgifter om de trafikskadade respondenterna i undersökningen är baserade på register vid Trafikskadenämnden (Trafikförsäkringsföreningen) i Stockholm.

Slutligen, den tredje undersökningsgruppen handlar om sociala relationer i det sociala nätverk som den trafikskadade har till sitt förfogande. Den tredje gruppen som är benämnd för »Familj, vänner och det sociala nätverket«, innefattar frågor om belastning, irritation och konflikter, sammanhållningen inom familjen samt nya vänner. Resultatet av studien visar att kvinnor i större utsträckning än män upplever negativa reaktioner och tillstånd efter olyckan. Könsskillnaderna är tydliga och visar att kvinnorna känner en större belastning inom den egna familjen. Likaså upplever de mer irritation och konflikter inom familjen. Även om kvinnorna i större utsträckning upplever negativa tillstånd så känner de ändå en större sammanhållning inom familjen än tiden före olyckan.

En ytterligare fråga i enkäten var hur många nya vänner som de trafikskadade fått efter olyckan. Resultatet visar att fler män (38,3 procent) än kvinnor (26,6) uppger att de fått fler än fem nya vänner efter olyckan. Nedanstående tabell visar könsfördelningarna inom den tredje gruppen.

Tabell 1:8:3:3 *GRUPP* 3: *Familj, vänner och det sociala nätverket. Trafikskadade i Sverige åren* 1964–1995 (N=447) *(procentangivelser samt signifikantvärden (ANOVA, Varians)*

Variabel	Män	Kvinnor	Skillnad	ANOVA varians
Mer belastning för andra	30,3	43,2	12,9	0,087
Ingen förändring av belastningen mot tidigare	50,7	37,4	13,3	0,087
Irritation och konflikter i familjen	32,8	45,3	12,5	0,062
Ingen förändring av irritation/konflikter mot tidigare	53,4	41,0	12,4	0,062

Starkare sammanhållning inom familjen	24,2	34,6	10,4	0,012
Fått fler än fem nya vänner	38,3	26,6	11,7	0,053

Källa: Datauppgifter om de trafikskadade respondenterna i undersökningen är baserade på register vid Trafikskadenämnden (Trafikförsäkringsföreningen) i Stockholm.

Sammanfattningsvis går det att dra följande konklusioner från analysen. De slutsatser som kan dras ifrån resultatet med könsskillnader i de sociala levnadsvillkoren i Sverige är att skillnaderna är stora mellan män och kvinnor. Kvinnorna upplever i större utsträckning än män negativa tillstånd och upplevelser än män. Det är viktigt att ha en helhetssyn när man analyserar detta resultat. Studien visar att kvinnornas situation måste betraktas som besvärligare än männens. Kvinnornas sociala situation synes vara mer fylld med upplevda problem än männens. Kvinnorna upplever också i större utsträckning än männen att de inte klarar av att arbeta. De blir därför utestängda från arbetsmarknaden i högre grad.

Kvinnor har i större utsträckning än män en mer *uttalad* rädsla för bilismen och dess faror. Detta fenomen går att finna i undersökningens resultat. Samtidigt uppger fler kvinnor än män att de vill ha en bättre trafiksäkerhet i samhället. Det är möjligt att det är så att det också finns en *outtalad* rädsla som kan förklara skillnaden mellan män och kvinnor. Den svenska enkäten ger emellertid inget svar på detta då endast de uttalade känslorna kommer till uttryck. Men det skulle ändå kunna vara möjligt att på ett mer filosofiskt plan resonera om skillnaderna mellan en uttalad rädsla och en outtalad. Det är naturligtvis möjligt att män kan ha en rädsla för bilismen och olyckorna inom sig utan att ge uttryck för denna rädsla. För att mäta detta skulle det krävas ytterligare forskning med en mer kvalitativ inriktning. Jag återkommer till uttalade och outtalade känslor i avhandlingens andra resultatavsnitt som handlar om copingresurser och strategier efter olyckorna.

När det gäller könsskillnaderna i enkätstudien i Finland är förhållandena något mer komplicerade än vad som var fallet med den svenska studien. Den finska svarspopulationen är betydligt snedare än den svenska. I Finland utgörs den totala svarspopulationen av 61 procent män respektive 39 procent kvinnor. Detta komplicerar analysarbetet. Därför har jag studerat kolumnprocenten i korstabellerna som ger en bild av hur stor andel av männen respektive kvinnorna som svarat på ett visst sätt.

Vid analysen av den finska handikappenkäten har det liksom det svenska

materialet varit möjligt att indela resultatet i tre grupper där könsskillnader framkommer tydligt. Totalt har könsskillnader påträffats i fem variabler. Jämfört med den svenska enkäten, som jag tidigare redogjort för, är det här fråga om något färre könsskillnader. En tänkbar förklaring till detta skulle vara att populationens representativitet skiljer sig något från den svenska enkäten. Dessa grupper är följande:

1. Välfärd och välbefinnande
2. Bilismen
3. Familj, vänner: Sociala nätverket

Den första gruppen som innehållsmässigt skulle kunna vara identisk med den svenska enkätresultatet, är i den finska enkäten något mindre. Bland de undersökta variablerna finns endast könsskillnad i en variabel. I enkäten tillfrågades respondenterna om de anser att en trafikskadad person kompenseras tillräckligt efter en olycka. I Finland är fler män än kvinnor negativt inställda till kompensationen. Könsskillnaden om 12 procent är dock inte statistiskt säkerställd då det inte finns någon signifikant skillnad.

Tabell 1:8:3:4 *GRUPP* 1: *Välfärd och välbefinnande. Trafikskadade i Finland åren* 1960–1994 (N=389) *(procentangivelser samt signifikantvärden (ANOVA, Varians)*

Variabel	MÄN	KVINNOR	SKILLNAD	ANOVA varians
Dålig/låg kompensation	64,8	52,8	12,0	0,441

Källa: Datauppgifter om de trafikskadade respondenterna i undersökningen är baserade på register vid Försäkringsbranschens Rehabiliteringscentral i Helsingfors.

I den andra undersökningsgruppen återfinns de trafikskadades attityder till den moderna bilismen i Finland. Undersökningen visar att de trafikskadades attityder i Finland inte nämnvärt skiljer sig från de skadade i Sverige. Också i Finland är rädslan för bilismen störst bland kvinnor. 39,5 procent av samtliga kvinnor i undersökningen säger att de blivit rädda för bilismen efter olyckan. En siffra som kan jämföras med kvinnornas rädsla i Sverige som var 52,9 procent.

Tabell 1:8:3:5 *GRUPP* 2: *Bilismen. Trafikskadade i Finland åren* 1960–1994 (N=389) *(procentangivelser samt signifikantvärden (ANOVA, Varians)*

Variabel	Män	Kvinnor	Skillnad	ANOVA varians
Rädd för bilismen	19,0	39,5	20,5	0,002
Ej rädd för bilismen	71,0	49,7	21,3	0,002

Källa: Datauppgifter om de trafikskadade respondenterna i undersökningen är baserade på register vid Försäkringsbranschens Rehabiliteringscentral i Helsingfors.

Tabell 1:8:3:6 *GRUPP* 3: *Familj, vänner; Sociala nätverket. Trafikskadade i Finland åren* 1960–1994 (N=389) *(procentangivelser samt signifikantvärden (ANOVA, Varians)*

Variabel	Män	Kvinnor	Skillnad	ANOVA varians
Starkare sammanhållning inom familjen	28,1	43,8	15,7	0,003
Har träffat någon annan trafikskadad person	67,1	49,7	17,4	0,001

Källa: Datauppgifter om de trafikskadade respondenterna i undersökningen är baserade på register vid Försäkringsbranschens Rehabiliteringscentral i Helsingfors.

Den sociala problematiken med trafikolyckor i samhället är något som är okänt för många människor. Studien visar att trafikolyckornas konsekvenser i samhällsbilden också är okända för offren själva. Det finns något filosofiskt i tanken om vetskapen om bilismens offer. Varför vet vi så lite om de totala siffrorna för trafikdöd och trafikskador? Bilismens faror finns i vårt medvetande men ändå diskuteras ändå inte perspektivet om nationella problem och nationella sorger. Ett intressant fenomen i Finland och Sverige är just synliggörandet av offren efter olyckor. Bilismen hjälper samhället att synliggöra eller dölja dess konsekvenser. Ett konkret exempel på detta är de svårt trafikskadade människornas fortsatta liv. Deras mobilitet är begränsad. Antingen kan de köra en handikappanpassad bil på egen hand eller så är de hänvisade att åka i specialfordon, åtskilda från övriga samhällsgrupper i samhället. I Finland sker transporterna i specialfordon med ibland mörkfärgade vindrutor. Det är helt enkelt svårt att kunna se in i dessa fordon. Det är fråga om en sluten mobilitet. I Sverige sker dessa transporter, vad jag skulle vilja benämna för öppen transport. Specialfordonen har vanliga vindrutor där man kan se in i.

Omvända förhållandet gäller i båda länderna när det gäller liktranspor-

tering. I Finland kör likbilarna med ofärgade glas medan samma bilar i Sverige har mörka rutor. Båda exemplen visar hur samhällen kan synliggöra döden och/eller dölja fenomen om trafikskadornas utbredning och handikappade människor på olika vis. Detta är enligt min mening grundläggande för hur människor i allmänhet uppfattar död och skador i olika perspektiv.

Hur medvetna är då offren själva om denna sociala problematik? Vad vet offren själva om trafikoffren? Två skattningsfrågor ställdes i enkäten. För det första ställdes frågan hur många människor som omkommer i trafikolyckor varje år. Den andra frågan handlade om hur många människor som skadas i olyckor årligen. Syftet med de båda skattningsfrågorna var att få en bild över hur stor medvetenheten är hos dem som drabbats av olyckor, en medvetenhet om de uppfattar sig själva som en liten eller större grupp i risksamhället. 25 procent av de tillfrågade trodde att det årligen skadades mellan 7 100–15 000 personer i Finland. 30 procent svarade att de trodde att mellan 500–3 000 skadades i trafiken samtidigt som 35 procent trodde att mellan 3 100–7 000 skadades årligen. Slutsatsen av undersökningen blir därför att majoriteten av de tillfrågade som själva skadats i en olycka inte är medvetna om hur många människor som i verkligheten faller offer i trafiken. Bara var fjärde trafikskadad uppgav rätt alternativ.

När det gäller uppfattningen om trafikdöden så var det få i undersökningen som uppgav rätt alternativ. 15 procent trodde att mellan 510–1 500 personer omkom i trafiken årligen.

Slutsatsen som kan dras av resultatet är att medvetenheten bland de som skadats i trafikolyckor är låg när det gäller såväl trafikdödens som trafikskadornas utbredning i samhället. Av resultaten att döma går det inte att finna några könsskillnader i båda länderna som kan säkerhetsställas med någon signifikans.

8.4 *Det positiva och negativa*

Vad är då positivt och negativt? För att kunna analysera de attityder som framgår i frågorna om hur den skadade reagerade på den prognos han/hon fick av läkaren är det viktigt att utgå från en summerad skala då undersökningen omfattat totalt 13 attityder under varje tidsperiod. Jag har därför summerat de olika påståendena med såväl positiv som negativ tendens. En slutsats som kan dras av detta tillvägagångssätt är att om den tillfrågade personen angivit attityder med positiv tendens och samtidigt tagit avstånd och inte angivit attityder med negativ tendens, så återfinns den tillfrågade personen nära

summaskalans positiva tendenspunkt. Summaskalan är så konstruerad att 0 poäng betyder att respondenten inte har markerat några reaktioner överhuvudtaget. 1 poäng betyder att respondenten uppgivit en negativ/positiv reaktion, 2 poäng motsvarar två markerade reaktioner i någon riktning o.s.v. Ju mer poäng som finns angivna i matrisen desto fler positiva alternativt negativa reaktioner har respondenterna angivit i enkätstudien. Det finns en uppenbar risk i många vetenskapliga undersökningar att en tillfrågad person som besvarar en attitydfråga har en tendens att svara positivt på alla de attityder som finns uppradade i en frågeställning. Vi kan kalla gruppen för ja-sägare. Men det finns också nej-sägare som istället har en tendens att besvarat attitydfrågorna negativt. Resultatet av de båda enkäterna inom ramen för undersökningen visar dock att gruppen ja-sägare och nej-sägare måste betraktas som liten i materialet.

Tabell 1:8:4:1 *Postaccidentala reaktioner fördelade på en positiv grupp och en negativ grupp. Trafikskadade i Finland under åren* 1960–1994. *Summaskala med angivna procenttal.*

	P	O	S	I	T	I	V	N	E	G	A	T	I	V
	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
Män – DU														
Veckor	43,2	44,7	9,2	2,4	0,5	0	0	36,6	32,7	13,7	10,2	2,9	1,5	0,5
Halvår	43,2	42,7	11,4	1,4	1,4	0	0	48,2	30,0	7,7	9,1	3,2	0,5	0,9
Två år	35,0	50,0	10,9	3,2	0,9	0	0	55,9	29,1	4,5	4,5	3,2	1,8	0,9
År 1996	37,9	46,9	10,7	3,6	0,9	0	0	58,5	21,1	7,1	4,9	1,8	1,3	0,4
Kvinnor – DU														
Veckor	47,9	38,7	5,9	6,7	0	0,8	0	27,7	37,8	17,6	10,9	2,5	2,5	0
Halvår	40,4	46,1	7,8	5,7	0	0	0	41,1	28,4	14,2	12,1	1,4	2,1	0,7
Två år	27,6	48,3	15,9	6,9	0,7	0,7	0	51,0	28,3	9,7	5,5	1,4	3,4	0,7
År 1996	29,5	44,3	20,8	3,4	1,3	0,7	0	59,1	22,1	13,4	2,0	2,7	0	0,7
Män – FAM														
Veckor	26,5	35,6	18,3	10,0	8,7	0,9	0	40,2	34,7	14,6	8,2	1,4	0	0,5
Halvår	19,2	47,7	16,4	8,9	4,7	2,8	0,5	67,3	20,1	6,5	3,3	1,9	0,5	0
Två år	17,3	56,5	12,6	7,0	4,7	1,9	0	72,9	18,7	3,3	3,7	0,9	0	0
År 1996	20,4	54,2	13,0	8,3	3,2	0,9	0	73,6	17,1	4,6	2,3	1,4	0	0,5
Kvinnor – FAM														
Veckor	24,6	35,9	14,8	13,4	9,9	1,4	0	24,6	43,0	19,7	9,2	3,5	0	0
Halvår	14,9	43,3	17,7	13,5	9,2	1,4	0	63,1	21,3	8,5	5,0	0,7	0,7	0,7
Två år	10,6	47,5	20,6	12,8	6,4	2,1	0	72,3	17,0	5,7	2,8	0,7	1,4	0
År 1996	12,9	47,5	21,6	10,8	5,8	1,4	0	75,5	16,5	3,6	3,6	0	0	0,7
Män – VÄN														
Veckor	26,1	42,7	14,2	9,2	5,0	2,8	0	50,9	35,8	10,6	2,3	0	0	0
Halvår	23,2	51,7	12,8	7,6	3,8	0,9	0	69,2	22,3	6,2	0,9	0,9	0	0
Två år	24,6	58,8	10,0	3,8	2,4	0,5	0	73,0	21,8	3,8	0,9	0	0	0
År 1996	27,9	56,3	11,1	2,4	1,4	1,0	0	73,6	21,2	3,8	0,5	0,5	0	0
Kvinnor – VÄN														
Veckor	26,1	37,3	16,9	12,0	4,2	2,1	1,4	33,8	48,6	12,7	4,2	0,7	0	0
Halvår	18,6	43,6	19,3	12,1	4,3	1,4	0,7	72,9	18,6	6,4	2,1	0	0	0
Två år	23,2	47,9	19,0	6,3	1,4	2,1	0	71,8	22,5	4,2	0,7	0,7	0	0
År 1996	23,8	51,7	14,0	7,0	2,1	1,4	0	74,8	18,9	4,9	0	0,7	0,7	0

Källa: Datauppgifter om de trafikskadade respondenterna i undersökningen är baserade på register vid Trafikskadenämnden (Trafikförsäkringsföreningen) i Stockholm.

v grupp. Trafik-

T	I	V
4	5	6
2,9	1,5	0,5
3,2	0,5	0,9
3,2	1,8	0,9
1,8	1,3	0,4
2,5	2,5	0
1,4	2,1	0,7
1,4	3,4	0,7
2,7	0	0,7
1,4	0	0,5
1,9	0,5	0
0,9	0	0
1,4	0	0,5
3,5	0	0
0,7	0,7	0,7
0,7	1,4	0
0	0	0,7
0	0	0
0,9	0	0
0	0	0
0,5	0	0
0,7	0	0
0	0	0
0,7	0	0
0,7	0,7	0

de på register vid

8.5 *Ambivalens och komplexitet*

Vid en sammanslagning av samtliga punkter utmed summaskalan (och då man bortser från tidsaspekten), erhålls den tredje gruppen »positiv« respektive »negativ« totalt. Resultatet blir en fördelning av känsloreaktioner som skulle kunna ge uttryck för en viss tendens i materialet. I undersökningen av trafikskadade människors reaktioner efter en olycka visar det sig att någon sådan given bild inte framträder. De postaccidentala reaktionerna i de båda grupperna uppvisar mycket låga absoluta tal samtidigt som de absoluta värdena är desto högre i en tredje grupp som utgörs av de respondenter som svarat både positiva och negativa reaktioner i frågeformuläret. Jag benämner denna tredje grupp i undersökningen för den ambivalenta gruppen, då det finns tydliga tecken på att det råder en viss typ av ambivalens i materialet. Till detta följer också att missing values måste betraktas som höga då de i två fall överstiger värden som motsvarar hälften av den totala populationen. Mot bakgrund av dessa konklusioner bör det insamlade materialet betraktas som både instabilt och oklart. Denna instabilitet kan ha flera troliga förklaringar. För det första kan det bero på att det varit mycket svårt för respondenten att fylla i korrekt reaktion under respektive tidsperiod.[2] Lång tidsperiod kan ha förflutit efter olyckan. Som jag tidigare har redogjort för har majoriteten av respondenterna en lång erfarenhet av skadorna. Medelvärdet för antalet uppnådda skadeår under undersökningsåret 1996 var som tidigare nämnts 9,6 år. Det kan därför hållas för troligt att respondenten kan ha haft svårigheter med att minnas sina reaktioner efter den traumatiska olyckan och den efterföljande vården samt rehabiliteringen. För det andra kan respondenten haft svårt att bestämma hur stor andel av reaktionerna som varit positiva respektive negativa. Tillvaron behöver inte nödvändigtvis vara mörk eller ljus utan det kan naturligtvis finnas en stark och naturlig växelverkan.

Slutsatsen som bör dras så här långt är att materialet som rör de postaccidentala reaktionerna är instabilt. Mot bakgrund av denna instabilitet och oklarhet är det därför inte motiverat att genomföra någon mer sofistikerad statistisk analys som till exempel faktoranalys innebär. Snarare torde det vara mer motiverat att studera de endimensionella marginalfördelningarna i materialet när det gäller hur många av respondenterna som upplevt en och annan reaktion.[3]

Är det då möjligt att försöka göra någon djupare analys av de postaccidentala reaktionerna i undersökningsmaterialet? Och skulle en sådan analys

kunna vara ett värde i sig trots den uppenbara bristen i generaliserbarhet och validitet? Jag menar, och argumenterar för, att en analys är möjlig att göra. Den grupp som undersöks i studien är inte någon vanlig undersökningspopulation. Det handlar om människor som har skadats svårt i trafikolyckor och har ådragit sig olika skador i samband med dessa. Av detta följer att gruppen ingalunda är homogen. Låt vara att det råder en klar ambivalens i materialet vad gäller själva reaktionerna efter olyckorna. Enligt min mening utgörs populationen snarare av en heterogen undersökningsgrupp. Inom handikappforskning är det därför viktigt att forskaren kan ha vissa friheter när det gäller tolkningen av heterogena grupper. Statistiskt sett kanske det ligger några faror i att tolka och dra allt för långtgående slutsatser från ett ambivalent material men i den här studien skulle det snarare vara motiverat att försöka följa och beskriva de huvudsakliga profillinjerna.

8.6 *Livskonsekvenser*

Den centrala frågeställningen i avhandlingen är frågan hur livet blev efter trafikolyckan. I de båda enkätundersökningarna som gjordes i Finland och Sverige under våren, sommaren och hösten 1996 tillfrågades trafikskadade om hur de upplevde tiden efter olyckan. Det är viktigt att här klargöra det faktum att undersökningen är baserad på den skadades och handikappades egen upplevda självbild. I det första avsnittet är det min avsikt att redogöra för resultaten av den egna självbilden och vilka grundläggande och specifika postaccidentala reaktioner som ingår i denna uppfattning. I de två efterföljande avsnitten redogör jag för hur den skadades självbild av hur den egna familjen och de närstående vännerna utvecklat postaccidentala reaktioner under de fyra olika tidsperioderna efter olyckan. Ur metodologisk synvinkel råder ambivalens och en viss grad av komplexitet i framställningen. Denna ambivalens utgör enligt min mening inget hinder för analys av resultaten.

Det är dock viktigt att fästa uppmärksamheten på att den fortsatta framställningen avser den skadades egen självbild av dels sina egna reaktioner efter olyckan men också av familjens och vännernas varierande reaktioner över tid. Någon särskild enkät som skickats ut till familjemedlemmar och vänner har inte gjorts inom ramen för projektet men skulle kunna vara en uppläggning för vidare forskning om anhörig- och familjestöd vid kriser och olyckstillstånd.

En trafikolycka är till en början en stor och negativ händelse i en människas

liv. Den stora omvälvning och förändring av livssituationen som olyckan utgör innebär stora påfrestningar för den individ som drabbas. Olyckan sätter sina spår i människan. Den blir en milstolpe i människolivet och blir synlig också för omgivningen under olika tidsstationer. I enkäten som skickades ut till trafikskadade fick den svarande markera kryss i rutor som motsvarar postaccidentala reaktioner.

Kritik skulle kunna vara möjlig att riktas mot denna typ av konstruktion av reaktioner men enligt min bedömning innebär en olycka en sådan stor och påtaglig livsförändring att den skadade eller handikappade personen knappast har glömt känslor under de olika tidsstationerna efter olyckan. Går det att utifrån undersökningsresultaten dra slutsatsen att de trafikskadade blivit påverkade mot negativa tillstånd efter olyckan?

Vad händer med de negativa tillstånden hos en trafikskadad person? Om exempelvis ilskan eller sorgen minskar något med tiden, går det då att säga att dessa reaktioner har reducerats eller finns de latenta hos individen? Låt oss betrakta sorgen. Med sorg menas för en trafikskadad person sorgen över en förlust och sorg för en skada. Det är möjligt att indela sorgen i tre stadier; realitetsinstinkt, återanpassningen till vardagen samt planeringen inför en ny livsperiod.[4] Det vore fel att säga att sorg är något statiskt. Snarare finns där en rörlighet mot framtiden och tillbaka till dåtiden. Det handlar således om individens orientering tillbaka i livet men också om en nyorientering mot ny mål och en väg mot framtiden.

Låt oss nu återvända till den trafikskadade personen. Det finns olika typer och grad av sorg. Det kan också finnas kulturella skillnader mellan Sverige och Finland som gör att sorgen och sorgeproblematiken uppfattas på olika vis. Det kan handla om sorg över att ha förlorat en kroppslig extremitet, minnesförluster, talförluster etc. Men sorgen kan också vara en sorg över en familjemedlem eller vän som man har förlorat i samband med olyckan. Därför, och det här är viktigt när man studerar sorgen under postaccidentalperioden, är det väsentligt att inte ha en statisk bild framför sig vid tolkningen av respondenternas svar. Majoriteten av de trafikskadade i båda länderna har inte kryssat i svarsalternativet »sorg« i enkäten. Naturligtvis kan forskaren inte veta varför de inte angivit sorg som känsla efter olyckan men det kan också ha som förklaring att vi ser på sorg och upplever den på så skilda vis. Sorgen, är en av de negativa postaccidentala reaktioner som kan sägas ingå som en del av de reaktioner som en människa får genomgå efter en trafikolycka.

De fyra tidsstationerna i undersökningen ger möjligheter att säga något om det sorgearbete som en trafikskadad får genomgå. Undersökningen visar att var tredje respondent i Finland haft sorg några veckor efter olyckan. I Sverige uppgav mer än hälften av de svarande att de upplevt sorg den första tiden. Det här resultatet framgår i nedanstående matriser över reaktioner under post-accidentalperioden. Sorgen avtar med tiden för respondenterna i båda länderna. Anmärkningsvärt är dock att sorgen synes vara mer frekvent hos de trafikskadade i Sverige än vad som är fallet i Finland. Detta är anmärkningsvärt om man betraktar den trafikskadade människan ur ett holistiskt perspektiv. Fenomenet är också intressant om man betänker att det deltagit fler yngre människor i den finska enkätstudien. I den svenska studien finns en större representation av äldre trafikskadade.

De båda populationerna skiljer sig från varandra på två vis som kan tänkas ha stor inverkan på individens sorg och sorgearbete. De handikappade i Finland lever i större utsträckning ensamma och majoriteten av dem arbetar inte efter olyckan. Majoriteten av de trafikskadade i Sverige däremot lever tillsammans med någon och arbetar i större utsträckning. Hälften av respondenterna uppger att de inte arbetar idag. Det är en nivå som ligger tjugo procent under de förhållanden som råder för de handikappade i Finland.

Också när det gäller den handikappades självuppfattning om den egna förmågan att i framtiden klara av att arbeta, finns påtagliga skillnader mellan länderna. De handikappade i Finland har en större känsla och självförtroende av att klara av att arbeta än handikappade i Sverige. Det här visar att det finns skillnader som har en hög signifikans. När det sedan gäller arbetets betydelse för krisbearbetningen och sorgearbetet efter olyckan går det inte utifrån undersökningsresultatet att uttala sig om att ett sådant samband skulle föreligga.

Undersökningen kan dock inte ge något svar huruvida det finns något direkt samband mellan sorg och avsaknaden av ett arbete och egen familj för just de handikappade som ingår i studien. Det skulle vara alltför svårt att mäta ett sådant tillstånd i en kvantitativ analys. Det kan finnas flera förklaringar till att det är så. Min undersökningen ger dock inte svar på frågan hur detta skulle kunna förklaras. För detta skulle det krävas vidare forskning. Arbetets innebörd och betydelse, mobiliseringen av den egna familjens stödresurser, kommer att diskuteras mer ingående i den andra resultatdelen som behandlar de kvalitativa intervjuerna.

Tabell 1:8:6:1 *Postaccidentala reaktioner hos personer som skadats i trafikolyckor fördelade över de fyra tidsstationerna, (några veckor, ett halvår, två år, idag) efter traumatiska trafikolyckor i* Finland *under åren* 1960–1994. (N = 389) *Den egna självuppfattningen.*

Postaccidentala reaktioner	Veckor %	(n)	Halvår %	(n)	Två år %	(n)	Idag %	(n)
Ilska								
ja	18,2	(59)	17,5	(63)	15,9	(58)	13,9	(52)
nej	81,8	(265)	82,5	(298)	84,1	(307)	86,1	(321)
Sorg								
ja	32,0	(104)	18,8	(68)	13,4	(49)	11,5	(43)
nej	68,0	(221)	81,2	(293)	86,6	(316)	88,5	(330)
Likgiltighet								
ja	8,6	(28)	6,6	(24)	6,3	(23)	5,1	(19)
nej	91,4	(297)	93,4	(337)	93,7	(342)	94,9	(354)
Frustration								
ja	12,6	(41)	15,8	(57)	13,7	(50)	15,8	(59)
nej	87,4	(284)	84,2	(304)	86,3	(315)	84,2	(314)
Depression								
ja	32,9	(107)	29,9	(108)	22,7	(83)	19,8	(74)
nej	67,1	(218)	70,1	(253)	77,3	(282)	80,2	(299)
Isolering								
ja	6,2	(20)	8,6	(31)	7,7	(28)	8,3	(31)
nej	93,8	(305)	91,4	(330)	92,3	(337)	91,7	(342)
Chock								
ja	18,8	(61)	5,8	(21)	4,1	(15)	2,7	(10)
nej	81,2	(264)	94,2	(340)	95,9	(350)	97,3	(363)
Optimism/hoppfullhet								
ja	24,9	(81)	27,7	(100)	24,9	(91)	16,4	(61)
nej	75,1	(244)	72,3	(261)	75,1	(274)	83,6	(312)
Blev stärkt								
ja	17,8	(58)	20,2	(73)	23,0	(84)	16,9	(63)
nej	82,2	(267)	79,8	(288)	77,0	(281)	83,1	(310)
Förvåning								
ja	6,2	(20)	2,8	(10)	2,7	(10)	1,9	(7)
nej	93,8	(305)	97,2	(351)	97,3	(355)	98,1	(366)
Lugnad								
ja	3,1	(10)	8,9	(32)	23,3	(85)	28,7	(107)
nej	96,9	(315)	91,1	(329)	76,7	(280)	71,3	(266)
Andra har det värre								
ja	21,2	(69)	16,9	(61)	19,7	(72)	27,6	(103)
nej	78,8	(256)	83,1	(300)	80,3	(293)	72,4	(270)

Källa: Datauppgifter om de trafikskadade respondenterna i undersökningen är baserade på register vid Försäkringsbranschens Rehabiliteringscentral i Helsingfors. Anmärkning: I tabellen anges validprocenten vilket innebär att missing-values är borträknade.

Tabell 1:8:6:2 *Postaccidentala reaktioner hos personer som skadats i trafikolyckor fördelade över de fyra tidsstationerna, (några veckor, ett halvår, två år, idag) efter traumatiska trafikolyckor i* Sverige *under åren* 1964–1995 (N=447).

Postaccidentala reaktioner	Veckor %	(n)	Halvår %	(n)	Två år %	(n)	Idag %	(n)
Ilska								
ja	22,8	(90)	20,6	(85)	16,0	(67)	14,2	(60)
nej	77,2	(305)	79,4	(327)	84,0	(351)	85,8	(364)
Sorg								
ja	51,9	(205)	38,6	(159)	32,1	(134)	27,1	(115)
nej	48,1	(190)	61,4	(253)	67,9	(284)	72,9	(309)
Likgiltighet								
ja	6,8	(27)	4,1	(17)	4,1	(17)	7,3	(31)
nej	93,2	(368)	95,9	(395)	95,9	(401)	92,7	(393)
Frustration								
ja	10,9	(43)	11,9	(49)	12,4	(52)	10,8	(46)
nej	89,1	(352)	88,1	(363)	87,6	(366)	89,2	(378)
Depression								
ja	33,4	(132)	31,3	(129)	23,9	(100)	23,8	(101)
nej	66,6	(263)	68,7	(283)	76,1	(318)	76,2	(323)
Isolering								
ja	9,1	(36)	10,0	(41)	8,6	(36)	5,4	(23)
nej	90,9	(359)	90,0	(371)	91,4	(382)	94,6	(401)
Chock								
ja	19,0	(75)	4,6	(19)	2,2	(9)	0,7	(3)
nej	81,0	(320)	95,4	(393)	97,8	(409)	99,3	(421)
Optimism/hoppfullhet								
ja	20,5	(81)	24,3	(100)	22,5	(94)	17,0	(72)
nej	79,5	(314)	75,7	(312)	77,5	(324)	83,0	(352)
Blev stärkt								
ja	21,3	(84)	28,6	(118)	23,4	(98)	15,1	(64)
nej	78,7	(311)	71,4	(294)	76,6	(320)	84,9	(360)
Förvåning								
ja	5,8	(23)	1,9	(8)	2,9	(12)	2,4	(10)
nej	94,2	(372)	98,1	(404)	97,1	(406)	97,6	(414)
Lugnad								
ja	6,6	(26)	5,3	(22)	8,4	(35)	8,0	(34)
nej	93,4	(369)	94,7	(390)	91,6	(383)	92,0	(390)
Andra har det värre								
ja	31,9	(126)	32,3	(133)	38,0	(159)	47,2	(200)
nej	68,1	(269)	67,7	(279)	62,0	(259)	52,8	(224)

Källa: Datauppgifter om de trafikskadade respondenterna i undersökningen är baserade på register vid Trafikskadenämnden (Trafikförsäkringsföreningen) i Stockholm. Anmärkning: I tabellen anges validprocenten vilket innebär att missing-values är borträknade.

När det gäller inslag av depression som reaktion så är det vanligt förekommande bland trafikskadade i båda länderna. Depression är vanligast tiden direkt efter olyckan och avtar sedan med tiden. Vad vet vi så här långt? Det finns mönster i materialet som visar att sorg och depression avtar med tiden hos respondenterna i båda länderna.

De livskonsekvenser som de trafikskadade beskrivit i Finland och Sverige visar sammantaget på hur stort och komplext trafikskadan är för den utsatta människan. Det går inte att ge någon helt entydig bild över hur en olycka drabbar människor generellt sett. Varje människa är unik precis som varje olycka är speciell. Och det är kanske detta som komplicerar forskningen om de efterföljande reaktionerna hos trafikoffer. De båda enkätstudierna har visat på vilken komplexitet och ambivalens det råder i materialet. För den skadade människan kan det finnas en rad andra tänkbara reaktioner som inte fanns med på enkäten. Flera av respondenterna har själva angivit vilka reaktioner som passat bäst på just deras egen situation. På alternativet »Annat« har de själva beskrivit de efterföljande reaktionerna.

Resultatet visade sig inrymma en rad olika reaktioner under de fyra tidsperioderna efter olyckorna som de skadade varit med om. På svarsalternativet »annat« var det ett relativt stort antal respondenter som hade antecknat övriga reaktioner. De alternativa reaktioner som de skadade upplevt är mångfasetterade vilket gör dem svåra att kategorisera. Därför har jag valt att i löpande framställning redogöra för några av de reaktioner som de trafikskadade själva antecknat på enkäten.

Som jag tidigare nämnde är det svårt för att inte säga omöjligt att indela alla reaktioner i kategorier. En traumatisk olycka innebär en lång rad av reaktioner och minnesupplevelser från den stora händelsen i människans liv. Flera av de trafikskadade i båda länderna visade sig vara medvetslösa under den första tiden efter olyckan. Medvetslöshet men också minnesförluster från den traumatiska olyckan har medfört att flera skadade har svårt att redogöra för sina känslor och upplevelser den första tiden. Vanliga reaktioner synes också vara rädsla och oro för den egna familjen. Minnesupplevelser från värk och smärta är också något som de trafikskadade redogör för i sina enkätsvar. Att en olycka kan bli traumatisk vittnar en respondent om som skrivit att han inte längre kunde klara av att fungera i arbetslivet mer. I enkäten stod det: »Jag levde genom mitt jobb och när det ej gick att utföra så tyckte jag att jag därmed inte hade rätt att leva«. En annan trafikskadad redogör för självmordstankar och ångestattacker som uppstått som en följd av den traumatiska hän-

delsen. Tankarna om att ha förmågan kvar att klara av ett arbete finns hos flera skadade. En trafikskadad skriver om kampen tillbaka till sitt arbete.

Värk och svåra smärtor efter olyckor kan i vissa fall ge upphov till svårare traumatiska tillstånd som exempelvis en förlorad livsmening. Någon enstaka trafikskadad har beskrivit sin situation på ett mörkt vis exempelvis att de önskade att de skulle dö istället för att leva med de svåra smärtorna. Dessa tankar och upplevelser står i stark kontrast till de ljusare beskrivningar av de efterföljande reaktionerna. Flera skadade redogör för hur det en tid efter olyckan (några veckor till ett halvår) har gått upp för dem vilken tur de haft som överlevt krisen. I dessa svar beskrivs en stor glädje över att ha överlevt. Likaså ges här en bild av en kamp som förs av den skadade människan på vägen tillbaka till livet. Tacksamheten att man klarat av livet med behåll har kombinerats med humor och kämpatag hos den drabbade och dennes familj. Positivt tänkande och en successiv grad av accepterande av den nya situationen har fört den trafikskadade människan vidare i livet. Citat som »det kunde vara värre vid tanken på hur olyckan var«, »jag kunde ha dött«, »jag lever ju« och »glad att vi levde« visar på den ljusa sidan av de postaccidentala reaktionerna.

Om man betraktar de fyra tidsstationerna så finns det en linje som visar hur människan gradvis lär sig att anpassa sig till sin nya livssituation även om det för många människor är en svår och smärtsam vandring. För några trafikskadade är situationen mycket svår även efter en längre tidsperiod. Det här vittnar de svar som de skadade har givit i de båda enkätundersökningarna. Efter två år men också under längre tid har de skadade haft känslor av sin svåra situation som skadad och handikappad. Några av de skadade beskriver sin situation på olika sätt. Följande citat exemplifierar: »mitt drömyrke sprack p.g.a. skadorna«, »ångestattacker o.s.v.«, »mardrömmar«, »rädd«, »isolerade mig«, »saknar livsglädje och entusiasm«, »ibland mycket deprimerad«, »undrar varför det hände och hur mitt liv hade sett ut om det inte hänt«, »bitter«, »varför blir man inte trodd?«.

I nästa avsnitt avser jag att redogöra för hur den trafikskadade människan upplevt reaktionerna i det sociala nätverket, med andra ord reaktioner och känslor i den närmaste omgivningen såsom familj, anhöriga och vänner.

8.7 *Postaccidentala reaktioner i det sociala nätverket*

För att klara av att bemästra en svår situation efter en kris eller olycka är det mycket viktigt att den drabbade har ett fungerande socialt nätverk för att kunna ha möjligheterna att komma tillbaka till ett självständigt liv. Det sociala nätverket har i tidigare forskning också visat sig ha stor betydelse för copingframgången. Man skulle kunna uttrycka det som att familjen är en viktig copingresurs. Jag kommer att återkomma till de specifika copingresurserna och strategierna i avhandlingens andra resultatdel där levnadsberättelserna presenteras och analyseras.

Frustrationen inom familjerna är en av de reaktioner som skiljer sig mellan de båda länderna. Det är fortfarande viktigt att komma ihåg att resultatet baseras på den handikappades och skadades egen självuppfattning om reaktionerna inom den egna familjen. Om man jämför med hur frustrationen upplevts av den skadade själv och hur familjen ska ha upplevt situationen efter olyckan, ger svaren vid handen att frustrationen över tid varit vanligare i familjerna i Finland. Men även om frustrationen över den nya situationen finns i familjen så upplever respondenten i Finland sig vara sex gånger mer frustrerad än vad som är fallet för familjerna.

Tabell 1:8:7:1 *Postaccidentala reaktioner. Den trafikskadade personens självuppfattning om de postaccidentala reaktionerna inom den egna familjen. Reaktionerna är fördelade över de fyra tidsstationerna, (några veckor, ett halvår, två år, idag) och avser traumatiska trafikolyckor i* Finland *under åren* 1960–1994. (N = 389)

Postaccidentala reaktioner	Veckor %	(n)	Halvår %	(n)	Två år %	(n)	Idag %	(n)
Ilska								
ja	10,0	(36)	8,5	(30)	7,6	(27)	7,0	(25)
nej	90,0	(325)	91,5	(325)	92,4	(328)	93,0	(331)
Sorg								
ja	35,7	(129)	17,2	(61)	10,4	(37)	7,9	(28)
nej	64,3	(232)	82,8	(294)	89,6	(318)	92,1	(328)
Likgiltighet								
ja	1,7	(6)	2,0	(7)	2,3	(8)	4,5	(16)
nej	98,3	(355)	98,0	(348)	97,7	(347)	95,5	(339)
Frustration								
ja	1,9	(7)	4,5	(16)	5,9	(21)	7,0	(25)
nej	98,1	(354)	95,5	(339)	94,1	(334)	93,0	(330)
Depression								
ja	10,2	(37)	12,4	(44)	8,7	(31)	7,6	(27)
nej	89,8	(324)	87,6	(311)	91,3	(324)	92,4	(328)
Isolering								
ja	3,6	(13)	4,8	(17)	5,4	(19)	4,5	(16)
nej	96,4	(348)	95,2	(338)	94,6	(336)	95,5	(339)
Chock								
ja	46,3	(167)	9,9	(35)	4,5	(16)	3,4	(12)
nej	53,7	(194)	90,1	(320)	95,5	(339)	96,6	(343)
Medkänsla								
ja	39,9	(144)	33,2	(118)	26,8	(95)	23,9	(85)
nej	60,1	(217)	66,8	(237)	73,2	(260)	76,1	(270)
Optimism/hoppfullhet								
ja	22,7	(82)	31,5	(112)	29,6	(105)	22,5	(80)
nej	77,3	(279)	68,5	(243)	70,4	(250)	77,5	(275)
Förvåning								
ja	3,9	(14)	1,7	(6)	2,5	(9)	2,5	(9)
nej	96,1	(347)	98,3	(349)	97,5	(346)	97,5	(346)
Lugnad								
ja	6,4	(23)	16,3	(58)	28,7	(102)	35,5	(126)
nej	93,6	(338)	83,7	(297)	71,3	(253)	64,5	(229)
Tröst								
ja	27,4	(99)	23,1	(82)	13,8	(49)	10,7	(38)
nej	72,6	(262)	76,9	(273)	86,2	(306)	89,3	(317)
Stöd/styrka								
ja	45,4	(164)	44,8	(159)	42,3	(150)	39,4	(140)
nej	54,6	(197)	55,2	(196)	57,7	(205)	60,6	(215)

Källa: Datauppgifter om de trafikskadade respondenterna i undersökningen är baserade på register vid Försäkringsbranschens Rehabiliteringscentral i Helsingfors. Anmärkning: I tabellen anges validprocenten vilket innebär att missing-values är borträknade.

Tabell 1:8:7:2 *Postaccidentala reaktioner. Den trafikskadade personens självuppfattning om de postaccidentala reaktionerna inom den egna familjen. Reaktionerna är fördelade över de fyra tidsstationerna, (några veckor, ett halvår, två år, idag) och avser traumatiska trafikolyckor i* Sverige *under åren* 1964–1995. (N = 447)

Postaccidentala reaktioner	Veckor %	(n)	Halvår %	(n)	Två år %	(n)	Idag %	(n)
Ilska								
ja	15,4	(65)	10,4	(43)	7,9	(32)	7,1	(29)
nej	84,6	(357)	89,4	(372)	92,1	(373)	92,9	(379)
Sorg								
ja	32,5	(137)	18,6	(77)	11,1	(45)	9,8	(40)
nej	67,5	(285)	81,4	(338)	88,9	(360)	90,2	(368)
Likgiltighet								
ja	2,4	(10)	4,6	(19)	6,4	(26)	7,4	(30)
nej	97,6	(412)	95,4	(396)	93,6	(379)	92,6	(378)
Frustration								
ja	7,3	(31)	7,2	(30)	5,9	(24)	4,2	(17)
nej	92,7	(391)	92,8	(385)	94,1	(381)	95,8	(391)
Depression								
ja	10,4	(44)	6,7	(28)	4,2	(17)	3,4	(14)
nej	89,6	(378)	93,3	(387)	95,8	(388)	96,6	(394)
Chock								
ja	29,4	(124)	4,3	(18)	2,5	(10)	0,7	(3)
nej	70,6	(298)	95,7	(397)	97,5	(395)	99,3	(405)
Medkänsla								
ja	59,2	(250)	53,3	(221)	45,2	(183)	37,5	(153)
nej	40,8	(172)	46,7	(194)	54,8	(222)	62,5	(255)
Optimism/hoppfullhet								
ja	20,1	(85)	29,2	(121)	27,9	(113)	22,5	(92)
nej	79,9	(337)	70,8	(294)	72,1	(292)	77,5	(316)
Förvåning								
ja	4,0	(17)	3,6	(15)	3,7	(15)	4,9	(20)
nej	96,0	(405)	96,4	(400)	96,3	(390)	95,1	(388)
Lugnad								
ja	8,5	(36)	14,7	(61)	20,2	(82)	26,5	(108)
nej	91,5	(386)	85,3	(354)	79,8	(323)	73,5	(300)
Tröst								
ja	41,7	(176)	34,0	(141)	25,7	(104)	20,6	(84)
nej	58,3	(246)	66,0	(274)	74,3	(301)	79,4	(324)
Stöd/styrka								
ja	56,2	(237)	56,6	(235)	51,6	(209)	47,1	(192)
nej	43,8	(185)	43,4	(180)	48,4	(196)	52,9	(216)
Tysthet								
ja	6,2	(26)	7,5	(31)	6,7	(27)	5,6	(23)
nej	93,8	(396)	92,5	(384)	93,3	(378)	94,4	(385)

Källa: Datauppgifter om de trafikskadade respondenterna i undersökningen är baserade på register vid Trafikskadenämnden (Trafikförsäkringsföreningen) i Stockholm.
Anmärkning: I tabellen anges validprocenten vilket innebär att missing-values är borträknade.

8.8 *Vännerna, förståelsen och nya relationsformer*

Betydelsen av ett socialt nätverk är grundläggande för den person som skadats i en trafikolycka. Hur har då den trafikskadade personen upplevt stödet från omgivningen och de närmaste vännerna? Matriserna i detta avsnitt visar ett gemensamt mönster för respondenterna i båda länderna. De trafikskadades egen självuppfattning om vännernas reaktioner ger evidens över att vännernas medkänsla och tröst minskat konstant över tiden. Samma fenomen gäller reaktionen »stöd« från vännerna, som av de handikappade upplevts minska över tid. Däremot har vännerna till de handikappade respondenterna i båda länderna blivit mer lugna med tiden. Den positiva reaktionen »optimism/hoppfullhet« varierar inte över tiden utan är konstant. Undersökningen visar att de negativa reaktionerna dominerar bland de närmaste vännerna över tid. De respondenter som markerat dessa alternativ är förvisso en mindre grupp. Den ambivalenta gruppen är som tidigare redogjorts för, den större gruppen. Enligt min mening är svarsgruppen ändå möjlig att analysera då det är fråga om en heterogen undersökningsgrupp.

Tabell 1:8:8:1 *Postaccidentala reaktioner. Den trafikskadade personens självuppfattning om de postaccidentala reaktionerna hos nära vänner. Reaktionerna är fördelade över de fyra tidsstationerna, (några veckor, ett halvår, två år, idag) och avser traumatiska trafikolyckor i* Finland *under åren* 1960–1994. (N = 389)

Postaccidentala reaktioner	Veckor %	(n)	Halvår %	(n)	Två år %	(n)	Idag %	(n)
Ilska								
ja	4,7	(17)	2,8	(10)	2,8	(10)	3,4	(12)
nej	95,3	(343)	97,2	(341)	97,2	(343)	96,6	(339)
Sorg								
ja	13,1	(47)	6,6	(23)	3,4	(12)	3,1	(11)
nej	86,9	(313)	93,4	(328)	96,6	(341)	96,9	(340)
Likgiltighet								
ja	4,7	(17)	8,3	(29)	10,2	(36)	11,7	(41)
nej	95,3	(343)	91,7	(322)	89,8	(317)	88,3	(310)
Frustration								
ja	0,6	(2)	1,4	(5)	2,0	(7)	2,0	(7)
nej	99,4	(358)	98,6	(346)	98,0	(346)	98,0	(344)
Depression								
ja	1,7	(6)	3,1	(11)	3,1	(11)	3,7	(13)
nej	98,3	(354)	96,9	(340)	96,9	(342)	96,3	(338)
Tystbet								
ja	11,9	(43)	12,0	(42)	12,5	(44)	9,4	(33)
nej	88,1	(317)	88,0	(309)	87,5	(309)	90,6	(318)
Chock								
ja	39,2	(141)	7,7	(27)	2,8	(10)	2,0	(7)
nej	60,8	(219)	92,3	(324)	97,2	(343)	98,0	(344)
Medkänsla								
ja	45,3	(163)	40,2	(141)	28,6	(101)	21,9	(77)
nej	54,7	(197)	59,8	(210)	71,4	(252)	78,1	(274)
Optimism/hoppfullhet								
ja	13,9	(50)	19,9	(70)	17,0	(60)	13,4	(47)
nej	86,1	(310)	80,1	(281)	83,0	(293)	86,6	(304)
Förvåning								
ja	12,5	(45)	5,4	(19)	4,2	(15)	5,4	(19)
nej	87,5	(315)	94,6	(332)	95,8	(338)	94,6	(332)
Lugnad								
ja	5,0	(18)	13,1	(46)	26,3	(93)	32,5	(114)
nej	95,0	(342)	86,9	(305)	73,7	(260)	67,5	(237)
Tröst								
ja	28,6	(103)	18,8	(66)	8,5	(30)	6,6	(23)
nej	71,4	(257)	81,2	(285)	91,5	(323)	93,4	(328)
Stöd/styrka								
ja	31,4	(113)	33,3	(117)	24,9	(88)	24,5	(86)
nej	68,6	(247)	66,7	(234)	75,1	(265)	75,5	(265)

Källa: Datauppgifter om de trafikskadade respondenterna i undersökningen är baserade på register vid Försäkringsbranschens Rehabiliteringscentral i Helsingfors. Anmärkning: I tabellen anges validprocenten vilket innebär att missing-values är borträknade.

Tabell 1:8:8:2 *Postaccidentala reaktioner. Den trafikskadade personens självuppfattning om de postaccidentala reaktionerna hos nära vänner. Reaktionerna är fördelade över de fyra tidsstationerna, (några veckor, ett halvår, två år, idag) och avser traumatiska trafikolyckor i* Sverige *under åren* 1964–1995. (N = 447)

Postaccidentala reaktioner	Veckor %	(n)	Halvår %	(n)	Två år %	(n)	Idag %	(n)
Ilska								
ja	10,1	(42)	5,2	(21)	2,8	(11)	2,0	(8)
nej	89,9	(373)	94,8	(386)	97,2	(384)	98,0	(389)
Sorg								
ja	17,1	(71)	7,6	(31)	3,5	(14)	3,8	(15)
nej	82,9	(344)	92,4	(376)	96,5	(381)	96,2	(382)
Likgiltighet								
ja	7,5	(31)	9,4	(38)	15,9	(63)	15,6	(62)
nej	92,5	(384)	90,6	(368)	84,1	(332)	84,4	(335)
Frustration								
ja	3,4	(14)	2,5	(10)	2,3	(9)	1,8	(7)
nej	96,6	(401)	97,5	(396)	97,7	(386)	98,2	(390)
Depression								
ja	1,9	(8)	0,7	(3)	1,0	(4)	1,5	(6)
nej	98,1	(407)	99,3	(403)	99,0	(391)	98,5	(391)
Tystbet								
ja	13,7	(57)	16,0	(65)	14,4	(57)	13,1	(52)
nej	86,3	(358)	84,0	(341)	85,6	(338)	86,9	(345)
Chock								
ja	20,7	(86)	2,5	(10)	0,8	(3)	0,8	(3)
nej	79,3	(329)	97,5	(396)	99,2	(392)	99,2	(394)
Medkänsla								
ja	67,2	(279)	60,1	(244)	44,8	(177)	41,6	(165)
nej	32,8	(136)	39,9	(162)	55,2	(218)	58,4	(232)
Optimism/hoppfullhet								
ja	13,5	(56)	18,2	(74)	13,9	(55)	12,1	(48)
nej	86,5	(359)	81,8	(332)	86,1	(340)	87,9	(349)
Förvåning								
ja	13,7	(57)	9,4	(38)	8,4	(33)	6,5	(26)
nej	86,3	(358)	90,6	(368)	91,6	(362)	93,5	(371)
Lugnad								
ja	4,1	(17)	10,8	(44)	17,7	(70)	18,6	(74)
nej	95,9	(398)	89,2	(362)	82,3	(325)	81,4	(323)
Tröst								
ja	35,7	(148)	30,5	(124)	16,7	(66)	14,1	(56)
nej	64,3	(267)	69,5	(282)	83,3	(329)	85,9	(341)
Stöd/styrka								
ja	37,6	(156)	39,2	(159)	30,1	(119)	26,4	(105)
nej	62,4	(259)	60,8	(247)	69,9	(276)	73,6	(292)

Källa: Datauppgifter om de trafikskadade respondenterna i undersökningen är baserade på register vid Trafikskadenämnden (Trafikförsäkringsföreningen) i Stockholm. Anmärkning: I tabellen anges validprocenten vilket innebär att missing-values är borträknade.

Låt oss nu hålla i minnet att undersökningsgruppen är av heterogen karaktär. Bland respondenterna finns hela den internationella skadeskalan (AIS) representerad. Således finns här whiplashskadade, ryggmärgsskadade, tetraplegiker och paraplegiker, amputerade, hjärn- och skallskadade och många fler trafikskadekategorier. Det är viktigt att ha detta i åtanke när vi går igenom respondenternas reaktioner.

Den första frågan som ställdes i enkäten var »Hur reagerade du på den prognos du fick av läkaren?« och den svarande gavs tolv alternativ att välja mellan. Ett trettonde svarsalternativ var öppet och är benämnt »annat«. Denna senare kategori har inte behandlats statistiskt eftersom de svarande angivit vitt skilda reaktioner och erfarenheter. Istället har jag listat reaktionerna och kommer löpande i avhandlingen redogöra för olika reaktioner som framkommit av enkätsvaren.

8.9 *Sociala relationers förändringar*

Hur har då de sociala relationerna till anhöriga och vänner utvecklats efter en svår trafikolycka? Och är det möjligt att finna några könsskillnader i studien? Frågan är viktig och har en central position i undersökningen. 25 procent av de tillfrågade respondenterna i Finland anser att de känner att de blivit till en *belastning för de anhöriga och för omgivningen*. 56 procent uppger att det inte blivit någon förändring jämfört med tiden före olyckan. 15 procent säger sig inte veta hur de uppfattar om det blivit någon belastning eller inte. I Sverige upplever de trafikskadade sig i större utsträckning som en belastning för anhöriga och vänner än vad som är fallet i Finland. 37 procent av de skadade uppger en sådan belastning samtidigt som 44 procent av respondenterna säger att det inte blivit någon förändring jämfört med tiden före olyckan. När det gäller könsfördelningen så visar undersökningen att kvinnorna i båda länderna upplever mer belastning än vad männen gör. Vid en jämförelse mellan kvinnors upplevda belastning i de båda länderna visar resultatet att kvinnor i Sverige i större utsträckning än kvinnorna i Finland känner denna belastning.

Två samvetsfrågor, som har en nära anknytning till den upplevda belastningen, ställdes också i enkäten. Den första frågan löd: *»Har din relation till dina närstående förändrats efter olyckan? Dåligt samvete för att göromål får utföras av andra?«* I Finland uppgav 35 procent att de har dåligt samvete för att göromål får utföras av andra människor. 51 procent säger att det inte har blivit någon förändring. 14 procent vet inte om relationen förändrats. Förhål-

landena i Sverige skiljer sig något från de finska. 44 procent av de trafikskadade i Sverige svarade att de har dåligt samvete.

Den andra frågan löd: »*Har din relation till dina närstående förändrats efter olyckan? Dåligt samvete för att göromål inte blir gjorda?*« 45 procent av respondenterna i Finland uppgav att de hade dåligt samvete. 43 procent uppgav att det inte var någon förändring samtidigt som 12 procent anser sig inte veta om relationen förändrats. De trafikskadade i Sverige har uppgivit samma svar som de skadade i Finland. Det finns inga skillnader mellan de båda länderna i denna fråga.

Två andra relationsfrågor som ställdes i enkätstudien var för det första: »*Har din relation till dina närstående förändrats efter olyckan? Starkare sammanhållning?*« 33 procent angav att sammanhållningen blivit starkare till de närstående. 46 procent svarade att de inte såg att sammanhållningen hade förändrats efter olyckan. 18 procent uppgav sig inte veta hur sammanhållningen hade förändrats eller inte. I Sverige uppgav 30 procent av respondenterna att sammanhållningen blivit starkare samtidigt som 55 procent ansåg att sammanhållningen var oförändrad.

Den andra frågan löd: »*Har din relation till dina närstående förändrats efter olyckan? Mer irritation/konflikter?*« 37 procent svarade att det blivit mer irritation och konflikter till de närstående efter olyckan. 43 procent uppgav att det inte skett någon förändring. 15 procent sade sig inte veta huruvida det blivit mer eller mindre irritation/konflikter som följd av olyckan. De trafikskadade i Sverige har inte svarat annorlunda än vad respondenterna i Finland givit uttryck för i sina enkätsvar i denna delfråga.

Hur uppfattar de trafikskadade det vardagliga mötet med människor efter olyckan? 64 procent av de tillfrågade svarade att situationen var oförändrad. 21 procent uppgav att möten är svåra men att de oftast går att genomföra. 8 procent anser att mötena är mycket svårare än före olyckan. 4 procent anser att mötena blivit lättare att genomföra.

För att få en klarhet i hur de sociala relationerna förändrats för en trafikskadad person ställdes också frågan »*Känner du dig ensam?*«. 48 procent av de tillfrågade känner sig ensamma ibland. 8 procent säger att de är ensamma hela tiden. 24 procent uppger att de aldrig känner sig ensamma. Bland de trafikskadade i Sverige svarade 33 procent att de aldrig kände sig ensamma i sin vardag. 20 procent uppgav att de sällan kände sig ensamma samtidigt som 40 procent ansåg att de var ensamma ibland. 6 procent av respondenterna svarade att de var ensamma hela tiden.

I enkäten ställdes också frågan i vilken grad som den tillfrågade förlorat vänner respektive fått nya vänner i och med olyckan. På frågan *»Hur många nya vänner har du fått efter olyckan?«* uppgav var fjärde person av de trafikskadade i Finland att de inte fått några nya vänner överhuvudtaget. 23 procent svarade att de fått mellan två och fem nya vänner medan 40 procent uppgav att de fått fler än fem nya vänner efter olyckan. Bland de svenska respondenterna svarade 32 procent att de fått fler än fem nya vänner. 19 procent uppgav att de fått två till fem vänner. 42 procent ansåg att de inte hade fått några nya vänner överhuvudtaget.

På frågan *»Hur många vänner har du förlorat efter olyckan?«* svarade 56 procent att de inte förlorat några vänner överhuvudtaget. 3 procent svarade att de förlorat en vän medan 15 procent uppgav att de förlorat mellan två och fem vänner. 21 procent svarade att de förlorat fler än fem vänner efter olyckan. De trafikskadade i Sverige uppgav att de i mindre grad än de skadade i Finland hade förlorat vänner. 66 procent av de skadade ansåg sig inte ha förlorat någon vän överhuvudtaget. 12 procent svarade att de förlorat mellan två till fem vänner samtidigt som 18 procent ansåg sig ha förlorat fler än fem vänner tiden efter trafikolyckan.

8.10 *Relationer till andra trafikskadade*

Hur ser då den trafikskadade på sin egen grupp »de trafikskadade« i samhället? På frågan *»Har du träffat någon annan trafikskadad som är i samma situation?«* så svarade 60 procent av de trafikskadade i Finland att de träffat någon skadad medan 40 procent uppgav att de aldrig träffat någon trafikskadad person. På frågan *»Är du intresserad av att få veta hur andra trafikskadade har det i livet?«* svarade 49 procent JA medan 21 procent svarade NEJ. 30 procent svarade att de inte vet om de är intresserade eller inte. Respondenterna i Sverige hade inte träffat någon trafikskadad i samma utsträckning som de handikappade i Finland gjort. 54 procent uppgav att de haft tillfälle att träffa någon annan trafikskadad person i samma situation som de själva. När det gäller intresset av att träffa någon annan trafikskadad person, visar undersökningen att det inte finns några skillnader mellan skadade i de båda länderna. Varannan trafikskadad person i Finland och Sverige har en vilja att träffa någon annan skadad och handikappad person.

I enkäten frågades också om den tillfrågade var intresserad av att hjälpa andra i samma situation. Frågan löd: *»Skulle du vilja arbeta aktivt i någon*

handikappförening och t.ex. träffa och hjälpa andra trafikskadade?« Var fjärde person bland respondenterna i Finland svarade att de skulle vilja hjälpa andra trafikskadade. 30 procent svarade NEJ på frågan samtidigt som 44 procent svarade VET INTE. Bland de trafikskadade i Sverige svarade 18 procent att de skulle vilja vara intresserade av att arbeta i en handikappförening medan 44 procent sade sig inte ha något sådant intresse. 38 procent uppgav alternativet VET INTE på frågeformuläret.

I enkäten ställdes också frågan vilken syn den trafikskadade personen haft på handikapp tidigare i livet. Frågan som ställdes löd: *»Vilken syn hade du på handikappade människor innan du själv skadades i olyckan och blev handikappad?«* 40 procent av respondenterna i Finland svarade att de aldrig tänkt sig in i en handikappads situation tidigare alternativt uppgav att de inte intresserade dem. 50 procent av de trafikskadade i Finland uppgav att de tänkte på de handikappades situation ibland. Endast 10 procent svarade att de tänkte mycket på hur det skulle kunna vara att vara handikappad.

Hur har då de trafikskadade i Sverige besvarat frågan om deras egen handikappsyn? Enkätstudien visar att det finns en klar skillnad i de trafikskadades uppfattningar mellan de båda länderna. En större andel av de skadade och handikappade i Sverige har uppgivit att de satt sig in mer i en handikappad persons situation tiden före de själva blev skadade. 23 procent av respondenterna i Sverige uppgav att de aldrig tänkt sig in i en handikappad människas livssituation tidigare. 14 procent svarade att de tänkt mycket på de handikappades villkor och situation i samhället samtidigt som 62 procent av dem tänkte ibland på handikapp. Den här skillnaden är en intressant iakttagelse i undersökningen som visar att det finns skillnader mellan de båda länderna.

En korstabellering som rör relationer till andra trafikskadade människor gav följande resultat vid handen. Hur många procent av respondenterna i Finland som redan träffat trafikskadade är intresserade av hur andra trafikskadade människor har det i livet? 58 procent visade sig vara intresserade, 16 procent var inte intresserade samtidigt som 26 procent var osäkra och svarade VET INTE. Hur många procent av de som inte har träffat någon trafikskadad person är intresserad av att kunna få träffa trafikskadade människor? 37 procent visade sig vara intresserade, 27 procent var inte intresserade samtidigt som 36 procent var osäkra och svarade VET INTE.

Situationen för de trafikskadade i Sverige skiljer sig också i detta avseende även om skillnaderna inte är så stora. Av dem som träffat andra trafikskadade är 56 procent intresserade av andra trafikskadade, 16 procent svarade att de inte var intresserade samtidigt som 27 procent var osäkra. När det sedan gäl-

ler de respondenter som hittills inte träffat någon trafikskadad person och vad de anser om möjligheterna att träffa någon annan handikappad, uppgav 42 procent att de skulle vilja träffa någon. 29 procent svarade nekande på frågan samtidigt som 29 procent förklarade att de var osäkra.

Låt oss nu gå tillbaka till de båda frågorna som gällde i vilken grad som den tillfrågade hade tidigare erfarenhet av kontakter med trafikskadade och i vilken grad han eller hon vill arbeta aktivt i någon handikappförening så ger en korstabellering följande resultat. På frågan hur många procent av de som redan har träffat trafikskadade som vill arbeta i någon förening, svarade 30 procent av respondenterna i Finland att de vill jobba eller vara aktiv i någon förening, 26 procent att de inte vill jobba i förening samt 44 procent som var osäkra och svarade VET INTE. Om man studerar sambandet mellan dem som inte har träffat trafikskadade tidigare och benägenheten att vilja arbeta i förening, finner man att 21 procent vill jobba medan 36 procent inte vill jobba i förening. 43 procent var osäkra och svarade VET INTE.

Trafikskadade i Sverige har en något lägre benägenhet att vilja hjälpa andra i någon förening än vad respondenterna i Finland uppgivit. 26 procent av de trafikskadade i Sverige förklarade sig vara intresserade medan 36 procent svarade nekande på frågan.

38 procent av respondenterna var osäkra. Också när det gäller benägenheten att vilja hjälpa andra i genom någon handikappförening hos dem som hittills inte har varit aktiva i föreningslivet, visar undersökningen att viljan är större hos de trafikskadade i Finland än vad som är fallet i Sverige. Bland de svenska respondenterna ville 11 procent arbeta i en förening samtidigt som 52 procent besvarat frågan nekande. 38 procent var osäkra.

En annan slutsats som kan dras av sambandsanalysen är följande. Trafikskadade personer i Finland som träffat andra skadade tidigare är mer benägna att arbeta aktivt i någon handikappförening (30 procent) än de som inte har träffat någon annan skadad tidigare (21 procent). Majoriteten i de båda grupperna är dock osäkra på huruvida de vill arbeta i någon förening och har svarat med alternativet VET INTE i 44 procent respektive 43 procent i de båda fallen. Undersökningen bland de trafikskadade i Sverige visar på samma slutsatser. Också i Sverige har de trafikskadade som träffat andra handikappade tidigare förklarat att de har intresse också att vilja hjälpa andra människor i en förening (26 procent) medan de trafikskadade som ännu inte träffat någon annan skadad/handikappad person inte i lika stor utsträckning förklarat sig villiga till detta (11 procent).

8.11 *Sammanfattning*

Inom en förändringsdimension som den postaccidentala perioden innebär, är det viktigt att ställa frågan vad det egentligen är som mäts. Reaktionerna efter en olycka kan komma att utvecklas i olika stadier och på olika vis hos olika människor. Reaktionerna är individuella och de går inte att systematiskt finna några utvecklingslinjer i dem. Inom den period som benämns för postaccidentala perioden, finns också en mångfald av såväl känslouttryck som känslointryck som är svårfångade i en enkätundersökning. Därför måste också slutsatserna från analysarbetet ske med en viss försiktighet.

I kapitlet har jag försökt att visa de livsförändringar som sker hos en trafikskadad människa. Naturligtvis sker dessa förändringar som ovan nämnts vid olika tidpunkter och omfattar olika områden. Respondenterna i de båda länderna har analyserats utifrån tre undersökningsgrupper som berör välfärd och välbefinnande, trafiksäkerhet och bilism, familj, vänner och det sociala nätverket.

I den första undersökningsgruppen som innefattar den trafikskadade människans välfärd och välbefinnande har flera resultat kunnat presenteras. Livet för den trafikskadade människan har blivit svårt på flera vis. Den stora omställningen som olyckan inneburit för flertalet visar de prövningar och krav som ställs på den handikappades omgivning i form av familj och vänner. I Sverige visade det sig att den handikappade kvinnan i större utsträckning kände sorg och depression efter olyckan. Särskilt anmärkningsvärt torde det vara att kvinnorna i större utsträckning än männen gav uttryck för negativa reaktioner en längre tid efter själva olyckstillfället. I Finland fanns det inga könsskillnader i hur tiden efter olyckan uppfattades. Klart är dock att de trafikskadade i båda länderna har stor erfarenhet av negativa upplevelser och reaktioner efter olyckan.

En annan stor livsförändring för den trafikskadade människan är den egna tron på att klara av att arbeta efter olyckan. Hälften av respondenterna i Sverige uppgav att de inte arbetar idag. Studien visade också att det var fler kvinnor än män som hade en egen uppfattning att de inte skulle kunna klara av att sköta ett arbete efter olyckan. Den kvantitativa undersökningen har givit klara evidens över att den trafikskadade kvinnan socialt betraktat fått svårare följdkonsekvenser av olyckorna än vad männen fått.

9. Jämförelse mellan Finland och Sverige

DET HAR INTE TIDIGARE gjorts några socialpolitiska studier som jämfört trafikskadades sociala levnadsvillkor i de nordiska länderna. De komparativa studier som genomförts mellan nordiska länder har handlat främst om medicinska aspekter av trafikolyckor.[1] På trafikens område har emellertid den komparativa forskningen varit tämligen begränsad. Inom trafiksäkerhetsforskningen genomförde Lars Leden en undersökning om dödsriskerna i den nordiska trafiken.[2] En komparativ studie av Liisa Hakamies-Blomqvist, Kurt Johansson och Catarina Lundberg var inriktad mot äldre bilförare i Finland och Sverige.[3] Komparativ forskning inriktad mot äldre bilförare har också genomförts av den svenske forskaren Kurt Johansson som studerade främst medicinska aspekter av trafikskador.[4] För en mer ingående genomgång av den forskning och litteratur som presenterats inom trafikskadeområdet hänvisar jag till kapitel fyra under avsnittet »*Forskning om trafikolycksfall i Finland och Sverige*«.

Avhandlingens första preciserade frågeställning belyses av den komparativa studie som presenteras i det här kapitlet. Den första frågeställningen innefattar de sociala levnadsförhållanden som råder för trafikskadade i Finland och Sverige. Frågeställningen lyder:

> 1. Hur uppfattar trafikskadade människor sin livssituation och sina levnadsvillkor efter trafikolyckan?

Som jag tidigare redogjort för i avhandlingen saknas det så att sägas helt och hållet forskning om de sociala levnadsförhållanden som råder för trafikskadade i såväl Finland som i Sverige. Den forskning som här presenteras blir därför unik genom att den belyser de villkor och förhållanden som tidigare varit okända i samhället. I kapitlet avser jag att redovisa för de resultat som framkommit i den kvantitativa undersökningsdelen. Mitt syfte har varit att för-

söka studera de likheter och skillnader som finns i undersökningsresultatet i de båda länderna. Således har syftet varit att se om det finns några skillnader eller likheter mellan de båda nordiska länderna avseende hur de trafikskadade upplever och subjektivt uppfattar sin egen livssituation och egen förmåga till välfärd efter en trafikolycka. Avsnittet är också tänkt att ge en mer systematisk bild och jämförelse över hur en trafikskadad person uppfattat olika välfärdsbrister. Avsnittet inleds med ett sammanfattande resultat från de båda studierna vad avser såväl likheter som olikheter mellan de trafikskadade i Finland och Sverige. Därefter försöker jag att konstruera två modeller för hur välfärden upplevts av de trafikskadade samt hur de faktiska sociala levnadsvillkoren upplevts utifrån den upplevda förmågan till uppnående. Eventuella likheter och skillnader studeras utifrån de två världar som tidigare presenterats i avhandlingen. Således handlar det om två upplevelsevärldar; livsvärlden och systemvärlden. Den komparativa undersökningen avslutas med en jämförelse mellan de båda modellerna där jag också försöker att visa på i vilken grad det finns någon överensstämmelse modellerna emellan. Likheter och skillnader mellan livsvärldarna och systemvärldarna beaktas också i avsnittet.

Innan en jämförelse kan ske mellan de båda nordiska länderna är det väsentligt att utgå från de grundförutsättningar som finns i de båda nordiska staterna. Finland och Sverige kan betraktas som två moderna välfärdsstater som under större delen av 1990-talet upplevt såväl lågkonjunkturer som kriser i olika skepnader och samhällssektorer. Båda länderna har väl utvecklade sjuk- och omsorgssystem som ligger till grund för välfärden för samhällsmedborgarna.

I Finland finns en rad resurser som kan sättas in för de människor som skadats i olyckor. Som tidigare nämnts i den teoretiska genomgången av diskursen, har en omfattande olycksfallsforskning ägt rum i landet sedan 1950-talet. Forskningens inriktning har främst varit medicinsk till sin natur.

9.1 *Likheter och olikheter i levnadsvillkoren*

Vilka likheter och olikheter uppvisar de handikappades sociala levnadsvillkor i Finland och Sverige? Undersökningen har visat klara evidens på att det finns signifikanta skillnader i en del av de sociala levnadsvillkoren för de trafikskadade i de båda länderna. Även om skillnaderna mellan Finland och Sverige inte är så stora så avviker förhållandena för trafikskadade sig mellan länderna.

För att kunna förklara de likheter och skillnader som råder mellan de båda populationerna är det väsentligt att först få klarhet i om populationerna kan betecknas som likvärdiga. På en viktig punkt skiljer sig populationen åt. En av de viktigaste skillnaderna är att de finska respondenterna är yngre än respondenterna i Sverige. Detta har stor betydelse då trafikskadan påverkar och drabbar den enskilda människan beroende på i vilken åldersgrupp som man befinner sig i. Eftersom urvalet utgjordes av ett slumpmässigt urval har undersökningsmaterialet kommit att få denna karaktär.

9.2 *Systemvärlden*

Kertomus vammaisen naisen elämästä:
Minä keski-ikäinen tois puolen halvauksen saanut nainen,
olen kohtalolleni nyt vihainen.
Mietin miksi minä putosin sinikasta niin,
että vasen puoli kehostani vaipui synkkiin halvauksiin.
Olen kiitollinen siitä,
että toinen puoli kehostani on terve niin että voin kädet yhteen liittää.
Minä pystyn yhden kepin avulla kävelee,
ja terveellä yhdellä kädellä kotihommia rauhallisesti askartelee,
on mulla hyvä koti vammaisen elää,
ei täällä kynnykset estä mua liikkumasta enää.
Kotonani ei kynnyksiä ole enää,
voin itse pyörätuolilla kulkee ja näyttää entisille esteilleni pitkää nenää.
Nyt olen oppinut että meidän vammaisten pitää
asioittemme puolesta lujasti toimia,
että voimme hyviä saavutuksiamme ilosta poimia.
Voin nyt Taivaan Isää kiittää.
ja voin käteni kiitoksiksi yhteen liittää.

(Anonym trafikskadad ur den finska enkätstudien)

Den inledande dikten handlar om en handikappad kvinna i Finland som i diktform försöker att ge en bild över sin situation efter en olycka. Kvinnan beskriver sin egen bemästring och övervinnelse av problem i såväl livsvärlden som i systemvärlden. Hon skriver att det är viktigt att den handikappade människan kämpar för sin sak i samhället. Om den enskilda kamp som många trafikskadade måste föra inom systemvärlden kommer jag att belysa i avhandlingens andra del som handlar om några människors livsberättelser. Dikten

ger oss en inledning till de problem och hinder som en skadad människa i Finland möter i samhället eller inom den s.k. systemvärlden. Det resultat som framkommit i enkäten visar att respondenterna i Finland generellt sett känner sig missnöjda med de hur de sociala resurserna inom den officiella världen använts i praktiken. Ett undantag från de handikappades missnöje och kritik mot hur de sociala resurserna använts i samhället är attityderna om omhändertagandet och bemötandet inom hälso- och sjukvården. Studien har visat att de trafikskadade tvärtom upplevt bemötandet och sina kontakter med sjukvården som mycket goda även om det finns flera fall som visar att också denna sektor är behäftad med brister. Respondenterna uppgav sig ha ett mycket stort förtroende för läkare som sjukvårdspersonal.

Kritiken mot de sociala resurserna inom den officiella världen, eller på meso-nivån, kan indelas i främst två typer av kritik. Den första invändningen mot den officiella världens funktionssätt är bristande eller utebliven information om de *sociala rättigheterna och servicen* samt bristfällighet i kontakten med *myndigheter och försäkringsbolag*. De flesta av respondenterna uppgav i sina svar att de inte blivit informerade i tillräcklig utsträckning om sina sociala rättigheter. Detta måste ses som anmärkningsvärt med tanke på de svårigheter, fysiska som psykiska, som många trafikskadade har efter olyckan. Till exempel finns det trafikskadade som fått läs- och skrivsvårigheter som en följd av själva skadan eller handikappet. Denna grupp i samhället blir då begränsade i samhället när det gäller förmågan att uttrycka sig och skaffa information om de rättigheter och skyldigheter som finns.

En andra invändning som kan iakttagas i materialet är avsaknaden av förtroende för såväl *handikapprörelsen* som *handikappolitiken* i samhället. En majoritet av de tillfrågade uppgav att de inte är aktiva i någon handikappförening eller att någon sådan förening inte haft någon betydelse för dem. Likaså svarade en majoritet av de trafikskadade att de inte ansåg sig ha ett stort förtroende för den handikappolitik som bedrivs idag. Flertalet av respondenterna svarade också att de inte känner någon politiker som engagerar sig för handikappade i samhället. Det kan här tilläggas att det inte finns någon speciell handikappförening eller organisation som riktat sig till de trafikskadade som grupp i samhället.

Ett av de stora problemen inom systemvärlden för de trafikskadade visade sig vara möjligheterna att komma tillbaka till *arbetslivet*. Trots samhälleliga insatser när det gäller omhändertagande av trafikskadade exempelvis genom rehabiliteringsinsatser från instanser som Försäkringsbranschens Rehabilite-

ringscentral, så måste arbetsoförmågan och den sociala marginalisering som sysslolösheten innebär för den handikappade människan ses som ett stort socialpolitiskt problem i det finska samhället. Likaså visade studien att många som skadats i olyckor hade svårt överhuvudtaget att komma ut på arbetsmarknaden. I Finland synes det vara så att de handikappade haft särskilt svåra möjligheter att nå arbetslivet. Som marginaliserad samhällsgrupp torde de trafikskadade ha små möjligheter att börja arbeta igen efter en olycka. Naturligtvis beror graden av arbetsoförmögenhet på skadans allvarlighetsgrad. Studien visade att 29,3 procent arbetade medan 70,7 procent av de tillfrågade i undersökningen uppgav att de inte arbetade. Den faktiska arbetslösheten i kombination med arbetsoförmögenheten har medfört att det bildats en ny social grupp i samhället; de trafikskadade. För många människor som skadas i olyckorna förloras också möjligheterna till ett rikt arbetsliv. Studien visar också på ett intressant fenomen nämligen att trots att flera trafikskadade har fått svåra skador och att de av samhället kanske inte betraktas alltid som arbetsföra, så har de en egen föreställning och förvissning om att de har förmåga att klara av ett arbete. 42,6 procent av de tillfrågade i undersökningen svarade att de skulle kunna klara av ett heltidsarbete om de bara fick möjlighet att visa detta. Nästan lika många, 41,8 procent svarade att de inte skulle kunna klara av ett arbete medan 15,5 procent förklarade att de var osäkra på om de skulle kunna klara ett arbete.

Jag konstaterade tidigare i avhandlingen att resultatet i denna del måste ses som något anmärkningsvärt av flera skäl. För det första visade det sig att resultatet kom att peka i motsatt riktning mot en tidigare medicinsk undersökning inom området.[5] Mot bakgrund av detta är det möjligt att här konstatera att de sociala problem som är förknippade med en trafikolycka visat sig vara betydligt omfattande.

Mannila skriver i sin doktorsavhandling om arbetssökande människor med hälsoproblem.[6] Mannila talar om en social marginalisering av denna samhällsgrupp. Mannila fann i sin kvantitativa studie att gifta kvinnor med hälsoproblem var mer representerade än andra grupper som hade ett handikapp och var arbetslösa.

Studien om de trafikskadades levnadsvillkor i Finland visar att ogifta och frånskilda trafikskadade i större utsträckning än gifta handikappade har ett arbete. Resultatet går därför inte i samma riktning som Mannilas studie om samband mellan människors hälsoproblem och sysselsättning.

När det gäller könsskillnader uppvisar resultatet inte några signifikanta

skillnader mellan könen. Däremot visar studien på könsskillnader inom respektive kön mellan de båda länderna. Trafikskadade ogifta män i Finland saknar arbete i större utsträckning än andra män.

Vad kan man då dra för några slutsatser från enkätstudien när det gäller de trafikskadade och sysselsättningen? Studien har visat att de trafikskadades sysselsättningssituation är anmärkningsvärd ur flera aspekter. För det första tycks inte de trafikskadades sysselsättningssituation skilja sig från andra handikappgruppers. Mannilas studie visar att det råder en social marginalisering för människor med handikapp och hälsoproblem i samhället. Som Mannila också konstaterar har antalet handikappade arbetssökande i Finland konstant ökat sedan 1970-talet och år 1993 fanns 55 541 handikappade människor i Finland som ville börja arbeta.[7] Mannila skiljer mellan två grupper av handikappade arbetssökande när han talar om social marginalisering. Den första gruppen utgörs av de människor som är handikappade och letar efter ett arbete medan den andra gruppen är handikappade personer som letar arbete men som till skillnad från den första gruppen är registrerad som arbetssökande. Samma förhållande torde också gälla för de trafikskadade i både Finland och Sverige. För gruppen trafikskadade är det enligt min mening möjligt att tala om två grupper; dels de som är arbetsoförmögna d.v.s. de respondenter som själva anser sig sakna förmågan att kunna arbeta. Den andra gruppen utgörs av respondenter som skulle kunna klara av att arbeta men som inte får något arbete på arbetsmarknaden på grund av sitt handikapp.

Enkätstudien i de båda länderna visar på ett intressant fenomen. Är det möjligt att tala om en social marginalisering också för de trafikskadade som en ny handikappgrupp i välfärdssamhället? Som tidigare nämnts uppger 71 procent av respondenterna i Finland att de inte arbetar. Motsvarande siffra i Sverige är 51 procent. Det är möjligt utifrån resultatet att diskutera om inte de trafikskadade i Finland i större utsträckning är socialt marginaliserade än de handikappade i Sverige. Vad denna marginalisering skulle kunna bero på eller hur den i övrigt skulle kunna tänkas förklaras, ger enkätstudien inget svar på. Det skulle krävas ytterligare forskning för att finna den sociala marginaliseringens verkliga orsaker och förklaringar. Mannilas studie visade att handikappade som är registrerade i samhället som arbetssökande är mindre socialt marginaliserade än de som inte är registrerade. Enkätstudien visade att 41,8 procent av respondenterna i Finland uppgav att de inte skulle kunna klara av att arbeta. Motsvarande siffra för de trafikskadade i Sverige är 59,8 procent. Flera av de som skadats i olyckor torde vara marginaliserade i samhället efter-

som deras skador inte syns till det yttre. En person som har en whiplashskada (nackskada) kan ha en nedsättning av sin rörelseförmåga även om inte detta syns för omgivningen. För att få en ökad förståelse och inblick i den handikappade människans sociala liv och rörelse kan ett samtal om livet ge mer kunskap och inblick. Det gäller också i diskussionen om den handikappade människan och arbetets värde.

Jag har hittills redogjort för tre välfärdsbrister i socialpolitiken i Finland när det gäller beredskapen och omhändertagandet av de människor som drabbats av trafikolyckor. För det första har det handlat om brister i informationen om sociala rättigheter och servicemöjligheter efter en olycka. Kritik har riktats från de trafikskadade gentemot myndigheter och försäkringsbolagens agerande. För det andra visar undersökningen att handikapprörelsens haft en obetydlig roll för de skadade och handikappade människorna. En tredje välfärdsbrist handlar om att den trafikskadade människan inte återgår i arbete. Dessa tre resultat kan sägas vara de tre stora välfärdsbrister som framkommit i undersökningen.

9.3 *Livsvärlden*

Elämänpuu.
Kaikki hedelmät
tiukasti kannoistaan
kiinni
ja minä – liian heikko
irroittamaan niitä

(Anonym trafikskadad 1993 ur den finska enkätstudien)

Dikten skildrar livsträdet hos en handikappad människa och de livets frukter som ibland kan sitta oåtkomliga för den skadade människan. Den inofficiella världen eller livsvärlden, som skiljer sig från systemvärlden (den officiella världen), har uppfattats annorlunda av de trafikskadade. Resultatet från den kvantitativa undersökningen visade att det fanns fler positiva reaktioner och attityder i svaren till de frågor som omfattade de sociala resurserna inom livsvärlden än vad som var fallet inom systemvärlden. De trafikskadade gav uttryck för hur mycket stöd de fått av sin familj och sina anhöriga tiden efter olyckan. Likaså vännerna och stödet från dem har haft stor betydelse i det nya livet efter olyckan.

I Finland har kvinnor som drabbats av trafikolyckor upplevt en större sammanhållning inom den egna familjen än vad männen gjort. Men trots att sammanhållningen varit stark inom familjen har det funnits negativa reaktioner och tillstånd efter olyckan. Bland annat framkom det att respondenterna upplevt att den egna familjen känt en större frustration än vad de själva känt tiden efter olyckan. Eftersom familjen utgör en viktig copingresurs för den skadade och handikappade är det viktigt att den får hjälp och stöd för att hantera nya situationer. Men enligt de trafikskadade själva har de varit mer lugna än den egna familjen. Den handikappade personen har inte upplevt en sådan frustration som han eller hon uppgett sig se eller känt att den egna familjen erfarit.

En annan karaktäristika hos trafikskadade i Finland visade sig vara att de inte i lika stor utsträckning som respondenterna i Sverige känt av sorgen efter olyckan. Detta är anmärkningsvärt med tanke på att respondenterna i den finska studien lever ensamma och inte har något arbete. Trots att många inte lever tillsammans med någon livspartner eller har familj har man funnit stöd från andra anhöriga och vänner. Arbetets betydelse för att bearbeta sorgen och livsförändringen torde inte heller ha stor betydelse för de trafikskadade i Finland då flera inte har något arbete. Resultatet ger möjlighet till att reflektera över arbetets betydelse och innebörd för en människa. Respondenterna i Finland synes ha en större känsla och självförtroende att klara av ett arbete än vad de skadade i Sverige gav uttryck för i undersökningen.

9.4 *En finsk modell*

De trafikskadades sociala villkor och levnadsförhållanden i Finland har inte tidigare studerats. Det resultat som den kvantitativa undersökningen kommit fram till blir därför ny kunskap om en socialt utsatt samhällsgrupp som ännu inte uppmärksammats i någon högre utsträckning. De sociala levnadsförhållanden som de trafikskadade lever under kan enligt min mening betraktas från två sidor sett. Den ena sidan beskriver de fysiska, ekonomiska och sociala problem som möter den skadade människan inom systemvärlden. Sociala levnadsförhållanden påverkas också av individens upplevelser och erfarenheter inom den egna livsvärlden. Det som är utmärkande för svaren i den finska enkätstudien är att de handikappade synes ha upplevt större svårigheter inom systemvärlden än vad som är fallet inom den egna livsvärlden. Man kan emellertid uttrycka det som att det finns en interaktion mellan de båda världarna som gör dem beroende av varandra. Ett konkret exempel på detta är att

respondenterna uppgivit att de anhöriga inte fått något socialt stöd eller hjälp från samhället. Eftersom familjen och de anhöriga är en viktig länk i det sociala nätverket kan man dra slutsatsen att ett bristande stöd från samhället också får återverkningar på den handikappades egen livsvärld. Exempelvis riskerar den drabbade personen att få ett svagare stöd från sitt nätverk när den egna familjen behöver hjälp eller stöd från utomstående.

Det resultat som framkommit i studien visar att de trafikskadade och deras sociala levnadsvillkor i Finland kan forma en *finsk modell* som kan karaktärisera det välfärdssamhälle vari den handikappade människan söker sin egen förmåga till välfärd. En finsk modell kan enligt min mening beskriva den sociala levnadssituation som många handikappade människor lever i. Genom att konstruera en modell är mitt syfte att sammanfatta de uttryck som de skadade givit i enkäten men också för att få en större klarhet i vad som är utmärkande för den sociala verklighet som råder för många människor i Finland. Trots att systemvärlden utgjort problem och svårigheter för flera respondenter har denna värld också skapat förutsättningar för individens egen livsvärld. Ett exempel på detta är att 60 procent av respondenterna haft möjlighet att möta en annan människa som också råkat ut för en trafikolycka. Dessa kontakter har människan fått på sjukhus, rehabiliteringsanstalter o.s.v. Kontaktmöjligheterna har i sin tur bidragit till att den handikappade människan fått kunskap och erfarenheter från andra handikappade som också mött svårigheter i sin tillvaro. På så vis har de kunnat utbyta erfarenheter med varandra och lära av varandras framgångar och motgångar i livet. Varannan person i undersökningen uppgav också att de var intresserade av att få reda på hur andra trafikskadade har det i livet. Det synes vara så att ett flertal av de trafikskadade träffat andra skadade och handikappade tiden efter olyckan. Genom dessa möten och kontakter har de fått stöd och hjälp i återhämtningen efter olyckan. Den finska modellen består alltså av att människan själv varit aktiv och träffat medmänniskor som också skadats. Respondenterna i Finland har inte upplevt så mycket sorg som de skadade i Sverige enligt de båda enkäterna. Det verkar troligt att den finska modellen handlar mycket om kontakten med andra handikappade och skadade människor. Trots att det i Finland inte finns några särskilda handikappföreningar för trafikskadade har respondenterna sökt sig till, eller blivit uppsökta av andra handikappade. Var fjärde tillfrågad svarade att de skulle vilja hjälpa andra trafikskadade i livet. Slutsatsen som kan dras från dessa resultat skulle kunna vara att den finska modellen kan betecknas för en altruistisk modell. Jag återkommer längre fram i avhandlingens

andra avsnitt om altruismens betydelse för den bemästrande människan (välfärdsdramats andra akt). I nästa avsnitt kommer systemvärlden och de trafikskadade i Sverige att diskuteras.

9.5 *Systemvärlden*

Det som känns syns inte alla gånger
det som syns känns inte alla stunder
alla stunder syns inte det som känns
alla gånger känns inte det som syns

hur kan du veta
något om den som till synes
har något
som inte syns?...
Hur kan du känna
det som känns,
när det inte syns?

hur bara vågar du säga;
»Det ordnar sig?«
Du som inte vet hur det känns,
det som inte syns...

Anette Rudmalm (1996) (*ur enkätundersökningen i samverkan med Trafikskadenämnden och Trafikförsäkringsföreningen i Stockholm* 1996)

En av de stora konsekvenserna för människan i livet sker inom systemvärlden. När personen är färdig med sin rehabilitering ska han eller hon tillbaka till arbetslivet. Men det är inte någon självklarhet att det blir på det viset. Studien visar att det uppstår så stora svårigheter för många människor att de inte längre klarar av ett arbete på arbetsmarknaden. Jag har i kapitel sju redogjort för trafikskadan och det förlorade arbetet. Varannan person visade sig inte arbeta efter olyckan. 60 procent av de tillfrågade svarade NEJ på frågan om det skulle kunna klara av att arbeta. Vilka har då svårast att ta sig tillbaka till arbetslivet? Studien visar att det är fler kvinnor (66,4 procent) än män (52,9 procent) som svarat att de inte klarar av att arbeta efter olyckan.

Om man jämför könsfördelningen med de socioekonomiska grupperna visar studien att männen var överrepresenterade bland arbetarna medan kvin-

norna var överrepresenterade i gruppen lägre tjänstemän. I övriga grupper har inte påträffats några signifikanta könsskillnader.

De manliga respondenterna i Sverige är till största delen frånskilda och saknar arbete.

9.6 *Livsvärlden*

Tidsflykt

Sekunder, kan man ej fånga.
Minuter blir till timmar.
Timmar till dag, för att bli natt.
Natt för att åter bli till en
ny dag, av sekunder, minuter
och timmar.
Varför då stressa och jäkta,
när timmar ändå blir till år.
Ta vara på dagen i dag,
imorgon kan det bli svårt.

Alfhild Leion (1988) (*ur enkätundersökningen i samverkan med Trafikskadenämnden och Trafikförsäkringsföreningen i Stockholm* 1996)

Allmänt har undersökningen visat att mer än hälften av de trafikskadade inte upplever någon god välfärd. Många säger sig tvärtemot uppleva en sämre välfärd. Detta resultat ger oss den subjektiva upplevelsen av välfärd och utgör som sådan en viktig kunskap om hur gruppen trafikskadade upplever sina liv flera år efter trafikolyckor. Det psykiska välbefinnandet upplevs inte heller som gott hos människan. En majoritet av de tillfrågade uppgav i enkäten att deras upplevda hälsosituation var direkt dålig samtidigt som en övervägande majoritet också var övertygade om att deras skada kommer att bestå i framtiden. De fyra välfärdsindikatorerna som jag nu beskrivit har givit evidens för att den sociala situationen för de skadade i Sverige måste betraktas som relativt svår. Mot bakgrund av detta resultat är det därför möjligt att tala om att det finns en socialt marginaliserad grupp i samhället; de trafikskadade.

Ett ytterligare mått på hur det sociala livet förändrats efter en trafikolycka utgörs av de förändringar som skett i individens funktionsförmåga. I enkäten fick de skadade svara på frågor hur de klarade av att klä sig själva, äta/dricka, sköta personlig hygien, gå inomhus och utomhus, gå i trappor samt klara av att läsa tidning/bok. På flera av dessa vardagliga områden hade svårigheter

uppstått och blivit befästa hos flera av respondenterna. Således hade var fjärde person fått svårare att klara av att äta och dricka jämfört med tiden före olyckan. Var tredje person hade fått svårare att klä på sig kläder. Nästan lika många hade fått problem att klara av att sköta sin personliga hygien på ett självständigt sätt. Varannan person hade fått det svårare att förflytta sig i trappor samt utomhus. Var tredje person hade fått svårare att klara av att läsa tidning/bok. Sammantaget visar detta på en nedsättning i funktionsförmågan hos ett stort antal trafikskadade i det svenska samhället. Eftersom resultatet avser förhållanden som sträcker sig under en relativt lång tid efter olyckan bör det ses som anmärkningsvärt då det belyser långtidskonsekvenser av olyckor och således flera begränsningar inom det sociala området.

Inom livsvärlden finns ett flertal resurser som står den skadade människan till buds. Socialt stöd från familj, anhöriga och vänner i det sociala nätverket är sådana resurser som hör till de viktigaste efter en svår olycka. Upplevelserna och erfarenheterna av dessa resurser inom livsvärlden är viktiga att observera. Efter en olycka ställs människan inför svåra reaktioner och känslor. Jag har tidigare talat om de postaccidentala reaktioner som jag valt att studera i undersökningen.

Resultatet visade att det finns stora skillnader mellan hur män och kvinnor i Sverige upplever sorgen efter en olycka. Ett halvår efter händelsen kände 47 procent av kvinnor sorg. De tillfrågade fick också frågan hur de uppfattade sin sorg idag. 33 procent av kvinnorna svarade att de fortfarande kände sorg. En annan slutsats som kunde dras från materialet var att kvinnorna i större utsträckning än männen upplevde sorgereaktioner en lång tid efter olyckan. Likaså visade det sig finnas skillnader i hur offren kände depression en tid efter olyckan. Det måste ses som anmärkningsvärt att kvinnor i större utsträckning än männen upplevde negativa reaktioner en längre tid efter händelsen.

Ett annat resultat som följde av studien var att männen oftare än kvinnorna haft en känsla av optimism och blivit stärkta efter olyckan. Situationen för kvinnor efter olyckor synes vara svårare än för männen. Det handlar då om de upplevelser och de subjektiva erfarenheter som man givit uttryck för. Kvinnornas livsvärld synes ha blivit mer hotad och skadad än männens livsvärld. Påståendet stödjs också av känsloupplevelser att inte kunna räcka till inom den egna familjen efter olyckan. Känslan att känna sig socialt otillräcklig synes vara vanligare bland kvinnor än män i Sverige. Kvinnorna har oftare dåligt samvete för att göromål i hushållet inte blir gjorda eller får utföras av andra än dem själva.

Betydelsen av ett väl fungerande socialt nätverk är en viktig del tiden efter olyckan inträffat. Den egna familjen, de anhöriga och vännernas stöd i krisfasen men också under den efterföljande tiden har i tidigare forskning visat sig vara viktig. Studien visar på de svårigheter och nya påfrestningar i vänskapsförhållandet till vännerna som uppstår i samband med en olycka. De skadade har upplevt att vännernas medkänsla, stöd och tröst för dem minskat konstant med tiden. De positiva reaktionerna »optimism och hoppfullhet« tycks vara konstant över tid. Undersökningen visar att de negativa reaktionerna dominerat bland de närmaste vännerna betraktat över en tidsperiod.

9.7 *En svensk modell*

I Sverige har myndigheterna under 1990-talets andra hälft arbetat med att utveckla den s.k. nollvisionen som innebär att antalet döda och skadade i trafiken helt och hållet ska reduceras.[8] Kommunikationsminister Ines Uusmann har vid flera tillfällen talat om nollvisionens införande.[9] Bilismen har emellertid skördat många offer och årligen skadas och dödas ett stort antal personer i vägtrafikolyckor. Vad som är utmärkande för den officiella världen eller systemvärlden i Sverige är den beredskap som handikapprörelsen och sjukhusvården uppger sig ha för omhändertagande och omsorgen av människor som skadats. Den svenska modellen består för det första av den officiella världens arbete och policy att försöka minska olyckornas antal genom den s.k. nollvisionen. Det har också utvecklats särskilda handikapporganisationer och föreningar för människor som skadats i olyckor. Den stora organisationen RTP har verkat sedan 1950-talet men under 1990-talet har det tillkommit mindre fristående skadeföreningar som komplement eller alternativ till detta förbund. Däremot finns det inget direkt psykosocialt omhändertagande av trafikolycksfall i Sverige vilket också konstaterats av tidigare forskning som gjorts.[10] För att kunna förstå den beredskap som finns när det gäller skydd, omhändertagande och omsorg av trafikskador är det viktigt att det finns kunskap om de människor som drabbas av olyckorna. Hur förändras livet efter en olycka? Vilka svårigheter möter den drabbade människan och hur kan de sociala levnadsförhållandena gestaltas?

När jag nu talar om en svensk modell ska det inte sammanblandas med den svenska modell och begreppet »den svenska modellen« som förekommit i den samhällsvetenskapliga debatten i Sverige under flera år. Det är förvisso riktigt att det jag menar med svensk modell också innebär den svenska välfärdsstat-

ens förmåga i allmänhet att lösa problem som uppkommit. I den svenska maktutredningen diskuterades huruvida den svenska modellen kommit fram till en vändpunkt.[11] Enligt maktutredningen har användningen av begreppet kommit att bli problematisk eftersom begreppsbildningen är oprecis och innehåller flera olika drag i en samhällsutveckling. Modellbegreppet har istället kommit att bli en samlingsbeteckning för flera olika utvecklingsdrag under 1900-talet i det svenska samhället.[12]

I fortsättningen kommer begreppet *en svensk modell* att enbart betyda den modell eller samhällstillstånd som omfattar och berör den trafikskadade människan i samhället. Det handlar således om att beskriva de förutsättningar som finns i samhället för de trafikskadade som grupp i samhället.

Den svenska modellen består i undersökningen liksom den finska modellen, av den trafikskadade människans systemvärld och egna livsvärld. Genom att studera de båda världarna kan man få en bild över den modell som är giltig för de trafikskadade.

Om man jämför systemvärlden och livsvärlden för trafikskadade i Sverige visar studien att kvinnorna upplevt större svårigheter än vad männen erfarit. På ett flertal områden så har kvinnorna upplevt svårigheter i samhällslivet och oftare känt negativa känslor och reaktioner i livsvärlden. Frågan som uppstår från detta resonemang kan bli om det finns några skillnader mellan hur män och kvinnor bemästrar sin livssituation efter en trafikolycka. Jag återkommer till denna frågeställning i avhandlingens andra resultatdel där jag kommer att redogöra för de olika bemästringsstrategierna som de trafikskadade kan använda sig av för att komma tillbaka till livet.

Den svenska modellen kan sägas vara utrustad med flera resurser och stödåtgärder för den människa som skadats i en olycka. Som jag tidigare nämnt finns det etablerade handikappföreningar som riktat sig speciellt till gruppen trafikskadade. Under 1990-talet har det också införts en s.k. trafikofferjour dit trafikskadade kan ringa för att tala om sina känslor och problem. Dylika åtgärder och insatser kan inte betraktas som aktiva åtgärder från samhällets sida. Det är den skadade och handikappade människan själv som måste söka upp denna verksamhet. Således krävs att den drabbade själv är aktiv i en period av smärta och livsomställning. Någon social beredskap eller stöd till den skadade och dennes anhöriga måste ses som bristfälligt i Sverige. De trafikskadades kritik mot begränsad och i värsta fall utebliven information om sociala rättigheter vittnar om hur svår kontakten varit mellan de skadade och myndigheter samt försäkringsbolag. Likaså uppger en övervägande majoritet

av de trafikskadade att deras anhöriga inte erhållit något stöd eller hjälpinsatser från samhällets sida.

9.8 *Jämförelse av två modeller*

När man jämför sociala levnadsvillkor för trafikskadade är det viktigt att först se på de stora skillnader och likheter som kan tänkas råda. I avsnittet har jag för avsikt att jämföra de båda modellerna, *den finska modellen* respektive *den svenska modellen*, för att se vilka skillnader och gemensamma drag som de innehåller. Vilken kunskap tillhandahåller de olika modellerna och vilka erfarenheter kan dras från dem? Vilken av de båda modellerna ser ut att vara bäst rustad för ett socialt omhändertagande av de trafikskadade?

Den skadades subjektiva upplevelse av den egna välfärden är en viktig indikator på hur det sociala livet blivit efter olyckan. Resultatet av den kvantitativa studien visar att de trafikskadade i Sverige säger sig upplevt en högre grad av välfärd än vad de skadade i Finland uppgivit. I Finland tycks det alltså som om välfärden vore sämre för dem som skadats i olyckor. Fler personer i Finland har svarat att de upplevt sin välfärd som sämre. Liknande skillnader mellan länderna finns när det gäller hur respondenten upplever sitt psykiska välbefinnande. Också detta välbefinnande är högre i Sverige än vad som är fallet i Finland. Det är dock viktigt att observera att inte ens hälften av de skadade i båda länderna känner att de har ett gott psykiskt välbefinnande. Det här resultatet ger oss tydliga evidens på att konsekvenserna av en bilolycka i många fall är så förödande för den enskilda individen att han eller hon får lida för sin sociala situation och välbefinnande under många år efter olyckan inträffat.

Förändringen i funktionsförmågan för respondenterna i undersökningen visar att de trafikskadade i Sverige upplever sin tillvaro svårare än de skadade i Finland. Hälften av respondenterna i båda länderna uppger att de har svårt att gå i trappor efter olyckan. Den begränsade rörligheten kommer också fram undersökningen då varannan trafikskadad person i båda länderna säger sig ha svårigheter att gå både inomhus och utomhus. Av det totala antalet respondenter uppgav 255 personer i båda länderna att de fått svårigheter med att läsa en bok eller tidning efter olyckan. Det motsvarar var tredje respondent i hela undersökningen. Detta senare resultat är inte minst intressant eftersom den skadade personen befinner sig i en ny livssituation och får konfronteras med nya händelser och upplevelser. 36,4 procent av respondenterna i Sverige uppgav att de idag har svårigheter med att läsa en tidning och bok. Motsva-

rande siffra för Finland är 27,2 procent. Detta resultat är intressant och ska sättas in i ett större sammanhang vad avser individens förmåga att nå välfärd. Förmågan att läsa och ta del av samhällsinformation och händelser bör enligt min mening också knytas till diskussionen om hur den skadade upplevt informationen om sociala rättigheter och förmåner efter trafikolyckan.

Vid en jämförelse av resultaten av arbetsförhållandena för trafikskadade i Finland och Sverige, kommer det fram en bild av att de trafikskadade som ingår i materialet i mer än hälften av fallen står utanför arbetsmarknaden. I Finland står 71 procent av de människor som skadats i trafikolyckor utan arbete efter sin skada. Motsvarande siffra i Sverige är 51 procent. Båda siffrorna måste betraktas som relativt höga vid en jämförelse av arbetslöshetsnivåerna i de båda länderna. Jämfört med internationell forskning om trafikoffers arbetsförmåga och aktivitet på arbetsmarknaden visar en portugisisk studie av 115 tillfrågade trafikskadade, att 73,2 procent var arbetslösa.[13] Vid en jämförelse av detta resultat med tidigare forskning om handikapp och arbetsmarknad finns tydliga evidens på giltighet.

9.9 *Systemvärldens gränser*

Den nordiska studien har visat att det finns flera skillnader mellan hur trafikskadade uppfattar sina sociala levnadsvillkor i två länder. Jag har undersökt respondenternas självuppfattning av levnadsvillkor utifrån två världar; systemvärlden och livsvärlden. Det visade sig att respondenterna mött på svårigheter, hinder men också möjligheter i de båda världarna. Vad som är gemensamt utmärkande för levnadsvillkoren är de svårigheter som finns i människans liv. På vissa områden inom systemvärlden till exempel inom sjukvård och rehabilitering har den handikappade människan upplevt ett positivt bemötande av personal och stödpersoner. Bemötandet från läkarpersonal som sjukvårdspersonal i övrigt har av en övervägande majoritet uppfattats som positivt. När det gäller andra samhälleliga institutioner som försäkringsbolag och myndigheter har erfarenheterna inte varit lika positiva. Ett flertal av respondenterna uppger att de inte har fått tillräckligt mycket information om sina sociala rättigheter efter olyckan något som är intressant med tanke på att flera skadade har fått svårigheter med sin dagliga livsföring. Det kan handla om att fysiskt förflytta sig, utföra praktiska saker eller att ha förmåga att läsa och skriva för att uttrycka sig i samhället. Den systemvärld som beskrivs i undersökningen handlar om en systemvärld med gränser för den handikappade.

Med gränser menas faktiska begränsningar att uppnå den välfärd som individen hade möjlighet att nå före olyckan. Systemvärldens gränser försöker den skadade människan forcera på egen hand genom att till exempel möta andra trafikskadade för att utbyta erfarenheter om framgångar och motgångar. Arbetet med att bryta gränserna inom systemvärlden förvandlar den skadade människan till en expert på sin egen skada men också på sin utsatta position i samhället.

9.10 *Mångfald i livsvärlden*

Såväl den finska som den svenska modellen har visat att det finns svårigheter men också flera möjligheter för människan som skadats i trafiken. Inom livsvärlden har det kommit att handla om en rik mångfald av reaktioner och effekter under den efterföljande tiden. Det har varit svårt att finna några egentliga avgörande skillnader i de sociala levnadsvillkoren mellan länderna. Dock har några skillnader påträffats i studien. Det tycks förhålla sig på det viset att de trafikskadade kvinnorna är de som upplevt de svåraste sociala långtidskonsekvenserna av olyckor. I båda länderna har kvinnor i större utsträckning än män upplevt negativa reaktioner och följdtillstånd av traumatiska olyckor. Ett exempel på detta är upplevelsen av att känna sig som en belastning för anhöriga och vänner efter olyckan. Kvinnorna i studien har uppgett sig känna mer belastning än männen. Kvinnorna i Sverige har haft denna känsla i större utsträckning än de skadade kvinnorna i Finland.

9.11 *Sammanfattning*

Följdtillstånden efter en trafikolycka har uppfattats som svåra för ett stort antal människor i Finland och Sverige. Den komparativa studien har visat att det finns skillnader i hur de skadade och handikappade upplevt sina levnadsvillkor. Vad som är gemensamt för de svar som respondenterna givit i de båda enkätstudierna är kritik mot det bemötande som de upplevt sig få från såväl försäkringsbolag som myndigheter. De skadade har också givit uttryck för att de inte blivit informerade om sina sociala rättigheter i tillräcklig utsträckning. De anhöriga har inte fått något egentligt stöd från samhället efter olyckan för att bearbeta händelsen eller få information om de nya förutsättningarna. Ytterligare kritik som framförts av respondenterna i båda länderna har varit missnöjet med handikappolitiken. Ytterst få av respondenterna uppgav att de

känner till någon aktiv politiker som arbetar med handikappfrågor i samhället.

10. Konklusioner. Teori och empiri

DEN FÖRSTA resultatdelen av undersökningen har baserats på två vetenskapliga metodologiska ansatser; den kvantitativa och komparativa ansatsen. I denna del har jag främst behandlat välfärdens brister och den ofärd som de trafikskadade upplevt och givit uttryck för i de båda enkätundersökningarna i Finland och Sverige. Jag har också beskrivit och analyserat de postaccidentala reaktioner som kan tänkas följa efter en trafikolycka. De resultat som här sammanfattas har tidigare ingående beskrivits i kapitlen sju, åtta och nio.

En central konklusion i avhandlingens första resultatdel är slutsatsen att det föreligger skillnader mellan män och kvinnor. Den mest påfallande könsskillnaden återfinns bland de trafikskadade i Sverige. Det synes vara så att den trafikskadade kvinnan har upplevt de svåraste sociala följderna av en olycka. Kvinnorna har i de båda enkätstudierna givit uttryck för problem, svårigheter och ofärd i större utsträckning än vad männen gjort. Studien har bland annat visat på en svår omställning och stora prövningar för familjen, anhöriga och vänner i anslutning till olyckan.

Ett resultat visade att den handikappade kvinnan i Sverige i större utsträckning kände sorg och depression efter olyckan. Studien visade att långtidskonsekvenserna var mer tydliga för kvinnorna än bland männen i Sverige. De trafikskadade kvinnorna uppgav att de haft negativa reaktioner en längre tid efter olyckstillfället. Här är det möjligt att tala om att det föreligger en intressant paradox i undersökningen. Studien visar att kvinnor tenderar att ha mer negativ stress än vad männen har efter en trafikolycka. Den skadade kvinnan känner mer sorg, depression och utsatthet än vad männen ger uttryck för i sina svar. Kvinnorna känner också en större belastning än vad männen upplever. Ändå så använder sig kvinnorna sig av sitt sociala nätverk i högre utsträckning än männen. Välfärdsforskning som har genomförts i Sverige bland kvinnor visar samma resultat. Kvinnor har visat sig skatta en sämre hälsa än

vad männen gör.[1] [2] De levnadsnivåundersökningar som SCB genomfört i Sverige och funnit att kvinnors hälsa är sämre.[3]

Paradoxen kan sägas bestå av det faktum att kvinnorna använder sig av nätverket för att reducera sin negativa stress och få stöd. Men tillvägagångssättet är ingalunda okomplicerat för kvinnorna då de upplever sig ha känslor som att vara till belastning för omgivningen. Likaså uppger kvinnorna sig ha dåligt samvete efter att de blivit skadade. De upplever sig ha dåligt samvete för att göromål får utföras av andra samtidigt som göromål ibland överhuvudtaget inte blir gjorda. Detta kan ha ett samband med det faktum att kvinnans traditionella roll är att såväl yrkesarbeta som ha ett större ansvar och arbete i hemmet. Det blir då en situation som kan karaktäriseras som dubbel arbetsbörda.[4] I avhandlingens andra del återkommer jag till en fördjupad diskussion om denna paradox under avsnittet »Former av mellanmänskliga strategier« i avhandlingens andra avsnitt (kapitel fyra).

En annan konklusion av studien är att de trafikskadade i båda länderna inneburit så stora och omvälvande livsförändringar att en majoritet av respondenterna inte har någon tro på sina möjligheter att klara av ett arbete på arbetsmarknaden. Den egna tron på att klara av att sköta ett arbete var relativt begränsad bland de trafikskadade. Också här visade det sig att det fanns könsskillnader mellan män och kvinnor. Könsskillnaderna framkom endast i den svenska populationen. I Sverige visade det sig att det var fler kvinnor än män som hade en egen uppfattning att de inte skulle kunna klara av att arbeta. Om man sedan relaterar detta till den faktiska sysselsättningssituationen för de trafikskadade visar studien på att en olycka innebär stora sociala problem för den som drabbats. En trafikskadad person har svårt att få ett arbete. Enkätundersökningen visade att inte mindre än hälften av respondenterna i Sverige uppgav att de inte arbetar idag (1996).

Den empiriska konklusionen härvidlag är att den statistiska undersökningen givit klara evidens över att den trafikskadade kvinnan har fått bära svåra sociala följdkonsekvenser efter olyckor. Det synes vara så att de sociala konsekvenserna upplevts som större och vållat mer problem för den trafikskadade kvinnan.

10.1 *Trafikskadades liv i realiteten*

De livsomställningar som följer efter en olycka har utgjort huvudintresset i denna avhandling. Tidigare internationell forskning inom området har främst varit inriktad på att belysa de medicinska eller psykiska följderna av trafikolyckor genom kortsiktiga uppföljningar. Den studie som presenteras i avhandlingen belyser de sociala och välfärdsmässiga konsekvenserna av olyckor i Finland och Sverige. Denna uppföljning av följdkonsekvenser ska betraktas som longitudinell. Studien har visat på vilka svårigheter som är förknippade med att mäta de trafikskadades liv i realiteten. Min avsikt var bland annat att studera de olika följdreaktionerna hos den trafikskadade och hur de uppfattades av den skadade själv över tid. Det visade sig att vara svårt att mäta sådana här känsloförhållanden över tid efter en sådan traumatisk upplevelse som en olycka innebär för de inblandade. Den frågeenkät som distribuerades till trafikskadade i Finland och Sverige visade att flera människor hade svårigheter att besvara frågorna. Det kan naturligtvis finnas flera troliga förklaringar till att de haft svårigheter att delta och ge uttryck för sina erfarenheter. En trolig förklaring kan vara att personernas egen fysiska förmåga att deltaga har varit begränsad. En annan orsak kan vara att respondenten inte har något minne från den första tiden efter olyckan eller upplever minnena så starka att man inte vill se tillbaka på den svåra tid som har varit. Att dessa förklaringar torde vara giltiga har jag funnit belägg för genom de anteckningar på enkäten som den handikappade själv gjort eller de kommentarer som anhöriga och vänner gjort åt respondenten.

Min tolkning av undersökningsmaterialet är att det ändå varit möjligt att studera tidsdimensionen i de svar och uttryck som de trafikskadade uppgivit i de båda enkäterna.

Den skadade människans liv i realiteten synes ha blivit svår på mer än ett vis. De följdkonsekvenser av olyckorna som påträffats i materialet visar att de sociala konsekvenserna blivit negativa i flera avseenden. En viktig konklusion i studien är att den handikappades möjligheter till återgång respektive tillträde till arbetslivet försvårats efter en olycka. Resultatet visar att trots att det gått en relativt lång period efter den traumatiska händelsen har en mycket stor andel av respondenterna i båda länderna haft svårigheter med återgången till arbetslivet. Denna välfärdsbrist har hittills varit ouppmärksammad i såväl Finland som Sverige. Störst och mest påtagliga svårigheter synes de skadade haft i Finland. Av samtliga tillfrågade respondenter i enkätstudien uppgav

70,7 procent att de idag inte hade något arbete. Min undersökning ger emellertid inga svar på frågan varför de inte har något arbete. Det kan finnas flera många naturliga förklaringar till att så skulle vara fallet. Ett exempel skulle kunna vara att personen är arbetslös. Det torde emellertid vara svårt att mäta varför en person skulle vara arbetslös och i vilken utsträckning som detta skulle kunna förklaras genom att personen ifråga har ett handikapp av något slag. I enkäten fick också den trafikskadade frågan huruvida han eller hon skulle ha förmåga att klara av att utföra ett arbete. 42,6 procent uppgav att de skulle kunna klara av att arbeta heltid. 41,8 procent uppgav att de inte skulle kunna klara av ett arbete.

De trafikskadade i Sverige tycks ha klarat sig bättre när det gäller återgång och förmåga till arbete. Varannan trafikskadad i undersökningen uppgav att man idag arbetade. En studie som genomförts av Åke Nygren och Lena Holm vid Karolinska institutet i Stockholm visade att 2/3 av de skadade haft möjlighet att återgå till arbete i full utsträckning. Studien visade att trots de skadades kvarstående besvär av sin trafikskada, har en stor del av de trafikskadade återgått till sina arbeten.[5]

När det gäller åldersvariabeln visar studien att det också finns skillnader mellan de båda länderna. För det första är en central konklusion från materialet att arbetsförmögenheten och sysselsättningsläget är korrelerade med trafikskadans svårighetsgrad. Gemensamt för båda länderna är det så att ju svårare skadad man är i en olycka desto mindre är chanserna för ett återinträde respektive inträde i arbetslivet. I åldersvariabeln visade det sig att de yngre bland de trafikskadade i Finland i större utsträckning än äldre personer kunde återgå till ett arbete. Bland respondenterna i den svenska studien finns inga belägg för att så skulle vara fallet.

En annan konklusion visar att det inte föreligger några könsskillnader mellan män och kvinnor ifråga om ålder och invaliditetsgrad. Inte heller har några könsskillnader kunna påträffas i en jämförelse mellan män och kvinnors arbetssituation i de båda länderna.

Den trafikskadade och arbetslivet har varit en viktig och betydelsefull indikator på hur välfärden kommit att utvecklas för den handikappade människan. Det finns en rad andra sociala följder efter en olycka. Bland annat har jag kunnat konstatera att den skadade upplevt avsaknaden av ett stöd för de anhöriga efter olyckan. En majoritet av respondenterna uppgav att deras närmaste anhöriga inte har fått någon hjälp eller tillräckligt med stöd i samband med olyckan och den efterföljande tiden. Slutsatsen av detta resultatet borde

vara att samhället i större utsträckning borde uppmärksamma och åtgärda de behov som också de anhöriga kan känna av efter en svår olycka. Hjälp- och stödinsatser borde därför i framtiden inte enbart omfatta den skadade personen själv utan också hennes familj och närstående. Bristen på socialt stöd till det sociala nätverket har upplevts som påfrestande för många trafikskadade. Man skulle kunna anta här att den trafikskadade människan själv fått bära en stor uppgift att sörja för förutom sitt eget fysiska och psykiska välbefinnande också för de anhörigas välbefinnande.

Studien visar också vilken undanskymd roll som handikapporganisationerna haft för den trafikskadade efter olyckan. Respondenterna i båda länderna har uppgivit att de olika organisationerna haft en liten eller ingen betydelse överhuvudtaget. Detta resultat gäller förhållandena i båda länderna. Det kan synas vara anmärkningsvärt att dessa förhållanden kunnat påvisas också i Sverige. I Sverige finns till skillnad från Finland en femtioårig tradition med trafikskadeföreningar. Trots en väl utvecklad handikapporganisation förefaller det som om rörelsernas budskap och existens inte kommit till den skadades kännedom.

En viktig konklusion som har kunnat dras från studien är att den trafikskadade människan upplevt att han eller hon inte har fått information om sina sociala rättigheter. Denna uppgift baseras på respondentens egen subjektiva uppfattning och har inte sin utgångspunkt i den faktiska informationsförmedlingen. Det skulle i framtida forskning vara önskvärt att studera det faktiska informationsflödet från samhälleliga instanser till den trafikskadade individen. Emellertid är den subjektiva bilden en viktig del av hur den totala välfärden och välbefinnandet kan beskrivas för en utsatt och skadad människa. Respondenterna i båda länderna uppgav i enkäterna att de upplevde att de inte fått tillräcklig med information om rättigheterna efter olyckan. De skadades svar kan betraktas utifrån egna erfarenheter av kontakt med myndigheter, försäkringsbolag, sjukhus och andra samhälleliga instanser. Genom sina erfarenheter kan den skadade värdera och systematiskt se vilken information som han eller hon själv har fått ta reda på och vilken information som givits spontant av olika instanser i samhället. Resultatet om den uteblivna informationen om sociala rättigheter kan tolkas som så att den trafikskadade människan haft svårt att nå den information som han eller hon behövt. Trots att det funnits särskilda föreningar och handikapporganisationer som har haft som mål och uppgift att upplysa trafikskadade om såväl rättigheter som skyldigheter, visar studien att initiativet för informationssökning funnits hos individen

själv och inte hos någon intresseorganisation. Jag kommer att återkomma till värdet av denna informationssökning under avsnittet som behandlar den trafikskadade människans bemästringsstrategier. Informationssökning i sig kan betraktas som något bra för den bemästrande människan. Som en sådan strategi kan det här vara naturligt att resa frågan i vilken utsträckning som det skulle vara önskvärt att samhälleliga instanser gav information om allt. Min tolkning av det resultat som framkommit i undersökningen är emellertid att det här torde handla om de mest grundläggande rättigheterna som socialt stöd, information och hjälpmedel.

I undersökningen studerades också de trafikskadades syn och uppfattning på bilismen, trafiksäkerheten och det egna riskmedvetandet. En väsentlig konklusion av studien är att de grundläggande attityderna till bilismen som fenomen inte har påverkats. Inte heller har det kunnat påvisas några könsskillnader ifråga om inställning till bilismen i de båda länderna. Däremot finns det skillnader mellan könen i fråga hur man uppfattar uppmärksamhet och attityder till risker i trafiken. Studien visar att fler män än kvinnor i Sverige har blivit mer uppmärksamma i trafiken efter att de själva skadats och blivit handikappad.

II. Fallstudier

1. Välfärdsdramats akter

ORDET drama kommer ursprungligen från det grekiska ordet dra'ma som betyder handling eller skådespel.[1] Ett drama i ordets rätta bemärkelse handlar om en handling och skildring från vår samtid. Den skildring av den trafikskadade människans situation och liv har jag valt att benämna för ett välfärdsdrama om bemästring. I det här dramat står drama för både något negativt men i stor utsträckning också för något positivt. Liksom i de grekiska dramerna handlar välfärdsdramat i det moderna samhället om den utsatta och handikappade människan.[2] Ett drama kan kännetecknas av att det försöker gestalta de mellanmänskliga fenomen och tillstånd som finns i mötet mellan två handlande människor.

Trafikolyckan som drama kan sägas ha mycket gemensamt med det klassiska grekiska dramat. Den finländske professorn Maarit Kaimio vid Helsingfors universitet skildrade i sin bok *Physical Contact in Greek Tragedy*, människans fysiska kontakt i det grekiska dramat.[3] En första liknelse som trafikolyckan har med det grekiska dramat är det svaga offrets ställning och position i själva dramat. I såväl det grekiska dramat som i det moderna välfärdsdramat där den trafikskadade människan agerar är den utsatte och drabbade personen huvudaktören. I det grekiska dramat förekom fysiskt svaga i samhället bl.a. handikappade men som kanske hade stödpersoner som hjälpte dem i det praktiska vardagslivet.[4] Exempelvis var skildringen av blinda personers situation innefattad i flera grekiska s.k. överlevnadsdramer.[5] Kaimio studerar hur äldre, blinda och döende hjältar förekom i de grekiska dramerna. Enligt Kaimio fanns flera sjukrumsscener i dramat där den fysiska kontakten mellan människor kom att skildras.

Bilen och bilismen kan på ett sätt ses som en gudomlighet för människan. Genom mobilitet och tillväxt ger bilen människan den frihet och valmöjligheter som en begränsad mängd människor kan leva utan. Jämfört med det grekiska klassiska dramat fanns andra gudomligheter för människan i vardagsli-

vet. Historiskt sett kan dramat indelas i olika genrer. Det drama som jag i avhandlingen försöka skildra har jag valt att kalla för välfärdsdrama just därför att handlingen består av den trafikskadade människan och hennes handlande i den moderna välfärdsstaten. Forskaren Katie Eriksson använde sig av terminologin lidandets drama när hon analyserade lidandet och dess dimensioner i människans liv.[6]

Den polske regissören och dramatikern Krzysztof Kieslowski (1941–1996) skildrade i sin trilogi *Trikaloren* hur en trafikolycka kan påverka en människas liv. Filmen »*Frihet. Den blå filmen*« handlar om trafikolyckan och dess tragiska konsekvenser för människan.[7] Är det möjligt att skildra trafikskadade och handikappade människors liv i Finland och Sverige utifrån Kieslowskis filmdramatisering? Kan en regissör som Kieslowski och hans drama hjälpa till att illustrera det sociala fenomen och problem som vi här har att göra med? Kan dramat på filmduken ge människan möjlighet att förstå den sociala verklighet och lidande som finns hos en trafikskadad människa? Dessa frågor är tänkvärda och kommer att behandlas i avhandlingens andra del.[8]

Att anknyta och associera händelser, problem och upplevelser i en vetenskaplig undersökning från ett filmdrama kan ses som ett nytt sätt att närma sig ett socialt fenomen. I såväl den vetenskapliga världen som inom filmvärlden handlar det här om ett identiskt socialt problem som ska belysas. Enligt min mening är det möjligt att göra ett flertal associationer från Kieslowskis filmdrama. Avhandlingens andra del är uppbyggd kring de olika steg, eller filmepisoder om man så vill, som den trafikskadade människan genomgår. Kieslowski skildrade en ung kvinna som mister sin man och dotter i en bilolycka. Denna tragiska förlust har regissören filmatiserat ur olika mänskliga vinklar. Det skulle vara möjligt att indela Kieslowskis drama i följande delar eller akter:

1. förlusten
2. offrandet, sorgen och lidandet
3. försoning och sympati
4. förmåga och frihet

Denna indelning är möjlig att relatera till uppläggningen av den andra resultatredovisningen i avhandlingen; de trafikskadades berättelser och självupplevda situationer och erfarenheter tiden efter olyckan. Jag har valt att indela avhandlingens andra del i olika akter eller livsakter som man också skulle

kunna kalla dem för. Man kan säga att dessa akter bildar det sociala välfärdsdrama som utspelats hos intervjupersonerna. Dramats olika akter kan kronologiskt indelas enligt följande:

1. När livet rämnar
2. Vägen till självförverkligande och altruism
3. Bemästringens ansikte
4. Coping med handikapp i olika livsskeden
5. Mot en ny förändrad filosofi

I Kieslowskis film har en ung kvinna förlorat sin familj i en olycka. Själv vårdas hon till en början på sjukhus men tycks inte ha fått några bestående fysiska skador efter olyckan. Till skillnad från denna skildring har intervjupersonerna i avhandlingen befunnit sig i en annan situation. De har blivit såväl fysiskt skadade som i en del fall psykiskt berörda efter olyckor. Några av intervjupersonerna, vars berättelser och erfarenheter som jag senare kommer att redogöra för, har förutom att de mist en familjemedlem blivit själva svårt fysiskt skadade. För dem har livet efter olyckan handlat om en typ av dubbel bemästring. Deras förluster har förutom död också handlat om betydande kroppsliga förluster.

Kieslowskis dramafilm kan och bör liksom intervjupersonerna i undersökningen, ses som unika. Varje olycka är unik för den drabbade individen, familjen, de anhöriga och vännerna. Men, och det är intressant att peka på, så är det sociala fenomen vi har att göra med här inte på något sätt unikt i samhället. Tiotusentals familjer i Finland och Sverige upplever liknande drama i den egna familjen. Det är möjligt att det förhåller sig så att Kieslowskis filmdrama i den sociala verkligheten kanske inte upplevts av så många som faktiskt upplevt det verkliga dramat och tragedin. Kieslowskis drama upplevs gemensamt av en filmpublik medan det i det verkliga livets drama handlar om en mindre krets omkring den drabbade personen.

För ögats näthinna innebär den sociala verklighetens drama att olyckshändelsen etsar sig fast i människans innersta. Kanske detta är en viktig poäng för att öka medvetandet om bilolyckans ohyggliga konsekvenser. Lika viktigt som att den negativa händelsen etsat sig fast på människans näthinna är det att återhämtningen, försoningen och bemästringen etsas fast, inte bara hos den drabbade människan utan också för hennes omgivning. Bäst skildras detta ur den drabbade och offrande människans perspektiv. Kieslowski för-

sökte utmåla detta genom Julies egna ögon där hon låg i sängen på sjukhuset och fick se på tv hur hennes man och dotter begravdes.

I bilolyckan som skildrades i filmen offrades hela Julies familj. Kieslowski gestaltade den offrande kvinnan i ett samhälle som inte hade någon beredskap att omhänderta trafikoffer. Betraktaren fick se detta genom den utsatthet och ensamhet som kvinnan i filmen befann sig i. Hon fick aldrig något psykiskt omhändertagande och frågan som man kan ställa sig är var hennes närmaste vänner befann sig någonstans. Kieslowski kom att gestalta den lidande människan i dramat. Filmens Julie har svårt att gråta. Chock övergår i flykt från händelsen. Förträngning av att något förskräckligt har hänt henne och hennes familj. Hennes mor är senil och på tv får hon bekräftat att hennes döde man varit otrogen under flera år de levt tillsammans. Den röda tråden i Kieslowskis berättelse handlar om hur den drabbade kvinnan ska lyckas övervinna förlusten, tragiken och sorgen, sitt eget lidande. Mitt i detta drama utspelar sig något nytt i hennes liv. Den sårade och i stort sett övergivna människan visar tecken på att höja sitt blickfång och uppmärksamma andra lidande människor i samhället. I filmen visar Julie omtanke och sympati för flera utsatta människor. Hon stannar upp på gatan och går fram till en uteliggare och undrar hur han egentligen mår. Hon vill inte ställa sig till de andra hyresgästerna i huset som vill vräka en prostituerad kvinna från sin bostad. Istället intresserar hon sig för den prostituerade kvinnan, lyssnar och vill hjälpa henne. Hon ger bort familjens hus till den kvinna som hennes man varit otrogen tillsammans med. Kieslowski visar hur en utsatt och lidande människa har en kraft och vilja, trots svårigheter genom livskrisen, att hjälpa andra. Denna altruism ska jag försöka anknyta i avhandlingen till intervjupersonernas liv och viljeyttringar.

Den sista episoden i Kieslowskis film kan tolkas som om människans förmåga till frihet blivit mer påtaglig. För ett offer i trafiken kan det handla om en uppnåelse till frihet från lidandet.[9]

Forskaren Katie Eriksson skriver om begreppet lidande och menar att det existerar ett vad hon kallar för lidandets drama. Eriksson skriver:

> »Varje människas lidande utspelas i ett lidandets drama. Att försöka lindra en medmänniskas lidande innebär att våga vara medaktör i dramat. Varje människa träder in i dramat i den skepnad som hon allra helst vill gestalta, d.v.s. i sitt lidandes innersta väsen. Finner hon inte en medaktör tvingas hon byta skepnad om och om igen tills hon finner en. Det är det nakna lidandet,

> det rent kroppsliga lidandet, fritt från varje metafysisk dimension, som till sist träder fram«.[10]

Enligt Eriksson består lidandets drama av tre akter. Hon talar om bekräftandet av själva lidandet och om lidandets tid och rum samt avslutningsakten som berör försoningen inom människan.[11] När det gäller en trafikolycka anser jag att Erikssons indelning av lidandets drama är alltför snäv. För att återanknyta till Kieslowskis drama och avhandlingens olika dramaakter så utgör bemästringsakten själva finalen i dramat. Erikssons perspektiv på de akter som behandlar lidandet kommer jag fortsättningsvis att referera till i kommande kapitel.

Det drama som den trafikskadade och handikappade människan spelar med i skulle kunna kallas för ett välfärdsdrama. Detta drama kan ses som människans vandring från det mörka lidandet och sorgen till den ljusa övervinnelsen och bemästringen i det som kan sägas utgöra den sårade människans välfärdsdrama.

1.1 *Vandring från ofärds land*

Tankemässigt skulle det kunna vara möjligt att betrakta livsvillkoren för en trafikskadad person som en vandring från social ofärd till välfärd. En sådan tankemässig vandring från olycka till lycka är naturligtvis inte så given som det kan förefalla. Förmåga till uppfyllelse och möjlighet att nå lycka för en handikappad person behöver inte nödvändigtvis vara lika stor för en annan handikappad. Vandringen från ofärds land blir därför till en vandring längs utmed okända vägar för vandraren, d.v.s. den trafikskadade människan. De flesta som skadats i trafikolyckor har tidigare aldrig varit med om någon olycka i vägtrafiken. Deras egen olycka blir kanske den första stora negativa livshändelse de varit med om. Att klara av att kunna återvända till livet efter en svår trafikolycka kan sägas innebära ett flertal stora prövningar för människan. Man skulle kunna säga att det här handlar om fysiska beprövningar, psykiska övervinningar och existentialistisk tankeverksamhet. Den vandring från ofärds land som varje trafikskadad påbörjar tiden efter en olycka kan därutöver sägas vara unik för varje människa. De problem, hinder men också möjligheter som den handikappade människan möter på vägen tillbaka till livet är alla olika och varierar också i styrka.

Den handikappade människan kan ses som en sårad person utifrån tre möjliga kriterier. Ett första kriterium som bör vara uppfyllt är att individen blivit

fysiskt skadad och på det viset fått ett sår från sin trafikskada. Ett sår kan också vara ett ärr. Det handlar om ett synligt märke av skadan efter olyckan.[12]

Det andra kriteriet som bör vara uppfyllt då man talar om en sårad person i detta sammanhang, är när den handikappade människan blivit sårad psykiskt av sin fysiska skada eller sår. Det kan handla om exempelvis kränkning av den egna personen och att man lever som en handikappad person i samhället. De psykiska såren kan också ha sin förklaring i de psykiska reaktioner över den fysiska skadan och den nya livssituationen som den trafikskadade personen plötsligt befinner sig i. Den traumatiska förändringen av livet har givit den drabbade människan ett psykiskt sår.

Det tredje kriteriet som bör vara uppfyllt när man talar om sår hos en trafikskadad person, handlar om människans utsatthet och därmed sårbarhet i ett modernt risksamhälle. Från situationen i ett tidigare liv till en ny livssituation där individen lever som handikappad, innebär det nya livet möjligheter eller risker för att människan ska bli sårbar.

De intervjupersoner som ingår i undersökningen kan alla sägas uppfylla de tre ovan beskrivna kriterierna. De har alla blivit fysiskt skadade i en trafikolycka och de har alla, i mindre eller större utsträckning, upplevt psykisk stress och psykiska sår efter olyckorna. Som trafikskadade lever de idag som handikappade, (låt vara att de har olika typer av trafikskador och att invaliditetsgraden skiljer dem åt) och kan i en del situationer i samhället uppleva sin egen sårbarhet och begränsning i det vardagliga livet.

Vandringen från ofärds land till en uppnåelse av lycka och välfärd har varit brokig för de flesta av de skadade som ingår i undersökningen. I den kommande redovisningen följer deras erfarenheter och berättelser om hur livets drama gestaltats samt hur dramat förändrat såväl deras innersta liv som i vardagslivet.

1.2 *Sammanfattning*

Den forskningsresa som jag företog mig under år 1996 då jag reste genom Finland och Sverige fick mig att förstå vilket välfärdsdrama som den handikappade människan varit aktör i. Den mångfald av kunskap och erfarenhetsrikedom som dessa möten med de trafikskadade givit mig kom att utvecklas till en tanke om ett drama som utspelats. Huvudaktör i dramat är den skadade människan och hennes inre livsbetingelser. För att kunna vinna förståelse och kunskap om den sårade människans totala livsförändring har det under forskningsresan varit viktigt att använda och visa en verklig empatisk förståelse för

den handikappade människan och det nya liv som skapats efter olyckan.

Den sociala välfärden för gruppen trafikskadade i samhället har helt och hållet blivit åsidosatt inom den vetenskapliga forskningen. Intresset för den sociala forskningen har hittills varit svalt inför de svåra forskningsuppgifter som handlar om de sociala, psykologiska och existentiella förändringarna i livet efter en olycka. Genom att skildra de sociala levnadsvillkoren och de bemästringsstrategier som den handikappade använt sig av för att övervinna hindren och svårigheterna efter en olycka, kan dramat tillföra berättelsen, det verkliga mellanmänskliga tillstånd som tiden efter en olycka kan sägas utgöra.

Det välfärdsdrama som utspelas och analyseras i den fortsatta framställningen handlar om två sidor i livets skeende. Såväl de positiva som negativa livsförändringarna och erfarenheterna gestaltas i dramat. Trots att människan skadats och blivit handikappad i trafiken kan bilen och bilismen betraktas som något gudomligt i dramat. Jämfört med det ursprungliga grekiska dramat där den utsatte och handikappade personen fick hjälp och stöd av sin medmänniska och hjälpare har den trafikskadade människan sin givna plats i detta välfärdsdrama. Jag kommer längre fram i avhandlingen att visa hur en människa som blivit skadad i en olycka kan inta flera roller i ett sådant drama. Den handikappade behöver nödvändigtvis inte enbart vara den utsatte och sårade människan utan kan också agera som en hjälpare och läromästare för sin medmänniska som också kan ha råkat ut för en skada eller olycka. Med detta vill jag visa dramats verkliga innebörd nämligen att trots att olyckan i sig är en tragisk händelse, så kan dramats huvudperson bemästra sin livssituation och på så vis också kunna gestalta ett bemästringens ansikte. Den övervinnelse som trafikskadan och de inre resurserna kan skapa innebär att den handikappade människan kan börja sin återvandring till ett mer normalt liv. Därmed kan man säga att vandringen från ofärds land har inletts.

De följande kapitlen har beskrivits som välfärdsdramats akter. Dramat inleds med den tragiska och traumatiska olycksdagen. Därefter har jag valt att skildra människans vandring längs den okända vägen tillbaka till livet och till den sociala välfärd som hon eller han hade före olyckshändelsen. Jag har inte medvetet gjort någon uppdelning eller skillnad mellan intervjupersonerna i de båda länderna utan valt att i den löpande redovisningen visa de sociala livsbetingelser och existentiella frågor som framträtt hos människan som hon verkar efter en svår olycka.

2. Akt I. När livet rämnar

En liten händelse som inträffar av bråkdelen av en sekund kan förändra livets betingelser i ett enda slag. Olyckans mysterium ger människan möjlighet att begrunda och reflektera över varför den hände och varför den drabbade just mig. Mysteriet med bilolyckan kan lösas genom att omgivningen finner dess orsaker. Alkoholpåverkan, fortkörning, bristande uppmärksamhet, felbedömning o.s.v. Men det finns ett oupplöst mysterium som handlar om den sårbara människan och hennes sociala utsatthet efter den traumatiska händelsen. När livet rämnat infinner sig krisen, kaoset och den särskilda upplevelsen och känslan av att känna sig sårad och utlämnad utom egen självkontroll. Det är i denna situation som det verkliga dramat inleds. Det sker en upptakt till ett välfärdsdrama som människan aldrig upplevt eller varit i närheten av tidigare i sitt liv. När livet rämnar omskakas människans grundvalar och hennes tidigare bakgrund och erfarenheter av svårigheter kan komma väl tillpass som resurser i det övervinnelsens arbete som nu måste inledas. När första akten inleds i dramat har människan vaknat upp som patient på ett sjukhus. Kieslowskis skildring av Julies uppvaknande på det franska sjukhuset gestaltar den sårade människan i sjukhussängen. Julie har fått beskedet att hennes man och lilla dotter avlidit i bilolyckan. Kieslowskis filmdrama skildrar på film en familjs öde och moderns kamp tillbaka till livet. Mitt möte med tjugo skadade och svårt handikappade personer i Finland och Sverige formar livsberättelser om tjugo människoöden och deras utsatthet men också möjligheter efter olyckor. I rämningens tecken övergår deras berättelser i något som kan benämnas för den trafikskadade människans välfärdsdrama.

2.1 *Dramats huvudpersoner*

För att kunna förstå en trafikskadads vardagliga situation och liv är det nödvändigt att studera de mekanismer som den skadade personen tillgriper i sin

bemästring för att komma tillbaka till livet. Som det framgått tidigare i avhandlingen har livsforskningen när det gäller trafikskador och handikapp varit tämligen begränsad.

Avhandlingens andra del består av en kvalitativ undersökning av totalt tjugo människors sociala levnadssituationer. Materialet, som samlades in under år 1996, ger en bild över likheter och olikheter i den bemästring som de trafikskadade tillgripit efter att de skadats svårt i olyckor. I den fortsätta framställningen får vi möta tjugo människors egna berättelser om livet och deras möjligheter efter olyckan. Berättelserna kommenteras, analyseras och placeras in i ett vetenskapligt sammanhang i varje avsnitt. Det är dock viktigt att här än en gång understryka att det inte är fråga om någon vetenskaplig biografisk eller självbiografisk metod som tillämpas i avhandlingen.[1] Snarare har jag använt mig av en metod som har sin utgångspunkt i att försöka beskriva, analysera och kommentera trafikskadades sociala livsmönster och handlingsstrategier för att bemästra sin sociala situation. I denna metod ingår att försöka fånga in de villkor, möjligheter och begränsningar som gäller för intervjupersonerna.

Den forskningsresa som jag företog mig under år 1996 för att träffa de tjugo intervjupersonerna sträckte sig från orter och städer i östra Finland till mellersta delen av Sverige. Jag har valt att inte presentera bostadsorterna där intervjupersonerna bor av hänsyn till deras anonymitet.

De personer som ingått i studien består av tio män samt tio kvinnor från båda länderna. För att skydda personernas identitet har intervjupersonernas förnamn ersätts med andra namn i avhandlingen. Intervjupersonerna har fått olika skador såväl fysiskt som psykiskt. Bland de skador som märks återfinns skallskador, whiplashskador, ryggmärgsskador samt amputationer. Följande persongalleri ger en inledande bild av intervjupersonerna.

INTERVJUPERSON/PERSONGALLERI – KARAKTÄRISTIKA:

SVERIGE (10 trafikskadade intervjuade)

Maria	50 års åldern	Skallskadad i olycka 1993
Sven	30 års åldern	Whiplashskadad i olycka 1993
Monika	60 års åldern	Whiplashskadad i olycka 1985
Per	30 års åldern	Ryggmärgsskadad i olycka 1986
Filip	40 års åldern	Ryggmärgsskadad i olycka 1974
Seija	40 års åldern	Ben,höft,ryggskadad olycka 1974
Irene	70 års åldern	Benamputerad i olycka 1993
Ingela	30 års åldern	Whiplashskadad i olycka 1988, 1993, 1996
Gunnar	40 års åldern	Whiplashskadad i flera olyckor 1972, 1973, 1975, 1978, 1986, 1988 samt två olyckor 1996
Hjalmar	40 års åldern	Ryggmärgsskadad i olycka 1969

FINLAND (10 trafikskadade intervjuade)

Raimo	40 års åldern	Ryggmärgsskada i olycka 1972
Inkeri	60 års åldern	Ben,fotskadad i olycka 1995
Pirjo	50 års åldern	Whiplashskadad i olycka 1991
Jari	50 års åldern	Benamputerad efter olycka 1976
Anja	30 års åldern	Ryggmärgsskadad i olycka 1993
Ville	40 års åldern	Ryggmärgsskadad, hjärnskadad i olycka 1967
Sirkka	40 års åldern	Benamputerad, olycka 1985
Antti	40 års åldern	Hjärnskadad i olycka 1978
Katri	40 års åldern	Ryggmärgsskadad i olycka 1989
Tomi	30 års åldern	Ryggmärgsskadad i olycka 1994

Urvalet av intervjupersonerna har genomförts genom ett slumpmässigt urval. Kriteriet för urvalet har dock varit att lika många män som kvinnor från respektive land ska innefattas i undersökningen. För en mer utförlig diskussion och redogörelse om urvalet hänvisas till avhandlingens metodavsnitt.

Tabell 11:2:1:1 *Intervjupersonerna fördelade på olycksår och skadeår vid intervjutillfället. Trafikskadade i Finland och Sverige. Djupintervjuer utförda under år* 1996.

Person	Land	Olycks-år	Antal Skadeår
Maria	S	1993	3
Sven	S	1993	3
Monika	S	1985	11
Per	S	1986	10
Filip	S	1974	22
Seija	S	1974	22
Irene	S	1993	3
Ingela	S	1988	8
Gunnar	S	1972	24
Hjalmar	S	1969	27
Raimo	F	1972	24
Inkeri	F	1995	1
Pirjo	F	1991	5
Jari	F	1976	20
Anja	F	1993	3
Ville	F	1967	29
Sirkka	F	1985	11
Antti	F	1978	18
Tomi	F	1994	2
Katri	F	1989	7
MEDELVÄRDE TOTALT:			13,3

MEDELVÄRDEN	SVERIGE	FINLAND
Antal skadeår	13,3	12

Den aktuella undersökningsgruppen kan sägas ge oss kunskap om det sociala liv som finns hos en olycksdrabbad människa under en lång tidsserie. Ett liknande val av longitudinellt perspektiv har valts av forskargruppen Paul Kennedy, Robert Lowe, Nick Grey och Emma Short,[2] som konstaterar att den psykologiska forskningen nått fram till vetskapen att människor som drabbats av svåra ryggmärgsskador har en ökad risk för att utveckla psykiska problem än andra människor.[3]

I socialvetenskapliga undersökningar definieras ibland longitudinella studier som perioder från ett till fem år. Enligt min mening är det vid studier av handikapp i ett bemästringsperspektiv väsentligt att anlägga ett långsiktigt och mer vitt perspektiv. Föreliggande studie kan därför sägas utgöra en longitudinell studie av trafikskadade människors sociala liv och bemästringsperspektiv då den genomsnittliga skadetiden motsvarar 13,3 år för de handikap-

pade i Sverige samt 12 år för intervjupersonerna i Finland. I nedanstående tabell redovisas hur många skadeår som de handikappade genomlevt.

Tabell 11:2:1:2 *Fördelning av antal uppnådda skadeår för intervjupersonerna som redovisas i undersökningen* (n=20) *i Finland och Sverige. Djupintervjuer utförda under år* 1996.

Antal uppnådda skadeår	1–5	6–10	11–15	16–20	21–30
Män	2	1	–	2	5
Kvinnor	5	2	2	–	1
Totalt	7	3	2	2	6

13 av 20 handikappade har haft sitt handikapp över sex år. Varannan handikappad person som ingår i studien har minst tio års erfarenhet av sitt handikapp. Sex personer skadades för mellan 21–30 år sedan. I följande tabell framgår antalet skadeår fördelat på respektive land.

Tabell 11:2:1:3 *Fördelning av antal uppnådda skadeår för intervjupersonerna* (n=20) *i respektive land*; *Finland* (F) *och Sverige* (S).

Skadeår	1–5		6–10		11–15		16–20		21–30	
Land	F	S	F	S	F	S	F	S	F	S
Män		1	–	1	–	–	2	–	2	3
Kvinnor	3	2	2	–	–	2	–	–	–	1
Totalt	4	3	2	1	–	2	2	–	2	4

Föreliggande undersökning om trafikskadade människors sociala levnadsvillkor sett ur en longitudinell horisont som sträcker sig mellan 1–29 levnadsår efter olyckan, är unik av två skäl. För det *första* finns det idag få handikappstudier som gjorts av komparativ karaktär i de nordiska länderna. För det *andra* är det ovanligt att man inom forskningen inom trafikskadeområdet gjort några komparativa kvalitativa studier om hur livet har blivit för människor som skadats svårt i olyckor. Den vetenskapliga forskningen inom det socialpolitiska området har varit tämligen blygsam och enligt min mening eftersatt inom området trafikskador och handikapp. Jag avser då i första hand forskning som bedrivits i de nordiska länderna. Dock finns något undantag i den norska undersökningen av Haukeland.[4]

Att anlägga ett longitudinellt perspektiv på studien är väsentligt med tanke på att personer med lång erfarenhet av sitt handikapp kan tänkas ha en rik och omfattande kunskap om bemästring av sin egen situation. En handikap-

pad person som har en kortare erfarenhet, eller som nyskadad befinner sig i en nyorienteringsfas, kan snarare ha en brist på copingerfarenhet. Naturligtvis finns det flera människor som har erfarenheter av kriser, olyckor och sorg från sitt tidigare liv. Mot bakgrund av detta kan ett longitudinellt perspektiv förstärka möjligheterna att finna copingstrategier och resurser hos den enskilde individen i ett senare skede efter den första nyorienteringsfasen.

I nästa avsnitt kommer jag mer utförligt att presentera dramats huvudpersoner utifrån karaktäristik, sociala miljöer, olycksförlopp och sociala situation efter olyckan.

2.2 *Människan bakom berättelserna*

> »Människan består av sina perspektiv. Luffaren hade många, kanske alldeles för många. Hans vägar voro nätverk och hans vyer det vandrande utsiktstornets. Ja, strängt taget var yrkesluffaren den mest erfarna typ av levande och vandrande utsiktstorn som Sverige någonsin ägt eller kommer att äga. Han var full ända in i själen av perspektivuppfattningar, sina egna och andras, och hade en enorm kunskap av ett slag som inte gick att omsätta eller tillämpa. Och det kanske var detta som var det svåraste, och stundom det bittraste för honom, att själva hans erfarenhet var hemlös, emedan de bofasta aldrig hade bruk för hans pussel av verklighet utan i stället spottade på den och misstänkliggjorde den«.[5]

När det gäller livsberättelser och livsförändringar är det först viktigt att utgå från individen och dess förutsättningar. Människan bakom berättelserna blir här först det viktigaste att tala om. Vem har skadats i olyckorna? Hur ser människan ut? Vilket socialt nätverk finns runtom den berättande människan? Harry Martinsons skildring om luffarens vandring och bemötande av omgivningen har i många delar mycket gemensamt med den handikappade människan. De perspektivuppfattningar om sin omvärld som en sårad människa kan tänkas få efter en trafikolycka, ska ses som en värdefull kunskap och erfarenhet. Martinsons skildring om luffarna i Sverige kan som ett litterärt bidrag ge associationer till det liv som en trafikskadad människa kan tänkas leva. För såväl vandraren som den handikappade människan handlar vandringen om en förmåga att komma tillbaka till livet efter olika svårigheter. I berättelsen om att komma upp på vägen tillbaka till livet igen finns huvudpersonen i det verkliga dramat: den sårade och trafikskadade människan. Detta bemästringens ansikte visar skärvor från en svår tid. Precis som för

vandraren, måste den handikappade människan erövra nya mark, en mark som personen kanske befunnit sig på tidigare men som han eller hon blivit berövad genom olyckan. Vad det i själva verket handlar om är upptäckten av en nyvunnen frihet. Denna nyvunna frihet är förbunden med tiden och de förändringar som alltjämt sker i individens omgivning.

För en människa som av samhället betraktas som ett offer i trafiken, har en tid börjat för återhämtning. Det är i detta skede, dock inte i det omedelbara skedet efter olyckan, som denna undersökning riktar sitt fokus mot. Människan bakom berättelsen handlar om en människa som sårats och som sårad individ har något att berätta för sin omgivning. Det handlar om erfarenheter från en självupplevd värld som bara offret själv har möjlighet att redogöra för. Författaren Harry Martinson skriver om luffaren i samhället.

Jag kommer inledningsvis att först beskriva intervjupersonerna, om vilka de är och hur deras närmiljö, familjer och sociala nätverk ser ut i korthet. I den inledande beskrivningen över varje intervjuperson kommer jag också att redogöra i korthet för själva olycksförloppet och i vilket socialt sammanhang samt livsskede som olyckan inträffade. De sociala berättelserna om hur livet blivit efter en trafikolycka har i tidigare forskning åsidosatts med några få undantag.[6] I framställningen har jag också försökt att skildra den känslostämning som rådde vid intervjubesöket och som kom att få en stor betydelse för genomförandet av intervjun.

2.3 *Skall- och hjärnskadad*

VILLE (FINLAND) Se utförligare beskrivning under avsnittet ryggmärgsskadade.

MARIA (SVERIGE) Maria är i 50-års åldern och bor fortfarande i sin hemstad. Hon bor i en stor äldre lägenhet i centrala staden. Maria är ensamboende sedan flera år tillbaka. Fram tills i slutet av 1970-talet var hon gift med en man och de fick senare en son. Sedan 1970-talet har Maria arbetat som lärare, något som hon trivts med mycket bra. Hon har ett rikt kamratliv och ett väl fungerande socialt nätverk. Olyckan har kommit att påverka henne på flera vis. Efter olyckan placerades hon i en respirator. Läkarna hade förklarat för de anhöriga att hon skulle klara av att andas själv efter en tid. Efter detta respiratorliv och efter att hon hade vaknat upp efter medvetslöshet, trodde Maria att hon aldrig varit med om en olycka. Hon kunde inte föreställa sig själv att

hon skulle blivit skadad och undrade varför hon befann sig på sjukhuset. När respiratorlivet var till ända blev det förflyttning till en mindre intensiv vårdavdelning. Det var här som hon började att föra dagbok. Under intervjun berättar hon för mig vilken hälsobringande betydelse som skrivandet haft för henne tiden efter olyckan. Det verkar som skrivandet och att få känslor och tankar på pränt skulle ha gjort det lättare för henne att övervinna de svårigheter som följde efter olyckan.

Under intervjun ber hon mig att jag ska gå in i hennes arbetsrum och hämta material hon samlat från olyckan. Jag får hämta tre pärmar från rummet. På pärmryggarna har hon skrivit in olycksdagen. På en annan pärm står det olyckan. Hon har samlat läkarintyg och utlåtanden. Artiklar och fotografier från massmedia ingår också i hennes samling av de sociala konsekvenserna efter olyckan. I pärmarna finns också minnesanteckningar hon samlat. Däri finns också all brevväxling hon haft med myndigheter och försäkringsbolag. Pärmarna är fulla med dokument och jag ser på Maria att hon är stolt över materialet. Det är en gedigen samling dokument som berättar om hennes liv, och om hur hennes liv faktiskt också dokumenterats av sjukvården och av andra myndigheter i samhället.

Rehabiliteringstiden kom att bli lång. Maria hade fått en skallskada och med tiden upptäckte hon bl.a. minnessvårigheter. När jag träffar henne i bostaden tre år efter olyckan brottas hon med en svår konsekvens; afasin.

ANTTI (FINLAND) Antti som har en svår hjärnskada har installerat en larmanordning som ska varna honom när han glömt stänga fönster och dörrar. Men ibland glömmer han att titta på larmanordningen. Han glömmer det också. Minnessvårigheterna gör det svårt att förstå detta drama. Man kan säga att svårigheterna att komma ihåg saker i sin vardag är en svår begränsning i hans frihet. Snarare kunde man kalla det för en ofrihet i vardagen när människan glömmer av vad som ska göras.

År 1978 var Antti med om sin olycka. Jag träffade honom arton år efter att detta drama inletts. Händelsen kom att förändra hans liv på loppet av bara några sekunder. När jag kommer gående på vägen i kvarteret ser jag en man som står och väntar vid grinden. Det är Antti. Vi har inte träffats tidigare utan bara talats vid på telefon. Antti är i fyrtioårsåldern och är svårt hjärnskadad. Han är förlamad i vänster sida av kroppen och har också ett talhandikapp. Det syns att Antti är tydligt märkt av sin trafikskada. Han kan inte dölja att han blivit svårt skadad och det finns heller ingen anledning att tro att han

skulle vilja dölja sitt handikapp som han lärt sig att leva med och bemästra. Idag bor han tillsammans med sin sambo.

Hans handikapp fick flera sociala konsekvenser för honom. Tiden efter olyckan på sjukhuset kände han inte igen sin egen fru. Hans förhållande med sin fru upphörde efter en tid efter olyckan. Ensamheten gjorde sig påmind och talsvårigheterna blev svåra att övervinna. I det sociala livet hade han svårt att få kontakt med människor. Han upplevde sig själv som att han var onykter, påverkad av alkohol när han var ute på en restaurang. Under intervjun berättar Antti vilka svårigheter som olyckan hade givit upphov till. Han hade svårare talproblem tiden efter olyckan, han kunde inte dansa och sjunga, han kunde inte diskutera med andra människor etc. Med denna frustration över de sociala förluster som han hade gjort i samband med olyckan fick han kontakt med en annan socialt utsatt grupp i samhället: de prostituerade. På restauranger fick han möjlighet att träffa kvinnor som han upplevde ville vara tillsammans med honom. Antti berättade under intervjun hur han »spelade med hororna« på den tiden. Efter olyckan fick han ont om pengar. Olyckan hade fört honom bort från arbetslivet och den trygghet som det skänkte honom. Nu var han ensam. Ensamheten kunde han delvis bryta genom att börja engagera sig i handikapprörelsen.

2.4 *Amputerade*

JARI (FINLAND) Jari är i 50-års åldern. Som liten kom han som krigsbarn till Sverige. Sin uppväxt fick han i Helsingfors. Idag bor han med familjen i en kommun utanför huvudstaden. Familjen bor i ett skogstorp som Jari själv har byggt. Vid tjugofyra års ålder var han far till fyra barn. Han arbetade inom den finska sjöbevakningen och sjöpolisen och sedan som polis. Idag har han med sin hustru fem barn och fem barnbarn. 1976 inträffade trafikolyckan som förändrade livet för Jari. Han körde en polisbil under utryckning. I bilen fanns också en kollega. De var på väg till ett inbrott när polisbilen i hög fart fick vattenplaning och körde mot ett vägräcke och sedan av vägen. Jaris kollega avled av skadorna vid olyckan medan Jari skadades svårt i benen. Ena benet fick amputeras och han går idag med en protes.

Jari tycks ha övervunnit de svårigheter som trafikolyckan orsakat honom. Han trivs mycket bra med sitt liv. Trafikolyckan har fått honom att tänka mer på de risker och faror som lurar i trafiken. Han har blivit mer försiktig när han är ute på vägarna och kör.

SIRKKA (FINLAND) Sirkka är i 40-års åldern och bor med sin man och de har tre barn tillsammans. Hon har haft ett rikt yrkesliv och dessutom varit aktiv inom både politiken och kvinnorörelsen.

Sirkka var med om en cykelolycka år 1985 när hon skulle cykla till arbetet och blev påkörd av en lastbil på en cykelväg. Hon skadades svårt och fick amputera ena benet. Vid olyckan fick Sirkka en 65-procentig invaliditetsskada. De sociala konsekvenser som följde av olyckan gjorde att Sirkka idag inte kan arbeta. Idag är hon pensionär. Hennes berättelse vittnar om vilken betydelse de sociala kontakterna bl.a. i yrkeslivet haft för henne och vad dessa förluster inneburit för henne. Tiden efter olyckan blev besvärlig på flera vis. Hon hade problem med sina ben och fick svårigheter att klara av att sitta på en stol eftersom hon också hade ryggsmärtor. Sirkka har under elva år efter olyckan skrivit dagbok om sina tankar och erfarenheter. För henne har skrivandet haft en stor betydelse under rehabiliteringsarbetet efter olyckan. En av de svårare sociala följderna av olyckan enligt Sirkka har varit tankarna om den egna identiteten och den nya identiteten som kvinna efter olyckan. Hon upptäckte att det uppstått en ny situation och problematik efter olyckan. Som handikappad kvinna har hon upplevt flera identitetskonflikter. Bland annat har hon upplevt hur hon och hennes man lever tillsammans inom familjen efter olyckan.

IRENE (SVERIGE) Irene är äldst bland intervjupersonerna. Hon är i 70-års åldern och bor ensam i en lägenhet i Västsverige. Trapphuset är trångt i det flervåningshus där hon bor. Man har byggt en hiss så att rörelsehindrade ska kunna ta sig till lägenheterna. Irene bor på tredje våning. Det är en ljus lägenhet. Hennes man är död sedan flera år tillbaka men hon har tre barn som hon träffar då och då. Men hon upplever sig själv inte som ensam utan har ett rikt umgängesliv. Hennes stora intresse idag är att skriva om sitt eget liv och att träffa andra människor. Det sociala livet tycks vara en central punkt i Irenes liv. Under större delen av sitt liv har hon arbetat som lärare, något som hon har trivts med mycket bra. Läraryrket hade hon fram tills pensioneringen. År 1993 skadades hon i en trafikolycka. Hon kom gående på gatan när en stor kranbil körde över hennes båda ben. Båda benen är amputerade och hon är efter olyckan helt och hållet bunden till sin rullstol. Trafikolyckan orsakade henne stora kroppsliga förluster. I hennes berättelse om livet efter olyckan utstrålar emellertid en människas kamp mot smärtan och de förluster som hon tvingats till vid olyckan.

Intervjun med Irene ger tydliga evidens över den coping med handikapp

som en människa i ålderdomen är kapabel till. Hennes tidigare livserfarenhet och bakgrund kan tänkas ha haft en stor betydelse för hennes förmåga att bemästra sitt liv efter olyckan. Tidigt när hon var ung avled hennes man i en cancersjukdom och kvar blev Irene med parets barn. I en kamp för att överleva sorgen och sin nya livssituation fick hon kämpa sig fram i sin tillvaro. Man kan säga att denna kamp, som varit en stor del av hennes livserfarenhet spelat en roll när hon i ålderdomen skadades i trafikolyckan. Detta kan ses som evidens för att tidigare livsproblem och bemästring av dessa kan ha betydelse för hur en människa kan övervinna en trafikskada och ett steg mot att bli en handikappad människa. Irenes berättelse handlar om att hon utrustats med en mer positiv livssyn än vad hon hade tidigare i livet. Idag när hon ser tillbaka på sitt liv tycker hon att hon vunnit mer än vad hon förlorat i samband med trafikolyckan. De svårigheter som olyckan inneburit för Irene är att hon blivit bunden till sin rullstol och som handikappad blivit rörelsebegränsad i sin vardag. Hon berättar om svårigheterna att kunna klara av att gå på toaletten när hon är bortbjuden till några vänner. Att besöka en toalett som inte är handikappanpassad är en svår uppgift för Irene att bemästra. Den traumatiska händelsen har också medfört att hon idag flera år efter olyckan fortfarande inte klarar av att se större lastbilar i trafiken eftersom hon påminns om den lastbil som körde över henne. En annan konsekvens av olyckan som varit svår för Irene är att hon inte vill se sig som handikappad. Hon berättar att hon har svårt att klara av och utstå att se sig själv i spegeln.

Som ett led i den bemästring som Irene använt sig av tiden efter olyckan, är upplevelsen av de egna armarnas betydelse påtaglig. Hon har upptäckt vilken stor betydelse som armarna har för en handikappad människa. Armarna har kommit att få ersätta benen som en konsekvens av det drama som hon varit med om. Armarna använder hon för att häva sig upp ur rullstolen själv. Likaså använder hon armarna när hon ska gå och lägga sig på kvällen, då hon tagit sig in på toaletten och för att klara av att ta sig upp på duschstolen.

2.5 *Ryggmärgsskadade*

HJALMAR (SVERIGE) Tjugosju år har han levt med sitt handikapp efter en mopedolycka. Sjutton år gammal arbetade han som mopedbud och det var när han skulle köra ut löständer och guldtänder till tandläkare som olyckan inträffade. Svårt ryggmärgsskadad bars han in till långvården. En pojke skulle få bo i »dödens väntrum« tillsammans med senila åldringar. Från fönstret i

sjukrummet kunde Hjalmar se sina kamrater ha fest. Han själv var till en början fjättrad till sängen. En skada på ryggmärgen medförde att han blivit rullstolsbunden för livet. När Hjalmar berättar om sina erfarenheter som handikappad säger han att »det har jag i ryggmärgen«.

Hjalmar hade tur som fick lämna »dödens väntrum« på långvården. Han fick en chans att fortsätta leva och återhämta sig. Men vägen tillbaka till livet har varit lång. Idag arbetar Hjalmar aktivt inom handikapprörelsen. Där använder han sin erfarenhet och kunnande genom att upplysa omgivningen om trafikens faror. Han anser att det varje läsår på alla skolor borde finnas temadagar om trafik och att alla barn någon gång skulle få träffa någon som blivit handikappad. Hans livserfarenhet har givit honom kunskap om hur samhället genom åren invaggats och så småningom accepterat att tusentals människor skadas och invalidiseras i trafikolyckor.

Hjalmar är i 40-års åldern och lever idag tillsammans med sin sambo.

FILIP (SVERIGE) Filip är i 40-års åldern. Som ung arbetade han som både skogs- och sågverksarbetare. Han var uppvuxen i en lantbruksfamilj. Flera år har nu gått sedan olyckan inträffade. Filip var 23 år gammal när han var med om en trafikolycka. Det var en singelolycka på landsvägen. Året var 1974 när han åkte med en kamrat i en bil på natten. Färden gick fort och kamraten tappade kontrollen över bilen när bilen for ned i ett dike. Filip som satt i passagerarsätet slungades ur bilen och skadades svårt vid olyckan. Han blev ryggmärgsskadad efter att ha brutit både fjärde och femte bröstkotan. Filip bor idag med sin familj i en enplansvilla relativt centralt i den lilla kommunen i Västsverige. Idag lever han ett rikt och aktivt liv. Han har varit aktiv inom handikapprörelsen och rest runt och berättat för andra om sitt handikapp och om sitt liv. Idag har han kommit tillbaka till arbetslivet och arbetar som servicetekniker.

PER (SVERIGE) Bilen kan både ge och beröva en människas frihet och möjligheter till ett liv med livskvalitet och välfärd. Pers liv är ett exempel på när en människa har fått betala ett högt pris för bilen och dess fara. Trots att bilismen gjorde att Per blev rullstolsbunden är bilen ett av hans större livsintressen också efter olyckan. 22 år gammal drabbades Per av en svår trafikolycka när han lämnade sin arbetsplats. Före olyckan var han bilmekaniker och idag flera år efter olyckan, är han fortfarande inom bilbranschen.

Per fick en ryggmärgsskada vid olyckstillfället och är idag rullstolsbunden.

Han har flera fritidsintressen och är också aktiv i en lokal trafikskadeförening och beger sig ibland ut på skolor och berättar om sig själv och om handikapp.

TOMI (FINLAND) Tomi är i 30-års åldern och bor i en egen ägd lägenhet i ett flervånings boningshus. Han arbetar inom högteknologibranschen och trivs mycket bra med sitt arbete.

År 1994 körde Tomi en motorcykel på väg mot norra Finland. Bak på motorcykeln satt hans flickvän. Båda bodde tillsammans då de planerade en framtid ihop. De råkade ut för en trafikolycka efter att en älg plötsligt uppenbarade sig på vägen. Flickvännen avled av sina skador samtidigt som Tomi blir ryggmärgsskadad. Idag är han en rullstolsbunden man som ser hur livet har förändrats på flera sätt.

Tomi är mycket aktiv på sin fritid. Han är aktiv inom rullstolsbasketen och dyker också.

KATRI (FINLAND) När en människa aldrig får vara ensam och klara sig själv vore det enkelt att tala om hennes ofrihet. I ett liv där människan är bunden vid sin rullstol och oförmögen att själv klä på sig kläder och kamma sig, är det inte svårt att förstå frihetens värde för människan. När en tvåbarnsmor som skadats svårt i en trafikolycka vaknar upp på sjukhuset och får beskedet att hennes man avlidit av sina skador börjar hon tänka på barnen. Klarade de livhanken? Hon blir lugnad då hon får veta att barnen överlevt. Men det finns något som mal inom henne. Hon tänkte på att hennes dotter var så liten och att hon inte längre skulle kunna klara av att vara mor för henne. Hon kände att hon skulle förlora barnen eftersom det inte längre skulle kunna gå att vara mor på samma sätt som förr. Känslan av att bli berövad ytterligare något, känslan av att inte klara av moderskapet längre, växte inom henne.

Katri fick en tid efter olyckan känslan av att bli ifrågasatt som en tillräckligt god mor för sina barn. När den nu handikappade modern blev ifrågasatt att klara modersrollen och ha vårdnaden om sina egna barn, blev känslan av den uppnådda friheten hotad. Genom att människans inre frihetskänsla hotas fick det här modern att inleda en kamp mot sin egen smärta och sitt handikapp samt mot en oförstående omgivning. Vägen tillbaka till livet hade börjat. Katri är i 40-års åldern. Idag bor hon tillsammans med sina två mindre barn i en lägenhet i ett sjuvåningshus i en större kommun. År 1989 ändrades hela familjelivet i ett enda slag. Familjens personbil frontalkrockade med en mötande lastbil. Katris man omkom av sina skador. Ett av barnen skadades lind-

rigt vid olyckan medan Katri själv blev svårt skadad i nacken och på femte och sjunde ryggkotorna. Idag är hon förlamad från bröstet och nedåt och lever som tetraplegiker.

Katri arbetade tidigare som barnträdgårdslärare men efter olyckan har hon inte kommit tillbaka till arbetsmarknaden. Katri är den av intervjupersonerna som får mest hjälp av hemvårdare i sin vardag.

ANJA (FINLAND) Anja arbetade under många år som skådespelare inom teatervärlden. Det verkliga drama som hon blev delaktig i samband med en trafikolycka skedde under en filminspelning. Teaterns drama hade blivit en verklighet för henne. Livet efter olyckan har gjort att hon inte längre vill gå tillbaka till sitt arbete som skådespelare. Hon vill inte ens vara en teaterbesökare. Trots denna livsomställning handlar berättelsen om en kvinna som upptäckt den livsbejakande sidan inom henne. I det tidigare livet hade hon haft svårt för att vara lycklig på grund av all stress och ångest som hon upplevt. Idag upplever hon istället en livsglädje utan såväl stress som ångest. Men trots det här kan hon flera år efter händelsen inte acceptera sig själv som en handikappad människa.

Anja är i 30-års åldern. Hon är finlandssvensk och uppvuxen med två bröder. Vid olyckan som inträffade år 1993 blev första höftkotan skadad så att hon idag lever som handikappad. Hon är rullstolsbunden och saknar känsel i benen.

Idag bor hon i en handikappanpassad tvårumslägenhet. Anja lever ensam.

VILLE (FINLAND) Ville är i 40-års åldern. Han är född och uppvuxen i en storstad där han har varit bosatt under hela sitt liv. Idag bor Ville tillsammans med sin hustru i en tvårumslägenhet med kök. Han lever som handikappad efter en trafikolycka som inträffade 1967. Han var då bilmekaniker och arbetade med rallybilar. Bilintresset har varit en mycket stor del av Villes liv och är det fortfarande idag. I samband med olyckan skadades han svårt. Han blev ryggmärgsskadad och har sedan olycksdagen varit rullstolsbunden. I samband med olyckan blev han också skallskadad som kom att resultera i en hjärnskada.

Förutom motorintresset är han idag mycket intresserad av jakt och fiske på sin fritid.

RAIMO (FINLAND) Raimo är i 40-års åldern. Uppväxt med föräldrar, två bröder och en syster. Han lever ensam men har en flickvän. Raimo bor i en tvårumslägenhet i en medelstor stad. Trafikolyckan inträffade 1972. Han körde moped och blev påkörd av en buss. Vid olyckan skadades Raimo svårt och fick skador på hals- och ryggraden. Sjunde kotan krossades vid olyckan när han fick sin ryggmärgsskada. Till en början var Raimo rullstolsbunden men klarar idag att gå själv. Vid olyckan fick han också en minnesförlust och kommer inte ihåg något av händelseförloppet. Olyckan har han fått återberättat för sig. Efter olyckan har Raimo inte haft något riktigt fast arbete. Han har dock gått i skolan och studerat vidare på universitet. Sedan dess har han haft något ströjobb och undervisat bland annat i data, något som han tycker är intressant och spännande.

2.6 *Whiplashskadade*

SVEN (SVERIGE) Sven är i 30-års åldern. Han bor ensam i en ljus och stor trerumslägenhet i mindre kommun i södra Sverige. Sven är född och uppvuxen på orten. Under år 1992 byggde han tillsammans med sin familj en villa i kommunen. Samma år blev han arbetslös. Året efter inträffade trafikolyckan. Familjen var ute och åkte bil när de plötsligt kolliderade med en traktor. I bilen fanns fem personer. Förutom han själv fanns hans hustru, två barn samt hans svåger. Vid olyckan skadade Sven sig i nacken och ådrog sig en whiplashskada. Olyckan fick konsekvenser för hela familjen och förhållandet blev utsatt för stora påfrestningar att Sven och hans fru skilde sig. Idag lever han ensam med sitt handikapp.

MONIKA (SVERIGE) I centrala delen av staden bor Monika. Hon är i 60-års åldern och lever ensam i en mindre lägenhet i ett hyreshus. Hon lever ensam men hälsar ofta på sin dotter som hon tagit hand om under många år. Dottern är handikappad och har sedan många år levt som trafikskadad. 1985 förändrades Monikas liv i och med en trafikolycka. Hon körde en bil och mötte ett fordon som kom emot henne. Kollisionen blev ett faktum. Hon ådrog sig en whiplashskada och blev handikappad. Monika är trots sitt handikapp kvar i arbetslivet. Hon är liksom tidigare kontorsanställd och har trivts med sitt arbete under flera år.

Under flera år har Monika varit aktiv inom föreningslivet, särskilt inom handikapprörelsen.

GUNNAR OCH INGELA (SVERIGE) Gunnar och Ingela har båda varit med om flera trafikolyckor. De är gifta med varandra och är den enda familj i undersökningen som intervjuats. Båda är i 40-års åldern. Familjen som också består av fyra barn bor på en mindre ort i Västsverige. Här bor familjen i en relativt nybyggd villa i utkanten av samhället. Huset är inte riktigt färdigt – något som beror på att familjen drabbats av trafikolyckor under större delen av sina liv. Både Gunnar och Ingela har whiplashskador. Gunnar har varit med om trafikolyckor vid sju tillfällen. Ingela har drabbats av trafikolyckor vid tre tillfällen.

Ingela har arbetat som sömmerska och lagerarbetare tidigare medan Gunnar under längre tider arbetat som lastbilschaufför vid ett lastbilsåkeri. Idag, efter trafikolyckorna, arbetar ingen av dem. Gunnar är sjukpensionär sedan 1989 samtidigt som Ingela idag är halvt sjukpensionär.

Man kan säga att familjen har fått sociala problem i samband med olyckorna som förändrat mycket av deras levnadssätt.

2.7 *Övriga handikapp*

PIRJO (FINLAND) Pirjo är i 50-års åldern. Idag bor hon tillsammans med sin 19-åriga dotter i en lägenhet. Hennes sambo är död sedan flera år tillbaka. Pirjo har under sitt liv arbetat inom sjukvården som sjukvårdare. Bland annat har hon arbetat mycket inom vården med cancerpatienter.

De tio åren före trafikolyckan vårdade hon också sin cancersjuka moder. 1991 inträffade olyckan. Pirjo och hennes då 14-åriga dotter hade varit på kyrkogården när de skulle åka hem med bilen. På vägen mötte de en personbil med sommardäck i det hala väglaget. Det mötande fordonet fick sladd och kolliderade med Pirjo. Dottern skadades lindrigt medan Pirjo blev svårare skadad. Hennes ben skadades och hon blev till en början rullstolsbunden. Idag, flera år efter olyckan, lever hon som handikappad och har begränsningar i sin dagliga livsföring.

Året 1991 innebar stora livsförändringar för Pirjo förutom trafikolyckan. Såväl hennes moder som broder avled i cancer. De tre stora förändringarna i hennes liv har kommit att sätta prägel på det liv som hon lever idag. Hon har haft ett bra socialt nätverk tiden efter olyckan. Idag är Pirjo med i en handikapporganisation.

INKERI (FINLAND) Inkeri är i 60-års åldern och bor i södra Finland ett par mil från finsk-ryska gränsen. Hon bor där tillsammans med sin man. Båda är pensionärer och bor ett äldre hus. De båda har haft ett rikt liv. Ett av Inkeris stora fritidsintressen under livet har varit segling.

1995 inträffar en trafikolycka då hon cyklade omkull med sin cykel. Hon skadades svårt i ena benet och fick kallbrand i foten. Under en tid blev hon rullstolsbunden och klarade sig sedan med käppar. Hon tycker att hon har haft ett starkt stöd av familjen och vännerna tiden efter olyckan.

SEIJA (SVERIGE) Seija är i 40-års åldern. I slutet av 1950-talet flyttade hon från Finland till Sverige för att bosätta sig i södra Sverige. Seija var då elva år gammal. Året var 1974 när Seija var ute och promenerade med sin man när hon blev påkörd på ett övergångsställe i staden. Vid olyckan ådrog hon sig ben-, höft- och ryggskador. Bara några dagar före olyckan hade Seija gift sig med sin man. De hade ett rikt liv tillsammans. Båda arbetade inom sjukvården. Seija arbetade som sjukvårdsbiträde på ett sjukhem och trivdes mycket bra. De båda var aktiva på sin fritid och simmade och spelade tennis regelbundet.

Trafikolyckan fick flera sociala konsekvenser för Seija. Påfrestningarna inom familjen blev så stora att Seija och hennes man skilde sig. De hade då fått en son och en dotter tillsammans. Idag lever Seija själv och bor tillsammans med hennes 17-årige son i ett större hyreshus i en äldre stadsdel. Hon klarar inte längre av att arbeta på grund av sitt handikapp. Idag är hon förtidspensionär och lever ensam.

2.8 *Sammanfattning*

I kapitlet har välfärdsdramats tjugo huvudpersoner presenterats. De trafikskadade har beskrivits i termer om familjeförhållanden, olycksförlopp, social miljö och sociala förhållanden. Gemensamt för intervjupersonerna är att de har en förhållandevis lång erfarenhet och tid att vara trafikskadade. Mer än hälften av dem har levt med sin skada och handikapp över sex år efter olycksfallet. Varannan handikappad person som ingår i studien kan sägas ha minst tio års erfarenhet av att leva med handikapp. Sex personer har en ännu längre skadeperiod då de skadades för mellan 21–30 år sedan. Den genomsnittliga skadetiden för intervjupersonerna i Sverige motsvarar 13,3 medan skadetiden i Finland är 12 år. Vad som också är utmärkande för intervjupersonerna är att de som har längst erfarenhet av sina skador är män.

Samtliga av intervjupersonerna är bosatta i hemmet. Ingen av dem är boende på någon samhällsinstitution. Deras sociala miljö varierar. Flera av de skadade har en egen familj och ett väl fungerande socialt nätverk med flera vänner. Några lever ensamma och har haft svårt att finna en vänkrets som de kan umgås med.

Handikapprörelsens betydelse har varit betydande för flera av de trafikskadade. Några av de handikappade har blivit aktiva i handikappföreningar och på så vis försökt att hjälpa och stödja nyskadade människor i deras nya och utsatta situation som den trafikskadade människan hamnar i.

3. Akt II.

Vägen till självförverkligande och altruism

HARRY MARTINSON skriver om luffaren Bolle och dennes vandring mellan olika härader runtom i Sverige. [1] Martinson skriver om luffarens vandring längs olika vägar och vad som möter vandraren längs stigen. Det är alltid något oväntat som luffaren finner bakom varje stigkrök. Den berättelse som Martinson skildrar kan sägas ha mycket gemensamt med de levnadsberättelser som behandlas i denna undersökning; den trafikskadade och handikappade människans vandring på väg tillbaka till livet. Den okända vägen tillbaka till välfärd, är precis som Martinson skriver om, ett stycke levnadskonst. Det händer något med varje människa som varit med om en traumatisk olyckshändelse. Förutom den egna skadan, förändringen i de sociala levnadsvillkoren så innebär det nya livet förändringar för många trafikskadade men också förändringar i det inre livet. Med det inre livet ska förstås de livsvärden och känsla av sammanhang som tidigare i livet varit obekanta eller begränsade i individens tidigare liv. Det är här som de existentiella frågorna är intressanta. Det finns också forskare som under senare år riktat intresset mot lidande och de andliga frågorna.[2]

För en människa som skadats i en olycka skulle man kunna säga att det handlar om två huvudtyper av offrande. Den första typen av offrande är individens offrande av en fysisk kroppsdel och kroppsfunktion. En andra typ av offrande handlar om offrandet i en större livsmening. Offrandet i sig kan ge människan en känsla av att lidandet kan få en mening.[3] Först då kan människan få möjlighet att möta sig själv. Men vad är då trafikoffrets egentliga offer? Vad består offret av för något? För en trafikskadad person skulle man kunna säga att offrandet i sig består av själva försoningsfasen inom människan. Någon trafikskadad person uttrycker det som att »acceptera« sin livssituation medan det för någon helt annan handikappad människa handlar om »att lära sig att leva med sitt handikapp«. Eriksson skriver följande om försoningstanken i anslutning till fenomenet offrande:

»Att människan slutligen ödmjukar sig och är beredd att möta det öde som drabbat henne kan antingen innebära en försoning, som en källa till kraft och utveckling, eller en situation där människan ger upp och inte orkar kämpa emot det öde som drabbat henne. Var går gränsen mellan att ge upp och att kämpa, att se eller inte se möjligheterna?«.[4]

Viktigt i sammanhanget blir att betrakta den trafikskadade människan ur ett perspektiv som beskriver människan som vallös. En sådan situation där människan inte har något val längre har sin upprinnelse i att en olycka inte är självvald. Den ska i stället ses som en plötslig och oberäknelig livshändelse som omkullkastar trygghetens grundvalar. När människan befinner sig i situationen att han eller hon blivit handikappad finns inte längre någon valsituation förutom att acceptera att olyckan hänt och sin nya livssituation. Skulle detta då innebära att den trafikskadade har utrymme för livslust och livsglädje i sitt liv? Naturligtvis är det så att ett sådant utrymme finns hos många trafikskadade men det är viktigt att reflektera över att en drabbad och utsatt människa också kan ha intalat sig själv att han har det bra och att det fanns andra som råkat värre ut. Hos den trafikskadade kan det också finnas en tacksamhet mot samhället och den vård och omsorg som givits efter olyckan. Det skulle också kunna vara tänkbart att det finns trafikskadade som inte vill tala om sin uppgivenhet och besvärliga situation utan istället försöker att beskriva sitt liv utifrån ord som livslust och trivsel.

3.1 *Övervinnelsens filosofi*

Minulla on ollut hyvä tuuri
selvisin onnettomuudesta hengissä
sain myönteisia tapahtumia tämän jälkeen
onnistuin aloittamaan uuden elämän.
Tulin sinuksi itseni kanssa
elämä on elämisen arvoista
elämä on nähtävä myönteisenä asiana
minä voin toteuttaa itseäni.

(en anonym trafikskadad i Finland som medverkat i enkätstudien)

Dikten ger en bild som speglar vad man skulle kunna benämna för övervinnelsens filosofi. En olycka kan få den skadade människan att nå självförverkligande och komma till insikt om livsmöjligheterna för en skadad och handi-

kappad människa. I den andra akten i den trafikskadade människans välfärdsdrama spelar vägen till självförverkligande och altruism en stor betydelse. I Kieslowskis drama skildras den utsatta människans hjälpsamhet och svårigheter att hjälpa en medmänniska. I *Frihet. Den blå filmen* skildras hjälpsamheten och sympatin för andra människor. Den drabbade huvudrollsinnehavaren möter andra socialt utsatta människor som hon ägnar sin uppmärksamhet och hjälper. Det handlar om hjälp och sympati åt en prostituerad kvinna samt åt en gatumusiker som ligger och sover på gatan. I filmen skildras också en kämpande gammal kvinna som försöker att lägga ned en flaska i en igloo. Julie, som är den drabbade huvudpersonen ser inte den äldre kvinnan och hennes svårigheter. Man skulle kunna tolka det som om att Julie valt att inte se den äldre kvinnans svårigheter. I den situationen har begreppet frihet inte givit någon egentlig innebörd. I »Den röda filmen« skildrar regissören en liknande händelse men där huvudpersonen hjälper en äldre kvinna att få ned flaskan i igloon. Frihetsbegreppet kan sägas sakna innebörd i dessa handlingar. Istället har broderskapet en framskjutande position. Kan det till och med vara på det viset att en utsatt människas vilja att hjälpa en medmänniska har sin grund i individens egoism? Människan själv vill få möjlighet att stiga i aktning genom sitt handlande.[5] [6]

Kieslowski förklarar att han själv har en känsla av att människan skulle vara egoist och det är den utgångspunkten som styr när människan uppmärksammar och bryr sig om en medmänniska. Men är det verkligen på det viset att en trafikskadad och handikappad människa handlar av rent egoistiska skäl när han eller hon visar hjälpsamhet, sympati och altruism gentemot andra skadade människor?

I välfärdsdramats andra akt, altruism och självförverkligande, går det att finna motsvarigheter i det ursprungliga grekiska dramat. Maarit Kaimio skriver om hur nära vänner gav stöd och hjälp till lidande hjältar som i sin tur satte sin tilltro till hjälparna.[7]

I djupintervjuerna med de trafikskadade har jag i flera fall funnit försoningstanken i människans inre. I samtalen med de handikappade har det framkommit nya perspektiv hos den sårade människan som talar om vad som möjligen kan sägas ha öppnat vägen eller förmågan att se möjligheterna till ett gott liv.

Under djupintervjuerna med trafikskadade finns det belägg för att det förekommer såväl heroism som altruism hos den trafikskadade människan. Intervjun med Jari ger tydliga evidens över dessa förhållanden. Jari arbetade vid

olyckstillfället som polis i Finland. Han körde polisbilen när han och en kollega skulle gripa inbrottstjuvar. Under intervjun berättade Jari:

> »Vi konstaterade meddetsamma att det är en enda väg dit och vi skulle hinna stänga den vägen, då skulle lasten bli kvar medan tjuvarna slapp till skogs. Därefter körde jag alltför hårt egentligen. Bilen kom i vattenplaning. Ett vägräcke kom rakt igenom bilen i höjd med fötterna. Min kollega fick ena foten krossad. Risker fanns det i polisjobbet hela tiden men det ingick i det här jobbet. Det tog man som en del av arbetet«. (JARI)

Vid olyckan skadades Jari svårt. Hans kollega skadades och avled senare av skadorna. Jari fick amputera ett ben och lever idag som handikappad. Men olyckan visade i grunden inte ändra hans inställning till heroism och altruism. Under samtalet berättar han hur han räddade livet på en man som höll på att drunkna. Jari berättar:

> »Jag hoppade i efter en person som höll på att drunkna med träbenet på. Jag gjorde det så instinktivt att jag inte kom ihåg att jag hade träben. Och det kunde ju ha gått åt helvete men min son var närvarande också och innan jag hoppade i så ropade jag åt honom att han skulle hämta ett rep så vi lyckades hålla den här personen uppe. Man kan säga att där har jag räddat ett liv«. (JARI)

Trots att Jari är handikappad visar dessa handlingar på en livsvilja när det gäller den egna situationen men också när det gäller att vilja hjälpa andra i svåra situationer. Som benamputerad lever Jari ett begränsat liv. Han har svårt för att röra sig i skog och mark och under samtalet nämner han ordet gränser. Jari vill testa sina egna och handikappets olika gränser. När familjen reser upp till Lappland vill han prova gränserna. Jari berättade:

> »Det var nästan minus fyrtio grader när vi kom dit. En ortsbo förde ut oss i ödemarken och där fick jag testa hur jag kunde röra mig i snön. Då märkte jag vad jag kan göra och vad jag inte kan göra. Dessutom var den där kölden en av de där gränserna. Protesen är av glasfiber och när det blir kallt så är det som att ha stumpen i en metallholk. Det är något jävligt när det blir kallt. Där fick jag en gräns«. (JARI)

Fallet med Jari visar vilken betydelse altruismen har för den trafikskadade människan. Viljans betydelse men också en reducerad förmåga till välfärd till

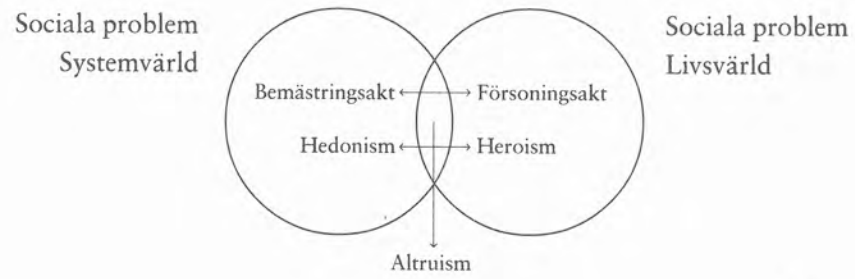
trots, har Jari visat styrkan i den altruistiska strategin för människan.

En trafikskadad människas liv kan betraktas utifrån en livsvärld och en systemvärld (se tidigare redogörelse i avhandlingens första avsnitt, kapitel sex). De båda världarna är förvisso fristående från varandra men samverkar på flera vis. Man kan säga att det finns en interaktion mellan dessa båda världar. Inom systemvärlden utför den handikappade människan en bemästringsakt medan det inom livsvärlden handlar om en annan form av akt; den s.k. försoningsakten. Hedonism kan sägas råda i den skadade människans bemästringsakt medan det inom försoningsakten kan finnas en heroism hos människan. Denna försoningsakt innebär att den trafikskadade har nått en försoning i sitt inre liv. Det är också möjligt att individen genomgått tankeprocesser som rör såväl andliga som existentiella frågor och tankar. Ett annat fenomen inom försoningsakten för en människa är hennes tankar om det egna livet och en eventuell dödsupplevelse eller tankar om den egna döden. Bemästringsakten och försoningsakten är en mycket central konklusion av den kvalitativa studien av de handikappades liv och förhållanden.

Offrandet kan betraktas som en bemästringsstrategi för en trafikskadad person. För att en människa ska kunna ha möjlighet att bemästra ett problem inom exempelvis systemvärlden kan det ibland vara nödvändigt att se offrandet som en resurs. Med offrande kan exempelvis förstås den situation när den trafikskadade människan står utanför arbetsmarknaden och den stress som är förknippad med arbete, välfyllda almanackor och den strävan efter total effektivitet som många människor lever under.

Följande figur kan illustrera förhållandet mellan systemvärlden och livsvärlden och de båda akter d.v.s. bemästringsakten och försoningsakten som finns i de båda världarna.

Figur II:3:1:1 *Bemästringsakt och försoningsakt inom den trafikskadade människans liv i relation till de tre begreppen hedonism, heroism och altruism.*



Den bemästringsakt och försoningsakt som den trafikskadade människan genomgår kan också beskrivas i de termer som Per-Olof Olofsson och Bengt Sjöström utvecklar i sin bok.[8] De båda författarna talar om en existentiell och en social dimension av krisens inträde i en människas liv.[9]

I den följande redovisningen redovisas några citat från intervjuerna där intervjupersonerna fått frågor om det sociala livet och dess förändringar tiden efter olyckan. Min tolkning av de trafikskadades sociala liv innebär att också studera de motiv och det meningssammanhang som kan sägas vara underliggande för det sociala livets natur.

Följande citat ger evidens för att det finns hedonism hos flera trafikskadade och i deras tänkande i sina liv.

> »Inte har jag haft handen på kinden och suttit och filosoferat ›fy fan att det har gått så här. Varför har det gått så här i mitt liv?‹ Jag har aldrig varit sådan«. (VILLE)

Ville, som är ryggmärgsskadad, har levt under flera år med sitt handikapp. Han har en stor livsnjutning. Han bor tillsammans med en kvinna och har flera vänner som han umgås tillsammans med. Ett av hans stora intressen i livet är bilar. Det finns något filosofiskt i mitt samtal med Ville under intervjun. Han talar om bilintresset som varit och fortfarande är så betydelsefullt i livet för honom. Bilen och bilismen som en gång skadat och invalidiserat honom så svårt, har inte fått honom att ändra sitt livsintresse. Bilen innebär fortfarande en form av livsnjutning för honom. Trots sitt handikapp kör han idag bil och försöker att leva sitt liv fullt ut. Det filosofiska i tanken om bilen och handikappet handlar om dess relation till lidandet. Filosofiskt skulle man kunna uttrycka det som om bilen blivit något som kan hjälpa människan till en gestaltning, att gestalta något som finns bortom lidandet och ge människan kraft i sin bemästring. Samtidigt är det intressant rent filosofiskt att konstatera att människans lidande kan finnas kvar. En del av detta lidande kan sägas bestå av individens tankar om skuld och skyldighet. Flera av intervjupersonerna har under samtalen berättat om hur de haft känslor om skuld och skyldighet för att olyckan inträffat. Denna skuld kan också ha blivit förstärkt av att någon anhörig i den egna familjen avlidit i samband med olyckan. Skuldkänslan har också inledningsvis påverkat personens självuppfattning hur människor i den närmaste omgivningen och i det sociala nätverket varit tiden efter olyckan. Katri vars man omkom i olyckan, berättade under intervjun hur hon upplevt

svåra skuldkänslor efter olyckan. Under de första fyra månaderna efter olyckan upplevde hon intensiva känslor som bestod av att hon kände sig skyldig till hennes mans död. Katri berättar under intervjun att hon först när hon fick läsa ett papper ur polisutredningen fyra månader efter olyckan, förstod att hon inte var skyldig. Denna period var mycket påfrestande för henne. Med hjälp av ett stort socialt stöd från de närmaste och det sociala nätverket fick hon kraft att gå vidare. Ingen person i nätverket ifrågasatte henne utan alla gav henne stöd. Dessa upplevelser är något som delas av flera intervjupersoner. Nästan hälften av respondenterna har haft en känsla av skuld och skyldighet efter olyckan. Däremot har studien inte visat att det finns några könsskillnader i denna del.

Bilismen och trafikolyckorna kan sägas generera sociala problem för människor i mer eller mindre utsträckning. Men det finns också en andra dimension som utgår från att bilen och bilismen kan överbrygga de sociala problem som uppstår. Mobiliteten förstärker den handikappades möjligheter att förflytta sig genom handikappanpassade fordon. Dessutom, verkar det som om bilismen därutöver också fängslar människan i dennes njutning inte enbart till att få en ny förmåga utan helt enkelt till en livsnjutning. Under djupintervjun med Ville kommer just detta resultat fram att livet för honom handlar om just förmåga till livsnjutning.

> »Jag har fastslagit att jag inte ska ligga och ruttna i sängen på något sjukhus de sista åren. När jag ser att min förmåga att njuta av livet börjar att vara slut då sticker jag«. (VILLE)

Det som utvecklar sig av Villes mening är ett hedonistiskt tänkande som inte bara kan betraktas från en psykisk och social dimension utan också bör ses ur ett existentialistiskt perspektiv. Den existentialism som det handlar om här är njutningens och förmågans kraft i livet. Andemeningen i samtalet med Ville är att hans livssituation och tankesätt handlar om hedonism.

> »Jag vet ganska exakt vad jag kan vänta mig av livet. Inte har jag några underliga drömmar. Inte väntar jag på stora vinster fast jag spelar på lotto då och då. Jag vet att det inte skulle ändra mitt liv på något betydligt sätt. Mina drömmar är ganska konkreta. Jag väntar att...att jag ska åka upp till Lappland och så hoppas jag att klockan ska gå sakta«. (VILLE)

Men vid ett tillfälle under intervjun, säger Ville att han tvingats till askes på ett område.

> »Jag är tvungen till askes vid matbordet. Jag är känd för min otroliga aptit men jag kan bara äta en fjärdedel av det som jag skulle vilja äta. Jag kan inte bli fet för då klarar jag mig inte i livet fysiskt. Jag kan inte skaffa sådana muskler att jag skulle kunna lyfta en nittiokiloskropp istället för en sextiofyrakilos kropp. Det är en sak som stör mig«. (VILLE)

Inom forskningen om traumatiska kriser talas det om fyra områden eller dimensioner som har betydelse för hur människan genomgår en kris. Dessa dimensioner utgörs av den *känslomässiga*, det *existentiella*, det *socialpsykologiska* samt av den *kroppsliga* dimensionen.[10] Den första dimensionen, den känslomässiga, handlar om gråtens betydelse för människan som blivit utsatt för en förlust av till exempel gemenskap. Förlust av människans självuttryck handlar om hur människan känner sorg av sin förlust. För att konkretisera detta när det gäller en trafikskadad människa så kan det ju vara på det viset att en familjemedlem avlidit av sina skador samtidigt som man själv blivit svårt eller lindrigt skadad i olyckan. I det fallet handlar det om att den skadade och handikappade människan känner av förlusten av gemenskap och självuttryck. Olofsson och Sjöström skriver:

> »Och den döde kan ju inte lida. Det är man själv som anhörig, som står kvar där och känner, att man har svårt att leva sitt liv«.[11]

Känslan av att ha utsatts för förluster handlar också om olika typer av känslor förutom av sorg också av vrede. Olofsson och Sjöström skriver:

> »Om man t.ex. genom en olyckshändelse blivit handikappad, så är det vanligtvis lättare att förstå och acceptera, att man kan känna en stark vrede mot det orättvisa öde, som just utsatt mig för detta«.[12]

Maria är en annan av intervjupersonerna som tillämpar ett hedonistiskt tänkande. Hon har upptäckt nya dimensioner i sitt liv efter olyckan då hon blev skallskadad. Olyckan innebar för henne att hon fick svårigheter med minnet men också svårigheter att läsa. Skallskadan kom att få svåra konsekvenser för henne eftersom läsande och skrivandet hade varit en sådan stor del av hennes liv tidigare. Under sitt yrkesverksamma liv har hon arbetat som lärare. Efter

olyckan har Maria försökt att komma tillbaka till livet. Hennes bemästringsstrategi har varit själva kampen som medel. I sin kamp har hon funnit andra språkformer än det talade och det skrivna språket. Maria talar om ett utvecklat kroppsspråk.

> »Jag ser andra dimensioner hos en människa idag. Jag ser mycket mer av ett språk i kroppen som människan uttrycker. Kroppsspråket tycker jag att jag ser mycket tydligare idag och tar fasta på och kan beröras väldigt av både negativt och positivt«. (MARIA)

Kroppsspråket som ett sätt att ge uttryck för lidande kan utvecklas hos trafikskadade. Det är här fråga om ett nytt socialt språk mellan två människor. En annan dimension av lidande som framträder är när lidandet får en verklig mening. Lidandet i sig kan sägas tvinga människan att betrakta livet i en annan mening. Här är ärligheten och öppenheten inom människan särskilt viktig och betydelsefull.

> »Livsvärdena har fått en djupare dimension i mitt liv idag. Jag gick mycket på gallerier och museer tidigare men nu kan jag gå och uppleva mer intensivt och det tror jag har att göra med att jag...har blommat ut mer i min personlighet. Jag är mycket mer öppen idag. Tidigare var jag mer i balans även om jag var glad ibland så visade jag inte det. Där tror jag att min skallskada har påverkat mig. Det är skillnad mellan mina känslor«. (MARIA)

En tredje dimension av lidandet men också av hedonismen är smärta och kamp. Denna dimension visar på vad som händer inom en människa.

> »Jag ger inte upp. Det får göra helvetes ont men det är den här vägen jag måste gå. Det får göra ont för att komma tillbaka till livet och till verkligheten. Och det gör det fortfarande men man får tillåta att det gör ont. Man får liksom säga att okey det är ett helvete att födas tillbaka. Och man får acceptera att det är det. Men du får inte glömma och glädjas åt att du klarade det med all den smärta som fanns«. (MARIA)

Tidsdimensionen är en fjärde dimension av lidande som flera av de handikappade berättar om under djupintervjuerna. Tidsuppfattningen har ändrats hos flera hos dem. Medvetenheten har blivit mer påtaglig efter olyckan. Tiden har gått och fått ett nytt värde, ett nytt rum för den handikappade människan. Ti-

den kan också sättas i relation till en nära dödsupplevelse som några av intervjupersonerna säger sig ha upplevt vid olyckstillfället. En nära dödsupplevelse och tankar om döden efter olyckan kommer fram i intervjun med Anja.

> »Kanske det viktigaste efter olyckan var att jag inte kunde fly från mig själv längre. Jag fick möta mig och det tror jag är något enormt viktigt i livet. Nu mår jag bra och jag är överens med mig att jag älskar mig. Jag gjorde det tidigare, som många andra gör, flyr och kanske försöker fylla sitt liv med saker för att inte behöva möta en själv, det som är viktigt här i livet. Om vad som är meningen med livet. Det är mycket frigörande att tänka igenom dessa frågor efter att jag haft den där dödsupplevelsen. Det har betytt väldigt mycket för mig«. (ANJA)

Intervjun med Anja visade hur känslig själva upplevelsen varit och vilken betydelse den fått för hennes fortsatta och utvecklade livsfilosofi.

> »Jag förlorade benen. (Anja gör ett kort uppehåll innan hon skämtsamt skjuter in:) – Nej jag har inte förlorat benen, för de hänger med. Men jag har fått så mycket. Jag har gått igenom så stora och viktiga saker att jag känner att jag fått mycket. Det är en hemsk sats men man kan säga så här, att olyckan har inte givit mig något utan jag har hittat något efter olyckan. Jag tror att av de viktigaste sakerna i livet är att man trivs med sig själv och inte försöker att fly ifrån sig själv. Det är en stor sak att förstå andra människors lidande. Jag tror att den känsligheten är mycket viktig«. (ANJA)

Pirjo som själv arbetat som sjukskötare inom vården under flera år berättade under intervjun om stressen och tidsbristen i arbetet med att vårda lidande cancerpatienter.

> »Det fanns ingen tid att stanna upp och tänka på vart är jag på väg. Det var kanske det att jag blev mamma så sent. När andra upplevde fyrtioårskrisen fanns det ingen för mig. Och likadant var det vid femtio år. Det var bara arbete hela tiden. Det var inte tid för någonting annat. Men nu finns det tid« // »Det fanns ingen tid till att tänka. Jag var nog egoistisk förr«. (PIRJO)

En ytterligare dimension av lidande är en typ av förskjutning från ett verkligt lidande till något som bär individen framåt. Människan lär sig att se resurserna och möjligheterna framför hinder och svårigheter. Antti som är svårt hjärnskadad talar om den positiva tankens betydelse och att som människa se

möjligheterna framför hindren.

> »Det viktigaste är att en person ska finna var är han, hon. Och man ska inte koncentrera endast vid vilka svårigheter man har utan också vilka möjligheter man har. Alltså positiv tanke är den bästa. Men liksom ser vi kanske femton år sedan hade jag sagt att ›Nej, jag är inte handikappad person‹. Jag kunde inte förstå det«. (ANTTI)

Irene, som är äldre än Antti, upplever också känslan av sammanhang, att livet faktiskt har mycket att erbjuda också efter en svår skada eller handikapp.

> »Jag tror förstår du att jag genom detta som tidigt hände mig paradoxalt nog fick en mer positiv livssyn. Jag fick alltså redan då en känsla av att livet har så oerhört mycket att bjuda men se till att du märker det, uppfattar det och tar vara på det du kan få och det som du kan göra själv för att få ett gott liv. Men lita inte på att alla förhållanden kommer att bli som de är eller att andra ska kunna hjälpa dig med allting. För till syven och sist ligger hela kraften hos mig själv vilket liv som jag ska kunna skapa mig«. // »Ja, det är detta att livet är underbart att leva och man är tacksam för varje dag. Jag skrev lite om det...jag är tacksam för att jag vaknar till en dag som ser ut att bli alldeles vanlig. Och tacksam när jag på kvällen lägger mig och kan se tillbaka på en dag som inte bjöd på någonting annat än att jag fick vara frisk, vara i mitt hem, ta vara på det som jag tycker är roligt att göra och ha det vanligt«. (IRENE)

> »Jag kan säga att jag är lycklig. Inte alltid. Jag ljuger om jag säger att jag alltid är lycklig. Jag tror att ingen människa är alltid lycklig. Men jag tänker att livet är intressant och jag vill leva«... //. »Jag har lärt att enkla saker är det bästa i livet och jag har lärt att vara lycklig varje dag. Jag är lycklig när solen skiner och så vidare. När jag är frisk och barnen växer och jag har en familj och många goda vänner«. (SIRKKA)

> »Det gör mitt liv lite svårare men inte omöjligt att leva. Om jag ser en trappa tänker jag ›Hur kan jag hitta någon annan väg dit jag går?‹ Om jag ser en trappa jag går en annan väg«. (TOMI)

> »Nej, det har inte ändrat någonting sedan...innan jag skadade mig. Som idag lever jag ju precis samma liv som jag gjorde innan jag skadade mig«. (PER)

»På sätt och vis innebär det att jag har accepterat situationen men jag ger ju inte upp. Jag kämpar vidare och håller mig ajour inom vetenskapen och den medicinska utvecklingen på det här området. Jag tränar för att förbättra min situation. Hur svår skadan än är så kan man alltid...det är som livet...som en blomma. Den blommar, den börjar vissna. Mitt livs blomma blommar väl nu. Den har inte börjat vissna ännu«. (HJALMAR)

Djupintervjuerna har kunnat visa och givit evidens för att intervjupersonerna använt sig av hedonism. Denna hedonism har fört med sig något positivt förutom den egna njutningen av livet med en svår trafikskada. Vad som har varit gemensamt för de trafikskadade som ingår i studien är att det finns ett rotat altruistiskt tänkande hos majoriteten av dem. Med altruism ska förstås en människokärlek och vilja att hjälpa och förstå andra skadade och handikappade i liknande situation som de själva befinner sig i. Detta fenomen kunde också påvisas i den enkätundersökning som gjordes i de båda länderna. I frågeformuläret frågades om intresset för andra skadade samt om de själva träffat någon trafikskadad person. 49 procent av respondenterna i Finland uppgav att de var intresserade om hur andra trafikskadade har det i livet. Lika stor andel av de handikappade i Sverige uppgav att de hade ett sådant intresse. När det sedan gällde frågan om respondenten verkligen träffat någon annan trafikskadad i samma situation, uppgav 60 procent av de tillfrågade i Finland att de en eller flera gånger träffat en annan trafikskadad. I Sverige var det något färre, 54 procent, som uppgav att de faktiskt träffat någon skadad. Dessa siffror måste ses som relativt höga. Resultatet av undersökningen, såväl den kvantitativa som kvalitativa, kan antingen förklaras av betydelsen med altruismen. Men resultatet i sig kan också ha en annan trolig förklaring nämligen att vilja att hjälpa andra trafikoffer kan bero på rent personliga och till och med egoistiska skäl för att på det viset kunna bygga upp eget självförtroende. Utifrån detta skulle man kunna säga att den handikappade människan använt sig av altruismen på sin väg till ett eget självförverkligande. På denna vandring mot ett starkare självförtroende hos den handikappade individen betyder hedonism och altruism mycket. De ger individen en social mening och faktisk innebörd i dennes sociala liv. Detta kan sägas vara ett av huvudresultatet i hela undersökningen.

Följande exempel och citat från intervjuerna får exemplifiera den utvecklade altruism som finns hos trafikskadade.

»Jag har tid och jag hoppas att jag med min erfarenhet kan hjälpa någon kanske. Hjälpa så att andra handikappade kanske skulle få någon idé och i synnerhet skulle jag vilja påpeka det att man inte ska vara så öm som många av de handikappade är. Man måste våga be. Man får nog hjälp om man vågar be. Jag vet att det fordras mycket kurage att be. Men när man vågar be så vet jag att jag får hjälp«. (VILLE)

»Det där är en väldigt svår fråga eftersom jag tror att det har att göra med ditt tidigare liv. Jag tror att det är svårt att man ska göra eller tänka si eller så. Jag tror att det har med ditt tidigare liv att göra. Jag tycker att det är något som man skulle prata med föräldrar om som ska skaffa barn att det här är viktigt att visa ett emotionellt engagemang på djupet och lyssna in ditt barn och ge det barnet behöver. Inte bara vad du själv vill. Ge barnet en självkänsla och en känsla till att leva ett rikt liv. Och det är där allt sådant här grundläggs med livsdjup och livskänsla och gnister och sådant där. Det kommer med under livet från början. Så jag tror att de barn, eller en människa som upplevt en tragisk barndom och uppväxt som inte har varit lycklig, tror jag har det svårare att hitta ett livsdjup, gnistor och glädje. Jag tror det«. (MARIA)

»Försök att inte bara tycka synd om dig själv. Och inte tänka de där dystra tankarna. Se ›oj, det här klarar jag nog säkert. Det här gör lite ont i början men det får det göra för att jag ska klara det där för att det ger en god tillfredsställelse‹. Och sedan tror jag att det är viktigt att man inte...det finns så mycket hjälp på sjukhus och vänner...de hjälper för mycket. Det finns en osäkerhet hos människor hur de ska hjälpa. Och då tror jag att ofta blir det att man hjälper för mycket helt enkelt på ett felaktigt sätt. Även där i den s.k. ›hjälpresursen‹ som alla människor kan vara, så lyssnar de också för lite. De gör för mycket istället för att ställa frågor ›Kan du klara det här?‹ ›Hur vill du i så fall att jag ska hjälpa?‹ Varje liten, liten sak du gör ska man lyfta upp den och glädja sig åt den«. (MARIA)

»Om man vill bli så bra som möjligt efter en trafikolycka så sitter största ansvaret hos en själv. Jobba på hela tiden, morgon, middag och kväll! Och ge inte upp! Det är A och O fast det gör ont, och fast det känns att det inte blir bättre så är det jag själv som måste jobba på. Jag går ut och går fast det ibland sticker som knivar. Men det är bara att gå på hela tiden«. (PIRJO)

»Jag vill säga att också på stolen (rullstolen) kan du leva hur du vill. Att livet kan också vara livet på den här stolen. Jag vill att de ska se det. Men många har kommit så tidigt att de kan inte tänka på sådana saker som jag tänker

på. Där är så många tider man tänker på sig själv och sedan tänker du på dina barn«. (KATRI)

»Kanske de påminner mig om min egen skada. Det skulle vara intressant att fråga dem vad som hänt, hur livet har blivit för dem, om vi har något gemensamt«. (RAIMO)

Flera av intervjupersonerna berättade att de skulle vilja att det fanns föreningar och aktiviteter för trafikskadade i samma situation som de själva. Raimo berättade under intervjun att det borde finnas en ombudsman för trafikskadade som kunde »lobba« för de handikappade i kampen mot bland annat myndigheter och försäkringsbolag i samhället.

Det finns flera av intervjupersonerna som aktivt försökt att informera om hur det är att leva med en trafikskada och som handikappad. Per, Hjalmar, Filip och Katri har alla provat på att vara s.k. informatörer och stödpersoner för andra skadade. För dem kan altruismen betecknas som stor. Kunskapsspridningen och att dela de egna erfarenheterna med andra människor handlar inte enbart om utbyte med andra skadade utan också med hela omgivningen.[13]

»Ja, jag tycker att man ska försöka förmedla hur livet är liksom...som när jag var ute så försökte jag beskriva lite hur jag hade levt innan jag skadade mig och hur olyckan gick till och hur snabbt saker händer och hur jag blev efter. Dels hur jag blev i kroppen, vad det blev för skador och så tala om...dels vad man inte kan göra nu då men framför allt tala om vad man kan göra och vad det finns för möjligheter. Att inte livet tar slut bara för att man har skadats. Man kan göra mycket på fritiden och dessutom att man kan ha jobb«. (FILIP)

»Det finns ju mycket som man kan hitta på särskilt när det är någorlunda lika skador och lika problem. Det är ju mycket som man kan lära av varandra. Och dessutom om man blir ett antal så kan ju en sådan förening skaffa fram personer som kan informera mera t.ex. vad gäller forskning. Och även information från samhället om rättigheter och möjligheter«. (FILIP)

Antti är den person i undersökningen som har den svåraste hjärn- och skallskadan. För honom är bilder ett av de viktigaste uttrycksmedlen för att informera andra om handikapp och sin livssituation.

»Dom betyder av två skäl mycket. Först är de ett medel att säga någonting. Och för det andra är de ett medel som jag kan använda. Då mina handikapp...jag kan inte vara aktiv och effektiv i konferenser eller liknande. Kanske jag inte kan göra så mycket med bilder men åtminstone så kan jag försöka«. (ANTTI)

3.2 *Altruismen som dold resurs inom vården*

Sinä et ole yksin

Ei elämän huolia tarvitse yksin kantaa,
ei raskaita murheita kauan kestää voi.
Vaan toiselle kun saa osankin taakasta antaa,
se helpotusta ja lohtua omaan sisimpään toi.
Ei meitä luotu yksinään kulkemaan,
vaan toinen toistamme täällä tukemaan.
Sinun tilanteesi on hallinnassa siellä,
missä ihmisen elämä tarkoin tiedetään.
Ei toivottomuuteen sinua täällä viedä,
vaikka tielläsi onkin ollut pimeää.
Tiedäthän, että kaikkein pimeintä on
aika ennen nousua auringon,
vielä paistaa aurinko kirkkain säteinensä,
ehkä pikemmin, kuin täällä arvaatkaan.
Vaikka ahdingon keskellä saattaa ihminen luulla,
ettei Jumala hänen huokausta kuulekkaan,
silti tänään hän lähimpänä siellä on,
missä ihminen alkaa olla neuvoton.
On luojan, kädessä elämän jokainen hetki,
se turvallisuutta tuo, varmuutta askeliin.
Vaikka painojen alla usein käy mainen retki,
se murheitten jälkeen johtaa kiitoksiin.

(*anonym trafikskadad ur den finska enkätstudien* 1996)

Dikten som inleder det här avsnittet handlar om en kvinna som skriver om betydelsen om att dela med sig av sin börda och sina erfarenheter till en annan medmänniska. Det finns en stödjande tanke i denna dikt. I de båda enkätundersökningarna var det flera trafikskadade som skrev dikter om just sina tankar och erfarenheter om sina egna skador och livssituationer. Dikterna kan ses som ett uttrycksmedel för människorna att förmedla sig till andra. Kanske

också dikten kan ses som en form av altruism till medmänniskan.

Både hedonismen och altruismen är två viktiga strategier till bemästring som de trafikskadade har använt sig utav. Den ena av strategierna, altruismen, är olika starkt utvecklad hos var och en av de skadade. Utmärkande för altruismen är också att denna utvecklats under sjukhus- och rehabiliteringstiden efter olyckan. De empiriska iakttagelser som jag har kunnat göra utifrån intervjuerna visar att människan fått en större medvetenhet om andra människor som skadats i trafikolyckor och som blivit handikappade. Därmed inte sagt att det nödvändigtvis behöver födas altruistiska helgon ur handikapp eller handikappliv. För att få kunskap om den trafikskadade verkligen har utvecklat altruism i samband med olyckan skulle det fordras att forskaren också studerat om samma människa använde altruism i sitt tidigare liv.[14]

Därefter kan altruismen sägas ha utvecklats och bevarats för framtida hinder och prövningar i livet. I det följande avsnittet avser jag att redogöra för hur denna altruism varit under såväl sjukhustiden som rehabiliteringstiden efter olyckan.

Under tiden på sjukhus och på rehabiliteringshem har den skadade och handikappade personen fått mer eller mindre lång erfarenhet av hur människor i deras närmaste omgivning reagerat och agerat. De handikappade har således en rik erfarenhet av hur läkare, sjukvårdspersonal, sjukgymnaster, fysioterapeuter och många andra yrkesgrupper inom vården fungerat. Under djupintervjuerna har det framkommit både synpunkter på och erfarenheter av hur väl sjukvården och omvårdnaden fungerat i praktiken. Det är viktigt att studera hur den handikappade personen subjektivt upplevt vården eftersom det är där som bemästringen inleds.

Till skillnad mot hedonismen är enligt min mening altruismen mer social och psykologisk till sin natur. Altruismen kan tillika sägas vara ontologisk och sägas handla om en djupare dimension för människan; en handling om den verkliga verkligheten.

Hedonismen kan också av en del människor uppfattas som en existentiell fråga. När Eriksson skriver om lidandet i betydelsen vad en människa själv kan uträtta, menar hon hur människan handlar i vägvalet mellan kampen, resignationen och isoleringen. Vad som är gemensamt för de intervjupersoner som ingår i undersökningen är att samtliga av dem har olika grad av hedonism, en livsnjutningsförmåga att ta till. Graden av hedonism handlar här också om människans förmåga att offra och acceptera sin livssituation. Här är det möjligt att filosofiskt diskutera offrandets glädje som i sig är en ontolo-

gisk fråga.

De handikappade har valt olika strategier för sin bemästring av sin situation men också av sitt eget lidande. Det är här lidandets olika dimensioner kommer in i bilden. Lidandet i sig kan alstra och generera styrka för den kommande bemästringen. Denna process kan den handikappade personen dela med sig till andra människor i den nära omgivningen.

Flera av intervjupersonerna fick hjälp och stöd av andra trafikskadade och handikappade under tiden på sjukhuset eller på rehabiliteringshemmet. Flera av dem delar samma erfarenhet. De är positiva till den dolda resurs som andra skadade medmänniskor utgör. Per med sin ryggmärgsskada upptäckte denna resurs tidigt efter olyckan.

> »Sedan kom det ju upp killar till avdelningen som...många var ju nyskadade och det var många som hade suttit i stolen i fem, tio, femton och tjugo år. De höll på att tjata med en. Jag hann knappt vakna upp innan det kom in ett par stollar i rullstol. Så började jag prata med andra och kom igång med träningen. Men det var ju lite tungt i början men det släppte efter hand«. (PER)

Den gemenskap som formas på ett sjukhus där trafikskadade samlas efter trafikolyckor är mycket betydelsefull såväl för den skadade men också för dennes anhöriga. Jarkman behandlar också en sådan gemenskapskänsla hos handikappade i sin doktorsavhandling om barn med ryggmärgsbråck.[15] Men för alla är inte mötet med andra trafikskadade och handikappade någon enkel sak. Flera av intervjupersonerna har uttryckt att det funnits en rädsla och förtvivlan inte bara hos dem själva utan också hos anhöriga, den egna familjen. Katri berättar när hon kom till rehabiliteringsanstalten första gången efter sjukhusvistelsen.

> »Ja. Alla var där. Och det var hemskt när jag var där och alla var skadade. Jag minns när min mamma var där på besök och hon såg alla. Hon började gråta. Det var så totaliskt att min dotter också är där. Och sedan när jag var hemma jag ville inte veta om andra som satt i rullstolen under många år. Men nu vill jag träffa«. (KATRI)

På sjukhuset hade Katri talat med andra skadade. Hon hade träffat två yngre kvinnor. En av kvinnorna hade små barn och de båda kunde tala om livet, barnen och framtiden. Men på rehabiliteringsanstalten var det svårare till en början. Katri berättade under intervjun att hon inte »ville veta om andra som satt

i rullstolen«. Idag, flera år senare, har Katri förändrat sitt tankesätt. Känslan av sammanhang och altruism har fått henne att vilja se andra svårt skadade och bjuda hem dem till sin egen bostad. Detta altruistiska tankesätt visar sig under intervjun när Katri berättar om hur hon anlitats av rehabiliteringsanstalten som kontakt- och stödperson för trafikskadade.

> »Och nu för tiden är jag en sådan person som ger stöd åt personer som har skadats i trafiken. Rehabiliteringsanstalten sänder hit några människor som vill se hur jag bor och hurdant mitt liv är nu. Och jag talar med dem. När jag var där fick jag också träffa en stödperson. Jag tar gärna någon till mitt hem så att de kan se hurdant det är«. (KATRI)

Denna förändring har medfört att Katri idag upplever en stor livsglädje. Hon berättade om tiden på rehabiliteringsanstalten hur hon kunde känna att den privata sfären var alltför snäv. På rehabiliteringsanstalten var det alltid rullstolsköer till allting. Katri är intresserad av att vara just stödperson för att hjälpa andra och få andra handikappade att inte tänka snävt i början. Hon vill visa att det går att leva ett bra liv med livskvalitet trots ett svårt handikapp. Den altruistiska tanken kom in i bilden för Katri under senare år. Under rehabiliteringstiden fick också hon stöd och hjälp av en annan handikappad. Genom denna hjälpande kedja av handikappade har den altruistiska tanken möjlighet att vinna allt mer mark bland människor som är handikappade och trafikskadade. Men det finns också en annan sida av altruismen. I början när en handikappad person försöker närma sig en nyskadad människa så uppstår lätt konflikter. Hjalmar som är ryggmärgsskadad efter en mopedolycka på 1970-talet förklarar att han träffat hundratals trafikskadade och handikappade människor genom årens lopp. Under intervjun med Hjalmar framkommer en bild av svårigheterna med altruismen, viljan att hjälpa andra skadade. Mottagligheten varierar bland de nyskadade. En del människor har lättare än andra att ta till sig råd, tips och erfarenheter från andra skadade och handikappade som genomlevt lidande och klarat sig bra i sin tillvaro. Hjalmar berättar utförligt om sin kontakt med andra trafikskadade.

> »Och så säger människan så här: ›Jag tänker inte att hamna i rullstol som du, för att du har inte tränat tillräckligt. Jag tänker träna som satan så att jag kommer upp på benen igen‹. Det är ju så att man har ett hopp inom sig och det sitter i ungefär ett år. Det är ett visst mönster som jag lärt mig även om det kanske inte stämmer till hundra procent. Ju mer tiden går desto vagare

> blir det här hoppet och till slut så inser man ju att man kanske inte kommer upp på benen. Och då får man vara glad för varje litet framsteg som man gör. Varenda liten detalj som man kan klara av«. (HJALMAR)

Altruismen som bemästringsstrategi stärker Hjalmar. Kontakterna med andra trafikskadade och handikappade ger honom mycket kunskap och erfarenhet. Med tiden lär sig också den nyskadade att acceptera eller leva med sin skada/handikapp och med tiden också se de värden som altruismen står för och ger uttryck för bland dem som genomgått men också fortfarande genomgår lidandets olika dimensioner.

De värden som altruismen står för har i förra avsnittet behandlats ur olika aspekter. Jag har redogjort för hur altruismen påverkar och inverkar på människan dels psykiskt men också socialt sett. Utöver denna påverkan kan individens existentiella och andliga liv påverkas av altruismen. Det altruistiska tänkandet verkar ha stor betydelse för hur den trafikskadade människan klarar av att bemästra sin livssituation. Ett annat värde som viljan att hjälpa andra har haft och har för den handikappade är vilken resurs som han eller hon upplevt sig själv vara under sjukhus- och rehabiliteringsvistelsen. Sett ur detta perspektiv är det viktigt att betrakta hur den trafikskadade människan har upplevt bemötandet av sjukvården samt under rehabiliteringstiden.

3.3 *Altruismens värden och erfarenhet av sjukvården*

Under djupintervjuerna har det ställts frågor till intervjupersonerna hur de har upplevt den sjukvård som de har kommit i kontakt med. Samtalen har kommit att handla om hur den skadade har upplevt kontakten och bemötandet med såväl läkare som sjukvårdspersonal i övrigt.

De båda enkätundersökningarna som genomförts inom ramen för projektet visade att de trafikskadade i både Finland och Sverige uppgivit att de har ett stort förtroende för såväl läkare som sjukvårdspersonal. Bemötandet av sjukvårdspersonalen har upplevts som mest positivt bland de trafikskadade i båda länderna. Men också läkarnas bemötande har fått god kritik av de skadade. Men hur kan förtjänsterna och bristerna i bemötandet inom sjukvården gestaltas utifrån den trafikskadade människans perspektiv? Djupintervjuerna har givit kunskap om vad som möjligen borde kunde förbättras i den moderna sjukvården i Finland och Sverige. Intervjupersonerna har delat med sig av sina mångåriga erfarenheter av finsk och svensk sjukvårds- och rehabili-

teringsverksamhet.

Erfarenheterna av sjukvårdspersonal har i de allra flesta fallen upplevts som mycket goda jämfört med läkarkontakterna. Det är viktigt att ha i åtanke, att en majoritet av de tillfrågade respondenterna i de båda enkätundersökningarna gav god kritik till både läkarkåren som till övrig sjukvårdspersonal. Men vid intervjusituationerna utvecklades en något annorlunda bild. Den trafikskadade och handikappade människan har i regel upplevt en något bättre kontakt med vårdpersonalen än vad de haft med läkarna. Hjalmar, som har haft en lång tids erfarenhet av sjukvården och rehabiliteringen i Sverige, har upplevt en mycket god och nära kontakt med vårdpersonalen.

> »Ja, de är bättre. De har varit och visat ett humant...en human förståelse och en inre förståelse, djupare förståelse för hur man mår och att man tänker själv och reagerar«. (HJALMAR)

> »De som är lite mer fördjupade är vårdpersonalen, sjukvårdspersonalen och undersköterskor. De kan ju visa en annan förståelse, ha en annan attityd...i ett människoöde. Man har blivit kompis och kanske ännu mer att man har kunnat träffa en tjej som man kan umgås med mer privat och kanske blivit ihop med. De flesta tjejerna som jag har kommit i kontakt med har jobbat inom vården«. (HJALMAR)

Seija, som uttryckte missnöje med hur hon blivit behandlad av sjukvårdspersonalen, uppgav under intervjun att hon upptäckte hur vårdsystemet fungerade i praktiken. Seija hade själv, före olyckan, arbetat flera år i sitt yrkesverksamma liv som sjukvårdsbiträde. Vid olyckan fick hon uppleva situationen att vara patient på det sjukhus som hon en gång arbetade vid. Seija beskrev sin negativa erfarenhet på följande vis:

> »Inte ett dugg. De har inte brytt sig om någonting. Det är ingen som har frågat om anhöriga. Det har aldrig varit någon som har frågat min man någonting. Det var bara ett sjukvårdsbiträde på ortopeden som ville vara elak och sa ›Är du lyckligt gift nu då?‹ efter att den här olyckan hade hänt. Hon sade det till min man för att vara elak. Men det är aldrig någon som har frågat någonting om min man, eller min mamma om de ville prata med någon om det här. Människor bryr sig inte om varandra i dagens samhälle. Sjukvården – den är som ett löpande band. Man tar hand om kroppen men inte själen«. (SEIJA)

Man skulle kunna säga att det som Seija beskriver under samtalet kan karaktäriseras som det typ av vårdlidande som Eriksson beskriver i sin bok.[16] Eriksson reser frågan huruvida vårdlidandet är ett fenomen som är tidstypiskt för sjukvården på 1990-talet. Även inom den internationella handikappforskningen har det under 1990-talet diskuterats i vilken utsträckning den handikappade människan haft möjlighet att vara delaktig i eftervård och rehabilitering. Problematiken med oförståelse och dåligt bemötande inom sjukvården behandlas också av den brittiske handikappforskaren Oliver. Oliver skriver att det är ett stort problem för handikappade människor när de möter professionell personal som inte klarar av att hantera sociala problem i anknytning till det traditionella vårdarbetet i samhället.[17]

Oliver tar också upp en väsentlig fråga när det gäller sjukvård och rehabilitering för handikappade. Enligt honom finns det inbyggt i systemvärlden att exempelvis sjukvården ska reparera och vårda till vilket pris som helst.[18]

Oliver reser en intressant fråga i sin bok när han skriver om systemvärldens oförmåga att lyssna på den handikappade människan och att handikapp ska botas till varje pris. Den fråga som utkristalliseras i Olivers bok är i vilken utsträckning som individens egna resurser tas tillvara inom såväl sjukvård som inom rehabiliteringsområdet.

Enligt min mening har Oliver en alltför snäv tolkning av den handikappade människans existentiella förutsättningar. Han anser att det är de handikappade människornas vilja, som ett kollektiv, att enbart se förändringar av samhället när det gäller anpassning och förståelse för handikapp. Min undersökning kan visa att det för en handikappad människa kan handla om stolthet och en egen vilja att själv bemästra sin situation utan hjälp från samhället. Intervjuerna har visat att några av intervjupersonerna istället riktat kritik mot andra handikappade i samhället och ansett att många ber om för mycket hjälp och som en av intervjupersonerna uttryckte det för att han ansåg att många handikappade är för ömma och tycker synd om sig själva som blivit handikappade efter en olycka.

Seija skadades i en bilolycka under tidigt 1970-tal och hennes berättelse vittnar om att det också under 1970-talet fanns ett vårdlidande som hon fick erfarenhet av.

Också Anja som är ryggmärgsskadad berättar om vad som hände när hon kom till ett rehabiliteringshem efter bilolyckan. Följande citat är återgivet från intervjun tillsammans med kommentarer om den kritik och negativa upplevelse som hon haft i sin kontakt med vårdpersonalen.

»Första dagen jag kom dit så sa hon att jag aldrig mer skulle kunna gå. Då grät jag. Det var så hemskt sättet, som hon berättade det på«. Anja berättar hur hon tänkte på läkaren på det sjukhus som hon just lämnat och som hade sagt att hon skulle kunna gå med rullator. Sjuksköterskan på rehabiliteringscentret hade så drastiskt sagt att hon aldrig någonsin skulle kunna stå på sina egna ben igen. Anja sitter tyst en stund efter att hon berättat om dessa upplevelser för mig. Sättet att ge uttryck för en så svår sak som det är att bli förlamad efter en olycka betyder så oerhört mycket. Framtoning, mjukhet och kontakten med en sårad och bräcklig medmänniska var det ämne som vi nu kom att diskutera med varandra. Och det handlar då givetvis om det stöd som hon upplevt sig att ha fått på de sjukhus och rehabiliteringshem i Finland som hon själv hade erfarenhet av. Sjuksköterskan hade enligt Anja handlat så omänskligt och okänsligt att hon blivit mycket ledsen.

»Jag hatade henne så mycket efter det här men jag såg inte till henne mer«. Anja besvarade okänsligheten som kom från sjuksköterskan med att visa sin ilska samtidigt som det fanns något annat inom henne. Och Anja försökte. Hon började träna sina ben hos en fysioterapeut. Idag känner hon att hennes ben är mycket starkare även om hon inte kan gå. Och trots detta faktum så tränar hon. För hos Anja så lever hoppet och livsglädjen. Hon berättar för mig att hon varje dag går och bär på sin stora dröm. Jag förstår meddetsamma vilken dröm hon tänker på. Men Anja vill ändå tala om det för mig. Hon vill berätta om sin ljuvligaste dröm – den dröm som är hennes högsta önskan. Drömmen att kunna gå igen.

De erfarenheter som intervjupersonerna har haft av bemötandet och kontakten med läkarna redovisas i det följande. Maria berättade under intervjun om de läkarkontakter som hon haft på sjukhuset.

> »Vad jag minns tydligt det var att det kom en läkare, en av dem som hade opererat mig i huvudet. Då lade han sig på en säng bredvid mig och så sa han: ›Nu ska vi prata om hur du har det‹«. (MARIA)

Hennes uppfattning om läkarens förmåga att närma sig henne efter olyckan visar vilken betydelse som empatin och förståelsen har för den skadade och lidande människan. Vad som är gemensamt för intervjupersonernas berättelser om de positiva läkarkontakterna kan sammanfattas i fem punkter:

1. bra »lyssnande« trots ont om tid.
2. läkare som använder andra trafikskadade och handikappade som resurs person.
3. läkare som inte använder »konstiga« läkartermer eller »konstigt prat«.
4. läkare ger klara besked: talar om att den skadade får bestående men.
5. läkare uppmärksammar mer de s.k. »diffusa« skadegrupperna t.ex. whiplashskadornas sociala följder.

De negativa upplevelserna i läkarkontakten uppfattades av den trafikskadade som ibland mycket svåra. För Hjalmar var upplevelsen särskilt svår. Han var sjutton år när mopedolyckan inträffade och hade aldrig varit i kontakt med läkare i sitt tidigare liv.

> »Men jag var så ung och det skulle nog bli bra. De här trådarna skulle nog växa ihop. Bara jag hade tålamod och gjorde som de sa och inom citationstecken ›vara en snäll och tyst patient‹, så skulle allting ordna sig. Och jag litade på läkarna för jag kunde inte göra så mycket annat. Jag var ju helt förlamad och blev matad och tvättad. Och det är ju förnedrande i vissa lägen. Men nöden har ingen lag. När vi kom dit bar de in mig i en fyrmannasal. Där låg tre gamla gubbar. Då insåg jag att jag hade hamnat på långvården. Och då kände jag mig på något sätt ganska så lurad. Och när jag sedan såg ut genom fönstret då kände jag igen mig var jag var någonstans. Polarna bodde i radhuset som jag nu kunde se ifrån min säng. Där hade vi haft fester. Det är inte så kul att ligga där inne och se polarna kanske ha jätteskoj och så får jag ligga inlåst bland tre gamla gubbar i dödens väntrum. För de var ju redan mellan åttio och döden och de kunde inte ens gå ur sängarna de där gubbarna«. (HJALMAR)

Idag har det gått flera år sedan Hjalmar skadades i olyckan. Han har lång erfarenhet av sina kontakter med sjukvården och rehabiliteringshemmen. Han är idag kritisk till främst läkarna.

> »Jag säger så här att bland läkare, sjukgymnaster och arbetsterapeuter, så kan jag godkänna en av tio. Idag kanske jag kan godkänna två av tio. Jag är ledsen att behöva säga det men...det här är min erfarenhet under alla år i den här situationen. Det är ju ändå för många som inte är bra«. (HJALMAR)

Maria har också negativa erfarenheter av läkare även om hon liksom många andra av intervjupersonerna också har positiva erfarenheter.

»Ja, vad jag tror...jag är helt övertygad att det har att göra med en omedvetenhet, en okunskap och oförstånd. De, tyvärr, läkarna, sitter tyvärr långt ned nivåmässigt för mig att förstå människor så att många läkare är oerhört omedvetna om det och de tror att den bästa medicinen är den artificiella medicinen. Och det tror inte jag. Jag tror att vi människor kan åstadkomma väldigt mycket för vår egen räkning genom tankeprocesser och även naturmedel«. (MARIA)

För Sven som ådrog sig en whiplashskada vid trafikolyckan har sedan olycksdagen haft problem med att vinna förståelse och förtroende hos flera i sin omgivning. Denna upplevda brist har varit särskilt markant också bland läkare. Sven berättade följande under samtalet.

»Den här läkaren glömmer man ju inte i första taget. Jag tycker att om man inte kan en sak så kan man ju fråga någon annan. Jag tyckte att AT-läkarna inte tog något på allvar utan liksom ›det är som det är, och sedan är det bra med det‹. Den upplevelsen fick jag. Han stod bara och hånflinade åt mig och sa ›vad är det nu då. Vad tror du att jag kan göra åt det då. Jag är väl ingen gud‹«. (SVEN)

Liksom Seijas berättelse, som fick gestalta en form av vårdlidande hos en trafikskadad människa, visar Svens berättelse på en annan typ av vårdlidande. Det handlar här om en kränkning av hans värdighet som patient och som handikappad. Tidigare forskning visar att denna form av vårdlidande är den vanligaste formen av lidande inom sjukvården.[19]

Intervjuerna har i denna del visat att det psykiska omhändertagandet och omvårdnaden som står den trafikskadade till buds efter en olycka måste ses som bristfälligt. Resultatet gäller trafikskadade i både Finland som Sverige. Tidigare påbörjad forskning i Sverige har också i mindre studier visat att det finns brister inom vårdapparaten för trafikskadade människor.[20] Samma slutsatser kunde konstateras i en undersökning av trafikskadade i Värmlands län i Sverige som genomfördes 1987–1988 av intresseföreningen för trafikskadade i Sverige.[21]

3.4 *Nyvunnen samhällsgemenskap*

Många av de människor som inte har skadats i en trafikolycka lever ett normalt liv. Han eller hon har en varierad livskvalitet i sitt liv och känner förväntningar från sin omgivning att vara en framgångsrik person. Man ska lyckas i

sitt familjeliv, yrkesliv etc. Tiden före olyckan blir en tid där individen har vissa livsvärden, ser på livet på ett visst sätt och njuter av livet på ett visst vis. När olyckan inträffar sker något nytt hos individen. Människan blir sårbar och kommer in i olika traumatiska tillstånd. Därefter kommer det fram något nytt, en ny fas i människans liv där nya resurser och krafter kommer fram i människans inre. Lite längre fram i denna postaccidentala period kommer det fram en vilja hos den handikappade personen, en vilja att hjälpa någon annan skadad/drabbad till en bättre välfärd och välbefinnande. Denna altruism har vuxit fram hos människan efter att hon själv blivit skadad. Kan man då filosofiskt säga att människan genomgått en förvandling från att tidigare ha varit en egoist till att nu bli en altruist?

I grunden handlar resonemanget om att en trafikskadad person vid olyckstillfället blivit utestängd från samhällsgemenskapen på flera sätt. Individen klarar inte längre av att arbeta och får en ny social tidsrymd. Individen blir efter olyckan fri på ett annat vis än vad han eller hon var tiden före olyckan. Den frihet som den handikappade personen åtnjuter är en frihet med begränsning till det egna fysiska handikappet. Genom frihet kan de trafikskadade hitta nya värden i livet som till exempel att hjälpa någon annan skadad och utsatt människa i samhället. Man skulle kunna betrakta denna frihet utifrån perspektivet att den ger individen möjlighet att nå en ny form av gemenskap i samhället. Denna gemenskap är inte densamma som den samhällsgemenskap och frihet som individen haft tiden före trafikolyckan. Den nya gemenskap som altruismen skapar ger inte utrymme för den inskränkning i exempelvis tiden som människan upplevt före olyckan. Tiden, blir inte som förut, en livsfaktor som är avgörande för den faktiska existensen utan snarare blir livsinnehållet rikare hos flera handikappade.

Denna förändring som altruismen skapar i den handikappade människans inre liv, är ett intressant socialt fenomen som ger oss kunskap om hur en marginaliserad samhällsgrupp, med egen kraft, skapar en ny samhällsgemenskap. Förändringen vidgar frihetens gränser för den handikappade människan. En tanke är att handikappet hos en människa inte enbart sätter gränser för individens förmåga att uppnå något. Förmåga till uppnåelse inom andra områden jämfört med de tidigare uppnådda målen ger den handikappade nya oanade möjligheter till uppnåelse. Den skapande kraften, där altruismen endast kan sägas vara ett viktigt element, ökar möjligheterna bortom de nyfunna gränserna till frihet. Här kommer vi in på det moralfilosofiska betraktelsesätt som förespråkas av Sen. För Sen är uppnåelsetanken av central betydelse. Jag har

tidigare i avhandlingen försökt att redogöra för de filosofiska tankegångar som filosofen Sen utvecklat. Enligt Sen är det viktigt att utgå från individens varanden.[22]

När det gäller den trafikskadade människan har jag försökt att visa att det finns en altruism hos den drabbade. Det kan naturligtvis tolkas som så att individen använder sig av altruism för att självförverkliga sig själv och handla av rent egoistiska skäl för att nå en ökad självaktning som människa. Men altruismen kan också vara äkta och bestå av medkänslor och sympati för en annan människa som kanske har drabbats svårare av en olycka. Antag att en individ handlar utifrån båda dessa val, d.v.s. både för att nå eget självförverkligande men också av äkta altruism. Resultatet av den här diskussionen blir då att en handikappad person (person A) försöker att hjälpa en annan handikappad (person B) för att den andre personen ska kunna nå ökad uppnåelse. Följden blir då att både A och B kommer att nå en högre uppnåelse. Hur kan Sens modell passa in här? Vilken modell bör förespråkas? Den första modellen, attainment equality, kan enligt min mening inte användas i detta sammanhang eftersom den bygger på en jämförelse mellan en frisk och en handikappad person. I fallet med två handikappade människor som strävar efter uppnåelse skulle en sänkning av nivån för den mindre handikappade människan inte medföra någon höjning av uppnåelsen.

3.5 *Sammanfattning*

Kapitel tre har i huvudsak ägnats åt flera sociala men också filosofiska begrepp; hedonism, heroism och altruism. Jag har visat vilken betydelse de här begreppen har för en trafikskadad i den sociala livssituationen. De olika begreppen bör inte ses isolerade från varandra utan som en sammanhängande helhet. Resultatet av undersökningen har visat att hedonism och ett altruistiskt tänkande hos den skadade och handikappade människan givit individen en social mening och faktisk innebörd i dennes sociala liv. Jag har benämnt intervjupersonernas handlande och tankar för att det finns en hedonism hos flera av dem. Samtliga av de tjugo handikappade har under djupintervjuerna berättat om nya livsvärden efter olyckan. Många har fått helt nya livsvärden och de har närmat sig och sökt en ny social mening med sina liv jämfört mot tidigare. I sitt sökande efter en ny mening efter en olycka har de använt hedonismen som en bemästringsstrategi för att komma framåt. Ett resultat av intervjuerna har också varit att hedonismen inte har varit en isolerad förete-

else utan haft ett större sammanhang. Det livsbejakande synsätt som hedonismen står för, har givit den handikappade människan nya impulser och vilja att också hjälpa andra människor som upplever eller upplevt lidandet i tillvaron. På så vis är det möjligt att konstatera att den hedonistiska bemästringsstrategin banat vägen för viljan att hjälpa en lidande medmänniska. Detta altruistiska tänkande och medvetande hos flera av intervjupersonerna har givit upphov till olika hjälpande och stödjande aktiviteter hos de handikappade själva. Bland annat har de kommit att användas som stödresurser av både läkare- och vårdpersonal på sjukhus och rehabiliteringshem. I både Finland och Sverige har också trafikskadade blivit stödpersoner för andra trafikoffer. Några av intervjupersonerna har utbildat sig till informatörer medan andra på olika sätt försökt att hjälpa andra handikappade i liknande situationer. Flera av intervjupersonerna är medlemmar i handikapporganisationer. Även om alla inte är aktiva i en sådan »förening« finns det hos dem ett intresse att vilja hjälpa andra människor som drabbats. De vill också få mer kunskap om den handikappades vardag och livsmöjligheter efter en olycka. Både hedonism och altruism är viktiga begrepp och fenomen som kommit fram i undersökningen och som sådana är de också viktiga för att kunna förstå hur en handikappad och skadad människa kan förstå, bemästra och utveckla sin sociala situation.

I kapitlet har det också framkommit aspekter på altruismens olika värden inom sjukvården. Djupintervjuerna har visat vilken betydelse lidandet haft för utvecklandet av altruism hos en handikappad människa. Vägvalet mellan kamp, resignation och isolering har inte varit något lätt val för individen men de som valt kampen och altruismen som medel för att nå bemästring synes ha nått en relativt god förmåga till välfärd flera år efter olyckan. I kapitlet har det också framkommit hur själva lidandet i sig kan alstra och generera styrka inför den kommande bemästringen. En process där flera handikappade visat sig ha beredskap och extraresurser att dela med sig till andra skadade och handikappade i liknande situationer.

De värden som altruismen haft för många av respondenterna har visat sig haft en både psykisk och social betydelse. Eftersom altruismen endast kan ses som en av flera bemästringsstrategier som en lidande människa kan tillgripa i sitt liv, bör enligt min mening strategivalet inte nödvändigtvis ses som ett existentialistiskt val. Altruismen kan också betraktas som en väg till individens eget självförverkligande.

Utifrån fenomenen altruism, heroism och hedonism är en mycket central

och väsentlig konklusion av intervjuerna att den trafikskadade människan deltar i två skilda livsakter. Den första akten som beskrivits i kapitlet har benämnts för den s.k. bemästringsakten. I denna akt försöker den handikappade personen övervinna svårigheter och hinder i exempelvis i hans eller hennes vardag. Det kan handla om att fysiskt förflytta sig och undvika trösklar och hinder i miljön. Bemästringen har också visat sig ha att göra med den skadades möjligheter att övervinna olika problem som har att göra med handikappet. Bemästringsakten kan sägas vara förekommande inom främst systemvärlden. Jag har också försökt att visa att det utöver bemästringsakten finns en ytterligare livsakt; den s.k. försoningsfasen. Försoningen sker främst inom vad jag tidigare benämnt för livsvärlden. För att få ett holistiskt perspektiv på den handikappade människans sociala liv och verklighet är det viktigt att förstå att de båda livsakterna inte är isolerade företeelser i människans värld utan att det föreligger en interaktion mellan dem.

Bemästringsakten, försoningsakten och interaktionen mellan de båda livsakterna kan förstås bättre genom att de relateras till begreppen hedonism, heroism och altruism. Alla dessa begrepp eller fenomen har giltighet för den trafikskadade människan och det nya livet. En konklusion som har framkommit av studien är hedonismens betydelse för den skadades bemästringsakt. Heroism kan sägas finnas hos en del människor i själva försoningsakten. Som jag tidigare nämnt handlar detta om hur en skadad och sårad människa kan nå försoning med sig själv i det inre livet. Till detta hänger samman såväl andliga som existentiella frågor om meningen med livet och den nya situationen som handikappad.

De empiriska iakttagelser som gjorts i samband med intervjuer av trafikskadade kan sägas sammanfalla väl med och ge evidens för de teoretiska tankegångar som finns hos forskare som Renwick Monroe och Goffman. Det altruistiska perspektivet kan också sägas spela en avgörande betydelse för det teoretiska perspektiv som Sen har på den handikappade människans förmåga och kapacitet i relation till uppnåelse av välfärd. Resultatet av intervjuerna har visat att flera av de trafikskadade använt sig av altruism och heroism i sina liv efter trafikolyckor i Finland och Sverige. Intervjuerna har inte visat på något resultat att trafikskadade i Finland eller Sverige skulle vara mer altruistiska än de handikappade i grannlandet. Däremot skulle man kunna tolka intervjuresultatet som så att det finns en stark altruism hos den trafikskadade människan trots den eller de begränsningar som råder för den skadades såväl inre som yttre livskvalitet.

4. Akt III. Bemästringens ansikte

Jag är rädd, rädd för min egen kropp
ibland tappar jag allt hopp.
Den värker dag och natt
och ingen anar hur det är fatt.
Inom mig skriker jag av smärta
men att visa för andra, har jag inte hjärta
för tänk vad mina kära skulle lida få
om de fick veta hur jag egentligen mår.

Marianne, januari 1996
(ur enkätundersökning om trafikskadades sociala levnadsvillkor i Sverige 1996)

I VÄLFÄRDSDRAMATS tredje akt vill jag försöka skildra den bemästrande människan och de strategier som han eller hon använder sig av för att övervinna livets svårigheter efter olyckan. Precis som i Kieslowskis filmdrama är en sådan övervinnelse för många människor tidsbunden. Det tar helt enkelt tid för en skadad och handikappad människa att acceptera sin situation som handikappad och det tar också tid att utveckla och prova de olika bemästringsstrategierna som finns på varje människas repertoar. I Kieslowskis filmarbete får huvudgestalten Julie genomgå kris och kaos. Hon får uppleva offrandet, lidandet och sorgen efter sin man och dotter som omkom i olyckan. Arbetet med återhämtningen och bemästringen är en viktig del som hittills inte har belysts av den sociala forskningen i Sverige och Finland. Genom att skapa en bild över den skadade människans ansikte en tid efter en olycka kan erfarenheter om svårigheter och möjligheter tas tillvara.

I boken *Människan blir en berättelse* skriver läkaren Clarence Crafoord om hur berättelser skapas och vad de kan tänkas innehålla för någonting.[1] Crafoord skriver att »i mötet börjar samtalet«.[2] Det möte med den trafikska-

dade människan som jag haft under mina resor hem till deras bostäder har varit möten som är unika var och en på sitt sätt. De berättelser som intervjupersonerna delat med sig utav har förmedlats i spänd och gemytlig förväntan. Förväntningar från den trafikskadade människan att berättelserna ska ge liv och gestalta deras sociala liv och situation i det moderna samhället.

Man vet idag väldigt lite om hur en människa upplever livet efter en traumatisk olycka. När människan lämnat sjukvården och har rehabiliteringstiden bakom sig väntar för många en ensam tillvaro med små utsikter att återgå till det arbete och de fritidsintressen som man hade tiden före olyckan. För andra som skadats i trafiken innebär olyckan en vändpunkt i livet då nya möjligheter och chanser uppstår. Under mina samtal med handikappade i deras egen livsmiljö har jag nått insikt och fått kunskap om människans liv som inte står att läsa i några patientjournaler, socialjournaler o.s.v. Det är i dessa miljöer som jag haft möjlighet att delta i ett samtal om den handikappade människans bemästring tillbaka till det gamla livet men också fram till ett nytt liv.

4.1 *Copingstrategier*

Putoaminen yöhön ja auringonnousu

Onnettomuus – putoaminen veriseen yöhön
taistelu elämästä ja kuolemasta.
Kuntoutuminen – joutuminen yhteiskunnan kannettavksi
vuosikymmen taistelu terveydestä ja omasta osasta yhteiskunnassa.
Auringonnousu – toiveiden heräämisen,
osansa saavuttominna ja paikkansa löytäminen.

(*anonym trafikskadad ur enkätundersökning om trafikskadades sociala levnadsvillkor i Finland* 1996)

En trafikolycka innebär kris och en omvälvande förändring i de sociala levnadsvillkoren. För många människor blir olyckan till en svår traumatisk upplevelse som riskerar att finnas kvar under en längre tid i den drabbade människans medvetande.[3]

För att kunna klara av att hantera den nya livssituationen använder den trafikskadade personen olika strategier för att nå målet om en stabil och trygg livssituation. Till sitt förfogande står individens resurser som kan användas under bemästringsfaserna. Huvudsyftet med avhandlingen har varit att försöka beskriva de olika bemästringsstrategierna, eller som det inom den veten-

skapliga litteraturen också benämns för copingstrategierna (se mer under kapitel 4).

Enligt min mening går det utifrån de trafikskadades berättelser att tala om att det finns en övergripande copingfilosofi som jag valt att benämna för social coping. Denna filosofi är gemensam och grundad utifrån de värden som den trafikskadade människan får i livet i och med en trafikolycka. Tanken om sårbarhet är viktig i detta sammanhang. Trafikskadan gör människan sårbar och medveten om sin nya sårbarhet och faktiska situation.

Mitt syfte har inte varit att studera om copingstrategierna skiljer sig mellan de olika skadegrupper som omfattas av djupintervjuerna. Eftersom antalet intervjuer är begränsade och att jag endast intervjuat ett begränsat antal skadade i respektive skadegrupp är det inte möjligt att göra några generaliseringar utifrån den bemästring som de skadade använt sig av. Den beskrivning och analys som jag gjort av de livsberättelser som insamlats ska istället betraktas som fallstudier. Metodologiskt har jag gått tillväga på så vis att jag inte har låtit mig på förhand vägledas eller styras av några bestämda teorier inom copingforskningen. Jag har endast utgått från fyra huvudtyper av strategier som är vedertagna inom copingforskningen och som förespråkats av forskare som Breakwell och Lazarus. Under min forskningsresa och mötet med de trafikskadade har jag lyssnat under samtalen för att förutsättningslöst försöka spåra och sedan kartlägga de strategier som respondenterna faktiskt använt sig utav. Således har de empiriska iakttagelserna som jag gjort under djupintervjuerna resulterat i ett antal bemästringsstrategier som brukats av den handikappade människan. Naturligtvis är det så att respondenterna inte uteslutet kommit att använda sig för någon enstaka strategi. Intervjuerna kom att visa att flera handikappade har använt en rad olika strategier som kombinerats med varandra med olika framgångar och motgångar.

Den första strategin benämner Breakwell för de *emotionella copingstrategierna* (intra-psychic coping strategies) som innefattar såväl avvikande som accepterande strategier.[4] Denna emotionella strategi för bemästring kan innehålla tankar hos den handikappade människan att det finns andra människor som har hamnat i värre situationer.[5] Den andra typen av strategier är de *mellanmänskliga copingstrategierna* (interpersonal coping strategies) som kan innehålla isolering, negativism, övergående och eftergivenhet hos en människa.[6] Den tredje, och sista strategitypen som Breakwell behandlar, är *gruppstrategin* (intergroup coping strategies). Denna senare strategi består av gruppstöd och gruppers handlande, exempelvis sociala rörelser. Enligt

Lazarus finns också de *problembaserade copingstrategierna* där individen strävar efter att göra något åt de faktiska svårigheterna i livet.[7] Tidigare forskning har visat att människan använder sig av olika kombinationer av problembaserade copingstrategier och emotionella copingstrategier.[8]

Resultatet av de djupintervjuer som jag gjorde på min forskningsresa visade att den trafikskadade människan hade använt mer än en bemästringsstrategi tiden efter olyckan. Min undersökning visar att den handikappade människan snarare kan sägas ha ett flertal olika strategier på sin repertoar.

De strategier som påträffats hos respondenterna har varit följande:

1. problemlösning
2. socialt stöd (familj, anhöriga och vänner)
3. optimism
4. substitution
5. accepterande
6. stå ut med en given situation (uthärdande)
7. minimering
8. resignation
9. planering
10. självtillit
11. isolering
12. förnekelse
13. humor
14. invänjande
15. konst
16. hedonism
17. överflödig hjälp
18. skrivande
19. informationssökning
20. heroism
21. föreningsaktivitet
22. altruism

De uppräknade bemästringsstrategierna utgör naturligtvis inte samtliga strategier. Det är möjligt att uppräkningen av de olika strategierna skulle kunna ses som alltför detaljerad för att ge en bra bild över den bemästrande människan. Därför har jag valt att i den fortsatta framställningen redogöra för några bemästringsstrategier och studera vilken av de fyra övergripande strategityperna som varit den vanligast förekommande.

Det kan här vara lämpligt att definiera vad som menas med några av de olika strategierna och hur jag har valt att tolka dem. Med *problemlösning* ska förstås en mer vid och öppen tolkning av hur en trafikskadad människa övervinner ett problem, m.a.o. hur och med vilka metoder som han eller hon försöker lösa ett uppkommet problem i den vardagliga situationen. Denna problemfokuserade copingstrategi som behandlats av Lazarus[9], innehåller flera sätt för den handikappade människan att bemästra sin situation. Næss skriver att individen har en hjälpapparat till sitt förfogande som kan användas på olika vis.[10] Genom problemlösning kan människan ta hjälp från sin omedelbara omgivning exempelvis från familj, anhöriga och vänner. En förutsättning för att denna bemästringsstrategi ska kunna lyckas är att individen är aktiv i sitt eget handlande. Denna förmåga till aktivitet benämner jag för inre bemästring. Förmågan till egen aktivitet och livslust sammanfaller väl med begreppet inre livskvalitet som förespråkats av Næss (se i avhandlingens första avsnitt, kapitel tre).[11] I sin undersökning av bemästring hos människor som fått sjukdomen sockersjuka eller denna sjukdomsdiagnos, skriver Næss att den problemfokuserade bemästringen kan baseras på situationen där den drabbade människan själv aktivt söker information och kunskap om sin sjukdom och möjligheter till såväl behandling som rehabiliteringsutsikter.[12] Strategin kan också innebära att individen söker hjälp från likasinnade grupper i välfärdssamhället exempelvis genom att bli medlem i en sjukdoms- eller handikappförening.

Den andra strategin som berör den trafikskadade människans möjligheter att återvända tillbaka till livet, handlar om det *sociala stöd* som står individen till buds. Socialt stöd kan ses hänga samman med den problemfokuserande strategin (se ovan). Tidigare forskning har visat att copingstrategin som innefattar socialt stöd, varit mycket framgångsrik för människor med handikapp som exempelvis har ryggmärgsskador.[13] Med socialt stöd ska i undersökningen förstås det stöd som den trafikskadade individen upplevt sig ha fått från den närmaste omgivningen. Det handlar om den egna familjen och de närmaste anhöriga. Men också stöd från vänner och arbetskamrater räknas in här. Det sociala stödets betydelse har inom forskningen tillmätits en avgörande betydelse för en utsatt människas möjligheter att bemästra problem och svårigheter. Ett väl fungerande socialt nätverk kan bland annat ge människan möjlighet att öppna sig och berätta om sina innersta tankar och känslor för exempelvis sina vänner.[14] Men det här betyder naturligtvis inte att en trafikskadad människa skulle bli en öppen bok för var och en inom det sociala nät-

verket. Breakwell skriver följande:

> »The larger the social-support network, the more opportunities for such self-disclosure and a wider range of feedback. The person with a large social network is not putting all of those metaphorical eggs in one basket: self-disclosure can be selective and diverse«.[15]

Breakwell betonar storleken på det sociala nätverket medan forskare som Næss hävdar att funktionen hos ett socialt nätverk inte bör tas för givet. Exempelvis menar Næss att en människa kan ha en stor vänkrets men få verkligt nära vänner.[16] Även om det inte finns någon garanti att ett socialt nätverk skulle antas fungera på ett ändamålsenligt sätt så anser Næss att kvaliteten i den sociala kontakten är betydelsefull. Næss skriver:

> »Det avgjørende fra et mestringssynspunkt er selvfølgelig at man bruker nettverket. Eller i alle fall at man vet at man kan bruke det hvis man skulle trenge det«.[17]

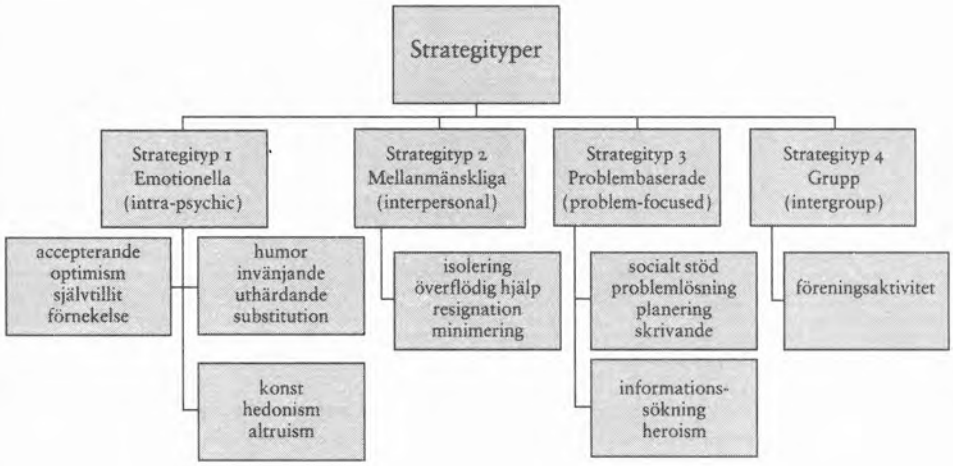
En annan copingstrategi som i litteraturen har behandlats tillsammans med det sociala stödet har varit *isolering*. Breakwell betraktar denna isolering som en strategi över overksamhet. Denna overksamhet, eller passivitet om man så vill, kommer till uttryck när den trafikskadade människan sluter sig inom sig och försöker att minimera hoten mot sig själv. Resultatet blir då en isolering från andra människor i omgivningen. Denna självisolering kan vara vanlig bland människor som förlorat sitt arbete och som inte längre har någon arbetsplats att gå till. Detta exempel är viktigt med tanke på att ett mycket stort antal av de människor som skadas och blir handikappade till följd av trafikolyckor, inte kommer tillbaka till arbetsmarknaden. Frågan som uppstår blir då om denna copingstrategi styrs av det förlorade arbetet eller om det är handikappet och trafikskadan i sig som påverkat. Det är troligt att anta, utifrån de djupintervjuer som genomförts, att det är omöjligt att svara det ena eller det andra på denna fråga. Troligast torde vara att arbetsoförmågan och handikappet båda inverkat på valet av copingstrategi.

Copingstrategin *»negativism«* innebär att individen är starkt negativ och attackerar andra människor med sådant som hon eller han anser innehåller en konflikt. Det gemensamma för denna strategi är att människan uttryckligen säger nej till en annan person. Negativismen kan sägas vara vanligt förekommande bland äldre personer.[18]

Intervjumaterialet har klassificerats utifrån de ovan uppräknade copingstrategierna. För att om möjligt utveckla och belysa de strategier som intervjupersonerna använt och/eller använder sig av i sitt dagliga liv har jag särskilt granskat de copingstrategier som inte finns med bland de uppräknade strategierna ovan. Min avsikt har inte varit att försöka mäta den exakta frekvensen av strategierna utan snarare försöka bestämma dessa strategiers natur och krafter för den drabbade människan. Copingstrategin för en trafikskadad person kan ses som resurser som individen använder sig av för att kunna navigera i sin sociala miljö och bemästra olika problem som uppstår.

De bemästringsstrategier som har använts i olika utsträckning av de trafikskadade kan sammanfattas och klassificeras i följande klassificeringsschema. En indelning av de fyra huvudtyperna av strategier har gjorts.

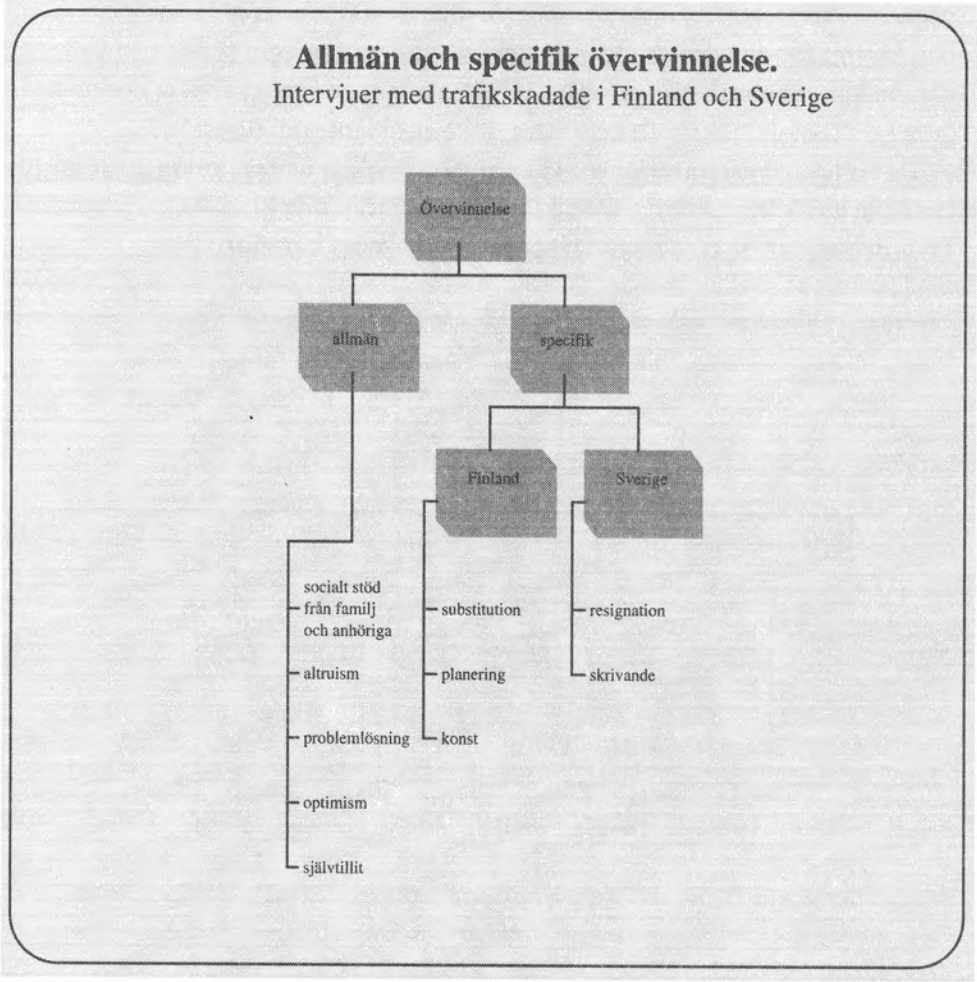
Figur 11:4:1:1 *Huvudtyper av bemästringsstrategier i undersökningsmaterialet.*



Utifrån klassificeringen ovan är det möjligt att tala om fyra huvudtyper av copingstrategier som de trafikskadade tillgripit tiden efter olyckan. Klassificeringen är uppbyggd av strategivalens förekomst bland trafikskadade i båda länderna och kan som sådana betraktas som *copinggemensamma strategier*. För att man ska kunna få en uppfattning huruvida strategiernas förekomst varierar mellan trafikskadade i de båda länderna fordras en ny klassificering av strategierna. Jag har valt att indela de trafikskadades övervinnelse i *allmän*

respektive *specifik övervinnelsestrategi*. De båda strategierna framgår av följande klassificeringsschema.

Figur II:4:1:2 *Allmänna och specifika övervinnelsestrategier. Intervjupersoner i Finland och Sverige.*



För att sätta in copingbegreppet i ett större sammanhang talar forskaren Aaron Antonovsky om sin tes om känsla av sammanhang.[19] Ett synsätt eller mänsklig tillvaro som kan indelas i tre olika dimensioner; meningsfullhet (meaningfulness), begriplighet (comprehensibility) och hanterbarhet (mana-

geability). Under senare år har en rad forskare diskuterat Antonovskys synsätt. Bland dessa forskare finns de båda finländska forskarna Sakari Suominen och Nina Santavirta.[20]

Det är svårt att göra en generell sammanfattning av intervjupersonernas karaktäristika. Allmänt kan sägas att nästan samtliga av de handikappade har relativ lång erfarenhet av att leva med sitt handikapp och trafikskada. Ingen av intervjupersonerna lever på institution utan samtliga är bosatta i hemmet. Hälften av dem är ensamboende medan övriga har familj. Av de tjugo intervjupersonerna har endast fyra personer arbete. Majoriteten av dem är sjuk- och förtidspensionerade. Flera har svårt att få arbeta trots att de anser att de skulle kunna klara av att ha och sköta ett arbete. Bostadsmiljön skiljer sig också mellan de trafikskadade som ingår i undersökningen. Knappt hälften (åtta personer) bor i egen villa medan majoriteten bor i lägenhet. Åtta av de handikappade kör idag bil i trafiken.

Det är viktigt att ha i åtanke att den trafikskadade människans tidigare liv är mycket betydelsefullt för människans möjligheter att bemästra den nya sociala situationen.

I nästa avsnitt kommer jag att redogöra för de strategier som i den vetenskapliga litteraturen går under namnet *mellanmänskliga copingstrategier* (interpersonal coping strategies).

4.2 *Former för mellanmänskliga strategier*

> »Ibland kan jag bli lite irriterad också över att jag gör alla matuppköp och det är halt och besvärligt med is ute så får jag gå med de där djävla kassarna och ibland så ramlar jag så att de där burkarna krossas. Jag tycker att min hustru kanske borde kunde bära någon gång. Men och andra sidan visar det...man kan ju tolka det så att hon ser att jag inte har något fel alls«. (JARI)

Den första formen av mellanmänskliga strategier som studerats inom undersökningen har varit det *sociala stödets betydelse* för de människor som skadats i olyckorna. Hälften av respondenterna lever idag ensamma och saknar således familj. Därmed inte sagt att deras sociala nätverk skulle vara mindre. Det sociala stödets framskjutna betydelse för drabbade människor som varit med om traumatiska förlopp har understrukits i tidigare forskning. Såväl nationella som internationella studier har visat detta.[21]

Samtliga intervjupersoner har under intervjuerna berättat om att de fått ett

bra socialt stöd av sina familjer och vänner tiden efter olyckan. Detta är ett intressant resultat med tanke på att olyckan påverkat hela familjen och bekantskapskretsen. En trafikolycka lämnar ingen oberörd och för den trafikskadade människan kanske olyckan inte enbart drabbat dem själva utan också någon annan närstående. Vid en trafikolycka kan flera familjemedlemmar eller vänner ha skadats. Av de tjugo trafikskadade som intervjuats har var *fjärde person* uppgett att andra familjemedlemmar och/eller vänner skadats vid olyckstillfället. Två av intervjupersonerna berättade att deras livskamrat avlidit vid trafikolyckan.

Under intervjuerna framkom en bild av den egna familjens betydelse, om syskons betydelse och om övriga släktingars roll i det sociala nätverket. När det gäller familjens betydelse för de respondenter som faktiskt har familj som stödresurs, har familjens roll och faktiska betydelse i själva stödjandet uppfattats olika bland respondenterna.

Som jag konstaterade tidigare i avhandlingen visade den kvantitativa studien på att det finns betydande könsskillnader i frågan hur män och kvinnor hanterar svårigheterna efter en olycka. Min enkätstudie visade att de trafikskadade kvinnorna i större utsträckning upplevde svårigheter i det sociala livet än vad männen uppgav. Således kan man dra den slutsatsen att långtidskonsekvenserna var mer tydliga bland kvinnorna än bland männen i Sverige. Kvinnorna uppfattade att de haft många negativa reaktioner under en lång tid efter olyckstillfället. Jag har också benämnt detta fenomen för att det föreligger en paradox i studien. Den trafikskadade kvinnan säger sig ha upplevt mer sorg, depression och utsatthet än vad männen givit uttryck för i sina svar. Därmed har det visat sig att kvinnorna tenderat att ha mer negativ stress än männen i materialet. Kvinnorna har också upplevt att de varit till en större belastning för sin omgivning efter olyckan. Ändå så har det visat sig att kvinnorna i högre utsträckning än männen använt sig av sina sociala nätverk för att bemästra sin nya livssituation. Paradoxen består enligt min mening av faktumet att kvinnorna använder sitt egna sociala nätverk för att reducera och begränsa sin negativa stress genom att de erhåller socialt stöd. Dock har kvinnorna genom sina kontakter med det sociala nätverket fått känsla av att vara till belastning för omgivningen. Likaså har en känsla av dåligt samvete utvecklats hos kvinnorna. Detta resultat kan sägas vara giltigt för de trafikskadade kvinnorna i Sverige och i Finland. Vetenskapliga studier inom området har fokuserat mot könsskillnader och det sociala nätverkets betydelse för män respektive kvinnor.[22]

Den paradox som upptäckts vid studien av den trafikskadade kvinnan i Sverige ställer frågan på sin spets hur män och kvinnor skiljer sig åt i hur de klarar av att hantera svåra situationer med stress. Vetenskapliga studier har visat att könsskillnader finns kvar under stark stress men att skillnaden minskar i takt med att stressen blir intensivare. Vetenskapliga undersökningar har också visat att män upplever sig ha ett högre självförtroende och känsla av framgång i livet än vad kvinnorna känner. Forskarna Marianne Frankenhaeuser och Maj Ödman konstaterar i sin bok att kvinnor istället oftare har känslor av misslyckande och otillräcklighet än vad männen känner.[23] I enkätstudien framkom också att männen hade ett större självförtroende avseende den egna arbetsförmågan. Min undersökning visade bland annat att det var fler kvinnor än män som ansåg att de inte skulle kunna klara av att arbeta efter trafikolyckan (66,4 procent respektive 52,9 procent).

Utifrån de tidigare vetenskapliga studier som gjorts av stress är det väsentligt att uppmärksamma kvinnans position. Min studie har visat att de trafikskadade kvinnorna känner sig mer utsatta än männen ur ett stressperspektiv. Detta kan sägas sammanfalla väl med vad Åke Nygren, Irene Jensen och Maria von Koch konstaterar i en artikel om hälsa och livsstil.[24] En förutsättning för att en människa ska ha goda chanser till att bemästra sin livssituation är att hon själv kan bevara såväl självkänsla som självförtroende. Författarna konstaterar också i en annan artikel i den vetenskapliga tidskriften Pain att kvinnor i större utsträckning än män använder »catastrophizing« oftare. De konstaterade också att kvinnor ökar sin beteendeaktivitet betydligt. Studien omfattar emellertid inte trafikskadade och utgörs även av ett icke-representativt urval som enligt författarna inte bör övertolkas. Enligt min mening är ändå detta resultat intressant i denna diskussion.[25] Jensen konstaterar i sin avhandling att kvinnor har en speciell uppsättning faktorer som påverkar bemästring av smärta.[26] Hur individen hanterar stressen och bemästrar sin nya livssituation har mycket att göra med hur hennes familjesituation är. Den trafikskadade kvinnan i min studie visade sig också ha en känsla av irritation och konflikter inom den egna familjen. Kvinnorna upplevde mer problem och konflikter i det sociala nätverket än vad männen uppgav sig känna. Betraktat ur ett emotionellt copingperspektiv är detta resultatet mycket intressant då det visar att den trafikskadade kvinnan är i behov av medmänskligt socialt stöd i sitt nätverk då hon upplever konflikter och har känslor av belastning och dåligt samvete. Enligt Frankenhaeuser och Ödman kan ett sådant stöd ge kvinnan »buffert« som motverkan för den negativa stress som kvinnan upple-

ver.[27] Det skulle vara en angelägen uppgift för framtida forskare att studera speciellt den trafikskadade kvinnan och hennes möjligheter att komma in i arbetslivet.[28]

Jag kommer fortsättningsvis att redogöra för några av respondenternas erfarenheter och har valt att presentera några exempel ur intervjumaterialet. Avhandlingens syfte att undersöka vilka bemästringsstrategier som den trafikskadade människan använt sig av kommer att vara av central betydelse när jag redogör för det insamlade materialet fortsättningsvis. Förhåller det sig så att trafikskadade i Finland och Sverige använder sig av olika strategier? Finns det könsskillnader i frågan om vilka bemästringsstrategier som de trafikskadade tillgriper i olika livssituationer? Svaren på dessa frågor kommer att finnas i den fortsatta framställningen.

En av dem som upplevt svårigheter att hantera den nya livssituationen i kontakten med de övriga familjemedlemmarna var Raimo. Hans berättelse vittnar om det svåra och föränderliga som en trafikolycka också innebär för familjerelationer och det sociala nätverkets sätt att kunna fungera. Raimo berättade följande om reaktioner en kortare tid efter olyckan:

> »Vi talade sällan om min situation hemma. Det var en pinsam situation. Jag tycker att hela min familj skulle ha behövt något slags stöd, psykiskt stöd. Men de vågade inte fråga efter den saken. Kanske min familj trodde att om de skulle tala om min hälsa och livet, men de var deprimerade precis som jag var«. (RAIMO)

De postaccidentala känsloreaktionerna inom familjen idag, flera år efter trafikolyckan, har visat sig vara oförändrade enligt Raimo. Öppenheten inom familjen har inte blivit annorlunda förklarar han under intervjun.

> »De har blivit van med mig och min skada. Hos min familj pratar vi inte om de här sakerna«. (RAIMO)

Under intervjun framkommer det att Raimo idag inte har någon större önskan om att kunna prata om sina problem och om sin livssituation med familjen. Han ger uttryck för att dessa nödvändiga behov var som allra störst den närmaste och efterföljande tiden efter trafikolyckan. Raimo berättade också under intervjun vilka svårigheter han haft med att känna ett socialt stöd från vänner och bekanta.

> »Mina vänner visste inte hur de skulle förhålla sig. Kanske de var förbryllade och kanske det var lättare för dem att inte ta hänsyn till mig«. (RAIMO)

Den amerikanske forskaren Cheryl Resnick har i en studie av hjärn- och skallskadade och deras familjer i New Jersey studerat förhållandena inom familjen flera år efter en trafikolycka inträffat och konstaterat att det i flera familjer förekommer en stark förnekelse av att en familjemedlem blivit svårt skadad.[29] Men för andra trafikskadade synes familjen och det sociala stödets betydelse fungerat på ett helt annorlunda vis. För Sirkka, en annan av intervjupersonerna kom familjen att betyda mycket i en socialt stödjande funktion.

> »Jag måste säga att min man var väldigt fin på den tiden och han besökte mig varje dag två gånger och kanske därför orkade jag. Och väldigt många vänner besökte mig också väldigt mycket«. (SIRKKA)

Under intervjuerna ställdes frågan om respondenterna haft svårt med att förklara för anhöriga och vänner om sin situation och sin trafikskada och i vilken grad de upplevt ha fått och känt något socialt stöd från omgivningen. Maria berättade så här under intervjun:

> »Ja, de har haft det väldigt svårt och det har de uttryckt själva. Mina kollegor och mina vänner som känner mig väldigt väl för jag har alltid varit den där aktiva och den som har varit igång och tagit initiativ och lyssnat. Så det har varit väldigt svårt. Det har varit svårt att förstå. Jag tror att om man är hjärnskadad, skallskadad mer än vad jag är och människor runtom och vänner upplever att det är jobbigt och att de då lätt kan överge den personen, och då tror jag att det kan vara väldigt jobbigt för den skadade att känna sig övergiven faktiskt och ensam. Men är man inte så skadad så att man fortfarande är...det här med samma slags person på något sätt trots allt, då tror jag inte att man blir och känner sig ensam och isolerad och om man har intressen. Jag tror att det beror på vad det är för typ av skada«. (MARIA)

Också Antti som är skallskadad berättade under intervjun om de svårigheter som skallskadan givit upphov till. Han och hustrun skilde sig efter trafikolyckan. Antti berättar att han mycket väl förstod varför hustrun inte klarade av att bo tillsammans med honom. Maria och Anttis berättelser visar på de svårigheter som en skallskada innebär. Dessa svårigheter som inte bara uppstått för den skadade utan också för hela familjen, har bekräftats i tidigare

amerikanska studier av forskaren i socialt arbete – Resnick.[30]

En annan av de trafikskadade berättar också om det sociala stödets betydelse. För Katri hade det sociala nätverket en stor uppgift. Katris man hade avlidit i samband med olyckan och familjen hade två små barn som fick lov att tas omhand när Katri vårdades på sjukhuset.

> »Ja, det var en flicka där bredvid mig som...det var två. Och vi var mycket bra vänner och lite efter. De gick först bort från sjukhuset. Vi var vänner ett år efter...men nu har jag ingen kontakt med dem. Det är så att det är bara en liten tid och det är den värsta tiden och sedan...hann de försvinna«. (KATRI)

För Irene, kom också det sociala stödet från gamla vänner att betyda mycket tiden efter olyckan.

> »...mina studentkamrater, vi var bara nio i klassen, fem flickor, och de har ju haft väldigt sporadisk kontakt med för att man lever ju olika liv och bor i stora delar av både landet och världen. Men de har ju tagit upp kontakten när de hörde om olyckan och nu träffas vi och de är här och hälsar på mig och reser från Stockholm och vi ringer varandra och jag har fått mycket nya vänner, dels som jag har träffat på sjukhuset och andra om jag alltså bara har haft som bekanta som har tagit upp kontakten och som gärna kommer hit och det lyckligaste för mig det är att jag aldrig har någon känsla av att de kommer för att de tycker synd om mig utan vi umgås precis som vanligt. Och det slår nästan aldrig fel utan att vi har suttit en stund så säger nästan alla; ›Snälla du! Man tänker ju inte på detta att du sitter i rullstol‹. De menar väl att de känner igen mig som jag var. Fast jag tycker bättre om mig själv nu än den jag har varit förut för att jag tycker att under den tid man arbetade och var mest aktiv och hade ett stort och ytligt umgänge och...jag tyckte att man ramlade in i en roll och man trodde att detta förväntar sig människor nu att jag ska vara och så tror de att jag ska visa mig och så gjorde man det. Inte något som var fel eller illa men det var inte riktigt jag. Nu är jag i ett underläge gentemot alla andra. Nu vågar jag vara precis den jag är och jag vågar säga ›det här klarar inte jag‹«. (IRENE)

Några av de trafikskadade som medverkat i undersökningen har under intervjuerna redogjort för de svårigheter som de anhöriga och vännerna haft i kontakten den närmaste tiden efter olyckan. Filip i Västsverige berättar så här om hans situation efter olyckan:

> »Med vissa vänner var det...om inte jag hade träffat dem i början då kunde det vara lite trögt när man träffade de i början. Då var de märkbart nervösa och undrade hur det skulle gå och prata med mig och... Det löste alltid upp sig efter en stund«. (FILIP)

Jari, har också haft erfarenheter av att vännerna dragit sig undan:

> »Många av mina allra äldsta vänner drog sig nog för att besöka mig. Jag tror att de inte besökte mig en enda gång. Jag tror att det var svårt för dem egentligen att se mig som en krympling som sitter i rullstol jämfört med den aktiva tiden. Det kan vara den förklaringen till att de inte kom och hälsade på. Det som gladde mig var att alla mina före detta flickvänner kom och hälsade på mig när jag var på sjukhuset, något som min hustru kanske inte var så speciellt förtjust i. Men inte mina jaktkamrater. Men jag brydde mig inte om detta, för nu umgås vi igen som förr«. (JARI)

De exempel som har redovisats ovan, belyser de omständigheter och situationer där en trafikskadad människa upplevt och känt att de fått ett socialt stöd och uppmärksamhet av den egna familjen och de närmast anhöriga. Exemplen har också visat på fall där den trafikskadade och handikappade människan upplevt en avsaknad av ett socialt stöd. En förklaring till en sådan avsaknad av stöd kan tillskrivas det sociala tillstånd och svårigheter som finns inom den egna familjen att ta till sig en oväntad traumatisk händelse. I den egna familjen och bekantskapskretsen finns ingen egentlig handlingsberedskap för en sådan omvälvande händelse som en trafikolycka innebär. Snarare torde det vara på det viset att det sociala stödet mobiliseras av den närmaste kretsen utifrån de sociala resurser och tillgångar som är möjliga att frambringa. En annan trolig förklaring till att det finns trafikskadade som inte fått fullt stöd av sina närmaste kan bero på att det sociala nätverket inte fungerar som det är tänkt att göra eftersom personerna i nätverket inte känner tillräckligt stöd av de samhälleliga stödinsatserna. Tidigare forskning i både Finland och Sverige har visat att det psykiska omhändertagandet av drabbade och berörda inte varit tillfyllest.[31]

Det finns alltså två grupper av trafikskadade; den ena gruppen som upplevt att de fått ett bra socialt stöd och omhändertagande tiden efter olyckan, samt de personer som upplevt ett mindre bra socialt stöd från den närmaste omgivningen. I dessa båda grupper återfinns också handikappade som ansett att det sociala stödet vissa tider riktats på ett mindre fördelaktigt sätt. Det handlar

om situationer då den trafikskadade människan blivit »överhjälpt«. Breakwell belyser denna problematik i sin bok.[32] [33]

Den problematik som Breakwell beskriver i sin bok kan också sägas vara giltig för människor som skadats svårt i trafikolyckor.[34] Under djupintervjuerna framkom flera samtal med trafikskadade som haft erfarenheter med just denna problematiska sida av själva introduceringen i ett handikappanpassat liv. Det kan också sägas vara en anledning till att man inom såväl handikappforskning som inom handikapprörelsen sedan många år tillbaka använt begrepp som »oberoende liv«. Men hur kan då denna »överhjälpningsaktivitet« beskrivas utifrån en skadad människas perspektiv? Följande exempel som har hämtats från intervjuerna kan illustrera denna problematik. Det är dock viktigt att hålla i minne att det för flera av de personer som säger sig blivit överhjälpta av det sociala nätverket, upplevt denna överhjälp under en mer eller mindre övergångsperiod. Överhjälpen har visserligen varit tillfällig till sin karaktär, men den har fått lov att avbrytas av den handikappade personen själv. I fenomenet överhjälp inryms det beskyddande inslaget från den närmaste omgivningen. Flera av de trafikskadade har i undersökningen berättat om att överhjälpen kommit från beskyddande anhöriga som liksom den drabbade upplevt en helt ny situation i sitt eget liv.

Av de tjugo personer som intervjuats i undersökningen har var fjärde person upplevt att de blivit överhjälpta en eller flera gånger tiden efter olyckan. Det är lika många män som kvinnor som upplevt överaktivitet från det sociala nätverket.

Tomi, som blev ryggmärgsskadad i samband med en motorcykelolycka upplevde hur han under en viss period blev överhjälpt. Detta skildras i hans berättelse om livet efter olyckan.

> »Det var lätt med min bror men med min mamma och min pappa var det... de gjorde saker för mig som jag kunde göra själv. Och jag tänker att det var mer svårt för dem än vad det var för mig. Efter ett år var det lättare för dem. Jag tänkte och så kände jag att de trodde att jag var deras liten pojke igen och jag inte kunde göra något själv. Jag kunde inte göra saker med mitt liv och de tänkte att jag var deras lilla pojke och behövde hjälp. Efter ett år blev det lättare för dem. De lärde mig också att jag kunde klara mig själv«.
> (TOMI)

För Irene, som lever som benamputerad, upplevde överhjälp tiden efter sjukhusvistelsen.

»Då kom jag ju hem. Men under sjukhusvistelsen så jobbade jag hela tiden på att jag skulle ha så lite hjälp som möjligt och klara min person till hundra procent. Att jag fick en chock nästan när de lyfte upp mig på en sådan där toalettstol första gången. För i de första åtta veckorna låg jag ju till sängs med bäcken och var inte uppe alls. Men när de första gången, två starka män lyfte upp mig på den, då tänkte jag ›Aldrig mer!‹ för jag ville inte bli ett paket. Och från den dagen så bestämde jag mig i enrum när ingen såg mig för att ta mig från säng till rullstol, från rullstol till toalettstol. Och från den dagen har ingen hjälpt mig med mig själv. Jag kände att det...då är det kört alltså om jag ska behöva hjälp till och med för att komma till toaletten. Att inte få vara ensam i mina mest intima ögonblick. Det kommer jag inte att klara. Och med det följde också en känsla av att jag vill icke anse mig som handikappad och helt beroende av hjälp«. (IRENE)

Andra former av mellanmänskliga copingstrategier kan sägas vara relaterade till isolering. Inom diskursen har isolering betraktats som en copingstrategi. Inom ramen för undersökningen har det också varit en tanke att studera inte enbart förekomsten av en viss copingstrategi utan också studera om de olika strategierna skiljer sig och om de förekommer i de fem olika undersökningsgrupperna. Eller är det kanske så att bemästringsstrategier varierar utifrån vilken trafikskada som människan har drabbats av?

Djupintervjuerna med de trafikskadade visade att det finns en positiv korrelation mellan skadans allvarlighetsgrad och förekomsten av mellanmänskliga copingstrategier. Ju svårare skador eller handikapp som en person fått av en trafikolycka desto mer socialt stöd tycks personen ha fått från sin närmaste omgivning. Ryggmärgsskadade, hjärnskadade och amputerade tycks ha erhållit ett större socialt stöd än människor som skadats och ådragit sig exempelvis whiplashskador.

4.3 *Former av emotionella copingstrategier*

»Du saknar ju ingenting förrän du mister det. Om du har tappat plånboken en gång och fått tillbaka den är du mycket räddare om den sedan. Om du känner att du har tappat livet, att det hänger på en skör tråd, och sedan får du tillbaka livet och då är du mycket mer rädd om det som du får tillbaka. Jag kan aldrig acceptera mitt handikapp. Om jag accepterade det, skulle det vara som att ge upp på något vis. Man accepterar inte situationen men man konstaterar den. På sätt och vis innebär det att jag har accepterat situationen men jag ger ju inte upp. Jag kämpar vidare och håller mig ajour inom

vetenskapen och den medicinska utvecklingen på det här området. Jag tränar för att förbättra min situation. Hur svår skadan än är så kan man alltid...det är som livet...som en blomma. Den blommar, den börjar vissna. Mitt livs blomma blommar väl nu. Den har inte börjat vissna ännu. Livet är som en lång uppförsbacke och sedan är man på toppen ett tag. Sedan börjar nedförsbacken och då gäller det till att den där nedförsbacken inte ska bli så brant att man ska kunna plana ut den så mycket som möjligt. Det här har med livskvalitet att göra. Att man får behålla hälsan i alla fall och få det så bra som möjligt ju äldre man blir«. (HJALMAR)

I förra avsnittet har jag beskrivit olika former av mellanmänskliga bemästringsstrategier som förekommer i teorin och i praktiken för människor som skadats i trafikolyckor. De mellanmänskliga strategierna, eller den mellanmänskliga nivån, är inte de endaste strategier som finns att tillgå för den person som har drabbats av en traumatisk händelse. En andra typ av strategier som jag tidigare kort redogjort för är de s.k. emotionella copingstrategierna.

Med *emotionell copingstrategi* ska förstås en sådan situation där den trafikskadade människan har en egen känsla av att ta ställning i fråga om sin livssituation. En traumatisk händelse som en olycka innebär, får individen att tvingas göra ett val i sin nya livssituation. För den trafikskadade människan står valet mellan att acceptera sin skada och sin nya situation eller att förneka omständigheterna och det hot som uppstått mot den egna identiteten.[35]

Resultatet av intervjuundersökningen visade att endast hälften av de handikappade har accepterat sin trafikskada och sin situation som trafikskadade och handikappade idag. Detta kan betraktas som ett anmärkningsvärt resultat då intervjupersonerna har levt en relativt lång period med sitt handikapp. Montgomery, Persson och Rydén studerade hur handikappade människor utvärderade sin egen livssituation och fann att flera handikappade använt sig av invänjandet av den egna situationen som en typ av copingstrategi.[36] I studien konstateras att om en handikappad person uteblir från en rehabilitering behöver det inte nödvändigtvis tolkas som att personen resignerat utan att han eller hon vant sig vid sin levnadssituation.[37]

Studien som är longitudinell till sin karaktär, visar på de svårigheter som finns hos en skadad människa när det gäller att acceptera sin nya livssituation och att kunna acceptera sin situation som handikappad. Tolv av de tjugo intervjupersonerna har under intervjuerna uppgivit att de efter olyckan förnekat händelsen och det faktum att de blivit skadade. Breakwell menar att förnekelsestrategin i bästa fall kan vara en temporär strategi som övergår i

något bättre för den drabbade människan.[38]

Mer än var tredje person som intervjuats har under samtalen förklarat att de trott att olyckan var ödesbestämd. Den utpräglade fatalism som finns hos några trafikskadade är ett synligt evidens enligt dem själva att olyckan och deras handikapp har med ödet att göra.

Accepterandet och förnekelsen som en del av den emotionella copingstrategin är två viktiga utgångspunkter vid studiet av den trafikskadade människans livssituation.[39]

Tiden efter olyckan, när rehabiliteringen inletts uppstår frågan om människan har börjat förbereda sig för att acceptera sin skada och handikapp. Till skillnad från människor som är inne i livets slutskede genom åldrandet och där det handlar om en slags förberedelse till döden, handlar verkligheten för den trafikskadade om det oförberedda. Trafikolyckan har i sig varit en oförberedd händelse i människans liv. Lika oförberett är livsskedet att betrakta sig själv ur ett annorlunda perspektiv – som handikappad människa.

Det finns något laddat med ordet acceptera. I mina djupintervjuer med trafikskadade har ordet acceptera uppfattats på olika sätt. En majoritet av intervjupersonerna berättade under samtalen att de accepterat sitt handikapp. Men intervjuerna visade att det var flera av intervjupersonerna som inte accepterat sin skada och sitt handikapp. Hos dem som inte ännu accepterat handikappet återfanns flera argument. I det följande avsnittet kommer jag att redogöra för de trafikskadades egna tankar om accepterandet om det egna handikappet. Gemensamt för dessa tankar är att det handlar om en process som pågått under en längre tid. Men man skulle också kunna säga att det i stor utsträckning handlar om en inre mognad hos individen att betrakta sig själv som handikappad. Denna mognadsprocess behöver inte nödvändigtvis vara relaterad till den trafikskadades ålder, kön eller hur lång tid som förflutit efter skadan. Djupintervjuerna har visat att det inte finns några könsskillnader huruvida man accepterat sitt handikapp eller ej.

Den traumatiska händelse som en trafikolycka utgör för en människa kan sägas innebära ett förlopp som innehåller fyra faser. Dessa är chockfasen, reaktionsfasen, bearbetningsfasen och nyorienteringsfasen. Det finns trafikskadade som redan under reaktionsfasen lär sig acceptera sin trafikskada.[40]

Den amerikanska forskaren Beatriz Coca fann i sin undersökning att ryggmärgsskadade människor som accepterat sitt handikapp var mindre olyckliga och hade mindre sorg än de som inte kunnat acceptera handikappet.[41] Min undersökning ger emellertid inget belägg för att denna slutsats

skulle vara giltig för ett större antal trafikskadade i Finland och Sverige. För det första är endast få av intervjupersonerna ryggmärgsskadade i materialet. Däremot kan jag, utan att generalisera, säga att flera av de ryggmärgsskadade som ingår i undersökningen, liksom i Cocas undersökning, har accepterat sitt handikapp. En av slutsatserna som Coca presenterar i sin doktorsavhandling är att omgivningens stöd – det sociala stödet varit avgörande för i vilken utsträckning som den handikappade människan klarat av att acceptera sin egen situation som handikappad.[42] En studie som genomförts av ett holländskt forskarlag visade att den första tiden efter en olycka var viktig för trafikoffren när det gäller att påbörja bemästringen hos individen. Socialt stöd är enligt den holländska undersökningen väsentligt för den trafikskadade människan.[43]

Att kunna klara av att acceptera sin trafikskada och sitt handikapp kan också ha en annan mening än att människan får ett socialt stöd från sin omgivning.[44]

Förmågan att acceptera sin situation och sig själv som handikappad kan också vara förbunden med tidsaspekten. Detta visar en studie av den finska forskaren Leila Suokas som studerade livsförändringar hos människor som blivit handikappad på basen av bibliografiskt material i Finland.[45]

Djupintervjuerna i min studie visade att det var fem av intervjupersonerna som uttryckligen förklarade under samtalen att de inte accepterar sig själva som handikappade. Jag kommer i det följande att redogöra för några utdrag ur intervjuerna. De intervjuavsnitt som jag valt att presentera handlar både om de trafikskadade som kommit så långt att de klarat av att acceptera sin situation och sig själva som handikappade. Därefter presenteras några utdrag av de intervjuerna där svårigheterna och till och med omöjligheterna med själva accepterandet, diskuterades.

Låt mig inleda avsnittet med en vanlig förekommande känsla hos intervjupersonerna. Det handlar om accepterandet av handikappet som en ond och smärtsam process. Maria använder uttrycket »att födas tillbaka« till livet när hon beskriver sin egen process att nå ett accepterande av det egna handikappet.

> »Det får göra ont för att komma tillbaka till livet och till verkligheten. Och det gör det fortfarande men man får tillåta att det gör ont. Man får liksom säga att okej det är ett helvete att födas tillbaka. Och man får acceptera att det är det«. (MARIA)

Också Pirjo uttrycker det smärtsamma i accepterandefasen.

> »Det är jobbigt att acceptera. Det blir aldrig mer som förut«. (PIRJO)

Processen, eller fasen i en trafikskadad människas liv, där avgörandet sker d.v.s. när människan är beredd att acceptera sin livssituation som handikappad, har visat sig vara avgörande för hur den trafikskadade personen i framtiden ser på sitt liv och vilka möjligheter han eller hon har att bemästra svårigheter. Irene förklarar under intervjun att processen innehåller en kamp för den drabbade människan. Det här är en kamp som förs inom människan.

> »Jo, jag skulle säga för det första att jag kan förstå att det är en oerhört svår situation. Att det kan vara väldigt lätt för en äldre människa som drabbats och sitta och säga att ›ta tag i livet och det är inte hela världen‹, för det klart att det är om man är tjugo år och man har väntat sig att livet ska bli på ett sätt och så kan det aldrig bli. Det är en sak att man måste förstå att det är en oerhörd kamp innan man har nått så långt att man kan acceptera. Men sedan måste jag också säga att det finns så oerhört mycket som man möter att ta vara på som en icke-handikappad eller frisk människa aldrig skulle få. Jag möter så mycket omtanke från så många människor som jag aldrig har sett förr. Ute på gator och hjälpsamma människor som rycker in. Och jag tror att man får mycket djupare kontakt med andra människor i detta läget än vad man skulle få om man är helt frisk och färdig«. (IRENE)

Kampen som den trafikskadade människan för, handlar i stor utsträckning om den egna synen på handikapp och över den egna identiteten man har som människa i samhället. För den drabbade människan blir accepterande-frågan ibland till en vågskål mellan det goda och det onda på vägen tillbaka till livet. Utifrån den marginaliserades perspektiv finns här inga knivskarpa gränser om vad som är ont och vad som möjligen kan vara gott i tillvaron. I intervjun med Irene blir denna problematik särskilt tydlig.

> »Jag är sådan att jag väger positiva saker och negativa saker vid varje ställningstagande. Märker jag att det negativa väger över då bestämmer jag mig för att detta ska jag inte göra. Och jag bestämde mig redan där att fyra operationer till i min ålder och vad som hade skett, det har jag inte råd att satsa. Kanske tre–fyra år till och så säkert kanske...osäkert om det ska bli något av. Och då visade sig det sedan att andra proteser går inte heller för att denna kommer bara att hänga, den vänstra. Den högra kan jag aldrig stå på

för att det blir som en svajmast. Och då är det ju bara att inse det att ›Ja, rullstolen är mina ben. Gör allt du kan sittande i din rullstol och lär dig att förflytta dig ur rullstol till säng och tillbaka. Lär dig klä på dig och gör allting. Och när du har gjort det då får du acceptera att du sitter i en rullstol. Du kan aldrig stå upprätt men du kan allt det andra.‹ Och så har det blivit«. (IRENE)

För Filip, som är ryggmärgsskadad, förändrades liv drastiskt vid olyckstillfället. Han har under många år varit rullstolsbunden. Under intervjun talar Filip om hur viktigt det är med att man som trafikskadad på egen hand försöker sätta sig in i vad skadan och handikappet innebär för människan. Kunskapssökande har varit en viktig del i den process som Filip har genomgått efter olyckan.

»Jag tycker att det är väldigt bra om man sätter sig in i vad det är man har blivit drabbad av. Om man nu tar den skadan som jag har, så tycker jag att det är väldigt värdefullt och läsa så mycket som möjligt och fråga sig fram. Jag blir väldigt intresserad av hur nervsystemet fungerar, vad som händer när man skadas. Vad som händer med kroppen. Det tror jag är väldigt viktigt. Det har jag märkt att det är många som inte gör. Och jag tror att det är väldigt bra för att...acceptera saker och ting. För att annars förstår man inte det«. (FILIP)

Antti, som också med tiden accepterat sin skada och handikapp, uttrycker det negativa och positiva i diskussionen om accepterandets varande. Den dimension av accepterandet som Antti ger uttryck för under intervjun, utgörs av möjligheternas val. Möjligheterna, menar han, ger den handikappade människan livsutrymme och chanser till skapande av den egna talangen.

»Först man...det viktigaste är att acceptera fakta, att människan är skadad för resten av livet. Sedan är faran att man tänker negativt, att man bara ser de saker som man har förlorat. Att man inte kan arbeta eller köra bil, baka kakor, vad som helst. Man ska se de saker som vi ännu kan eller som vi ännu kan lära oss«. (ANTTI)

Jari berättar under samtalet att accepterandet i själva verket är en realitetsfråga. Realiteten att acceptera eller förneka. Själv säger han att han accepterat sin trafikskada och att han idag lever som en handikappad man.

> »Visst fan gör jag det! Jag märker hela tiden när jag går ut här så faller jag då och då i snön och svär utav helvete. Så nog vet jag att jag är handikappad. Jag förnekar aldrig realiteter«. (JARI)

För Sven som har en whiplashskada efter en trafikolycka, har problemet varit att vinna förståelse från omgivningen för den skada och handikapp som inte syns utåt. Han säger att accepterandet av det egna handikappet har tagit tid men att han nu har nått fram till sitt eget accepterande.

> »Ja, man...jag har nog accepterat det nu då. Sedan tänker man ju som så att bara man...vad man än gör...bara man försöker hålla igång hela tiden så att man aldrig blir ännu mer försämrad som jag har sett många blivit då va, utan att man kanske försöker och röra på sig, även om det är motsträvigt så försöker man ändå pilla så att man kan fortsätta då. Ja, idag så har jag accepterat som det är och idag kanske man får tänka på ett annorlunda sätt och idag skiter man i vad folk säger och vad de pratar. Då får de väl göra det då. Ja vad man än gör, så ska man nog inte sitta och tänka på... man ska nog acceptera, men det är inte så lätt, men man ska nog göra det och lyssna på vad andra säger och inte bara ›vad de tjatar och tjatar‹, utan man ska ta tillvara på de råden som man får. Det tror jag. Själv är jag inte...man ska nog inte sätta sig till och hoppas att alla andra ska se till...jag vet inte, som jag själv har gjort så...jag har ju inte...vi har ju pratat mest om det inom familjen och det...är det någon som har ifrågasatt, okej då har jag svarat och förklarat hur det är och hur det fungerar då va. Det har jag inget emot men jag vet inte. Jag känner nog det som så att skulle jag ta upp det själv, då känner jag mig nästan på att alla skulle tycka synd om mig. Om folk är intresserad av hur jag mår, då ser de ju själva och då kan de fråga själva tycker jag«. (SVEN)

De trafikskadade som accepterat sitt handikapp har under intervjuerna berättat om processen till själva accepterandet. De har också talat om kunskapssökandet. En amerikansk studie av ryggmärgsskadade (se Beatrice Coca) visade att socialt stöd var en viktig länk för den handikappade människan för att nå det egna accepterandet.

Djupintervjuerna med trafikskadade i Finland och Sverige visar emellertid att alla människor inte accepterar en ny livssituation. Flera av de intervjupersoner som ingår i undersökningen har inte accepterat sin handikappade roll i samhället av en eller annan orsak. Det kan handla om var någonstans individen befinner sig i processen till att nå ett accepterande. Men det kan också

handla om en människa som trots genomgången process funnit orimligheten att acceptera sig som handikappad. Jag har valt att kalla den senare reaktionen eller ställningstagandet för *den befästa förnekelsen*. Med befäst ska avses ett förstärkt ställningstagande om den egna personen och identiteten som icke-handikappad människa.

Raimo redogjorde under intervjun för sina erfarenheter som nyskadad. Han fick när han var yngre höra att han måste anpassa sig och acceptera sin skada. Men det har han aldrig gjort trots att tiden nu förflutit och det idag gått mer än tjugo år efter olyckan.

> »Nej det ska jag aldrig göra. Varför ska jag göra det? Jag har någon slags ära och stolthet. Stolthet att vara en människa. Vad annat kan jag säga?« (RAIMO)

För Raimo ligger det i sakens natur att han förknippar en icke-handikappad människa att ha egenskaper som ära och stolthet.

Sirkka som också har svårt att acceptera sitt handikapp talar mycket om sina svårigheter att acceptera sig själv i relation till skadan. Hon berättar att hennes problem är att kunna klara av att identifiera sig som en handikappad kvinna.

> »Det är alltid någonting som jag inte har kunnat acceptera eller jag vet inte. Men det är inte lätt att acceptera olyckan eller livet så här. Men den svåraste saken är att...i början accepterade jag realiteter och mitt liv var inte så svårt. Det var praktiska saker och hur jag kan göra det. Men nu för tiden är det så att jag har förstått...och det är sanningen att man kan känna att jag är den andra klassen. Jag är inte densamma människan som före olyckan. Det är sanningen. Men jag känner mig som en mycket värdefull människa och det är väldigt depressivt att se att andra människor inte tänker så«. (SIRKKA)

Anja som har varit skadad under en relativt kort tid berättar hur hon vägrar att acceptera att hon skulle vara en invalid. Hon är medlem i en mindre handikappförening men anser att de större handikappförbunden inte alls intresserar henne. Att vara invalid säger hon är en sak om man fötts och vuxit upp som handikappad men något helt annat när man under sin levnad plötsligt får sitt liv omställt och blivit svårt handikappad i exempelvis en trafikolycka.

»Om man väljer att sprida kärlek eller bitterhet omkring sig så väljer jag att ha och få kärlek och ömhet och att ge kärlek och ömhet istället för andra saker. Jag mår bättre själv om jag är lycklig helt enkelt. Sedan accepterar jag att jag inte vill leva mitt enda liv bittert. Jag vill inte ha hjälp och stöd av dem som själva är handikappade. Jag vill att de så kallade friska accepterar och stödjer mig nu. Jag gillar inte idén att jag måste höra till någon handikappad grupp och där de stödjer varandra. Jag vill att de som stött mig hittills stödjer mig fortfarande. Kanske min dröm är att jag accepterar min situation därför det gör jag inte ännu. Det enda jag saknar är att människorna kunde acceptera mig och inte skulle vara rädda för att bli bekant med mig och närma sig mig. Det är det enda«. (ANJA)

Anja anser istället att det hon saknar i samhället är själva accepterandet om hennes eget handikapp.

En annan av intervjupersonerna som inte har accepterat handikappet är Seija. Hennes svårigheter med accepterandet har varit förknippat med oförmågan att komma tillbaka till arbetslivet och att kunna arbeta igen. Också för Hjalmar, liksom Seija som båda levt över tjugo år med sina handikapp, har svårigheterna att nå ett accepterande varit överväldigande. De accepterar helt enkelt inte sig själva som handikappade. Hjalmar förklarar under intervjun att ett accepterande skulle vara detsamma som ett uppgivande av den egna situationen.

»Jag kan aldrig acceptera mitt handikapp. Om jag accepterade det, skulle det vara som att ge upp på något vis. Man accepterar inte situationen men man konstaterar den. På sätt och vis innebär det att jag har accepterat situationen men jag ger ju inte upp. Jag kämpar vidare och håller mig ajour inom vetenskapen och den medicinska utvecklingen på det här området. Jag tränar för att förbättra min situation. Hur svår skadan än är så kan man alltid...det är som livet...som en blomma. Den blommar, den börjar vissna. Mitt livs blomma blommar väl nu. Den har inte börjat vissna ännu. Livet är som en lång uppförsbacke och sedan är man på toppen ett tag. Sedan börjar nedförsbacken och då gäller det till att den där nedförsbacken inte ska bli så brant att man ska kunna plana ut den så mycket som möjligt. Det här har med livskvalitet att göra. Att man får behålla hälsan i alla fall och få det så bra som möjligt ju äldre man blir. Jag är övertygad om jag en gång börjar då kommer jag inte att kunna sluta. Men det är väl det att man har stora krav på sig. Det måste bli så bra för det första att det accepteras av samhället så att människor förstår. Det måste bli en form av budskap och det kommer att

handla om livet men också om hur lätt det kan hända... Det vet jag inte egentligen. Jo, på ett sätt vet jag väl. Det är att ingen ska kunna komma och säga till mig ›Du är skadad, du bara ljuger och hittar på!‹. Men nu kan jag visa det här och ta fram det här och visa folk. Och när de ser den här mängden blir de alldeles stumma. Då tappar dom hakan och det säger bara dunk i bordet så sitter hakan i bordet. Dom fattar inte vidden, mängden i de här sammanhangen för vi accepterar ju ändå offret i samhället med 500–600 döda per år och massor av svårt skadade och invalidiserade människor. Det är ju accepterat på något sätt«. (HJALMAR)

Jag har tidigare i kapitlet omnämnt huvudtypen problemfokuserade copingstrategier som en tänkbar strategityp för den handikappade människan. Santavirta fann i sin undersökning om copingstrategier att *informationssökning* om människans totala situation är viktig. Bland annat konstaterade Santavirta att sjukdomsrelaterad information är särskild viktig för människan.[46] Den problemfokuserade strategin kan som jag omnämnt tidigare tolkas ur ett brett perspektiv. Den handikappade personen kan lösa sina problem i den vardagliga situationen på helt skilda vis. För att lösa uppkomna problem i det dagliga livet kan personen agera självständigt eller i samverkan med andra i sin omgivning. Næss skriver i sin bok att individen kan ha sin hjälpapparat till hands.[47] För Næss var det viktigt att studera bemästringen hos personer som drabbats av sjukdomen sockersjuka i Norge och hur dessa personer använde den problemfokuserade bemästringen i sina liv. Næss fann att människan aktivt sökte information och kunskap om sin sjukdom och sin situation.[48] Med utgångspunkt av den tidigare och pågående forskning som gjorts inom copingforskningen av bl.a. Lazarus, Santavirta och Næss har det varit viktigt i undersökningen av de trafikskadades eget bemästringsdrama att uppmärksamma de problemfokuserade strategierna.

När det gäller informationssökningen visar djupintervjuerna med samtliga respondenter att de använt sig av problemfokuserade copingstrategier med varierad framgång. De handikappade har själva aktivt sökt information om sitt handikapp antingen från sjukvårdspersonal och från den rehabiliteringsverksamhet som de deltagit i. Denna informationssökning har visat sig bestå av ett intresse att få mer kunskap om sin egen skada och handikapp. För att exemplifiera informationssökningens betydelse för skadade vill jag här beskriva intervjun med Maria. Under intervjun ber hon mig att jag ska gå in i hennes arbetsrum och hämta material som hon samlat från olyckan. Jag får hämta tre pärmar från rummet. På pärmryggarna har hon skrivit in olycks-

datumet. På en annan pärm står det »olyckan«. Hon har samlat läkarintyg, utlåtanden, artiklar och fotografier från massmedia. I pärmarna finns också minnesanteckningar som hon samlat tiden efter olyckan. Däri finns också all brevväxling hon haft med myndigheter och försäkringsbolag. Pärmarna är fulla och jag ser på henne att hon är stolt över materialet. Det är en gedigen samling dokument som berättar om hennes liv och om hur hennes liv faktiskt också dokumenterats av sjukvården och av andra myndigheter i samhället. Skrivandet och kampen som Maria fört inom såväl systemvärlden som inom den egna livsvärlden handlar också om stolthet. Hon visar stolt upp sin samling för mig. En sådan stolthet hos handikappade har också observerats av Per Nyberg som studerade några handikappgruppers sociala liv.[49] Maria berättade följande under samtalet:

> »Jag skrev så mycket som jag orkade. Jag minns att jag skrev och somnade mitt uppe i en mening. Det var ett sätt för mig att komma tillbaka«. (MARIA)

Kunskapssökningen har handlat om såväl medicinsk information om skadan som de sociala sidorna av att leva med ett handikapp. För det andra har ett flertal av de handikappade sökt efter information genom de olika handikappföreningarna som finns i samhället. Här finns en stor skillnad mellan förutsättningarna för trafikskadade i Finland och Sverige. I Sverige finns ett stort handikappförbund som specialiserat sig på den trafikskadade människan. Förbundet heter Riksförbundet för Trafik- och Polioskadade (RTP) och har en landsomfattande verksamhet. Vid sidan av RTPs verksamhet finns ett flertal mindre handikapp- och skadeföreningar runtom i landet. Sammantaget ger handikapprörelsen och de olika specialföreningarna unika möjligheter för de trafikskadade att bli aktiva och söka information tillsammans med andra trafikskadade personer. Motsvarande möjlighet finns inte för de trafikskadade i Finland. Snarare är det så att den skadade får söka sig till de mer allmänt övergripande handikapporganisationerna som exempelvis Invalidförbundet.

Djupintervjuerna har visat på att trots att det finns klara skillnader i förutsättningar för de trafikskadade i de båda länderna när det gäller förekomst av handikappföreningar så råder inga skillnader i aktiviteten. Respondenterna i båda länderna har visat sig vara lika mycket aktiva i handikappföreningar i båda länderna. Tolv av intervjupersonerna berättade att de är eller varit aktiva i handikapprörelsen på olika sätt. Fler män än kvinnor i båda länderna

var aktiva i sådana föreningar.

Ett intressant resultat från intervjuerna visade sig vara att ett flertal av de trafikskadade i Finland önskade att det också i Finland borde finnas speciella trafikskadeföreningar för dem som skadats i trafiken. Pirjo berättade under intervjun att hon själv skulle vilja arbeta aktivt i en trafikskadeförening om det fanns en sådan i Finland. Hon förklarade att behovet finns i Finland.

> »Det skulle vara bra med en förening för trafikskadade för att det finns många«. (PIRJO)

Också Raimo skulle vara intresserad av att bli aktiv i en trafikskadeförening. För honom saknas någon som kan föra de handikappades talan i samhället. Raimo säger:

> »Vi trafikhandikappade skulle behöva ha någon slags ombudsman. Någon som kunde hjälpa och stödja i kampen mot myndigheter och försäkringsbolag för att få sina rättigheter tillgodosedda«. (RAIMO)

Men det fanns också de bland intervjupersonerna som ansåg att de idag inte skulle ha någon nytta av en trafikskadeförening men ändå hade tanken att sådana former av hjälp skulle stödja andra handikappade. Ville berättade följande:

> »Kanske det skulle vara bra för någon men en sådan skulle inte kunna ge mig någonting mera. Jag har inte så många år framför mig mera att jag skulle tycka att en sådan skulle kunna ge mig just någonting som jag inte får andra vägar. Jag har sådan stor erfarenhet av mitt handikapp och min skada och hur jag kan leva. Men för tjugo år sedan skulle jag kanske haft användning för en sådan kontaktmöjlighet«. (VILLE)

Med dessa utdrag har jag försökt att visa det behov som de trafikskadade i Finland har givit uttryck för. I Sverige har flera av intervjupersonerna på ett tidigt stadium efter olyckan kommit i kontakt med trafikskadeföreningar. Monika, Filip, Per och Hjalmar är och har samtliga varit aktiva i handikappförbundet RTP efter sina trafikolyckor. Filip, Per och Hjalmar har varit så intresserade av sina skador och livssituation att de utbildat sig till särskilda lotsar inom handikappförbundet RTP. Med en lots ska förstås en handikappad person som utbildat sig till informatör för att sedan kunna arbeta och möta

människor i samhället med information om hur det är att leva som trafikskadad. I arbetet som lots ingår att möta exempelvis skolelever, personal i arbetslivet men även nyskadade människor som råkat ut för trafikolyckor.

4.4 *Skrivande och konst som strategi*

Jag minns och ändå minns jag inte.

Hur det var att vara en vanlig människa,
kliva upp om mornarna och leva som alla andra gör.
Men vad hade jag för drömmar?
Vad tänkte jag på?
Kunde jag ana vad som skulle hända?

Kanske trodde jag att jag alltid skulle leva som då.
Umgås med mina vänner och låta livet rulla på
som det alltid hade gjort.
Jag var odödlig.
Visste ingenting om framtiden.

Då hände det som jag inte i mina värsta
mardrömmar hade trott kunde hända.
Något liknande hade aldrig hänt någon i min närhet,
och nu hände det mig.
Varför just mig?

Semesterresan som familjen hade planerat alldeles
innan det omöjliga hände blev naturligtvis inställd.
Allt som var så självklart förut kan jag inte göra längre.
Men var jag tacksam för hur bra jag hade det?
Var jag glad för att jag klarade av så mycket?
Nej, jag tog så mycket för givet.

När jag tänker tillbaka frågar jag mig
varför jag inte var lycklig,
varför jag inte förstod vilka fördelar jag hade.
Men det är väl så att man inte uppskattar det
man har när man har det,
men märker hur mycket det saknas när det försvinner.

Nene
(*ur enkätundersökning om trafikskadades sociala levnadsvillkor i Sverige* 1996)

I de tidigare avsnitten i kapitlet har jag redogjort för fyra huvudtyper av bemästringsstrategier som de trafikskadade i båda länderna använt sig av. Jag har också relaterat de olika strategierna och dess betydelse till de empiriska iakttagelser som jag har kunnat göra under min forskningsresa. I detta avsnitt är min tanke att visa hur den handikappade personen använt sig av två skilda bemästringsstrategier. De huvudtyper som här redovisas är den emotionella strategin och den problembaserade strategin. Skrivandet som en aktivitet har jag klassificerat som en problembaserad strategi utifrån antagandet att människan försökt att bemästra problem som han eller hon konfronterats med i sin vardag. Med skrivande ska också förstås ett sätt som den handikappade människan kan uttrycka sig på när såväl tal- som minnessvårigheter gör sig gällande. Den trafikskadade kan också använda sig av konsten som uttrycksmedel. Konst har jag klassificerat som en emotionell bemästringsstrategi. Naturligtvis går det inte att göra alldeles avskilda gränser mellan de båda huvudtyperna av strategier. Konsten som uttrycksmedel kan också vara en problembaserad strategi för en skallskadad person som har minnessvårigheter men också svårt att uttrycka sig i tal eller skrift. Jag kommer längre fram i avsnittet att exemplifiera detta förhållande.

Dokumentation kan få en social och bearbetande innebörd för människor som varit med om traumatiska händelser som en trafikolycka kan utgöra. Att få dela med sig av sitt kunnande och erfarenheter om livet efter en svår trafikolycka uppfattas av många trafikskadade som en stimulerande uppgift även om det många gånger kan kännas svårt att tala om de förluster personen ifråga gjort. Men berättandet kan ha flera hälsobringande effekter. Christianson skriver om dessa förhållanden i sin bok *Traumatiska minnen*.[50]

Behovet av att få dela med sig av sina erfarenheter som trafikoffer har under många år funnits hos trafikskadade människor i de nordiska länderna; såväl i Finland som Sverige. Trafikoffers liv och berättelser har också förmedlats av anhöriga och vänner samt av utomstående betraktare.[51] Exempel på litteratur där trafikoffers liv skildrats är den norske författaren Frank Leo Eriksens bok om en läkares upplevelse av att själv ha blivit trafikskadad.[52] Den finlandssvenske författaren Else Storbjörck skildrar sin sons kamp efter en svår trafikolycka i sin bok.[53] Den finländska författaren Raisa Lardot försökte också skildra en anhörigs kamp tillbaka till livet.[54] [55] I boken *Det finns dom som har det värre* skildras fyra människors liv med skilda skador och hur de bemästrat sin livssituation efter olyckor i Sverige.[56] I Sverige har också trafikoffers liv tidigare skildrats av författaren Anna-Greta Winberg.[57] I Fin-

land har under 1990-talet främst två böcker kommit att skildra handikappade och trafikskadades liv efter olyckor. Den finlandssvenske författaren Hasse Riska skildrar i sin roman de tankar som en handikappad människa har inom sig efter en svår olycka.[58] Den finländske författaren Orvokki Harjuvaara skildrar sin sons liv efter en trafikolycka i boken *Teholta tiepalveluun: Samu taisteli elämästään.*[59]

Men det är inte enbart genom det skrivna ordet som trafikoffrets liv har givits möjlighet att visas. Under 1990-talet har det både i Finland och Sverige producerats dokumentär- och informationsfilmer om konsekvenser av trafikolyckor.[60] I Sverige har detta dokumentations- och filmarbete producerats i samarbete mellan handikapprörelsen och Väg- och trafiksäkerhetsmyndigheter. I Finland har dokumentärfilmning skett på frilansbasis. I Sverige har handikapprörelsen, främst RTP tillsammans med Nordiska museet under 1990-talet försökt att sammanställa självbiografiskt material från olika trafikoffer. Bland annat har man genomfört insamlingar av hjärn- och skallskadade människors levnadsskildringar under senare år.[61]

Inom den tredje statsmakten, massmedierna, har trafikskadeproblematiken hanterats mer sparsamt även om de trafikskadades och handikappades situation belyses ibland.[62] [63]

Formulerandet av egna berättelser från olyckan och tiden efter olyckan har funnits och finns hos många trafikskadade och handikappade. Även om långt ifrån alla levnadsberättelser från handikappade och från deras omgivning bekanta personer vinner publicitet, finns hos många trafikskadade en unik erfarenhet och berättelse om hur det egna sociala livet utvecklats.

För flera av de trafikskadade som deltog i de båda enkätstudierna i Finland och Sverige har skrivandet genom diktning och poesi varit ett viktigt hjälpmedel och uttrycksmedel efter olyckan. I enkäten uppmanades respondenterna att skicka in dikter och betraktelser som de själva skrivit efter olyckan. Totalt inkom 51 dikter och betraktelser från de skadade. Flera av dessa dikter inleder flera kapitel och avsnitt i avhandlingen.

Under intervjuresorna har jag träffat trafikskadade som har utvecklat en aspekt av vad man skulle kunna säga ligga väl i linje med Antonovskys terminologi »känsla av sammanhang«.[64] Denna aspekt, eller om man så vill dimension av mänsklig tillvaro efter en olycka handlar om den meningsfulla tillvaron. Ett resultat av intervjuerna med de handikappade var att en majoritet av dem utvecklats som människor. Vid intervjuerna framkom det att många av de skadade och handikappade använt sig av skrivandet som bemästringsstra-

tegi. Skrivandet som strategi har använts av intervjupersoner i samtliga fem grupper. Undersökningen ger inte några klara evidens på att någon särskild skadegrupp i undersökningen skulle använda denna strategi mer än någon annan. Detta har emellertid inte varit något syfte i avhandlingen att undersöka. Dock kom intervjuerna att visa att de handikappade använde denna strategi på olika vis. Sju av intervjupersonerna försökte skriva ned sina tankar i olika former efter sin olycka. I huvudsak visade sig att det var vanligast att skriva *dagboksanteckningar*. Men det fanns också tankar och drömmar hos den skadade att skriva en *bok* om sina egna erfarenheter.

Maria har efter sin trafikolycka skrivit dagbok. Tidigare skrev hon också om vardagshändelser i sin dagbok men trafikolyckan fick henne att utveckla sitt skrivande i dagboksform. Under intervjun berättade hon att i samband med olyckan kom själva skrivandet som process att formas som en hälsobringande faktor för henne. Skrivandets betydelse för Maria har påverkat henne mycket och är också idag ett inslag i hennes liv. Under intervjun sa hon följande:

> »Det betydde rätt mycket. För mig betydde skrivandet att jag kunde hantera dagen på något sätt och mitt eget tänkande. Det betydde att jag fanns i livet på något sätt och att det var någonting som hände«. (MARIA)

Under de två första åren efter olyckan berättade Maria för mig att hon själv tyckte att hon hade börjat skriva väldigt mycket text och minnesanteckningar. Jag frågar henne om hon tror att skrivandet som uttrycksmedel förändrats med tiden. Under samtalet utvecklar hon tanken om skrivandets betydelse men också förändring hos henne.

> »Jag tror att det har förändrats. Jag skriver annorlunda idag. Det handlar kanske inte så mycket om vardagslivet och vardagsarbetet utan det har en syn på framtiden som något upplyftande, viktigt och bra att eftersträva. Och att jag uttrycker att jag många gånger ser saker i livet som jag inte sett förut, som jag inte noterat på samma sätt som jag gör idag. Saker som man har tagit som en självklarhet. Det upplever jag kanske på grund av att jag har kommit tillbaka till livet och ser livet annorlunda«. (MARIA)

Men det fanns också andra intervjupersoner som använde sig av skrivandet för att kunna bearbeta sina händelser och gå vidare i livet. Sirkka och Seija använde också dagboksformen för att kunna pränta ned sina mest personliga

tankar och känslor direkt efter olyckan. Sirkka har antecknat i sin dagbok sedan 1985 och boken betyder mycket för henne.

> »Jag har skrivit liksom en dagbok om olyckan och om tankarna. Och mina svåraste tankar och sådana saker kan jag inte tala med någon människa om. Och det hjälper väldigt mycket när man skriver om det är svåra tider«. (SIRKKA)

För Sirkka har det varit svårt att tala om sig själv som kvinna och om att vara en handikapp kvinna. Svårigheterna med den egna identifikationen som kvinna och handikappad jämte svårigheterna att tala med andra människor om sin situation ledde till att hon valde att skriva ned sina tankar och erfarenheter i dagboksform. En liknande situation befann sig Seija i efter sin trafikolycka. Skrivandet varje dag betydde mycket för henne för att bearbeta sina tankar och sin egen situation. Hon förde dagbok sedan trafikolyckan inträffade år 1974 och fortsatte skrivandet fram till år 1994. Därefter förstörde hon alla sina dagböcker.

Tre av intervjupersonerna uppgav att de hade planer på att skriva en bok om sin olycka och sitt liv. Pirjo, Antti och Hjalmar berättade att de har planer på att skriva en bok men att de ännu inte börjat skrivandet. Pirjo uppgav att hon hade blivit uppmanad av sin terapeut att skriva ned sina tankar. Boken ska inte enbart handla om olyckan utan om hela hennes liv. För Antti är situationen något annorlunda. Han har en svår hjärnskada som begränsar förmågan att läsa och skriva. För Antti har istället bilderna kommit att ersätta bokstäverna.

> »Dom betyder av två skäl mycket. Först är de ett medel att säga någonting. Och för det andra är de ett medel som jag kan använda. Då mina handikapp...jag kan inte vara aktiv och effektiv i konferenser eller liknande. Kanske jag inte kan göra så mycket med bilder men åtminstone så kan jag försöka«. (ANTTI)

Också Inkeri har använt skrivandet efter olyckan för att skriva om sina känslor och erfarenheter. Inkeri skriver anteckningar i sin dagbok varje dag.

Hjalmar har haft en dröm om att kunna skriva men han har inte skrivit någonting överhuvudtaget. Han säger att han inte haft tålamod eller ro att skriva. Han säger också sig vilja göra en film. Under åren efter trafikolyckan har han samlat på sig material om trafikskador och handikapp. Bland annat

har han ett tjugotal videofilmer om trafikskador hemma i bokhyllan. Och därhemma har han också samlat på sig, som han säger själv, tiotusentals artiklar och tidningsurklipp om trafikolyckor och skadade människor.

De exempel som jag redogjort för ovan visar den sociala betydelse som skrivandet haft och har hos många trafikskadade efter olyckorna. Det är möjligt att betrakta denna dokumenterande aktivitet som mycket betydelsefull för den skadade och sårade människan. Inte mindre än var tredje person som intervjuats, uppgav under samtalen att de använt någon form av dokumenterande tiden efter olyckan. Det har handlat om såväl skrivande som målande produktion för att genom detta sociala handlande försöka uppnå att skildra och utveckla tankar och funderingar tiden efter olyckan. Intensiteten i den dokumentationsaktivitet som finns hos flera trafikskadade kan sägas variera över tid. För några av respondenterna har behovet funnits att detaljrikt dokumentera alla upplevelser och händelser den omedelbara tiden efter olyckan. Därefter har både behovet och intresset av att dokumentera minskat med tiden. För flera av de handikappade har både skrivandet och målandet blivit till en form av social trygghet och mognad hos dem själva. För några av personerna har denna dokumenterade strategi blivit så användbar och gripbar att de även lång tid efter själva olyckan fortsatt med denna aktivitet. På så vis är det möjligt att dra slutsatsen att denna bemästringsstrategi kan sägas ha blivit befäst hos de trafikskadade som intervjuats och på så vis hos en del personer fått en livsavgörande social betydelse. Genom skrivandet och konsten har den handikappade människan givits en vidgad tankeram om hur livet blivit och förändrats i samband med en olycka.

4.5 *Copingmodell*

En trafikolycka innebär för många en traumatisk upplevelse som får långtidseffekter för den som drabbats av en sådan händelse. Undersökningen har visat att effekterna av en olycka kan vara så mångfasetterad att det skulle te sig orimligt svårt att exakt ange dess antal och hur de karaktäriseras. Som forskare blir därför studiet av trafikskadades liv och vardag en fråga om metod. Hur närmar man sig en trafikskadad person och dennes liv och existentiella villkor? De kvalitativa intervjuerna har visat på den styrka att intervjuerna lyckats fånga de känsloladdade effekter och situationer som olyckan givit upphov till. Det faktum att en trafikskadad person kan visa ångest och starka känslor visar hur djupt rotad en olycka kan vara hos den individ som råkat ut

för en olycka.

Jag har tidigare försökt att kartlägga de bemästringsstrategier som den skadade använt sig av tiden efter olyckan. Att göra en fullständig kartläggning över alla de copingstrategier som använts är en orimlig uppgift då det inte är möjligt att mäta samtliga strategier tiden efter en olycka. Den handikappade personen kan exempelvis ha glömt eller förträngt de strategier som använts beroende på hur väl framgångsrika dessa strategier varit i vardagen.

För att inplacera de olika strategierna i ett större sammanhang är det en viktig uppgift för forskaren att sätta det sociala fenomenet, i detta fall trafikolyckans sociala konsekvenser, i ett större sammanhang. Följande tabell visar de tänkbara individuella copingstrategier och dimensioner som har stått de trafikskadade till buds. I den vetenskapliga litteraturen har en liknande modell benämnts för 4-dimensionell-modell.[65] En sådan modell är naturligtvis inte fullständig. Enligt min mening saknar modellen lidandedimensionerna. Modellen har därför kompletterats med de dimensioner som framförts av Eriksson.[66] Jag redovisar mer ingående de olika lidandedimensionerna tillsammans med konkreta exempel tagna ur djupintervjuerna i kapitel fem i avhandlingen.

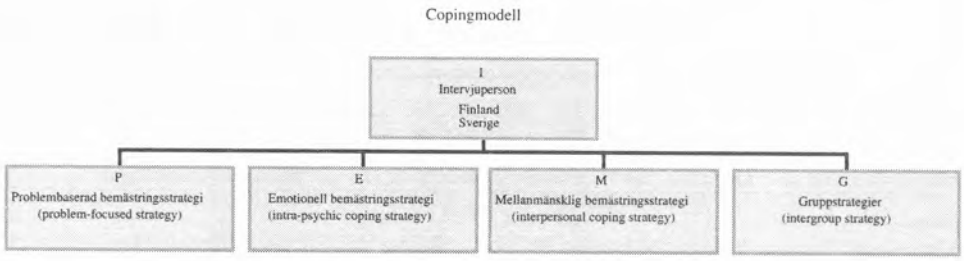
Figur 11:4:5:1 *Modell över lidandedimensioner baserade på Katie Erikssons dimensioner.*

Dimension	Fysisk	Psykisk	Social	Existentiell
Stresstyp	skadan	hot, förlust	isolering	förändrad världsbild
Stress-reaktioner	smärta	ångest	ensamhet	övergivenhet (av Gud)
Stressreaktioner idag (lidande-dimension)	smärta	ångest	ensamhet	övergivenhet
Coping-resurser	hjälpmedel familj vänner arbete	stöd familj vänner arbete	ekonomi arbete	
Copingstrategier:				
Emotionella strategier				
Problembaserade strategier				
Gruppstrategier				
Mellanmänskliga strategier				

Källa: En liknande 4-dimensionell modell används av Tom Lundin i boken Traumatisk stress och personlig förlust.

Utifrån modellen ovan har jag försökt att placera de individuella copingstrategierna i en tillämpad modell för de intervjupersoner som ingår i undersökningen. Resultatet av djupintervjuerna har visat att de trafikskadade använt sig av fyra huvudtyper av bemästringsstrategier. Dessa strategier har varit *emotionella bemästringsstrategier*, *problembaserade bemästringsstrategier*, *gruppstrategier* samt *mellanmänskliga bemästringsstrategier*. De fyra strategityperna har använts av de trafikskadade i en kombination med varandra. Jag fann att respondenterna i studien brukat de emotionella strategierna i större utsträckning än vad de problemfokuserade strategierna tillämpades. Minst betydelse hade de mellanmänskliga strategierna och gruppstrategierna för intervjupersonerna. Följande *copingmodell* åskådliggör de strategityper som de trafikskadade i studien tillgripit efter olyckan. Det går emellertid inte generalisera utifrån detta resultat då studien enbart visar några få fallstudier. Det har inte heller varit mitt syfte att vinna generaliserbarhet i studien. Se mer utförligt i avhandlingens metodavsnitt.[67]

Figur 11:4:5:2 *Copingmodell för intervjupersonerna i Finland och Sverige.*



I = Intervjuperson
P = Problembaserad bemästringsstrategi (problem-focused strategy)
E = Emotionell bemästringsstrategi (intra-psychic coping strategy)
M = Mellanmänsklig bemästringsstrategi (interpersonal coping strategy)
G = Gruppstrategier (intergroup strategy)

Jag har också funnit att det finns könsskillnader när det gäller vilken huvudtyp av strategi som använts hos de trafikskadade respondenterna. Männen visade sig ha en större tendens att använda sig av olika slags problembaserade bemästringsstrategier för att övervinna svårigheter i sin dagliga livsföring. På andra plats kom männen att använda sig av de emotionella strategierna. De mellanmänskliga bemästringsstrategierna användes inte alls så ofta som de

båda andra typerna. Kvinnorna i studien hade valt andra strategier i sin övervinnelse av problem och situationer i livet. För kvinnorna kom den emotionella bemästringen att vara den viktigaste. Den problembaserade strategitypen kom först på andra plats. Liksom männen kom kvinnorna att använda sig av de mellanmänskliga strategierna i sista hand. För att kunna förstå den handikappade människans bemästring är det viktigt att se de olika typerna av strategier ur ett holistiskt perspektiv. Det förhåller sig inte på det viset att en trafikskadad person enbart använder sig av en strategi för att uppfylla det som eftersträvas i själva övervinnelsen. Strategierna ska, precis som det omskrivits i den vetenskapliga litteraturen, användas i kompletterande syfte. Genom att pröva sig fram med olika strategier inom respektive huvudtyp kan den handikappade människan genom misslyckanden och framgång finna just de strategier som han eller hon anser vara goda för honom eller henne. En strategi som visat sig vara användbar för en handikappad person kanske inte alls vore bra för en annan handikappad o.s.v.

4.6 *Sammanfattning*

För att klara av sin nya livssituation som trafikskadad och handikappad har det visat sig vara viktigt att använda sig av olika strategier för övervinnelse av svårigheter och hinder. På väg mot ett självständigt liv har den handikappade människan använt sig av ett flertal olika strategier som visat olika tecken på framgång men också motgångar. Studien har visat att de trafikskadade inte använder sig av någon enstaka strategi för bemästring. Samtliga tjugo intervjupersoner som ingår i studien har berättat om sina erfarenheter och sitt eget bemästringsarbete. Deras livsberättelser har gjort det möjligt att studera var och en av dessa människors bemästringsrepertoarer. De tillvägagångssätt som tillgripits har skilts sig åt beroende på person och situation.

I kapitlet har jag redogjort för fyra huvudtyper av bemästringsstrategier. Dessa strategier har bestått av de emotionella strategierna (intra-psychic), mellanmänskliga strategierna (interpersonal), problembaserade strategierna (problem-focused) samt gruppstrategierna (intergroup). Ett flertal bemästringsstrategier har observerats under djupintervjuerna. De olika strategierna har jag sedan försökt att klassificera i de fyra huvudgrupperna.

Före jag fortsätter sammanfattningen av resultatet i kapitlet kan det här var på sin plats att konstatera att studien inte givit något belägg för att det skulle finnas några skillnader mellan de handikappades bemästringsstrategier i de

båda undersökta länderna. Snarare borde man betrakta fenomenet trafikolycka och trafikskada som ett tillstånd som var någonstans de än inträffar i de nordiska länderna får livsavgörande konsekvenser för de drabbade. De skillnader som skulle kunna tänkas finnas mellan Finland och Sverige när det gäller hur den handikappade människan uppfattar sitt sociala liv och välfärd måste snarare studeras utifrån människans kontakt och handlande i förhållande till olika välfärdsinstitutioner i samhället. Den genomgång av bemästringsstrategier som avhandlingen behandlat och givit empiriska belägg för har istället relevans för hur man ska kunna förstå den handikappade människans uttryck och bemästring i två världar; systemvärlden och livsvärlden.

Ett intressant fenomen som har framkommit har varit de emotionella (intra-psychic) strategiernas betydelse. Det synes vara så att de trafikskadade i både Finland och Sverige använder sig av de emotionella strategierna i större utsträckning än vad är fallet med de övriga strategityperna. Här är det viktigt att observera att studien avser långtidskonsekvenser av en olycka. I mer kortsiktiga uppföljningar av trafikolyckor torde det vara mer rimligt att hålla för troligt att de problembaserade- och mellanmänskliga strategierna skulle vara mer vanligt förekommande.

Jag avslutade kapitlet med att konstatera att såväl män som kvinnor i studien använt sig av de mellanmänskliga strategierna i mindre utsträckning än andra bemästringsstrategier. Djupintervjuerna har förvisso bland annat visat vilket oerhört stort och betydelsefullt stöd som den egna familjen och de närstående givit den trafikskadade. Som jag redogjort för i kapitlet kan socialt stöd från familj, anhöriga och vänner ses som två olika bemästringsstrategier. Dels kan det sociala stödet sättas in i ett sammanhang där den handikappade försöker att övervinna svårigheter och problem (den s.k. problemfokuserade strategin) men kan också studeras som en mellanmänsklig gruppstrategi.

Betraktat ur ett större perspektiv är det väsentligt att anknyta de sociala insatser som anhöriga och vänner gör för de trafikskadade men också för de samhälleliga insatserna som brister i de sociala insatserna. De båda enkätundersökningarna visade att en majoritet av de trafikskadade i båda länderna uppgivit att de anhöriga inte fått någon hjälp eller något stöd i sin tur av samhället. Dessa resultat måste anses vara så allvarligt att samhället borde uppmärksamma de anhörigas sociala arbete i högre utsträckning och ta fasta på det sociala nätverkets behov av uppbackning och stöd inom systemvärlden.

En trolig förklaring till att intervjupersonernas utnyttjande av de mellanmänskliga strategierna varit något begränsad kan vara de stora påfrestningar

och förändringar som olyckan inneburit för den närmaste familjen och vännerna. Djupintervjuerna har visat att det uppstått flera relationsproblem och svårigheter inom familjen och bland vänner när det gäller den nya situationen då en nära anhörig blivit handikappad. Att de mellanmänskliga strategierna haft svagheter i detta sammanhang kan förklaras av att exempelvis andra familjemedlemmar och närstående inte har fått något socialt stöd från samhällets sida. Genom att de själva inte har fått något stöd så har detta inneburit att de haft svårare för att acceptera den nya situationen och hjälpa den handikappade i familjen.

Som jag tidigare nämnt har de emotionella bemästringsstrategierna haft en stor betydelse för de trafikskadade i sin bemästring. I kapitlet har det framkommit evidens över betydelsen av att samtliga fyra huvudtyper av strategier haft stor betydelse för den drabbades copingframgångar. De olika huvudtyperna av strategier kan sägas växelverka med varandra. En betydelsefull copingstrategi som respondenterna använt sig av är dokumenterande genom skrivande och konst. Var tredje person som intervjuats uppgav under intervjuerna att de använt någon form av skrivande eller målande för att skildra och utveckla sina tankar och funderingar tiden efter olyckan. Några av personerna berättade också under intervjuerna att de utvecklat den dokumenterande strategin i så hög utsträckning att de även lång tid efter själva olyckan fortsatt med sin dokumentationsaktivitet. Bemästringsstrategin kan sägas ha blivit befäst hos individen då den fått en livsavgörande social betydelse. Dokumentationen har givits en större innebörd med tiden och dessutom givit den handikappade en vidgad tankeram.

I förra kapitlet behandlades de tre filosofiska begreppen altruism, hedonism och heroism. Som jag tidigare nämnt i avhandlingen är de centrala begrepp i studien då de kan karaktäriseras som medel för att nå uppnåelse till välfärd såväl för individen själv som för andra handikappade eller utsatta i samhället. Man kan säga att det finns en interaktion mellan de tre begreppen hedonism, heroism och altruism. Jag har tidigare redogjort för den handikappades bemästringsakt och försoningsakt och i vilket sammanhang de båda akterna kan betraktas. Det behöver ingalunda vara självklart under vilken typ av bemästringsstrategi de tre begreppen ska inplaceras. Exempelvis kan altruismen ses som en emotionell (intra-psychic) strategi och ha betydelse också för den enskilde individen. En altruistisk handling kan exempelvis utlösas som en följd av egoism och genom att den handikappade själv vill stiga i sin egen självaktning. Men altruismen kan också ses som en gruppstrategi

(intergroup) där den trafikskadade i samråd eller till och med samarbete med andra handikappade formar en handling för att hjälpa till exempel en nyskadad person. Ett exempel på denna form av altruism har jag tidigare i avhandlingen benämnt för en organiserad altruism. De olika ideella trafikskadeföreningarna och trafikofferjouren i Sverige är tydliga exempel på att en sådan altruism har kommit att utvecklas. I Finland saknas emellertid denna form av organisering av de trafikskadade själva.

Mitt syfte i kapitlet har varit att försöka kartlägga de olika bemästringsstrategier som de trafikskadade tillgripit i de båda länderna. Utifrån de empiriska iakttagelser som har kunnat göras har visat att de olika strategierna har kunnat inplaceras och preciseras i sitt teoretiska sammanhang. Den bemästring som de trafikskadade givit uttryck för har kunnat teoretiskt förankrats i den tidigare copingforskningen som bland annat genomförts av forskare som Lazarus, Breakwell och Santavirta.

De olika bemästringsstrategierna har visat sig vara synnerligen värdefulla för de handikappade för att kunna bege sig upp på vägen mot ett självständigt liv som handikappad eller trafikskadad. Under min forskningsresa har också intresset för andra människors bemästring varit stort. Flera av dem som deltagit i undersökningen har givit uttryck för att de skulle vilja ta del av eller till och med läsa mer om vilka tips och råd som andra skadade har att dela med sig av. I nästa avsnitt som jag benämner för den fjärde akten i välfärdsdramat kommer vi att få möta den yngre människan och hennes förhållningssätt till bemästring och ett självständigt liv.

5. Akt IV.
Coping med handikapp i olika livsskeden

Bilolycka, sedan smärta
Livet är bara till låns, det märks ofta.
Man lever egentligen bara för stunden.
Ingen kan ju förutse en olycka.
När livet leker med en, lika fort förstörs livet för en.
Man ska gå igenom olika händelser
roliga och mycket svåra.

När olyckan väl är framme, så finns
ingen återvändo.
En objuden gäst som kommer in, utan
inbjudan. Värk och smärta tar ingen hänsyn.
Sorgen, ilskan, förtvivlan och så
det lilla hoppet, kommer ofta att göra ont.

Om alla kunde få känna lite av värken
och smärtan man har fått av olyckan.
Skulle inte en del människor vara
så oförstående och elaka.

Denna smärta och värk man bär
dagligen år in och år ut, kan jag lätt
förklara: Tänk er, ett barn bränner
sig på en platta på spisen. Det blir ett
skrik och sedan gråt av smärtan.
Den smärtan och värken skall jag
leva med livet ut.
Så tänk er för och var rädd om er.

Catharina Fagrell
(Ur enkätundersökning om trafikskador i Sverige och Finland år 1996)

Næss använder begreppet inre livskvalitet som ett mål för socialpolitiken.[1] Som jag redogjort för i kapitel tre handlar det främst om att en sådan inre livskvalitet kan visa om en människa är aktiv, har självförtroende, känsla av samhörighet samt har en stämning att hon eller han är glad.[2] Inre livskvalitet är enligt Næss förbundet med ett tillstånd för individen som har en viss varaktighet i individens livsskede.

En medicinsk studie av Lundqvist om livskvalitet hos ryggmärgsskadade i Sverige visade att åldern och uppnådd ålder vid ryggmärgsskadans inträde var negativt korrelerad med engagemanget i sociala aktiviteter.[3] Lundqvist konstaterade att äldre personer är mer sårbara när det gäller livsförändringar än vad yngre personer är. Studien visade också att äldre personer hade mindre energi och var dessutom mindre motiverade att hitta nya mål och intressen i livet efter att de blivit ryggmärgsskadade.[4] Resultatet av de djupintervjuer som jag genomfört i båda länderna ger inga empiriska belägg för att så skulle vara fallet bland de trafikskadade som studerats. Jag anser mig inte heller kunna jämföra mitt resultat med Lundqvist då dennes studier avser en viss skadegrupp (ryggmärgsskadade) och att min kvalitativa studie inte omfattar personer yngre än 30 år.

Jag har tidigare redogjort för den norska forskaren Næss och hennes syn på begreppet livskvalitet. Næss hävdar att en individs egen aktivitet och förmåga att ha goda relationer och kontakter med andra människor, gynnar individens möjligheter att nå en hög livskvalitet. Næss tankebanor måste ses som tillämpningsbara för det problem som behandlas i avhandlingen. I sin bok *Quality of life research. Concepts, methods and applications* behandlar Næss de situationer när individen når olika grader av självuppskattning och känner en känsla av glädje i sitt liv.[5] [6]

Genom temabaserade djupintervjuer med tjugo skadade och handikappade i båda länderna, har kunskap erhållits om hur människan lyckas bemästra sin situation trots omfattande svårigheter, traumatiska upplevelser och kristillstånd. I kapitlet kommer jag att redovisa några av intervjupersonernas livsberättelser för att åskådliggöra det upplevda handikappliv som kommer till uttryck.

5.1 »*Mina flickor*« – *En tetraplegikers berättelse*

Vid mitt besök hemma hos Katri fick jag insikt över hur hårt en trafikolycka kan drabba en familj och en person. Tidigare i livet arbetade hon som barnträdgårdslärare. När jag får se Katri sitter hon i en rullstol. Hon är tetraplegiker. Med tetraplegi menas »förlamning i alla fyra extremiteterna«.[7] [8]

Katri är idag i fyrtioårsåldern när jag träffar henne i bostaden. 36 år gammal förändrades Katris och familjens liv i ett enda slag. Vid en frontalkollision med en lastbil skadades hon svårt. Hennes man omkom och ett av barnen skadades lindrigt. Hon är den av intervjupersonerna som får mest hjälp av hemvårdare i sin bostad. När jag kommer till intervjun öppnas ytterdörren av hemhjälpen. Utan hemhjälp klarar Katri sig inte i sin dagliga livsföring. De är alla hennes högra och vänstra hand. Och de är också hennes högra och vänstra ben.

Efter olyckan inträffade levde Katri själv med sina två barn, 4,5 år respektive nio månader gamla. Den första tanken efter uppvaknandet på sjukhuset var tanken om sin man och barnen. Hennes känsel var borta men tankarna om mannen och barnen var starka. »Jag måste hjälpa mina barn för att min man är borta. Jag måste hjälpa mina barn och jag måste se mina barn«, hade hon sagt på sjukhuset. Det var här kan man säga som kampen och bemästringen började för Katri. Ensam med två barn och förlamad i en sjukhussäng. Det är också här som en tetraplegikers berättelse från de inre tankarna kan ges. Ingen annan person än Katri själv visste, kände och kämpade i denna situationen.

> »Jag tänkte att när den lilla flickan var så liten...jag tänkte att jag kan inte vara mor för henne. Inte mera. Eftersom barnet är så litet så kan det vara här. Och du kan själv ge maten, mjölk. Men du kan inte mer göra det. Och jag tänkte att jag förlorar henne helt och hållet. Jag kan inte vara mor på så sätt som mor måste vara och som jag har varit förr«. (KATRI)

Tiden efter olyckan innebar en identitetskris för Katri. Hon såg sig själv inte som den mor som hon varit före olyckan. Hon fick hjälp av läkare och psykiater.

När jag träffar Katri får jag en inblick i hur livet drastiskt kan förändras för en människa. Hennes tidigare rörlighet och därmed frihet har förbytts i ett orörligt tillstånd. Efter en stunds samtal med Katri blir jag överraskad över

hur en människa verkligen kan övervinna de begränsningar som handikappet ger. Det finns något fantastiskt och beprövande i de tankar som hon delar med sig av. Hon har skapat en egen frihet trots det orörliga tillståndet. Katri skapar med orden, tankarna och sina ögons hjälp.

Idag lever Katri med hemhjälp. Hon bor hemma i bostaden tillsammans med sina båda barn. Tretton hemvårdare (olika personer) hjälper henne varje vecka. De går på schema. I början var det svårt att få allt att fungera.

> »Först var så många personer och alla har sina tankar och ingen hörde vad jag tänkte. Och mitt hem var inte mitt hem. Här var så många kvinnor som sade att ›blommorna måste vara här‹, och ›stolen måste vara här‹ och ›barnen måste gå ut nu‹. Jag fick inte säga vad jag ville. Men nu är det bra«. (KATRI)

Katri berättar under intervjun att en hemvårdare är hos henne i åtta timmar. En person kommer klockan åtta på morgonen. Under dagen får hon hjälp och vid niotiden på kvällen har fem hemvårdare varit hos henne under dagen. En sjuksköterska hjälper henne i badrummet och i sovrummet. På morgonen när hon vaknar kommer en annan sjuksköterska. Totalt sju sjuksköterskor hjälper Katri i sin livsföring. Samtliga sjuksköterskor kommer från en privat sjuksköterskebyrå. Likaså har hon själv valt de hemvårdare som hon vill ha hjälp av. Det här valet har varit mycket viktigt för Katri. Valet av personal har handlat om frihet att få hemvårdspersonal som kan förstå henne på ett riktigt och nära sätt.[9] Under intervjun berättar Katri att barnen tycker att det är jobbigt när det är så många olika människor i hemmet. Ritva Gough behandlar den handikappade människan och den assistans som står henne till buds. Gough använder terminologin givarauktoritet och menar att den person som utövar assistans kan komma att riskera att utgå från den handikappade personens brister och de negativa tillstånden istället för att utveckla den handikappades egen självkänsla i det sociala livet.[10]

Intervjun med Katri har visat det liv som många svårt handikappade lever. De lever på ett sätt beroende av vård- och hemvårdspersonal. Men det innebär inte att deras liv är beroende. För den handikappade personen är det snarare viktigare att betona det självständiga. De ser ett självständigt liv som det fria och njutningsbara livet. För en handikappad kan det också finnas en inbyggd rädsla i beroendet. Denna rädsla kan ses utifrån den problematiska situation att riskera att bli utan hjälp en stund. Rädslan för den egna sårbarheten och

beroendet har diskuterats bland annat i Gerald Hales bok *Beyond Disability. Towards and Enabling Society*.[11]

Katris berättelse om livet efter en olycka handlar om en tetraplegikers tankar och erfarenheter. Hennes inre livskvalitet består av livsnjutningen att ha överlevt olyckan tillsammans med sina barn. I frihetens tecken upplever hon vardagen i sitt eget boende där hon med hjälp av hemvårdspersonalen kan ta emot sina barn när de kommer hem efter skolans slut på eftermiddagen. När ytterdörren öppnas och barnen kommer hem möter de sin mamma. Kanske Katri inte är som andra mammor eftersom hon inte kan gå till dörren och omfamna sina barn. Men med hemvårdspersonalens hjälp kan hon och barnen få uppleva sin frihet i ett eget hem och när de möts så vet de varför mamma sitter i en rullstol. Den upplevelsevärld som Katri delar med sina barn är en värld där de själva har alldeles speciella erfarenheter. De har alla tre överlevt en traumatisk olycka och bemästrat problemen på vägen tillbaka till livet. Styrkan och svagheterna har de delat med varandra.

5.2 *Social tidtabell*

För att klara av att bemästra sin situation i livet använder Katri olika sätt. Hemvårdpersonalen är viktig för henne. Inte bara när det gäller praktiska sysslor utan också som socialt sällskap under dagarna. Hon kommer därför nära vårdarna och de lär känna varandra. Hemvårdarna kallar hon för »mina flickor«. Men hjälpen har också sina baksidor berättar Katri under intervjun. Återigen handlar det om frihet och självständighet. Men det är också en fråga om livskvalitet. Katri berättar att hon är begränsad i rörligheten genom att hon inte kan förflytta sig snabbt från en plats till en annan. Hon säger att hennes livskvalitet nästan är densamma som före olyckan men om hon vill göra saker som att förflytta sig i skogen, så går inte detta.

Rörligheten för Katri är förbunden med tiden. Tidsfrågan handlar inte bara om, och är beroende av, hennes egen tid eller tidsplanering utan också i hög grad av andra människors tid och planering. Under intervjun talar Katri om begreppet tidtabell som är mycket centralt för henne i vardagen. Med tidtabell menar hon att både vårdpersonal och hemvårdspersonal först måste underrättas om tider och platser dit hon vill förflytta sig till. För Katri innebär rörligheten att hon måste använda sin egen tid till att planera tiden för andra – människor som hjälper henne i omsorg och stödfunktioner. Planeringen har kommit att bli en viktig bemästringsstrategi för henne. Jämfört med de andra

intervjupersonerna kan man säga att Katri är den som gav mest uttryck för planering i sin livsberättelse. Hennes svåra trafikskada begränsar hennes frihet att uppnå vissa värden men handikappet ger henne också möjligheter till uppnåelse inom områden som hon tidigare inte haft någon erfarenhet av. För Katri är de problembaserade strategierna tillsammans med den emotionella bemästringen central.

Tidsplaneringen kräver arbete och hon förklarar att om hon blir för trött så orkar hon inte t. ex. åka någonstans. Katri förklarar att hon förutom att anpassa tiden till andra människor också får med sig olika vårdare till olika ställen. Exempelvis har hon olika hemvårdare med sig då hon går på bio, teater eller far ut till landet.

Katris berättelse om beroendet av hemvården och assistenter är vanlig för många människor med svåra handikapp.

Den strategi som Katri använt sig av efter olyckan har varit att försöka organisera sin vardag och hjälp i de funktioner där hon behöver hjälp.

5.3 *Från teaterscen till rullstol*

Kieslowski arbetade i filmvärlden. Han skildrade samtidens problem och fenomen med skådespelare och statister. Anja, som är en av intervjupersonerna har i sitt tidigare liv arbetat inom teatervärlden. Idag spelar hon inga roller utan kan man säga deltar i livets verkliga drama. När jag möter henne i bostaden har det gått några år efter olyckan och hon säger till mig att hon inte ville besöka teatrar en tid efter bilolyckan. Hon klarade inte av att se sin gamla arbetsplats – teatervärlden. Smärtan och den traumatiska upplevelsen efter bilolyckan gjorde att Anja fick svårt att se en teaterscen från den rullstol där hon satt. Livets verkliga drama sett från Anjas horisont var vägen från en frisk människa som försökte gestalta olika människor i samhället till att själv bli en handikappad människa inom loppet av några sekunder.

När jag talar med henne märker jag hur svårt hon har att berätta om sina känslor om teaterlivet och hennes nya situation som handikappad. Hon berättar att hon inte längre orkar gå på teatern. Hon känner det svårt att förflytta sig till teatern. På teatern skulle hon känna sig liten bland de andra människorna. Anja säger att hon känner sig så liten där hon sitter i rullstolen jämfört med människor i sin omgivning. Den litenhet som beskrivs av henne själv får kännetecknа den utsatthet som en handikappad människa kan känna. I Anjas välfärdsdrama har i de första akterna kommit att upplevas som svåra.

Under intervjun berättar hon om den sorg som hon känner inom sig efter de förluster hon gjort i samband med olyckan. Även om hon fysiologiskt har förmåga att med sin rullstol förflytta sig till teaterlokalen är de psykologiska hindren desto större. Anjas svårigheter att övervinna sitt inre motstånd till accepterande av den egna skadan kan jämföras med exempelvis Anttis situation. Hans svåra skallskada har gjort övervinnelsen svår att klara av att ensam gå ut på en promenad i bostadsområdet. I Anttis fall var det hunden som fick honom att regelbundet gå utomhus. För Anja blir övervinnelsen en fråga om den traumatiska episoden i hennes liv då hon skadades i ett aktivt yrkesliv. Minnena från arbetslivet och teaterlivet är så starka att de bildar ett hinder mot bemästringen.

Rehabiliteringstiden varade i fyra månader efter olyckan. Stödet från det sociala nätverket kom att betyda mycket för Anja under denna tid. Under intervjun berättar hon att det finns många vänner i nätverket. En del av hennes bekanta slutade dock att höra av sig efter det att hon blivit handikappad. Anja kände sig besviken över att några vänner hade dragit sig undan från henne. Anja blev handikappad mitt uppe i sitt livsskede och i sin karriär inom skådespelaryrket. När jag träffar henne har hon inte kunnat klara av att acceptera sin trafikskada och vill inte betrakta sig som en invalid. Hon förklarar noga för mig att en invalid är en person som fötts och blivit uppvuxen som invalid. Det uttryck som Anja förmedlar under intervjun ger evidens över den förnekande strategin och det motstånd och ovilja som kan finnas hos en trafikskadad att inräknas till gruppen handikappade i samhället.

På sin fritid hade Anja i sitt tidigare liv haft flera fritidsintressen. Naturupplevelser var något som hon satte högt. Hon berättar att ensamma fjällvandringar var en av höjdpunkterna på fritiden. Trafikolyckan innebar ett slags nytänkande för henne. Idag har hon börjat måla och sitter på somrarna i föräldrarnas sommarstuga och skapar kreativt målningar.

5.4 *Kvinnan och trafikskadan som social konstruktion*

Nyt on kaunis syksyinen ilma,
mulla ei ole ajatuksissani mikään elämänsuunitelma.
Yksinäiseksi itseni tunnen perheeni kanssa tämän
vammaisen naisen elämän,
toiveeni on että joku ystävä saa minut heräämään.
Minulla on vasen jalka ja käsi halvaantunut,

mutta onneksi olen vähän parantunut,
nyt pystyn 1 kepin avulla kävelee,
ja 1 minua auttavan käden avulla kävelee, kun se käsi minua tukee.
Mulla on ystävän etsintä päällä,
kauniina syksy säällä.
Mietin itsekseni ajatusta mikä tulee mulle sen onnetomuuden jälkeen
eteen tässä mun harmaassa elämässä,
Pohdin oonko tulevaa elämää varten heräämässä.
Kaipaam itsellemi turvallista ystävää,
jonka halu mun kanssani yhdessä elää on kestävää.
Tunnen olevani yksin,
toivon saavani olla rakkani kanssa sylityksin.
Se ihminen olisi mulle rakas,
joka saisi mun elämänhaluni tulemaan minulle takas.
Mietin kovasti miksi yksinäiseksi nyt itseni tunnen?

(*anonym trafikskadad ur den finska enkätstudien* 1996)

Enkätstudien i Finland och Sverige har visat att det finns könsskillnader på några områden hur män och kvinnor uppfattar och upplever sin livssituation efter olyckan. I det här avsnittet har jag tänkt att diskutera den trafikskadade kvinnan och den egna identiteten som handikappad. Jag har funnit i mina intervjuer med kvinnor som blivit handikappad mitt i livsskedet att de genomgått förändringar. Gisela Helmius menar att handikapp och kön oftast studerats av forskare åtskilt. Enligt Helmius har själva handikappet varit en fråga för handikappforskningen medan könsfrågan uppmärksammats av kvinnoforskningen.[12] I min studie av trafikskadades sociala vardagsliv har jag valt att inkludera båda sidorna, d.v.s. såväl handikappidentiteten som eventuella könsskillnader när det gäller olika sociala fenomen och dess förekomst. Det är, liksom Helmius skriver, möjligt att tala om handikapp som en social konstruktion. Med detta ska förstås att begreppet handikapp är relativt beroende på i vilket sammanhang det sätts in i. Den sociala verklighet som den trafikskadade möter handlar om två problem. För det första kan det handla om den egna upplevelsen av sin situation och av sitt liv. Ett andra problem som möter den skadade är de egna tankarna om hur andra människor i den omedelbara omgivningen ser på honom eller henne.

Flera av de intervjupersoner jag mött har berättat om sina upplevelser och de tankar som de haft om sin identitet och de förändringar som skett inom den inre livssfären. Flera av de kvinnor som jag träffat har berättat om tankarna

rörande identiteten. Intervjuerna visade att fler kvinnor än män öppet berättade om den hotade identiteten och sina känslor inför den. Jag ska i det närmaste redogöra för några exempel ur intervjuerna där sådana uppgifter framkom.

Sirkka hade upplevt hur hennes cykelolycka inte bara hade förändrat hennes sociala liv utan också påverkat hennes uppfattning om den egna identiteten. Under 1960- och 1970-talen var hon aktiv inom såväl politiken som inom kvinnorörelsen. Det här är intressen som hon inte längre håller på med. Tidigare hade dansen varit ett intresse för henne men idag har hon svårt att se någon dansa. Den första tiden efter olyckan lärde hon sig att klara sig som en funktionshindrad kvinna i vardagslivet. Hon lärde sig gå och fungera i sin sociala miljö. Sirkka fick proteser efter olyckan som hon fick lära sig att gå med. Idag flera år efter olyckan kan hon inte tänka sig att leva utan sina proteser. Proteserna ger henne den frihet som hon behöver. Det nya benet ger henne frihet att förflytta sig dit hon önskar.

Men den första tiden efterföljdes snart av en tid som blev svårare för Sirkka. Trots att hon själv uppfattade sig som en värdefull människa fick hon allt mer en känsla av att människor i omgivningen hade en annan uppfattning. Under intervjun talar Sirkka om att hon känner inom sig att hon uppfattas som en andra klassens människa. Själv tycker hon att det är mycket depressivt när hon gör sådana upptäckter. En annan av de upptäckter som Sirkka gjort flera år efter olyckan var hennes syn på sig själv som handikappad kvinna. Den sociala konstruktion som det nu gällde för Sirkka handlade om i vilken utsträckning hon hade förmåga att se sig själv i spegeln som handikappad kvinna.

> »Jag tror att den svåraste saken är tala om identitet, om min identitet. Och om hur det har ändrat vårt...hurdant det är att vara en kvinna, en handikappad kvinna och mitt liv med min man och hur han lever med en handikappad kvinna till exempel. Det är svårt. Det är saker som vi har talat om. Jag tror att min man inte har talat så mycket med mig...på ett ärligt sätt«. (SIRKKA)

Sirkkas uttalande visar att det också inom den egna familjen kan vara svårt för en människa att tala om sina innersta känslor exempelvis när det gäller frågan om hur man upplever sin egen identitet. Sirkka har talat med flera kvinnliga vänner och funnit de som lyssnat på henne och hennes tankar. Hon

tror däremot inte att den som lyssnar och förstår själv måste vara handikappad utan att det istället handlar om hur man är som människa.

> »Jag skulle säga att man måste försöka vara så normal som möjlig. Och leva så normalt som möjligt och känna sig lika värdefull som före olyckan. Det är det som jag försöker berätta för mig varje dag. Jag har pratat med många kvinnor men jag har sett att det är så personligt. Människorna är så olika och jag tror att man inte behöver vara handikappad människa för att förstå lika bra. Till exempel har jag en väninna som är väldigt värdefull för mig och jag tror att hon förstår bättre än någon annan människa utan att behöva tala om det. Det beror väldigt mycket på människan, hurdan han eller hon är«. (SIRKKA)

Efter olyckan fick Sirkka träffa en psykiater som förklarade för henne att hon måste vara lycklig över att hon överlevde olyckan. Vid ett senare besök hos en läkare fick hon förklarat för sig att det var hennes ålder som orsakade svårigheter i hennes liv. »När du snart är femtio då kan det vara åldern och jag kan ge dig medicin som hjälper«, hade läkaren förklarat berättar Sirkka under intervjun. Men Sirkka tog inga mediciner. Hon sökte stöd från annat håll. Familjen och hennes många vänner kom att ge henne det stöd som hon behövde.

Ibland får Sirkka tanken »är det jag som går så dåligt?«. Tankarna om det egna handikappet och identiteten gör sig ofta påmind. Det är som om hon aldrig skulle lyckas bli fri från dem. Trots att det gått flera år efter olyckan har händelsen satt djupa spår hos Sirkka. Sviterna efter olyckan skapar nya problem och tankar. Likaså sker nya skiftningar i den bemästring som hon använder sig av.

Ett av hennes intressen – dansen, kan hon inte längre utöva. Sirkka säger under intervjun att »det är inte lätt att se när andra människor dansar.« Hon berättar hur hon älskat dansen och fortfarande inte har tappat hoppet om att hon än en gång ska kunna klara av att dansa. Hennes handikapp har begränsat hennes rörlighet. Men idag verkar det som om det först och främst vore hennes egna tankar och känslor som begränsar hennes frihet att kunna dansa.

> »Jag går inte heller om vi har någon fest och jag vet att man dansar där. Jag går inte gärna dit därför att det är så svårt att leva när man inte kan göra det själv. Jag vet inte...men det är min sak. Det är inte lätt att se när andra människor dansar«. (SIRKKA)

Det här visar vilka konsekvenser trafikskadan får för människan när det gäller hennes möjligheter att klara av att acceptera sin nya situation som handikappad. Jag frågade Sirkka under intervjun om inte en rullstolsbunden kvinna kan klara av att dansa. På frågan svarade hon följande:

> »Jo, jag vet det. Men som jag har sagt. Jag kan ännu inte tänka att handikappade människor gör så. Jag kan inte tänka att leva livet sådär. Det är kanske någon protest mot handikapp. Jag vet inte«. (SIRKKA)

Denna svårighet att se på de förluster som olyckan åsamkat återfinns också i Kieslowskis drama. I filmen *Frihet. Den blå filmen* säljer huvudpersonen Julie familjens hus efter att hennes man och dotter omkommit i bilolyckan. Hon söker en ny lägenhet och säger till en man på en bostadsförmedling; »Det får inte finnas barn i huset«. Vilka förluster det än är fråga om så är de kännbara för den drabbade människan. Man vill ibland inte se eller höra talas om det som förlorats.

Den trafikskadade kvinnan som en social konstruktion är viktig också på andra plan. De kvinnobilder som framträder i studien visar att problemen med den egna identifikationen men också den egna föreställningen om hur andra uppfattar dem efter olyckan har varit påtaglig hos flera respondenter. Seija berättade under intervjun hur hon märkte attitydförändringar inom det sociala nätverket när det gällde förhållandet med hennes man:

> »Jag hade många vänner och var ute i rörelse jämt. Min man och jag var hos kompisar men alla försvann efter olyckan. Vi var aktiva i kyrkan. Jag kunde inte komma dit efter att jag hade skadat mig. Jag kunde inte gå ut någonstans utan hjälp så jag fick sitta inne i rullstolen medan min man gick ut. Och äktenskapet det led ju också av detta. Andra tyckte att det var tråkigt att han hade en invalid till fru och att han skulle skaffa sig någon som var frisk«. (SEIJA)

Seija fortsatte under intervjun att berätta hur hon upplevde att omgivningen betraktade henne som enbart handikappad och inte som den kvinna som hon var före olyckan:

> »Det var jobbigt. Egentligen var det hans släkt som tyckte att han skulle lämna mig bara för att jag var skadad. Jag var ingenting att ha längre för att jag inte längre var frisk. Det här påverkade honom mycket och det hände en

gång till och med att hans bror hade tagit med sig en flicka hem till oss för att kunna föra ihop honom med henne och lämna mig hemma. Det är ju många som tror att om man sitter i rullstol och man är skadad då är man skadad i huvudet också. Man behöver inte bry sig om den som är skadad och den som sitter i rullstol den är...den har inga känslor och den har...den är ingenting att bry sig om. Den kan man behandla hur som helst«. (SEIJA)

Seija och hennes man separerade efter något år. Hon berättar under intervjun hur svårt hon haft att acceptera sitt handikapp. Olyckan inträffade strax efter att Seija och hennes man gift sig. De skulle ha rest på smekmånad när Seija blev påkörd av en bilist. Omgivningens attityder till en handikappad kvinna har varit svår att bära för henne.

»Det är många som ser ned på handikappade. Jag har fått höra många glåpord efter mig. Då, när jag och min man var nygifta så sa grannarna ›Aha, din fru är invalid. Det är synd om dig!‹. Det är väl något som jag skäms för«. (SEIJA)

Den trafikskadade kvinnan som social konstruktion är något som har framkommit hos flera av intervjupersonerna. En intressant fråga som kan resas är i vilken utsträckning mäns och kvinnors självuppfattning om den egna identiteten och handikappet skiljer sig åt. Det har dock inte varit mitt syfte i intervjuerna att söka ett svar på denna frågeställning, men intervjun med Maria, som lever som skallskadad, visar hur en handikappad kvinna ser på trafikskadan, kvinnan och den egna identiteten.

»Nej, jag tror att det har med individuella personligheter. Jag tror inte att en man eller en kvinna särskiljer sig när det gäller det. Jag vet och förstår att kvinnor är oftast mer emotionellt välutvecklade...att vi ändå kan liksom känna mer. Medan en man är mer snabb och lite effektiv i sitt tänkande. Att man kan på grund av det uppleva lite olika. Men jag tror inte att man upplever det på grund av könsskillnader för visst kan mannen uppleva på grund av sitt effektivitetstänkande att det är ett helvete att inte kunna gå. Men kvinnan kan på grund av sin emotionalitet också uppleva det som ett helvete. Så jag tror inte att det särskiljer sig mellan könen«. (MARIA)

Katri ger under intervjun uttryck för sina svårigheter med att fortsätta att vara en kvinna.

> »Det är inte lätt. Det är inte lätt att vara kvinna. Jag tänkte att det är mycket svårt att tänka att jag inte mera kan sköta mig som jag har skött mig förr. Jag kan inte tvätta mig och jag inte gå till WC. Jag kan kamma mitt hår lite. Men sådant som du gör själv och som du gör i hemlighet. Allt det här...och sedan att du också inte ser likadant ut som du gjorde förut. Du går så här (Katri sjunker ihop och sänker sitt huvud till axlarna för att visa) och musklerna går bort och du blir inte som du har varit förr. Det är svårt. Du måste ändra dina tankar«. (KATRI)

5.5 *Bilens sociala betydelse efter olyckan*

Bilen ger människan dess möjligheter men också begränsningar. Det finns flera olika perspektiv på bilen och bilismen som fenomen. Betraktat från ett filosofiskt perspektiv kan bilen ses som såväl frihet som ofrihet. Kieslowski betraktar människan som bilens fånge när han skriver:

> »Därför försöker man parkera den på ett sådant sätt att den inte blir repad, och man börjar leta efter en garageplats, något som är oerhört svårt att hitta i stan. Det finns inga garage. Det finns inga parkeringsplatser. Man har ingenstans att parkera«.[13]

Detsamma gäller när en olycka inträffar. Man har ingenstans att ta vägen förutom att sitta kvar i bilsätet fastspänd av säkerhetsbälten. När väl olyckan inträffat sker en övergång från den personliga frihet som bilen skänkt till en ofrihet. På så vis är det möjligt att säga att bilen ger människan dess frihet men också för många människor en frihetsberövelse. I det välfärdsdrama som nu utspelas får i ett första skede bilen ett värde som berövare av människans frihet. Det finns forskning som visat att människor som skadats i olyckor blivit rädda för bilen och trafiken i samhället. I ett senare skede i dramat kan emellertid bilen få ett nytt betydelsefullt värde för den trafikskadade och handikappade människan. Flera av de intervjupersoner som deltagit i undersökningen har berättat hur bilen fått en ökad social betydelse för dem efter olyckan. Även om de alla inte själva har förmåga att köra bil ser de bilen som en möjlig väg till frihet. Bilen kan hjälpa exempelvis en handikappad människa att uppnå ökad frihet och välfärd genom att han eller hon kan ta sig ut i naturen och till platser dit det annars skulle vara svårt eller kanske omöjligt för en handikappad att klara av att bege sig till. Bilens sociala betydelse kan också enligt min mening ses som en strategi till bemästring för individen.

Trots att bilen och bilismen skadats människan svårt i olika avseenden så har de trafikskadade fortsatt att använda bilen som kommunikationsmedel även om användandet tagit sig uttryck i andra former än tidigare.

En av intervjupersonerna, Per, är ett exempel på när bilen spelar en stor roll i en människas liv. Han är ryggmärgsskadad efter en svår trafikolycka som inträffade 1986. Idag bor han tillsammans med sin sambo i ett nybyggt hus i Västsverige. Intill huset finns ett dubbelgarage där han har sina bilar. Bilar är nämligen ett av hans stora intressen i livet fortfarande. Sedan han var sex år gammal har han varit motorintresserad. När han växte upp hade han ett fritidsintresse som bestod i att bygga om bilar. Före olyckan var han bilmekaniker och idag flera år efter olyckan, är han fortfarande kvar inom bilbranschen.

Per är idag rullstolsbunden. Han har flera fritidsintressen och är också aktiv i en lokal trafikskadeförening och beger sig ibland ut på skolor och berättar om sig själv och om sina erfarenheter och kunskaper som handikapp.

Idag är Per förlamad från bröstet och nedåt. Armarna kan han röra medan fingerfunktionerna är mycket dåliga. Vid olyckan bröt han också en arm och käken.

> »Jag jobbade rätt så mycket och så ut med kompisarna och så höll jag väl på med bilar och motorcyklar. Och så jobbade jag rätt så mycket och gjorde ordning rätt så många bilar också. Så man var många gånger på jobbet från det man vaknade till det man somnade«. (PER)

När de olika operationerna efter olyckan var avslutade kom tankarna hos Per att handla om hur livet skulle bli hemma, om hans motorintresse och hur hans relation till kvinnor skulle bli i framtiden. Under intervjun ger Per en bild av sig själv att han trivs med sitt liv. Han säger att livet är som tidigare och att han värderar de värden som han har i livet högt.

Bilen har för flera av de trafikskadade en social betydelse. Någon ser bilen och motorintresset som ett fritidsintresse. För en annan människa betyder bilen ett medel för att uppnå frihet. Genom bilens mobilitet skapas möjligheter för en handikappad att exempelvis komma ut till naturen och på så vis upptäcka nya värden. Men bilen kan också vara ett redskap som använts i det tidigare yrkeslivet. Intervjun med Gunnar och Ingela, båda whiplashskadade, visar de sociala konsekvenser som olyckan fått efter olyckan. Gunnar arbetade som lastbilschaufför tiden före den första olyckan. Under årens lopp har han varit med om ett flertal trafikolyckor. Mötet med Gunnar och Ingela skil-

jer sig från de övriga intervjuerna på flera vis. Paret har också fyra barn och samtliga familjemedlemmar har varit med om olyckor i trafiken. Gunnar och Ingela har haft traditionella arbetaryrken. Idag arbetar ingen av dem. Gunnar lever som sjukpensionär samtidigt som Ingela är halvt sjukpensionär. Under årens lopp har samtliga familjemedlemmar drabbats såväl fysiskt som psykiskt av flera trafikolyckor. Samtalet med Gunnar och Ingela kom att få karaktären av en gruppintervju. Gunnar ville inte att intervjuerna skulle genomföras enskilt. Under intervjun kommer det fram att Gunnar är besviken på det bristande stöd de fått av den närmaste omgivningen. Det sociala nätverket upplevs som mindre bra. Gunnar berättar hur besviken han är på sina vänner och på sin egen släkt som han tycker ha svikit honom. Brodern bor i grannhuset men Gunnar säger under intervjun att de inte längre talar med varandra. Gunnar känner sig också besviken över hur han blivit behandlad i arbetslivet efter olyckorna. Han upplever att arbetsgivaren ville göra sig av med honom. Gunnar berättar att han upplevde att arbetsgivaren försökte förmå honom att säga upp sig under rehabiliteringstiden. Han vägrade emellertid att göra detta och situationen blev allt sämre på jobbet. Gunnar upplevde att han blev tilldelad en äldre och sämre lastbil som han skulle få köra. Känslan av att bli både utfryst och mobbad på arbetsplatsen kom att kännas allt starkare inom Gunnar. Idag arbetar han inte.

Både Gunnar och Ingela berättar under intervjun att de haft stora svårigheter med att klara av att hantera livet efter de olyckor som de varit med om i familjen. »Det enda är väl stödet av vänner om de blir kvar i så fall och om de inte flyr. Och om man får en bra läkare som verkligen lyssnar och förstår«, säger Ingela. »När en hel familj blir drabbad så kan man ju inte lösa alla problem inom familjen. De blir för stora« fortsätter Gunnar under samtalet.

Han berättar att de inte har fått något bra stöd av vänner och bekanta efter de olika trafikolyckorna.

> »Det är precis som man hade pest eller kolera eller någonting i den stilen. Man blir både ledsen och deprimerad bara man tänker och ser sådana människor för att...och andra sidan får man tänka så att de inte vet vad det handlar om. Jag vill tänka så positivt som möjligt och försöka hitta så många tänkbara möjligheter för att gå framåt och få en skonsam och så glad och meningsfull framtid som möjligt«. (GUNNAR)

Han tycker att trafiken blivit allt intensivare och krävande under senare år. Han berättar om den tiden när han arbetade som lastbilschaufför och fick rädda många människor från att råka ut för just trafikolyckor på vägarna.

> »Det var ju det som var så obehagligt den sista tiden när jag körde lastbil. Jag fick ju ideligen rädda folk. De kom ju front mot front mot lastbilen och det skulle ju bli mos av dem om jag inte körde ned i dikeskanten. Jag har till och med kört ned i diket ett par gånger för att de skulle överleva. De fattar ju inte vad de håller på med«. (GUNNAR)

Bilen har också fått en social betydelse för Gunnar. Ett av de fritidsintressen som han delar med flera handikappade i studien är just motorintresset.

> »Jag försöker att ta itu med min hobby så gott som jag kan. Det är först och främst bilar. Att umgås med människor har också blivit viktigare för mig. Det hade man inte tid med innan. Och något som gav mig väldigt mycket var att bli fadderförälder för invandrare. Det gjorde att jag kom tillbaka till livet igen. Jag kände mig isolerad. Jag hade...mina intressen orkade jag inte med. Jag orkade inte att engagera mig och var handlingsförlamad mer eller mindre. Jag isolerade mig. När jag kom ut ur det här medicindrogandet sedan började min ›jädra-anamma-vilja‹ att komma tillbaka. Dit men inte längre – jag tror att det har hjälpt mig mycket att jag är så förgrymmat enveten. Vi kan inte förlita oss på hjälp för att det finns ingen hjälp. Det skulle finnas någon typ av krisjour eller någonting sådant där«. (GUNNAR)

Gunnar berättade om stunder när han var djupt deprimerad efter olyckorna. Han berättar att det egentligen bara fanns en tv-apparat och att allting kändes meningslöst. Det var då han bestämde sig för att bli fadderförälder för invandrare på den ort där familjen bor. Gunnar berättar under intervjun om något som han som trafikskadad saknat.

> »Jag fick ett människovärde helt enkelt. När jag kom ner till torget kom en av invandrarna fram på andra sidan torget och ropade och vinkade och ropade på mig ›Hej Gunnar!‹. Och då kände jag att jag betydde någonting. Det där hade jag ju inte varit med om under flera år sedan det börjat krångla med ryggen när jag blivit sjukskriven«.

Under intervjun kommer det till uttryck att olika människor har olika svårt att tala om sina erfarenheter som trafikskadade. Ingela tycker inte att det är

jobbigt eller svårt att tala om sin situation under djupintervjun. Gunnar tycker tvärtom, han har svårt för att riktigt berätta om sina känslointryck och om sina innersta tankar efter olyckan.

»Det känns så meningslöst att diskutera om det. Det blir varken till eller ifrån«, säger Gunnar.

5.6 *Lidandets dimensioner*

Pirjo är i 50 års-åldern när jag träffar henne. Idag bor hon tillsammans med sin 19-åriga dotter i en lägenhet i centrala staden. Hennes sambo är död sedan flera år tillbaka. Pirjo har under sitt liv arbetat inom sjukvården som sjukvårdare. Bland annat har hon arbetat mycket inom vården med cancerpatienter. De tio åren före trafikolyckan som Pirjo var med om, vårdade hon också sin cancersjuka moder. På väg hem från kyrkogården kolliderade Pirjo när hon körde bilen. I bilen fanns också hennes dotter som skadades lindrigt. Pirjo blev svårare skadad. Hennes ben skadas och hon blir till en början rullstolsbunden. Idag, fem år efter olyckan, lever hon som handikappad och har begränsningar i sin dagliga livsföring.

Året 1991 innebar stora livsförändringar för Pirjo förutom trafikolyckan. Såväl hennes mor som bror avled i cancer. De tre stora förändringarna i hennes liv har kommit att sätta prägel på det liv som hon lever idag. Hon har haft ett bra socialt nätverk tiden efter olyckan. Idag är Pirjo med i en handikapporganisation för att få kunskap och information om handikapp.

Eriksson talar om lidandets dimensioner. Dessa dimensioner utgörs av något ansättande, något behäftande, lust och njutning, prövning, döende samt något som för individen framåt.[14] Samtliga dimensioner av lidande kan karaktärisera Pirjos väg tillbaka till livet efter den svåra olyckan. Hon har under större delen av sitt yrkesverksamma liv arbetat inom sjukvården där hon sett lidandet på nära håll men också varit en del i stödet för lidande människor. Har då Pirjo haft en fördel jämfört med andra människor som inte arbetat inom vården och sett lidandet så ofta och så nära? Naturligtvis har hennes erfarenhet varit till hjälp på vägen tillbaka till livet. Likaså har hennes erfarenhet varit stöd för hennes bemästringsstrategier. Under intervjun säger hon att hon borde haft erfarenheten som skadad före hon blev sjukvårdare. »Nu har jag förstått bättre vad det innebär« säger hon.

Lidandets dimensioner inryms i de tre stora händelser som ingick i Pirjos liv 1991. Hon miste två familjemedlemmar i cancersjukdomar samtidigt som

hon själv och dottern skadades. Tiden bestod av döende men också av prövning och bemästring till ett nytt liv. Denna tid av omdaning var naturligtvis påfrestande och ansättande. En av lidandets dimensioner som kan sägas omfatta lusten och njutningen i livet var svår att finna i dessa händelser.

> »Det försvann en massa saker i mitt liv. Det fanns ingen kvar mer. Å ena sidan var det ganska lätt för på ett sätt var det tre sorger som bearbetades samtidigt, men nu först, så här länge efteråt, nu kommer frågan varför? Nu skulle jag ju haft tid med min mamma och kontakt med min bror. Men nu är det en karusell som snurrar runt och runt och aldrig stannar«. (PIRJO)

Pirjos möjligheter i att bemästra sin situation efter olyckan och de sorger som inträffade samma år, kan i stort förklaras genom de copingresurser som hon haft till sitt förfogande. Resurserna har bestått av ett starkt socialt stöd från anhöriga och vänner. Den mångåriga erfarenheten av vården av cancerpatienter på sjukhus hade gjort att Pirjo fått nära kontakt med lidandet i olika meningar. Hennes egen trafikskada och handikapp har idag i efterhand fått henne att utvärdera sitt eget arbete inom cancervården. Men också hennes kontakt med andra lidande människor i samhället.

> »Jag kände att det var tungt, när jag visste att det i rapporten stod att de opererats för cancer och när jag såg namnet och hemorten. Det var jobbigt att förbereda sig och gå in dit när min arbetstid började för jag visste nästan till hundra procent att de skulle säga ›Vad bra att du kom. Jag skulle vilja prata om det här‹. Och då fanns det tusen andra saker som skulle lösas samtidigt. Det kändes jobbigt. Jag skulle ha velat ge mer tid åt patienterna, men det går inte utan att förbereda sig. Vad jag har märkt efter min olycka, är att jag då inte gav information om vad patienten borde göra när hon kom hem. Det hörde inte till mig. Jag var ju bara primärskötare, men det var vi primärskötare som mest var inne hos patienten. Och de hade massor av frågor, och jag visste inte vad jag skulle svara på dem. Det borde vara mer skolning åt hela personalen på ett sjukhus. Vad behöver en skadad när hon kommer hem?« (PIRJO)

Den form eller dimension av lidande som här framträder kan sägas ha fått en mening för Pirjo. Lidandet och dess mekanismer har inneburit något positivt för henne. Hon har bemästrat sin situation. Idag kan hon se tillbaka både på sitt yrkesliv, på olyckan och hur rehabiliteringstiden varit för henne. Den dimension av lidande som det här är fråga om är en kraft som för Pirjo framåt.

Antti berättar under intervjun vilka svårigheter han haft med att kunna kommunicera med människor i samhället. Medan hans hustru arbetar på dagarna är han hemma i huset tillsammans med hunden. Hunden har en stor social betydelse för honom. Det är hunden som får Antti att gå ut på dagarna och gå promenader utanför huset. Följande samtal utspelar sig under intervjun med Antti:

> »Jag har flera projekt och sedan så har jag hunden. Hunden tar reda på att jag går varje dag. Att jag ska gå är viktigt. Hunden får mig att gå«.
> Om du inte hade hunden?
> »Då skulle jag finna något annat. Det är så svårt för mig att jag inte bara vill gå ut för att gå«.
> Vad menar du när du säger så?
> »Jag menar att jag vill ha ett skäl att gå. Det är inte så...jag är nittioprocent...jag har en invaliditet på nittio procent, så det är inte så roligt att gå ute. Du har ett skäl liksom en trevlig hund som alltid vill gå. Då är det lättare«. (ANTTI)

Berättelsen kan liknas med den beskrivning som Harry Martinson skriver i sin bok om luffarens vandring längs vägen. För en trafikskadad med en större hjärnskada kan livet och vandringen längs vägen upplevas som påfrestande och svår på flera vis. Antti upplever sin promenad med hunden lättare än om han ensam gick längs vägen. I intervjun säger han att »skälet« till att gå ut är hundens behov att gå. Harry Martinson skriver om luffarens vandring längs vägen. För Martinson är luffarens liv begränsat men vägen till Klockriket finns ändå där i människans medvetande. Martinsson skriver:

> »Vill man till Klockrike får det ske i drömmen. Det är därför drömmen är till. För att mänskan skall kunna kringgå sina egna ben och bojor«.[15]

5.7 *Sammanfattning*

I kapitlet har jag redovisat olika livssituationer och livsskeden för intervjupersonerna. Syftet med att beskriva några av respondenterna mer utförligt än andra i avsnittet kan förklaras naturligt då intervjuerna genererat situationer som kan tänkas ha delats av flera av dem. Jag har medvetet redogjort för några empiriska iakttagelser som kan ge ytterligare evidens för de olika bemästringsstrategiernas betydelse och roll för den handikappade. Ett viktigt

resultat som de olika bemästringsstrategierna kan sägas ha givit är de positiva konsekvenserna. För majoriteten av de intervjuade kan olika typer av strategier sägas ha bidragit till ett rikare liv och till en mer livsbejakande livssituation. Men det finns också flera exempel där människan haft svårigheter att finna lämpliga strategier för att övervinna svårigheter och hinder såväl i det praktiska vardagslivet som ur ett emotionellt perspektiv. För flera av dem har vägen till en bemästrad tillvaro varit lång och brokig. Några har haft förmåga att efter en relativt kort tid lyckats finna den för honom eller henne rätta bemästringsstrategin.

Ett viktigt resultat av den kvalitativa studien är att valet av bemästringsstrategi bör ses som unik och specifik för varje individ. Copingprocessen ska, som också tidigare forskning gjort gällande, betraktas som en dynamisk process i en människas liv. Två viktiga och vanligt förekommande strategityper som respondenterna tillgripit tiden efter olyckan har varit den problembaserade strategin och den emotionella strategin. I avsnittet har jag beskrivit livssituationen för en tetraplegiker som använt sig av en utvecklad planering som problembaserad strategi. Begreppet social tidtabell myntades av en intervjuperson som var beroende av hemvårdspersonalens stöd och hjälp.

Ett annat resultat som framkommit i intervjustudien har varit existensen av en inbyggd rädsla hos den handikappade. Utifrån de empiriska iakttagelserna i kapitlet har jag beskrivit det faktum att det kan finnas en rädsla som uppstått som en följd av den handikappade människans beroende till andra. Rädslan har betraktats utifrån en situation där människan befinner sig helt ut hjälp. Rädslan för den egna sårbarheten, utsattheten och beroendet har exemplifierats tydligast i intervjuerna med Katri, Anja, Antti och Sirkka. Rädslan verkar finnas kvar på lång sikt efter trafikolyckan. Intervjuerna visar hur den trafikskadade lyckats övervinna denna rädsla genom att använda sig av olika strategier.

I kapitlet har jag också uppmärksammat kvinnan och trafikskadan som en social konstruktion i den verklighet som möter den handikappade. Mot bakgrund av de resultat som framkom i den kvantitativa delen i avhandlingen har det varit motiverat att särskilt observera den handikappade kvinnan och hennes självupplevelse av den egna identiteten som handikappad. Resultatet av intervjuer med flera trafikskadade kvinnor visade att olyckan som inträffade i olika livsskeden fick kvinnan att genomgå förändringar av sin identitetsuppfattning.

6. Akt V. Mot en förändrad filosofi

En solig sommardag för länge sen'
kom jag cyklande med bruna ben.

Jag tänkte på vad vi skulle göra på kvällen
då kom SMÄLLEN.

Det var varmt, rött och mörkt i huvudet,
jag kunde inte se. Min pappa satt och
höll om mig då försökte jag att le.

Han var så rädd det kände jag och
sedan blev allt svart. Så fort jag minns
tillbaka så blir jag bara matt.

Tänk om ja haft en cykelhjälm då!
Kan man få barn att förstå???

Christina
(*Ur enkätundersökning om trafikskador i Sverige och Finland år* 1996)

DET HÄR KAPITLET kommer att behandla den handikappades filosofi och den förändrade livsfilosofi som en traumatisk upplevelse innebär för en trafikskadad människa. Kapitlet inleds med en teoretisk anknytning till lidandet som dimension och som bemästringsstrategi för den handikappade. Lidandet diskuteras också i sammanhanget när intervjupersonernas drömmar om framtiden redovisas. Därefter redovisas de konkreta fallen från djupintervjuerna. I avsnittet redogörs också för hur den handikappade ser på begreppet handikapp och invalid utifrån den egna personen och situationen. Hur definierar de trafikskadade handikapp/invaliditet utifrån de egna erfarenheterna?

Livet efter en trafikolycka innebär ofrånkomligt olika konsekvenser i män-

niskans liv. Detta liv kan ha gemensamma drag med vad Eriksson benämner för lidandets universum. Eriksson skriver, som hon uttrycker det för, att »lidandet är tillägnat människan«.[1] Hon menar att livet och levnaden i sig innebär lidande. Lidandet men också livet kan betraktas som ett mysterium. Eriksson benämner fenomenets gränslöshet för universum. Lidandet kan vara oändligt och varierar mellan människor. Likaså är filosofin i livet hos varje människa naturligtvis unik. Hur förändras värdena i livet efter en trafikolycka och hur påverkas copingframgången av en förändrad filosofi? Det är intressant att spekulera huruvida det är en förändrad livsfilosofi i sig som gör det möjligt för individen att tillgripa en viss copingstrategi för att nå framgång och lösa problem i sin tillvaro, eller om det är själva strategivalet som förändrar människans filosofi och inställning till livet.

Under samtalen med intervjupersonerna fann jag det vara utbrett att filosofin till livet och livsvärdena var förändrade hos många av dem. Förändringen av livsfilosofin kan enligt min mening vara förknippad med frågan i vilken grad en olycka kan anses föra något gott med sig. En olycka innebär lidande för den som drabbats men lidandet är föränderligt. Som Eriksson skriver kan själva lidandet resultera i något gott efter att den drabbade individen har gått igenom sitt eget lidande. Först efter en sådan genomgång kan lidandet tillskrivas en verklig mening för individen. Däremot anser Eriksson att lidandet i grunden saknar all mening. Vid en första anblick av frågan »Kan en olycka föra något gott med sig?«, är det lätt att det väcks starka känslor hos människor. Frågeställningen är både kontroversiell och känslig. Men för de som skadats svårt i trafikolyckor och blivit handikappade kan frågan ses som mer öppen och naturlig. De intervjupersoner som ingår i undersökningen har nästan alla, gått igenom sitt eget lidande i livet. De kan se tillbaka på tiden efter olyckan och dra slutsatser hur de lyckades klara av sin bemästring med den nya livssituationen. Eriksson skriver:

> »Varje människa försöker bemästra sitt lidande genom att offra, att utföra en försoningsgärning. Lidandet saknar ett explicit språk, men i dess oändliga tystnad finns det olika uttrycksformer som vi kan uppfatta med våra innersta och finaste rörelser, vår medmänsklighet och vårt medlidande«.[2]

I sin bok »*Den lidande människan*« beskriver Eriksson lidandet ur olika dimensioner. Eriksson urskiljer främst sex lidande-dimensioner som framgår enligt följande figur, där jag också placerat in lidandereaktionerna i relation

till vad som kan betecknas som det inre respektive yttre sfärerna i en människas liv:[3]

Figur 11:6:1 *Lidandet i människans välfärdsdrama. Lidandereaktioner baserade på Katie Erikssons tolkningar av begreppet lidande.*

LIDANDE (REAKTIONER)				
TOLKNING	Yttre	Något som ansätter	Prövning	Något som för framåt
TOLKNING	Inre	Något man är behäftad med	Döende	Lust och njutning

Utifrån de ovan beskrivna dimensionerna av lidande, kan man säga att de mycket väl beskriver respondenterna i studien. I kapitel tre behandlade jag altruismen och självförverkligande som en bemästringsstrategi. Altruismen beskrevs tidigare som spontan eller som en organiserad altruism. Intervjuerna har visat att den handikappade valt olika vägar eller strategier i sitt sökande. Det finns personer som sökt sig till den organiserade altruismen d.v.s. de har blivit aktiva i olika handikappföreningar och medverkat i aktiviteter för handikappade. Men de har också på egen hand genom en spontan altruism aktiverat sig för att hjälpa andra människor i utsatta situationer. Altruismen kan också vara medfödd hos människan. Genom en trafikolycka kan graden av altruism öka hos människan. Man skulle kunna säga att det sker en pånyttfödelse hos människan avseende altruismen. Det handlar om en upptäckt av nya livsvärden som kan tänkas ha betydelse för människan och hennes syn på en ny livssituation. Det är bland annat inom denna inre livssfär som människan kan använda olika former för att uttrycka sina känslor och livssituation. Flera intervjupersoner har kommit att använda skrivandet och konsten som en strategi för att förmedla den pånyttfödelse de erfarit genom olyckan.

Under intervjuerna tillfrågades respondenterna huruvida de ansåg om olyckan fört med sig något gott i livet? Betraktat utifrån lidandets olika dimensioner var det möjligt att urskilja olika tankebanor hos de handikappade. Följande citat kommer från några av dem som ansåg att livsfilosofin blivit mer positiv och sundare efter olyckan.

»Ja, det kan göra något gott men ... nu vet jag att jag kan klara det här men...ja, det kan göra något gott...jag känner mig bättre nu än vad jag kände mig före olyckan«. (TOMI)

»Förr var det hela tiden på en verklighetsnivå, en vardagsnivå, där det hände saker hela tiden som jag skulle göra. Nu handlar det inte om saker som jag skall göra utan om en upplevelse...det är min livsglädje och min livskraft som bär mig framåt. Men jag tror det har att göra med hur svårt skadad som du har blivit och vad du har för bakgrund med dig att vila ditt liv på. Så jag tror inte att alla skulle tycka så. Absolut inte. Någon kanske skulle tycka att det var helt förstört va. Jag tycker att det har fört med sig positiva saker och det kommer att bli bättre för mig. Men jag tror att väldigt många människor skulle tycka att det vore provokativt. För det är ju aldrig gott att bli skadad egentligen. Men jag tror att det har med livskvaliteten där att göra att man kan höja den och på något sätt bli medveten om livets värde mer än vad man kanske gjorde tidigare«. (MARIA)

»Det klart att jag sätter mer värde på enklare saker nu. Jag tycker ju inte att allting som jag säger är självklart utan jag är glad över allting nu som är. Jag kan sitta ibland...jag har duschat och doftar lite gott...och jag kan sitta där med en kopp te och...« (IRENE)

»Jag tänkte att jag skulle vilja göra något gott av det onda och dela med mig utav min erfarenhet av detta«. (SEIJA)

»Det är synd att det ska behövas en sådan händelse för att man ska få ut något positivt av livet som i mitt fall. Många uppskattar livet mer efter olyckan de var med om. Det är synd att man inte uppskattade livet mer före olyckan då kanske olyckan inte hade hänt en gång«. (HJALMAR)

»Ja, det kan den väl göra. Den kan ju göra att man tar vara på livet på ett annat sätt om man har råkat ut för någonting till exempel så är det ju många gånger så att man sätter värde på saker och ting. Man tar vara på livet lite mer. Man värdesätter saker och ting lite mer«. (FILIP)

»Allvaret har jag väl fått leva med under många år. Det här med handikapp har jag ju levt med under så många år«.../. »Men om det hände något med någon så här och så vidare. Jag tror att jag tänker allvarligare på det idag. På ett annat sätt«. (MONIKA)

»Jag har lärt mig att enkla saker är det bästa i livet och jag har lärt att vara lycklig varje dag. Jag är lycklig när solen skiner och så vidare. När jag är frisk och barnen växer och jag har en familj och många goda vänner«.../.. »Ja, det kan man säga om man tänker så här. Men jag vill inte att någon människa behöver ha upplevt en olycka för att lära någonting i livet«. (SIRKKA)

»Livsfilosofin kanske var att jag inte hade någon livsfilosofi. Jag hade inte tid att tänka på saker för jag hade mycket jobb och det var full fart. Jag kunde inte och vågade inte stanna upp. Fast jag visste när jag var ute i naturen och var jag lycklig, vågade jag inte förädla det utan jag fortsatte att arbeta. Jag kunde inte skilja saker åt vad som var viktigt«. (ANJA)

Exemplen visar hur en sårbar och utsatt människa plötsligt efter en olycka kan finna ny mark som hon ännu inte haft någon möjlighet att upptäcka. Man kan säga att olyckan på något vis fått människan att öppna sina ögon och undersöka sin omgivning lite noggrannare än tidigare. När Anja under intervjun talar om att hon i sitt tidigare liv saknat en egen livsfilosofi är det möjligt att tala om en nyvunnen filosofi. Hon hade varit en aktiv yrkeskvinna inom skådespelarbranschen och inte haft tid med sig själv riktigt i livet. Olyckan som förvisso gjorde att hon berövades flera friheter genom förluster hade ändå visat sig föra med sig något gott. Anja fick friheten att uppleva sin nya livsfilosofi. Att det trots finns sorg och förluster efter olyckan så har intervjupersonerna kommit in i en upplevelsevärld där olyckan förvandlat flera livsvärden till lycka. Kanske är det så att en sådan här känsla av lycksalighet är en av de absolut viktigaste resurserna hos människan när hon söker efter sin egen bemästring. Naturligtvis skiljer sig känslan av upplevelse från individ till individ. Bemästring handlar ju om förmåga till uppnåelse av såväl specifika som allmänna mål inom såväl livsvärlden som i systemvärlden.[4]

6.1 *Lidandet genom drömmen*

»Människorna spelade nästan alltid teater med alltid något, och alldeles särskilt med sina önskningar, missräkningar och drömmar. De älskade att synas vara allt möjligt som de inte var. Och det var inte mycket att säga därom, ty i det dagliga livet kunde ju var och en för sig inte vara annat än vad verkligheten tillät; och det var ofta inte mycket. Skulle man inte få vara annat än vad man verkligen var, då skulle man snart finna allting så ensamt,

trångt och ödsligt att man förr eller senare skulle betacka sig och gärna avstå från detta ytterst begränsade nöje. Därför spelade människorna så gärna teater. Inte någon särdeles bra teater men i alla fall tablåer och uppträdanden«.[5]

En lidandedimension som Eriksson skriver om i sin bok handlar om lusten och njutningen i lidandet. Lusten och njutningen återfinns i den positiva polen till lidandets dimensioner. Under intervjuerna med trafikskadade ställdes frågan i vilken utsträckning intervjupersonen hade drömmar om sin egen framtid. På så vis ville jag söka kunskap om vilken roll som drömmen hade för den handikappade. Fanns det något lidande i den handikappade människans drömbilder? Vilka var drömbilderna? Hur såg de på drömmen och vilken betydelse hade drömmen för dem efter olyckan?

Tidigare forskning inom handikappområdet har visat på svårigheter att ställa frågor om människors drömmar. Frågan om människans drömmar har ibland verkat vara av känslig natur. Sjöholms studie av handikappade ungdomars erfarenhet av drömmar och dess betydelse visade på svårigheter. Sjöholm konstaterade att drömmarna kan ha varit alltför personliga för att de skulle kunna delgivits forskaren. Men också individens egen övertygelse över att omgivningen skulle förkasta hennes drömmar kan ha varit en av orsakerna skriver Sjöholm.[6]

Huvudfrågeställningen i avhandlingen har varit att försöka finna de bemästringsstrategier som en trafikskadad människa använder sig av för att finna vägen tillbaka till livet. De lidandedimensioner som Eriksson skriver om i sin bok *Den lidande människan*, är i mångt och mycket också giltiga för intervjupersonerna i denna undersökning. Är det möjligen så att lidandet genom lust och njutning kan vara en form av lidande genom drömmar för en trafikskadad person? Eller mer konkret, kan drömmar ha en avgörande betydelse för hur en människa använder övriga resurser och strategier för att nå bemästring av sin situation?

Med dröm avses inte enbart dagdrömmar utan också nya visioner och framtidsplaner hos intervjupersonen. Hur ser dessa planer ut? För att kunna vinna insikt i, och förstå en trafikskadad människas sociala situation och det liv som han eller hon lever, är drömmen ett viktigt socialt fenomen att studera närmare.

Under mina resor hem till trafikskadade i de båda länderna tänkte jag mycket på vad en dröm är för någonting och varför människan drömmer. Jag

fann inget egentligt svar på min fråga. Men när jag steg in i bostaden hos den handikappade fann jag flera svar på min fråga. För den trafikskadade visade sig drömmen ha en stor betydelse för livskraften och livsnjutningen. Mina intervjuer med de skadade visade att det egentligen inte spelar någon roll om drömmarna är realistiska eller inte. Avgörande är istället att människan ger sig tid till att drömma och längta efter något värde i livet. Ville berättade följande under intervjun:

> »Jag vet ganska exakt vad jag kan vänta mig av livet. Inte har jag några underliga drömmar. Inte väntar jag på stora vinster fast jag spelar lotto då och då. Jag vet att det inte skulle ändra mitt liv på något betydligt sätt. Mina drömmar är ganska konkreta. Jag väntar...att jag ska åka upp till Lappland och så hoppas jag att klockan ska gå sakta«. (VILLE)

En annan av intervjupersonerna som inte hade några direkta drömmar var Hagar.

> »Jag har inga drömmar, utan bara att klara den här dagen. Det finns inga drömmar. Jag kan inte drömma för jag blir aldrig frisk. Drömma går alltid men de kommer inte att gå i uppfyllelse«. (PIRJO)

Raimo drömmer om att resa. Han drömmer om att kunna göra resor bland annat till utlandet. Han vill besöka länder som Kina, USA och Ryssland. Också Per drömmer om att få resa till olika länder. Flera av intervjupersonerna berättade under intervjuerna att de har längtan i sina drömmar om att få resa till olika platser. Tomi som är ryggmärgsskadad har trots sin rörelsebegränsning flera drömmar och tankar om att se sig om i världen.

> »Jag drömmer att jag kan gå till söder där det är varmt. Jag tänkte att jag ska gå till Röda havet för att dyka. Det är min dröm«. (TOMI)

> »Min dröm är naturligtvis att jag ska bli frisk...kanske min dröm är att jag accepterar min situation, det gör jag inte ännu«. (ANJA)

Anja som tidigare arbetat som skådespelare har tiden före olyckan haft stora drömmar om sitt arbete och att bli bra och utvecklas inom teatervärlden. Drömmarna kom därför att kretsa mest om yrkeslivet. Men hon hade också andra drömmar kom det fram under intervjun.

»Jag drömde en gång om Brasilien. Då åkte jag dit. Det var en dröm. Jag tror att det var ett problem att jag inte drömde. Det var synd att jag inte drömde, att jag inte hade drömmar. Jag hade för bråttom för att drömma. Jag tror att det är bra att drömma«. (ANJA)

Idag, några år efter trafikolyckan säger Anja att hon drömmer mycket. Hon skrattar under intervjun när hon berättar om sina nya drömmar.

»Nu har jag lärt mig att drömma. Och det är bra. Det är fint att kunna drömma«. (ANJA)

Anja tränar hos en fysioterapeut för att kunna få upp en bättre rörlighet i sina ben. Hon känner att benen är mycket starkare även om hon inte kan gå. Och trots detta faktum så tränar hon. För hos Anja så lever hoppet och livsglädjen. Hon berättar för mig att hon varje dag går och bär på sin stora dröm. Under intervjun förstår jag vilken dröm hon bär på och hon försöker att dela med sig av sin dröm under intervjun. Hon vill berätta om sin innersta dröm för mig. Hon vill berätta om sin ljuvligaste dröm – den dröm som är hennes högsta önskan. Drömmen att kunna gå igen.

En annan av intervjupersonerna berättar också om drömmar under intervjun. Hjalmar som är ryggmärgsskadad berättar om sina drömmar som kan liknas vid Anjas drömmar. Trots att han levt under många år som ryggmärgsskadad och vet att chanserna är försvinnande små, drömmer han om att en gång i framtiden kunna lämna rullstolen för de egna benen.

»Det är ju att komma upp på benen igen så klart. Att få bort mitt handikapp och eliminera och minimera mitt hjälpbehov. Jag tycker att det är jobbigt att vara beroende av andra människor. Man har ju ändå en strimma av hopp alltså...om vetenskapen att de kanske skulle kunna någon gång...men det kanske inte är en procents chans...men det är en dröm och det tror jag att det är för alla i den här situationen«. (HJALMAR)

»Det är själva Finland jag längtar till att kunna bada bastu och slå sig med den här kvasten. Det är det som jag saknar allra mest i Finland för det finns inte här. Här finns inga kvastar att slå sig med. Jag säger till pojken ibland att, han tycker inte att jag är riktig ibland, när jag säger att jag längtar efter den där kvasten. För när man har riktigt ont i benen och ont i ryggen då vill man sitta i en kokhet bastu och slå sig så att det onda försvinner. Det är någonting som jag längtar efter i Finland«. (SEIJA)

Drömmar hos den skadade människan visade sig inte enbart handla om drömmen om att resa och se sig om i världen utan också om något som handlar om aktivitet i arbetslivet. Således handlade drömmen hos flera om att ha en betydelse på arbetsmarknaden och där arbetet kunde få ett verkligt värde för människan. Sven som kämpar med sin whiplashskada, berättar att han vill arbeta och inte vara hemma på dagarna.

> »Ja, kan jag inte jobba heltid utan halvtid så...man hoppas ju i alla fall inte mindre än halvtid utan att man kommer igång så man får komma ut. Man vet inte så mycket. Det är som jag brukar säga att man tar dagen som den kommer. Sedan får framtiden utvisa sig«. (SVEN)

> »Nuförtiden tänker jag bara om jag kunde vara frisk och kanske kunde lära mig att måla bättre och kanske arbeta på något sätt i samhället. Jag menar inte ett vanligt jobb men någonting«. (SIRKKA)

Inkeri berättar under intervjun att hon har som dröm att kunna arbeta aktivt med handikappfrågor i framtiden.

Djupintervjuerna har visat att lidandet genom drömmen har en mångsidighet. De drömmar som de trafikskadade berättar om handlar om drömmen att återvända till ett arbete. Förlusten av förmågan att arbeta har gjort drömmen tydligare. Hos flera av de skadade finns också en inre dröm om att bli frisk, om att handikappet ska försvinna och att tiden ska vara som den en gång var. Att utvecklas sakta och ta tiden som den kommer, är också en vanlig dröm för trafikskadade som fått nya värderingar i och med olyckor.

6.2 *Handikappad eller invalid? En idévärld*

För att återanknyta till den begreppsanalys som gjordes i avhandlingens tredje kapitel, är begreppet handikapp av central betydelse i avhandlingen. De definitioner som använts är två till antalet. De båda definitioner som här åsyftas är begreppet handikappad efter en trafikolycka samt begreppet socialt handikappad. De båda begreppen har definierats tidigare. Det första begreppet, trafikskada, har definierats som funktionsnedsättning hos en människa som skadats psykiskt eller fysiskt genom en trafikolycka och därigenom ådragit sig en personskada. Ett andra begrepp som används i undersökningen är begreppet socialt handikapp. Med detta begrepp ska förstås ett förhållande som innebär att en trafikskadad människa blir isolerad och avskärmad från vänner och

omgivning till följd av sitt handikapp.

> »Ordet invalid och dess användning minskar nog i Finland. Jag har blivit van vid ordet och det stör mig inte, men ordet handikappad (vammainen) ökar och ökar. Det låter bättre. Men inte stör det mig att jag blir kallad för invalid för jag vet ju att jag är vad som helst. Fast de skulle kalla mig för gorilla så skulle det inte störa mig«. (VILLE)

> »Inte är jag invalid men nog något handikappad. Jag tror att man börjar att gå ifrån det här med invalid här också. Jag tror att handikappad är ett bättre ord att säga än invalid för att jag föreställer mig att en invalid är mer handikappad än vad jag är«. (PIRJO)

Raimo tycker att ordet är gammalmodigt och att ordet är stämplat. Men han säger att det finns en fara i att byta ord så att det blir ett nytt språk.

> »Jag tror att man måste tala med sina egna ord. Ordet invalid och handikappad betyder ingenting för mig«. (RAIMO)

> »Nej, de betyder ingenting. Dem jämställer jag de orden. Jag har liksom aldrig förstått det här. Det finns ju en del som inte tål vissa av de här orden till exempel och sådant kan jag inte...jag har aldrig känt det så. Jag tänkte på en sådan sak som rullstolsburen...det ville de byta ut för man sa rullstolsbunden först. Och då var det någon som reagerade på det och tyckte att det var för hemskt. Jag tycker inte att det spelar någon roll. Och invalid...ibland säger jag att jag är invalid«. (FILIP)

> »Jag hade ingen uppfattning om handikappade personer egentligen. Jag visste ju att det fanns kanske utvecklingsstörda annars handikappad var nästa något som blev när man hade ålderkrämpor och började komma upp över åttio eller någonting sånt där«. (FILIP)

Irene svarade så här på frågan om hon känner sig handikappad:

> »Nej. Jag gör inte det. Och jag är borta hos goda vänner på middagar. Det enda som är svårt om man nu ska tala om triviala ting är att jag sällan kommer in på någon toalett för att det är för smala dörrar men jag har löst de enklare göromålen på ett sätt som går mycket bra och sedan är jag lycklig nog att vara ganska...ja...jag menar inrutad så att jag kan...jag vet att nu är detta klart och nu klarar jag av detta«. (IRENE)

Men vem är då handikappad i samhället?

> »Ja, jag tycker ju vet du att om man...för det första tror jag om man är förlamad och har svårt att med armar och styrka och sådant där och är utsatt för att man inte känner om man har ont utan får sår och sådana saker det tycker jag är...det är ju väldigt, väldigt svåra saker. Och då blir man ju väldigt hjälplös i många avseenden och sjukhusberoende eller så. Men just detta att behöva ha oerhört mycket hjälp av någon annan då tycker jag att man är handikappad. Nu var jag...för det första visste jag inte att jag hade en såpass utvecklad motorik så att jag har väldigt lätt för att känna när jag kan lita på mig och ta upp från golvet och sedan detta att jag hade så otroligt starka armar så att jag lyfter ju min kropp på armarna många gånger om dagen. För det är ju det som händer när jag lägger mig och stiger upp och när jag är på toaletten och när jag är på duschstolen och när jag är tillbaka. Det är ju hela kroppen jag lyfter. För jag har ju dessa...det som är kvar. Och det är en otrolig tillgång. Det är ju det här som gör att jag lever så här normalt«. (IRENE)

> Om du inte hade armarna?
> »Ja, då skulle jag vara handikappad. Då skulle jag känna att jag var en handikappad individ«.

> I Finland används ordet invalid medan man i Sverige använder ordet handikappad. Vad tycker du om orden?
> »Jag tycker att handikappad känns bättre därför att jag tycker att det är inte så definitivt. Även om det inte är övergående så finns det en sådan stor bredd i det ordet. Att vara handikappad, det kan ju vara att man bara har ledsyn till exempel. Att man inte är blind men att man har ett handikapp och det kan ju vara ett handikapp att man..ja...att man är lite svag i sina ben men att man kan gå och...men att vara invalid då är det så otroligt definitivt. Då är man alltså så skadad att man inte kan leva ett vanligt liv, vilket jag gör trots att jag inte går«. (IRENE)

> Finns det något nedsättande i orden?
> »Nej, det finns inget nedsättande i dem. Det tycker jag inte men jag tycker att invalid det säger att en människa är så hårt drabbad så att hon inte klarar sig själv«. (IRENE)

I Sverige har begreppet krympling under många år setts som nedlåtande för en handikappad person. Jag frågar Jari hur han ser på begreppet krympling. Han svarar:

»Jag ser det inte som någonting negativt utan att det är en beskrivning på en människa som inte har alla lemmar i behåll«. (JARI)

Jag frågar honom om han ser sig själv som handikappad idag? Han svarar:

»Visst fan gör jag det! Jag märker hela tiden när jag går ut här så faller jag då och då i snön och svär utav helvete. Så nog vet jag att jag är handikappad. Jag förnekar aldrig realiteter«. (JARI)

Hur ser du på dig själv idag? Ser du dig som handikappad?
»Det är just ett problem. Jag börjar att se mig handikappad. Tidigare har jag inte sett mig. Och det är lite problematiskt just nu efter tio år. Det är en ny sak för mig«. (SIRKKA)

Vad är det du ser nu i början?
»Jag har inte tänkt tidigare att jag är handikappad. Det är kanske konstigt men det var så. Jag kände mig så normal som möjligt. Men nu för tiden är det inte mer så«. (SIRKKA)

Vad tänker du på då?
»Jag går så dåligt; ›är det jag som går så dåligt?‹ Jag är förvånad. Jag vet inte vad som händer i mina tankar den närmaste tiden. Jag måste arbeta det på något sätt«. (SIRKKA)

Vad tänker du på när du hör orden »handikappad« och »invalid«? Är det samma ord?
»Jo. Jag måste säga att det är samma men jag tycker inte om...inte alls om att man säger någon är invalid eller handikappad. Jag tänker att alla är människor. Och man behöver bara säga så när man talar om medicinska saker eller så, juridiska saker. Men i det normala livet behöver man inte säga; ›Tjena! Jag är det och det och jag är handikappad‹«. (SIRKKA)

Jag frågar Tomi vad han anser om de båda orden handikappad och invalid.

»Det är samma för mig. Jag använder invalid eller handikappad om mig själv. Jag tror att de är samma«. (TOMI)

Ser du dig som handikappad?
»Ja och nej. Jag är handikappad...det är några saker som jag inte kan göra men det är mycket saker som jag kan göra«. (TOMI)

I Finland använder man ordet invalid. Hur ser du på orden invalid och handikappad?
»Ja, jag ser det...det är ju egentligen inte samma ord egentligen. Det räcker ju att du bryter ett ben så är du handikappad, då för tillfället om man säger. På ett sätt är det ju ett och samma ord men ordet invalid det låter ju rätt illa. Jag tycker handikappad låter bättre än invalid. Jag tycker att det rimmar rätt så illa invalid om man säger så va«. (PER)

Vad är invalid för dig?
»Egentligen är det ju samma sak men jag tycker att det låter sämre. Klangen på ordet«. (PER)

»Jag använder ordet invalid när jag skojar, när jag skämtar om mig själv. Ordet har ingen känsla för mig«. (ANJA)

Ser du dig idag som handikappad?
»Jag ser mig som någonting mitt emellan. Jag har liksom ramlat emellan någonstans...«, skrattar hon. (SEIJA)

Använder du ordet handikappad och frisk? Är du inte frisk?
»Jag är inte frisk men jag är inte handikappad heller. Handikappad ser jag att man sitter i rullstol eller går med kryckor men jag är handikappad ibland...det klart att jag är handikappad«, säger Seija efter en stund och fortsätter: »Men jag vill inte erkänna detta. Jag försöker att klara mig själv så mycket som det går. Jag är ju tvungen att göra det«. (SEIJA)

Vad är det som gör att du inte vill erkänna?
»Det är många som ser ned på handikappade. Jag har fått höra många glåpord efter mig. ›Invalid!‹ Då när jag och min man var nygifta så sa grannarna ›Aha, din fru är invalid. Det är synd om dig‹. Det är väl något som jag skäms för kanske«. (SEIJA)

Vad står ordet invalid för?
»Det är en sådan där värdelös människa som inte kan något själv. En människa som det är synd om och som inte duger i samhället«. (SEIJA)

Är det någon skillnad på orden invalid och handikappad?
»Jag tycker att ordet invalid låter värre. Det låter som ett skällsord«. (SEIJA)

6.3 *Sammanfattning*

I avsnittet har diskuterats i vilken grad en trafikskadad och handikappad människa kan uppleva känslan av nya livsvärden och en förändrad livsfilosofi. Djupintervjuerna med de skadade och handikappade har visat att det är ett vanligt förekommande fenomen att livsvärdet i sig förändras efter en olycka. Oavsett svårighetsgraden av olycka och handikapp så finns det en förändring i individens livsvärdering. I avsnittet restes frågan huruvida en olycka kan föra något gott med sig. En majoritet av intervjupersonerna ansåg att det kunde förhålla sig på det viset. Resultatet av intervjuerna kan sammanfattas i sex punkter.

1. känsla av upplevelse, livsglädje, livskraft och värdesättande.
2. känsla av ökat psykiskt välbefinnande.
3. utvecklad altruism. Människokärlek att vilja hjälpa andra trots egen smärta och egna problem. (se mer i kapitel tre)
4. ökad självkännedom. Synliggörande av de inre krafterna hos individen.
5. isoleringen bryts genom ökad aktivitet hos den skadade/handikappade.
6. drömmar om förmågan viktig.

Hos några av intervjupersonerna fanns motsatta känslor som upplevdes som svåra. Det handlar om känsla av ensamhet efter olyckan men också i hög grad svårigheter med att acceptera såväl den fysiska som psykiska oförmågan i den egna livssituationen. Men det fanns också intervjupersoner som upplevde starka identitetsproblem. Dessa identitetsproblem visade sig vara förknippade med just svårigheter att tala om »känsliga« ämnen med andra personer i sin omgivning. De känsliga ämnena var bl.a. frågor och problem om det egna handikappet och sexuallivet. Också intima förhållanden som den egna hygienen upplevdes som svåra att tala om med andra.

I kapitlet har en idévärld beskrivits när det gäller hur de trafikskadade själva uppfattar olika begrepp. I djupintervjuerna beskrev personerna hur de uppfattade orden handikappad och invalid. En slutsats av min studie är att flera trafikskadade för det första haft svårt med att betrakta sig själva om handikappade eller begränsade i samhället. De har haft svårt att acceptera sin nya livssituation. Det här visar också att de trafikskadade haft olika uppfattningar och syn på handikapp och handikappade människor före de själva blev skadade och begränsade i sin livsföring. Det synes vara så att handikappbegrep-

pet är mer brukat bland de trafikskadade i Sverige än vad som är fallet i Finland. Intervjupersonerna i Finland talar om sig själva som invalider även om det finns de som brukar ordet handikapp. En av intervjupersonerna använder ordet krympling. Ett ord som i Sverige skulle betraktas som nedsättande för en person. Också begreppet invalid har frångåtts i Sverige. En förklaring till att ordet används i Finland är dess relation till krigsinvalider. Det kan sägas ha en historisk förklaring att invalidbegreppet har en förankring i det folkliga medvetandet. En av intervjupersonerna, Jari, som amputerat ett ben berättade under intervjun att han inte tyckte att det var märkvärdigt att gå med protes. Han själv berättade hur han som krigsbarn fick se många människor som mist ben och som använde kryckor.

Människor har olika uppfattningar om hur de ser på de olika handikappbegreppen. Begreppens användning i de båda nordiska länderna Finland och Sverige kan förklaras av kulturella skillnader. Ett begrepp som exempelvis invalid kan betraktas i ett land som negativt och nedsättande medan det i det andra landet överhuvudtaget inte ses som nedsättande utan som en definition på en rörelsebegränsning. Den plötsliga inträdet i en invaliditet som en olycka innebär för en människa blir ofta traumatisk och det blir naturligt att accepterandet och själva försoningsfasen blir till en långvarig process för individen. Svårigheterna och ibland oviljan att identifiera sig själv som handikappad blir uppenbar hos människan i hennes sårbara position. De intervjuer som genomfördes i undersökningen visade att de trafikskadade uppfattade sig själva som friska och att handikappet i sig inte hade gjort att de känt sig sjuka på något vis. Några av intervjupersonerna uppfattade att de befann sig i ett gränsland mellan vad som skulle kunna benämnas för »friskt« och en idévärld som inkluderar något handikappbegrepp.

7. Konklusioner, teori och empiri II

I AVHANDLINGENS avslutande kapitel kommer jag att göra en teoretisk och empirisk uppsummering av det som framställningen har behandlat. Den teoretiska föreställningsram som avhandlingen är uppbyggd av handlar om handikappet, förmågan och två väsentliga världar för de trafikskadade. Existensen och uppdelningen av två världar; livsvärlden och systemvärlden är viktig för att forskaren ska kunna förstå den faktiska bemästringsfilosofi som den handikappade använder sig av i de båda världarna. Handikappet och de båda världarna har allt igenom varit en central teoretisk föreställningsram i avhandlingen där jag har försökt att relatera de empiriska iakttagelserna till välfärdsteoretiker som Sen, Culyer och Allardt. Det sociala fenomen som studerats har kommit att handla om främst två aspekter av den trafikskadades liv: de sociala levnadsvillkoren samt de copingstrategier (bemästringsfilosofi och strategier) som tillgripits av den utsatta människan. Dessa två aspekter kan tillsammans sägas bilda något som jag har kommit att benämna för förmåga till välfärd. I mitt forskningsarbete har jag studerat levnadsvillkoren och bemästringsfilosofin utifrån handikappet och den handikappades båda världar. Genom detta angreppssätt har studien också fokuserat mot den interaktion som finns mellan de båda världarna och de värdefilosofiska aspekter som finns inom problemområdet.

De sociala konsekvenserna som följer av en trafikolycka har visat sig vara ett hittills ouppmärksammat fenomen och problem inom den samhällsvetenskapliga forskningen. Det arbete som här presenterats är vad jag har kommit fram till den första nordiska studie som fokuserat intresset mot sociala långtidskonsekvenser av trafikolycksfall.

Syftet med undersökningens genomförande har varit att kartlägga och precisera förekomsten av sociala problem och levnadsförhållanden för en hittills okänd samhällsgrupp; den trafikskadade människan. Inom ramen för studien har syftet varit att studera de trafikskadades sociala liv och existentiella till-

varo i Finland och Sverige. Ett andra syfte har, som jag nämnt ovan, varit att försöka kartlägga de bemästringsstrategier som den handikappade människan använt sig av i återgången eller i nyorienteringen mot ett nytt liv. Det tredje och sista målet med avhandlingen har varit att studera levnadsvillkoren och bemästringsstrategierna i två nordiska länder, Finland och Sverige, för att se om det finns några skillnader mellan de båda länderna. Tre ansatser har använts i undersökningen; den kvantitativa, kvalitativa samt en komparativ ansats. Denna kombination av val av undersökningsdesign har bidragit till att skapa en unik kunskap om det sociala liv och verklighet som många trafikskadade människor lever under.

Det framställningssätt som jag har valt att använda för att presentera mitt forskningsresultat på utgår från uppbyggnaden av ett drama. Jag har valt att benämna den postaccidentala perioden i en trafikskadads liv för ett välfärdsdrama om bemästring. I detta välfärdsdrama har jag indelat de olika livsepisoderna, reaktionerna och strategierna i olika akter. Avhandlingens drama kan sägas bestå av totalt fem välfärdsakter.

De kan av läsaren betraktas i en kronologisk följd men i det verkliga välfärdsdramat behöver de olika akterna inte komma i ordningsföljd. Den trafikskadade kan istället själv ha friheten att agera eller resignera inför dramats form och karaktäristik.

En central konklusion i studien är två övergripande akter som återkommer i dramats övriga akter och som också är specifika för de båda världarna. Ur djupintervjuerna med respondenterna framkom en försoningsakt och en bemästringsakt. Den första akten som kom att handla om försoningen inom människan berörde den handikappades livsvärld. Bemästringsakten där den sårade människan använde sig av en övervinnelsefilosofi kom främst att handla om individens reaktioner, val och handlingsstrategier inom systemvärlden.

I de två följande avsnitten kommer jag att sammanfatta det resultat som framkom under intervjuerna. Jag har valt att sammanfatta de viktigaste konklusionerna uppdelade på de två huvudakterna; försoningsakten och bemästringsakten. Men innan jag avslutar denna första del av teoretiska och empiriska konklusioner som dragits av materialet ska jag försöka säga något om de nya möjligheter som den kvalitativa metodologin som använts under djupintervjuerna ger forskaren. Forskaren Anssi Peräkylä kom i sitt forskningsarbete om AIDS-patienter fram till den metodologiska slutledningen att det finns en sammankoppling mellan två väsentliga strukturer under intervju-

situationen. Peräkylä skriver om »epistemic structure« och »participation structure« och menar att deltagarens kunskap och position har relevans för den interaktion som uppstår.[1] Det är möjligt att dra flera slutsatser utifrån Peräkyläs uppdelning av två strukturer i intervjusituationen avseende studien av de trafikskadade i båda länderna. De är alla utsatta eller för att använda mig av Peräkyläs uttryckssätt, ägare till stora livserfarenheter. Positionen som ägare av erfarenheter efter olyckor i trafiken gör den handikappade människan till specialist på sin skada eller handikapp. På så vis uppnår de en ny kunskapsposition i samhället som de inte hade före olyckan. Den erfarna människans position bör betraktas som stark under en intervjusituation men också i kontakten med andra människor. Likaså kan de i ett flertal situationer inom systemvärlden använda sitt kunnande som erfarna handikappade.

Det finns en tendens bland intervjupersonerna att de som erfarna handikappade fått nya resurser och krafter att stödja och hjälpa andra svaga och utsatta människor. Studien visar också att de trafikskadade har använt sig av hedonismen för att övervinna svårigheter under rehabiliteringstiden och när de kommit hem till bostaden igen. Intervjupersonerna i undersökningen är alla ägare av erfarenheter. Man kan säga att de har kommit att gestalta hedonismen men också altruismen i välfärdsdramat. Den handikappade personen kan emellertid ibland tala och berätta om fenomen och händelser som om de förutsatte att lyssnaren redan skulle ha kännedom eller kunskap om. Ett exempel på det här är när den trafikskadade personen talar om sin egen skada genom att använda andra experters terminologier och utlåtanden som tetraplegiker, paraplegiker, whiplash, C5 o.s.v.

7.1 *Försoningen och det okända livet*

Undersökningens resultat har visat att den sociala välfärden har påverkats negativt för flertalet trafikskadade i båda länderna. Vid en jämförelse mellan Finland och Sverige visade det sig att de trafikskadade i Finland upplevde en sämre förmåga till välfärd än vad de handikappade i Sverige gav uttryck för.

De forskningsresultat som framkommit ur materialet kan också sägas beskriva de sociala behov som de trafikskadade hittills inte har fått tillgodosedda i såväl livsvärlden som inom systemvärlden. Studien har visat hur viktigt det är att man inom den framtida forskningen i stor utsträckning tar fasta på de uppföljningsaspekter som finns i trafikskadedata och i en vidare mening fortsätter att studera långtidskonsekvenser. En trafikolycka resulterar ofta i

svåra sociala konsekvenser som är svåra att upptäcka på kort sikt. Däremot torde det vara mer gynnsamt för den sociala forskningen att fokusera intresset mot de sociala problem som uppkommer ur ett längre tidsperspektiv. De sociala förändringar som sker i samhället kan sägas utgöra en interaktion till de förändringar som sker i den skadade människans egen inre livsvärld.

7.2 *Bemästringens styrka*

I avhandlingen har jag studerat fyra huvudtyper av copingstrategier; mellanmänskliga strategier, emotionella strategier, gruppstrategier samt problemfokuserade copingstrategier. Studien visade att samtliga huvudtyper använts i varierande utsträckning. Dock torde det stå klart att undersökningen givit evidens för att de trafikskadade valt att inte uteslutande använda sig av enstaka strategier utan snarare kombinerat ett flertal olika bemästringsalternativ för att övervinna svårigheter och hinder i sitt sociala liv. Tidigare har jag redogjort för att tidigare forskning kommit fram till slutsatsen att en kombination mellan flera strategier varit vanlig bland annat genom olika kombinationer av problembaserade copingstrategier och emotionella copingstrategier.[2]

En konklusion av studien var att den handikappade människan kom att använda sig av en rad betydelsefulla bemästringsstrategier som de kom att med olika modifikationer att ha på sin repertoar. Strategierna var följande: problemlösning, socialt stöd, optimism, substitution, accepterande, utstående (stå ut med en given situation), minimering, resignation, planering, självtillit och isolering. Utöver dessa strategier upptäcktes altruismen, hedonismen, heroismen, självförverkligandet, skrivandet, konsten och humorn som speciella bemästringsstrategier. En viktig reflektion över altruismen är vad som egentligen konstituerar ett altruistiskt hjärta hos en människa. Vad är det som säger oss att altruismen föds på sjukhuset eller under rehabiliteringstiden? Man skulle kunna uttrycka det för att ur ett handikapp eller handikappliv föds inga altruistiska helgon. Altruismen är något som finns hos människan från början. Dock har intervjuerna visat att flera av de trafikskadade har fått nya värden i sin tillvaro efter att de blivit handikappad. Genom att hjälpa andra som också har svårigheter i sin tillvaro att förmå nå en ökad välfärd synes det vara så att altruismen blivit till ett medel för en ökad förmåga till uppnåelse. Man ska naturligtvis inte tolka diskussionen som att altruism skulle ha giltighet för alla trafikskador och handikapp utan att det också kan handla om en ren egoistisk handling hos individen. En sådan handling kan exempelvis ha utlösts

genom avsikten att stiga i sin egen självaktning men också för att stilla ett dåligt samvete o.s.v. Min avsikt har inte varit att generalisera utifrån datamaterialet utan endast att beskriva de svar och uttryck som framkommit i ett begränsat antal djupintervjuer.

En viktig konklusion när det gäller de trafikskadades förmåga till välfärd har visat sig bestå av hennes egen aktivitet och aktiva handlingsförmåga. Teoretikern Sen har utvecklat en s.k. »capability approach« som innebär att individens kapacitet är av central betydelse för att hon eller han ska kunna uppnå en förmåga till välfärd i samhället. Sen skriver om de båda modellerna »attainment equality«[3] och »shortfall equality«[4] och att det utifrån dessa går att utläsa skillnader i förmåga och möjligheter för en handikappad person respektive frisk individ att uppnå välfärd i samhället i förhållande till maximerade gränser.[5] Min undersökning har inte givit några belägg för att Sens modell skulle vara tillämplig för de trafikskadades situation i Finland och Sverige. Naturligtvis borde de trafikskadade uppnå en högre grad av förmåga till välfärd men de skadade skulle knappast erhålla en högre välfärd av en sänkning av andra gruppers välfärd. Däremot har min undersökning visat att det råder stora ojämlikheter mellan trafikskadade och andra grupper i samhället vad gäller möjligheterna att arbeta efter olyckan. En övervägande majoritet av de trafikskadade arbetar inte efter olyckan och anser sig att ha svårt att klara ett arbete. Den största utslagningen bland trafikskadade synes vara i Finland där ett relativt stort antal av respondenterna inte hade någon sysselsättning.

Något som också borde tala emot Sens modeller och dess tillämplighet i fallet med de trafikskadade torde vara det faktum att den handikappade människan använder sig av bemästringsstrategier för att övervinna svårigheter och hinder i livet. Genom att använda en egen filosofi för övervinnelse kan den trafikskadade människan använda sig av strategier som exempelvis altruism för att uppnå egna inre värden som tillfredsställer olika behovsuttryck och känslor. När den handikappade människan hjälper en annan handikappad eller skadad person uppnås ett tillstånd där den handikappade känner sig inte enbart aktiv utan också får en känsla av värde. En sådan känsla att känna sig nyttig och ha ett värde inför en medmänniska som har det svårt har visat sig vara betydelsefull för flera trafikskadade. Man skulle kunna uttrycka det sätt som människan använder strategierna på för ett kompenserande av de förluster av såväl förmåga som kapacitet som Sen skriver om.

I avhandlingens tredje kapitel behandlades välfärdskontradiktionen »Att

ha« men »Att inte kunna«. Culyer menar att det inte är möjligt att hålla för uteslutet att den handikappade personens grundläggande förmåga att nå de värden av välfärd som han eller hon är berättigad till, påverkas av men också resulterar i en del fall till social isolering.[6] Min undersökning av trafikskadades sociala levnadsförhållanden och liv i Finland och Sverige stödjer Culyers argumentering. Det finns flera trafikskadade i studien som lever isolerade som en följd av sin bristande förmåga att exempelvis kunna förflytta sig eller verbalt uttrycka sig i samhällslivet.

7.3 *Problem för fortsatt forskning*

Den samhällsvetenskapliga forskningen, i synnerhet den sociala forskningen, har haft en mycket undanskymd roll i de studier av trafikskadade som genomförts inom ramen för vetenskapssamhällena i såväl Finland som Sverige. Det måste ses som anmärkningsvärt att någon ytterligare fördjupad forskning om sociala långtidskonsekvenser inte har genomförts parallellt med exempelvis de medicinska undersökningar som gjorts inom området. Mot bakgrund av det obeträdda forskningslandskap som här föreligger har min undersökning markerat ytterligare problemområden som borde stimulera till utökade forskningsinsatser. Vi vet idag för lite om den sociala vardag och verklighet som den handikappade människan och dennes familj lever under. Ett resultat som framkommit i avhandlingen var att de trafikskadade ansåg att handikapprörelsen inte haft något betydelse för dem efter olyckan. Varför och vad är det som gör att en sådan samhörighet saknas till intresse- och hjälporganisationer i båda nordiska länderna? Det synes vara så att det begränsade intresset för handikapprörelsen inte är länderspecifikt utan kan vara ett nordiskt fenomen. Kan det förhålla sig så att handikapprörelsens betydelse för de trafikskadade i Norden har spelat ut sin roll? Eller är det så att rörelsens betydelse hittills har varit alltför begränsad och inte haft förmåga att nå ut till människorna som skadats i olyckorna? För att få svar på dessa frågor skulle det fordras att det genomfördes en större nordisk undersökning om den trafikskadade människan och handikapprörelsens utveckling över tid.

En stor skillnad som finns mellan handikapprörelsen i Finland och Sverige är att handikapprörelsen i Sverige synes vara mer utvecklad till de trafikskadades förmån än vad som är fallet i Finland. I Sverige finns kan man säga en historisk erfarenhet av trafikskadeföreningar. Riksförbundet för Trafik- och polioskadade (RTP) som har en femtioårig tradition bakom sig har ett stort

antal medlemmar som tillhör gruppen trafikskadade i samhället. Under 1990-talet har det i Sverige därutöver uppstått mindre trafikskadeföreningar som riktat sig till speciella skadegrupper exempelvis whiplashskadade. Några sådana motsvarigheter har inte funnits i Finland. Djupintervjuerna i Finland visade emellertid en något splittrad bild över behovet av särskilda trafikskadeföreningar. Några visade sig vara nöjda med dagens utformning med handikapprörelsen medan andra efterlyste ett liknande system som finns i Sverige. Min undersökning har emellertid visat att det trots förekomsten av trafikskadeföreningar i Sverige så har majoriteten av de skadade inte haft något intresse eller behov av sådana föreningar.

Det skulle vara en mycket viktigt uppgift för den fortsatta sociala forskningen att med utgångspunkt av de resultat som framkommit i denna studie, gå ett steg längre och undersöka kunskapsläget inom systemvärlden. Vilken kunskap och kännedom har systemaktörerna om de sociala problem och fenomen som trafikolyckorna resulterat i? Vilket ansvar har beslutsfattarna i samhället när det gäller uppföljning och kontroll av de medicinskt färdigbehandlade patienterna? Vilka samhälleliga instanser gör uppföljningar av den trafikskadades möjligheter till arbete på arbetsmarknaden efter rehabiliteringstiden?

Ett annat intressant och angeläget socialt problem som uppmärksammats i avhandlingen har varit det sociala nätverkets betydelse och roll efter en trafikolycka. Hur har de anhöriga upplevt de sociala långtidskonsekvenserna för den handikappade människan? Hur har de anhöriga uppfattat det samhälleliga stödet? Vem har ansvar för att den drabbades familj och anhöriga får ett socialt stöd och omhändertagande efter en trafikolycka?

De resultat som undersökningen givit visar på att det skulle kunna finnas ett behov av en ny undersökningspolitik för ansvariga myndigheter i både Finland och Sverige. Under 1990-talet har myndigheterna och de politiska partierna i Sverige utarbetat en nollvision inom trafikpolitiken. Målet är på sikt att inga människor ska dö eller skadas genom trafikolyckor. Resultatet av de sociala effekter som uppstår i livet efter olyckor borde i större utsträckning också uppmärksammas av beslutsfattande församlingar. För att möjliggöra en uppbyggnad av ett uppföljningssystem för trafikskadade i framtiden torde också den tredje statsmakten, d.v.s. massmedierna ta ett större samhällsansvar. Mediabevakningen av olyckor och katastrofer kunde exempelvis i större utsträckning utgå från den drabbade människans sociala position i samhället. Olyckans efterföljande händelser borde kunna sprida kunskap om olyckans

fruktansvärda följder för människan. På så vis kan exempelvis yngre människor och grupper med en relativt hög riskbenägenhet i trafiken kunna ta lärdom om vad som händer i samband med en trafikolycka.

7.4 *Sammanfattning*

Ett välfärdsdrama om bemästring ska inte, och kan för den skull inte heller ses som ett avslutat drama. Människans bemästring är en kontinuerlig process som fordrar såväl erfarenhet som mognad hos varje individ. Den här avhandlingens syfte har varit att beskriva den bemästring som den trafikskadade människan förr eller senare måste genomgå. De sociala levnadsförhållandena för de trafikskadade i Finland och Sverige har visat på betydande problem på lång sikt för de drabbade. De välfärdsbrister som uppmärksammats i avhandlingen riktar sig främst mot förluster och bristande kompensation inom systemvärlden. Men också inom livsvärlden finns problem som samhället ännu inte uppmärksammat i tillräcklig utsträckning. Det synes vara så att de båda välfärdsstaterna inte lyckats att ge tillräckligt med stöd och omhändertagande för den drabbade och dennes familj. Mot bakgrund av de resultat som framkommit i studien vore det därför önskvärt att de välfärdsinstitutioner som har till uppgift att sörja för omsorgen av trafikskadade använde ett helhetsperspektiv i närmandet till den handikappade och sårade människan. Ett ytterligare förslag till förbättring av den sociala situationen och positionen för de handikappade i samhället borde vara att i större utsträckning än vad undersökningen visat, ta fasta på de erfarenheter och kunskaper som finns hos den handikappade människan. De dolda resurserna i samhället skulle bättre kunna användas för att öka medvetandet hos allmänheten om de risker som bilismen skapar i de moderna välfärdsländerna.

8. English summary

MOTORING has developed to become an important part of an individual's life and welfare. The importance of the automobile and traffic to individuals has become a question of achieving freedom and also an instrument in the work of a modern welfare state. The benefits of motoring can and should be observed in parallel with its drawbacks. One of the big public health problems of our time is traffic accidents which claim tens of thousands of victims every year in Finland and Sweden. A large number of individuals are injured in traffic accidents and their life changes when they become disabled afterwards. Many people are killed in accidents on the roads every year. Between 1965 and 1991 275,598 Finns were injured in traffic accidents. More Finns have been injured in motoring than were injured in the Finnish Winter War (1939–40) and in the Continuation War (1941–44) together. In Finland, the people who fought in those wars received distinction and honourable mention, and special arrangements were made for disabled soldiers. Traffic accidents in the modern welfare state have not received as much attention as they should, considering the big problems of health and the losses we are dealing with here. Traffic accident victims and disabled people should be seen as a growing group in society. Up to now social and psychological preparedness in giving attention to injured individuals has not been observed. Social research in the area has been quite limited. The purpose of my thesis is therefore to describe in depth the social living conditions of traffic victims and the inner existential life which follows a traumatic event.

Theory and concept

The theoretical framework and theory in this thesis are based on the work of Finnish welfare theorist Erik Allardt and his general welfare model. In this thesis, Allardt's theory has been supplemented by a more specific theory of

welfare. In this respect I have used the welfare theorist Amarthya Sen who has developed a model of welfare that includes the individual's capability and capacity to achieve welfare in society. Sen has developed a »capability approach« in which individual capability is a central aspect.

The theoretical model on which this thesis is based deals with the individual's losses, compensation, and strategies for coping. The injured individual's strategies lead to different results with respect to welfare. The theoretical framework of Amarthya Sen is linked with Anthony J. Culyer and his approach to the capabilities of disabled people.

In this thesis various concepts take on central significance. To understand the social problem we are dealing with it is very important to understand concepts such as motoring and risk. Both these concepts are basic to an understanding of what motoring and risks create in society – that is, traffic accidents and traffic injuries. Thus the concept of traffic injury is introduced in this study which here should be understood to mean a medical, psychological and social injury for an individual who has been involved in a traffic accident.

The concept of coping is the central concept in this thesis. I have assumed from Glynis M Breakwell's definition of coping strategy that what an individual believes in must be done in order to deal with a conflict or threat. I have used the coping strategies recommended by Breakwell and researchers such as Richard S Lazarus.

Research problem and the subjects of the thesis

Chapter four in this thesis deals with the elements of the thesis and includes a clarification of the research problem. The main elements of the thesis are as follows:

How do traffic accident victims subjectively perceive their life situation and social living conditions after the accident?

What similarities and differences are revealed in the living conditions of those injured in traffic in Finland and Sweden, based on the disabled person's own experience and story?

What types of individual coping strategies do the injured people use in their daily life? What resources does the injured individual have to cope with problems and threats in a social perspective? Do these coping strategies differ between injured people in the two countries being studied? This question includes the disabled person's experiences and life situation, and also con-

ditions of existence after an accident.

In this thesis three scientific methodological approaches are used to elucidate and answer the research elements that are discussed. The methodological approaches in the thesis include qualitative, quantitative and comparative approaches. The combination of these three approaches is very unusual in social policy research. Many researchers have chosen separate methods to answer research questions. In this study I have chosen a different methodological design. The benefits of combining different scientific approaches are the diversity and breadth that the model provides for the researcher. To create a portrait of the social phenomenon we are dealing with here, its important first to have a quantitative description of the social living conditions of the traffic accident victims from a general, overall aspect. Based on data obtained through quantitative analysis, it is possible to delve more deeply into an analysis through qualitative data. Finally, this study includes a comparative analysis of the two Nordic countries.

Empirical studies

The quantitative study is based on a questionnaire mailed to a total of 1,425 disabled and injured persons in Finland and Sweden. The questionnaire was sent in cooperation with The Road Traffic Insurance Commission, The Swedish Motor Insurers Bureau in Stockholm and The Insurance Rehabilitation Agency in Helsinki. The subjects were selected by experts at The Road Traffic Insurance Commission, The Swedish Motor Insurers Bureau and The Insurance Rehabilitation Agency. The respondent rate in Finland was 65 percent and in Sweden 64 percent. The respondents had a proportionately long experience of their injuries. In Sweden the questionnaire was sent to injured people aged 14–92 years. In the Finnish questionnaire the respondents were between 7 and 89 years old. The average age for respondents in Finland was 35,8 years. The average age for the injured in Sweden was a little higher: 47 years. The average number of injury/years for respondents in Finland was 9,6 and for the injured in Sweden was 9,8. Accordingly, the collected material consists of longitudinal data.

The mailed questionnaires included questions concerning the social living conditions of the accident victims. Likewise, the respondents answered questions about their feelings and reactions after a couple of weeks following the traumatic events and after half a year, two years and the situation during

1996. The purpose of the questionnaire was to get a portrait partly of the living conditions of the injured victims but also of their perception of post-accident reactions and feelings.

In this empirical study a number of interviews with traffic accident victims were also included. The selection of respondents was made after a appeal was published in two leading periodicals for the disabled in Finland and Sweden. The appeal was published in Invalidförbundets periodical *Invalidityö* (IT) in Finland and in *Svensk Handikapptidskrift* (SHT) in Sweden. An appeal was also made to a small handicap organisation in Finland (Tröskeln r.f.) in the newspaper *Uutis Kynnys*. At the same time a local traffic accident victim organisation (VIA) was asked to make recommendations. Accident victims were asked to participate in this study. A total of twenty disabled people came to be interviewed, ten each in Finland and Sweden. As many men as women were selected at random. The disabled respondents in this study had considerable traffic injuries. The groups involved whiplash, spinal cord injuries, brain injuries, amputations and leg injuries. The purpose of the interviews was not, however, to see if there was any difference between these groups with regard to their living conditions and coping strategies.

The interviews took place at the respondents' homes except for one case where the interview was at a rehabilitation clinic. The interviews were taped with a tape recorder and transcribed afterwards.

Compared with the respondents to the questionnaire, the interview respondents in the qualitative study had a longer experience of their injuries and handicaps. The average number of injury/years for respondents in Sweden was 13 and for the respondents in Finland 12. The respondents had an average age of 47 at the time when this study was made. The average age at the time of the accident was 34 years for the respondents in Sweden and 35 years in Finland.

Methodological limits and opportunities

The methodological design of this thesis has, of course, limitations. Since I use three methodological approaches it is natural that I have not had an opportunity to enter deeply into any specific method compared with the opportunities afforded by a single method. In the process of research I have identified several limitations to the methodological approaches. I have had to limit the scope of the quantitative study. Considering the sensitive and difficult topic

this thesis represents, it has been very difficult to measure the post-accident reactions and feelings after serious accidents. Accordingly, it is very important for the researcher to have a measuring instrument which is scientifically valid. Therefore it is stipulated that the questionnaire has limitations concerning post-accident reactions. I have found that it is very difficult to study feeling and sensation of pain retrospectively. The material in this part of the examination must therefore be considered as ambivalent research material with a high degree of complexity. Accordingly, have I considered, analysed and interpreted the results of this part with caution. The same thing is probably true of the scientific opportunity to generalise from the material.

The scientific opportunity made possible by the quantitative method chosen for this study is the possibility to obtain knowledge about a broad group of persons injured in traffic. Using a random sample from the Road Traffic Insurance Commission/The Swedish Motor Insurers Bureau and the Insurance Rehabilitation Agency it has been possible to study persons injured in traffic who are both organized and not organized in handicap associations. In this way I have had the opportunity to study a broader group of disabled people than if I were dealing only with organized interests.

Referring to the qualitative material, it is also possible to examine the limits of methodology. I did not followed the respondents over a long period. The in-depth interviews took place on one occasion and thus I did not have the opportunity to follow the development of the subjects and their long-term difficulties in everyday life. Likewise, it was difficult in only a couple of hours in the interviews to gain the trust of a person who had experienced a serious trauma. In Finland furthermore, the interviews were done in the Swedish language. That meant that the respondents whose mother tongue was Finnish were interviewed in a language as they do not use every day. Such a process limits, of course, how much the respondents could express emotionally. My experience from the in-depth interviews showed something new: that the disabled people found it easier to express serious feelings in another language than their mother tongue. In cases where the interviewee could not manage to express a feeling or reaction in Swedish, Finnish was used. All interviews were translated and transcriptions were made afterwards before analysis.

The most important conclusions

The traumatic event that a traffic accident represents could be described as a drama of welfare. This thesis has the structure of a drama: coping with the serious life situation the victim has to face. The description includes different acts of the drama. The drama is divided into the following acts which shape the chapter in the second part of the thesis: »When life falls apart« (Chapter Two), »The path to self-realization and altruism« (Chapter Three), »The face of coping« (Chapter Four), »Coping with a disability at different stages of life« (Chapter Five), »Towards a changed philosophy« (Chapter Six).

The results of the study were analysed from a conceptual world concerning disabled people and their two worlds. The two worlds referred to here are the life world (unofficial everyday world) and the system world (official world of the authorities). Chapter Six in the thesis deals with the theoretical framework in a world of ideas. Chapters Seven and Eight deal with the results of the quantitative study. A central conclusion in this first part is that the individual who is injured in traffic has considerable difficulties in reorganizing his inner life as a consequence of the accident. There are major stresses at the individual level and also in the social network. The family and closest friends are of great importance to the injured person.

The study does not give any evidence that the attainment model of the welfare theorist Amarthya Sen is applicable to persons injured in traffic in Finland and Sweden. These persons should, of course, be able to reach a higher degree of welfare but such an achievement should hardly be obtained at the cost of reducing the welfare of other groups in society. In the thesis I have argued against the model of Sen and the applicability of the model, since a person injured in traffic uses different coping strategies to overcome difficulties and impediments in life. However, the study has found evidence for Anthony J. Culyer's argument concerning the contradiction of welfare »To have« and »Not to be able«. In the study this has appeared particularly plainly since many of the respondents live isolated as a consequence of their own lack of ability to move or express themselves verbally in society.

The traffic accident victims themselves perceive their capability for welfare as moderately limited. The study has shown that traffic accident victims in Sweden experienced a higher level of welfare compared with what the victims in Finland reported in their questionnaires. The respondents in Finland experienced a greater lack of welfare. Concerning how the traffic accident

victims experienced their psychological well-being, the study give evidence that only 41 percent of the respondents in Sweden were satisfied with their well-being. Similar results were shown for the injured in Finland where the number of respondents was 36 percent. Their own judgement of their total health situation shows that the disabled in Finland to a larger extent than those in Sweden experienced a negative situation. Many of the injured proved to have difficulty in reading a news paper or book after their accident. It is a result worth noting and should be seen in a larger perspective, related to the information about the rights and services a traffic victim should be entitled to after an accident. In the questionnaire the respondents were asked if they had received information about their rights and benefits. 69 percent of the respondents in both countries reported that they did not get any information.

Big differences between men and women are shown in the study. Women in this study, to a greater extent than men, experienced negative stress and difficulties in their social life after the accident. In Sweden, the injured women reported grief and depression over a long time. In Finland, similar differences in gender were not established to the same extent.

An important result was also the traffic accident victim's self-perception of his or her ability to work. Less than the half the respondents in Sweden reported in the questionnaires that they do not work. One result was also that more women than men reported that they could not manage to work. In the first part of the thesis there is evidence that, from a general point of view, women in the study had more social difficulties than men.

Several serious cases of lack of welfare were shown in the study. Of the respondents included in the questionnaire study, every other person injured in a traffic accident did not return to working life. Half of the respondents also reported that they had experienced a lack of treatment, or bad treatment, from insurance companies and authorities after their accident. Since the injured person must often go through a struggle not only with his own disability but also with the insurance company to get compensation, the result must be seen as remarkable, since half the injured people experienced poor treatment from the insurance companies. Doctors and the nursing staff, however, gave good support and treatment to the traffic accident victims.

Another central conclusion is that organizations for the disabled seem to have had very little importance in the aftercare and rehabilitation of the traffic accident victims in Finland as well in Sweden. This is specially interesting since organizations for the disabled in Sweden have had experience in wor-

king with traffic injuries and disabilities for many decades. The study has also shown that traffic accident victims have a limited knowledge of how usual traffic injuries are in society, and how many people are injured in accidents.

A concrete example of how those injured in traffic are in a vulnerable position in society is the lack of an active disability policy. The study shows that the majority of the respondents believe that public disability policy is bad, or they answered that they didn't know anything about it. Likewise, a majority of respondents reported that they do not know of any politician who has stood up for traffic accident victims and the disabled. Those injured in traffic accidents also reported that they do not believe that their own family and relatives received any help or support from society after the accidents. More than half of respondents in the study reported a lack of support for their relatives.

Getting deeper knowledge about the inner life and coping strategies of traffic accident victims and disabled persons, the interviews show that in spite of a lack of welfare that was observed, the interviewee succeeded in coping with his or her new situation in life. The disabled use a series of strategies available in their repertoire. In the human world of ideas there are two special acts which have become important. They are the act of coping and the act of reconciliation in their own world. Three philosophical concepts have been described in this context. In the act of coping, the disabled person applies altruism and hedonism at the same time as heroism becomes significant in the act of reconciliation.

The sacrifice and suffering of the person injured in traffic have to a great extent been used as a strategy to handle the situation. They also have a meaning for the inner process of reconciliation in the victim. The study shows that there is a strong, developed altruism in the traffic victim despite the limitations of both the inner and external quality of life.

The study also shows that the traffic victims who were interviewed had used four principal types of coping strategies. These were: intra-psychic coping strategies, problem-focused coping strategies, inter-group coping strategies and interpersonal coping strategies. Those strategies were not used separately but were combined in the choice of strategy action. The most common and most frequently applied strategy of the traffic victims proved to be the intra-psychic coping strategy. The least important were the interpersonal coping strategy and the inter-group coping strategy for the disabled persons.

Important differences in gender were also found in the choice of the

respondents' coping strategies. The men who were injured in traffic used problem-focused coping strategies to a greater extent than the women, who primarily used the intra-psychic coping strategy to overcome difficulties in the new situation of life. It was important in the study to consider the disabled person's choice of strategy from a holistic perspective. As described in the scientific literature, coping strategies should be studied as a complementary aim.

Altruism as a coping strategy was employed by traffic accident victims in Sweden to a greater extent than in Finland. This is specially obvious in Sweden, where special organizations for traffic injuries have been set up and where emergency advice services for traffic victims are established where disabled people can exchange experiences and give advice to people who have been recently injured.

The disabled person's process of coping must be studied as a dynamic process. In this process, the disabled and vulnerable person must have the courage to overcome the problems and difficulties of daily life. One result, shown in this study, was that in many cases the disabled person feared for his own exposed situation and vulnerability. The respondents feared especially their dependence on other people in managing their life. In many cases problems of identity could be verified in the women injured in traffic. The vulnerable situation of women was particularly clear in both the questionnaires and the qualitative interviews.

The interviews indicated how important the feeling of experiences, vitality and values are for the injured person. The interview respondents proved to have a sense of increased mental well-being over time. They also developed a form of love of mankind, which this thesis describes as the altruistic strategy. Likewise, the fact that the inner resources of the traffic victim became discernible was of great significance. The disabled person's dreams about his or her own capability to achieve welfare were important.

The study also looked at to what extent traffic victims became more attentive in traffic after having experienced an accident. In Sweden it was shown that women had become more attentive in traffic than men. However, in Finland it was the men who became more attentive. When it came to the disabled person's own risk-taking and risk awareness after an accident, the study shows that women have greater risk awareness after an accident. Men do not report that they have become more risk-aware to a similar extent.

Remaining research

It is my hope that the results of this study could be used in many areas of society. The study could also inspire other researchers to observe other social and existential conditions of life and disability after serious accidents, disasters and crises. The results of this thesis could also be used not only theoretically but also in practical work. The results should increase the awareness of traffic safety in both children and adults in a modern welfare society. At a time of great technological progress, it is important and necessary that social research and disability research should gain new knowledge about how technology and the individual can adapt to each other. The study has shown that the life of a person injured in traffic changes in a very short time. It is very important that society takes advantage of the awareness of the injured person's inner resources and coping strategies. Through focusing more on the individual's social resources it is possible to understand the vulnerable and injured person, and in a long-term perspective increase both future risk awareness and traffic safety awareness in motorists. In the work of reducing traffic injuries on the road and decreasing the human suffering represented by this health problem, politicians, insurance companies, authorities and also handicap organizations should listen more to the injured individuals and their own experiences relative to the difficulty of life after an accident.

This field offers several interesting dimensions to be studied in future research. This thesis has shown that more knowledge is needed about the vulnerability of handicapped women in social situations. Therefore it would be interesting to see ongoing research on women injured in traffic and their opportunities for life in a broader perspective. In the thesis I have discussed different questions for further research. One of the problems discussed is the social awareness of traffic injuries and their after-effects in the system world (the world of the authorities) in Finland and Sweden. What responsibility do decision-makers have concerning evaluation and control of the medically discharged patient who has been injured in an accident? What social bodies evaluate the traffic victim's return and ability to find work? The reaction of family and relatives, and experiences of the long-term social consequences, have not been covered in any scientific study. Those are some of the important questions that further research should study and illuminate.

9. Yhdistelmä

Tutkimuksen taustaa

AUTOILU on lisääntynyt huimasti ja tullut erottamattomaksi osaksi ihmisen elämää ja hyvinvointia. Auto ja liikenne ovat ruvenneet merkitsemään ihmiselle vapauden saavuttamista samalla kun niistä on tullut modernille hyvinvointiyhteiskunnalle ominaisten hyvinvointipyrkimysten väline ruuhkien ja onnettomuuksienkin uhalla. Autoilun haitat tulee kuitenkin ottaa huomioon autoilun etujen rinnalla.Yksi aikamme suurista kansanterveysongelmista ovat liikenneonnettomuudet, jotka vaativat vuosittain kymmeniätuhansia uhreja Suomessa ja Ruotsissa. Ihmisiä loukkaantuu ja heidän elämänsä muuttuu radikaalisti vaikeitten vammojen seurauksena. Teillämme menettää samoin henkensä vuosittain sadoittain ihmisiä. Vuosina 1965–1991 loukkaantui liikenneonnettomuuksissa 275 598 suomalaista. Liikenneturmissa loukkaantuneitten suomalaisten määrä on suurempi kuin kaikkien Suomen talvisodassa (1939–40) ja jatkosodassa (1941–44) haavoittuneiden määrä yhteensä. Suomessa on annettu kunniamerkkejä ja kunniamainintoja sodissa olleille; sotainvalideiksi jääneiden hyväksi on ryhdytty erityistoimiin. Liikenneonnettomuuksien aiheuttamiin suuriin terveysongelmiin ja menetyksiin ei nykyisessä hyvinvointiyhteiskunnassa ole kiinnitetty vastaavasti huomiota. Liikenteen uhrit – liikenteessä vammautuneet täytyy kuitenkin nähdä yhteiskuntaryhmänä, joka kasvaa koko ajan. Liikenteessä vammautuneiden huollon sosiaalinen ja psykologinen valmius ei tähän mennessä ole saanut osakseen suurtakaan huomiota. Alan yhteiskuntatieteellinen tutkimus on ollut melko rajoittunutta. Tästä syystä väitöskirjani tarkoitus onkin kuvata perusteellisemmin liikenteessä vammautuneen ihmisen elinehtoja ja traumaattisen elämänmuutoksen jälkeisiä eksistentiaalisia kysymyksiä, vammautuneen sisäistä elämää.

Teoriataustaa ja käsitteitä

Väitöskirjan teoreettisen rungon ja lähtökohdan perustana on suomalaisen hyvinvoinnin tutkijan Erik Allardtin yleinen hyvinvointimalli. Tutkimuksessa on Allardtin ajatustapaa täydennetty hyvinvointia lähemmin määrittelevällä mallilla. Tässä yhteydessä olen soveltanut hyvinvointiteoreetikko Amartya Senin hyvinvointimallia, jota Sen on laajentanut siten, että se käsittää sellaiset tekijät kuin ihmisen kyky ja kapasiteetti saavuttaa hyvinvointi yhteiskunnassa. Sen on kehittänyt ns. capability approach-teorian, jossa keskeisiä ovat yksilön kyvyt.

Teoreettinen malli, johon väitöskirjani perustuu, käsittelee ihmisen menetyksiä, kompensointia ja selviytymisstrategioita. Vammautuneen ihmisen strategioista on myöhemmin tuloksena eritasoista hyvinvointia. Amartya Senin teoreettinen suhtautumistapa kytkeytyy läheisesti Anthony J. Culyeriin ja hänen näkemykseensä vammaisen ihmisen kyvyistä.

Väitöskirjassani ovat eräät käsitteenmuodostukset tulleet keskeisiksi. Kyseessä olevien sosiaalisten ongelmien ymmärtämiseksi on tärkeää tuntea sellaiset käsitteet kuin autoilu ja onnettomuusriski. Nämä molemmat käsitteet ovat perustana sen ymmärtämiselle, mitä autoilu ja onnettomuusriski aiheuttavat yhteiskunnassa, nimittäin liikenneonnettomuudet ja liikennevauriot. Täten tutkimuksessa käytetään käsitettä liikennevaurio, joka tutkimuksessa tulee ymmärtää lääketieteellisenä, psykologisena ja sosiaalisena vammana, jonka henkilö saa joutuessaan liikenneturman uhriksi.

Käsite selviytyminen (coping) on väitöskirjassa keskeinen. Lähtökohtanani on ollut Glynis M Breakwellin määritelmä selviytymisstrategiasta, jonka mukaan se mihin ihminen uskoo, on toteutettava, jotta konfliktiin tai uhkaan voidaan käydä käsiksi. Olen soveltanut Breakwellin ja tutkija Richard S. Lazaruksen puolustamia selviytymisstrategiateorioita.

Tutkimusongelmat ja tutkimuksen tavoitteet

Väitöskirjani neljännessä kappaleessa esitetään tutkimuksen tavoitteet sekä selostetaan yksityiskohtaisemmin tutkimusongelmat. Väitöskirjan kolme täsmennettyä kysymyksenasettelua ovat seuraavat:

Minkälaisina liikenteessä vammautuneet kokevat elämäntilanteensa ja elinehtonsa onnettomuuden jälkeen?

Mitä yhtäläisyyksiä ja eroja liikenteessä vahingoittuneiden elinehdoissa on

Suomessa ja Ruotsissa, lähtökohtana vammaisten omat kokemukset?

Minkälaisia yksilöllisiä selviytymisstrategioita liikenteessä vammautuneet soveltavat arkielämässään? Minkälaisia resursseja liikenteessä vammautuneelle on tarjolla, jotta hän hallitsisi sosiaalisen tilanteensa? Onko tutkittavina olleiden kahden maan liikenteessä vammautuneiden selviytymisstrategioissa eroja? Kysymyksenasettelu käsittää vammaisen kokemukset ja elämän – sekä olemassaolon ehdot liikenneonnettomuuden jälkeen.

Väitöskirjassa sovelletaan kolmea tieteellistä metodia – kvalitatiivista, kvantitatiivista ja vertailevaa menetelmää – joita on käytetty valaisemaan ongelmanasetteluja ja antamaan niihin vastaus. Kolmen metodin kombinaatio on sosiaalipoliittisissa tutkimuksissa harvinainen. Moni tutkija on valinnut jonkin yksittäisen metodin etsiessään vastausta kysymyksiinsä, mutta tässä tutkimuksessa olen valinnut toisenlaisen metodinkäyttötavan. Erilaisten tieteellisten metodien yhdistämisestä koituu tutkijalle se etu, että materiaalia saadaan runsaasti ja laajalta alueelta. Jotta voisi muodostaa kuvan puheena olevasta sosiaalisesta ilmiöstä, on tärkeää ensin selvittää liikenteessä vammautuneiden henkilöiden sosiaaliset olot kvantitatiivisesti yleisellä ja kokonaisvaltaisella tasolla. Kvantitatiivisessa analyysissa saatujen tietojen perusteella on mahdollista syventää analyysia kvalitatiivisilla tiedoilla. Lopuksi tutkimus sisältää vertailun kahden Pohjoismaan välillä, miksi vertaileva analyysi on myös välttämätön.

Empiirinen tutkimus

Kvantitatiivinen tutkimus perustuu kyselykaavakkeeseen, joka jaettiin yhteensä 1 425 liikenteessä vammautuneelle Suomessa ja Ruotsissa. Kysely lähetettiin yhteistyössä Tukholman Liikennevahinkolautakunnan (Trafikskadenämnden i Stockholm) ja Helsingissä olevan Vakuutusalan kuntouttamiskeskuksen kanssa. Vastaajien valinnan suorittivat Liikennevahinkolautakunnan ja Vakuutusalan kuntouttamiskeskuksen asiantuntijat. Suomessa kyselyyn vastasi 65 prosenttia kyselyn saaneista ja Ruotsissa 64 prosenttia. Vastaajilla oli suhteellisen pitkä kokemus liikenteessä saamastaan vammasta. Ruotsissa kysely lähetettiin 14–92-vuotiaille liikenteessä vammautuneille ja Suomessa kyselyn saaneet olivat 7–89-vuotiaita. Kyselyn saaneiden keskiikä oli Suomessa 35,8 vuotta; ruotsalaisten vammautuneiden keskiikä oli korkeampi, 47,7 vuotta. Liikennevauriosta keskimäärin kulunut aika suomalaisten vammaisten keskuudessa oli 9,6 vuotta ja ruotsalaisten vammautumise-

sta oli kulunut keskimäärin 9,8 vuotta. Kerätty tietoaines koostuu siis pitkittäistiedoista.

Kaavake sisälsi kysymyksiä liikenteessä vammautuneiden sosiaalisista oloista. Vastaajilta kysyttiin myös heidän tunteistaan ja reaktioistaan muutamia viikkoja, puoli vuotta ja kaksi vuotta trauman jälkeen sekä tilanteesta vuonna 1996. Tiedustelun tavoitteena oli osittain saada kuva liikenteessä vammautuneiden oloista, osin heidän kokemistaan onnettomuuden jälkeisistä reaktioista.

Empiirisen tutkimuksen osana tehtiin myös joidenkin liikenteessä vammautuneiden kanssa syvähaastattelu. Vammautuneet valittiin julkaisemalla kutsu kahdessa johtavassa vammaislehdessä Suomessa ja Ruotsissa. Kutsu julkaistiin Suomessa Invalidiliiton lehdessä Invalidityö (IT) ja Ruotsissa Svensk Handikapptidskrift -lehdessä (SHT). Tämän lisäksi kutsu julkaistiin pienen suomalaisen vammaisyhdistyksen (Kynnys r y:n) uutislehtisessä Uutis Kynnys. Myös eräältä paikalliselta liikenneturmayhdistykseltä kysyttiin suosituksia vammaisista, jotka voisivat osallistua tutkimukseen. Liikenteessä vammautuneilta tiedusteltiin heidän kiinnostustaan ottaa osaa tutkimukseen. Kaikkiaan haastateltiin 20 vammaista, 10 Suomessa ja 10 Ruotsissa. Haastateltaviksi valittiin sattumanvaraisesti yhtä monta miestä ja naista. Haastatteluun valituilla vammaisilla oli erilaisia liikenteessä saatuja vammoja. Vaurioiden joukossa oli piiskaniskuvammoja, selkäydinvammoja, aivo- ja kallovammoja, amputointeja sekä jalkavammoja. Haastattelututkimuksen tarkoituksena ei kuitenkaan ollut yrittää tutkia mahdollisia elinehtojen ja selviytymisstrategioiden eroja vammaryhmien välillä.

Vammaisia haastateltiin heidän kodeissaan, poikkeuksena yksi tapaus, jossa haastattelupaikkana oli kuntoutuskoti. Keskustelut nauhoitettiin ja kirjainnettiin myöhempää analysointia varten.

Kyselytutkimukseen vastaajiin verrattuna oli kvalitatiivisen tutkimuksen haastateltavilla hieman pitempi kokemus saamastaan liikennevahingosta ja vammasta. Vamman saamisesta kulunut keskivertoaika oli Ruotsissa haastateltavien keskuudessa 13 vuotta ja Suomessa haastatelluilla oli vajaavuudestaan 12 vuoden kokemus. Vammaiset olivat haastateltaessa keskimäärin 47-vuotiaita. Keskimääräinen ikä onnettomuuden sattuessa oli Ruotsissa 34 vuotta ja Suomessa 35 vuotta.

Metodien rajoitteet ja niiden suomat mahdollisuudet

Tutkimukseen valituilla metodeilla on tietenkin rajoituksensa. Koska olen käyttänyt kolmea erilaista metodia, on selvää etten ole pystynyt syventymään yksittäiseen metodiin, kuten tehtäisiin tutkimuksessa, jossa on käytetty vain yhtä metodia. Tutkimusprosessin aikana olen havainnut useita metodisia rajoituksia.

Kvantitatiivisen tutkimuksen laajuutta olen joutunut rajoittamaan. Ottaen huomioon tutkimuksen valaiseman arkaluontoisen ja vaikean aiheen on esim. ollut vaikea mitata liikenneonnettomuutta seuranneita tunnereaktioita ja elämyksiä. Siksi tutkijalle on tärkeää, että itse mittavälineet ovat valideja. Tässä yhteydessä on todettava, että kyselytutkimus on rajoittunut mittaväline onnettomuuden jälkeisten reaktioiden tutkimiseen. Olen huomannut, että liikenteen uhrien on jälkikäteen hyvin vaikea kartoittaa niin tunne- kuin kipuaistimuksiaan pitemmältä ajanjaksolta. Tietoaineistoa, jolle kyselytutkimus tässä suhteessa perustuu, on siksi pidettävä suhteellisen komplisoituneena ja ambivalenttina tutkimusaineistona. Minun onkin täytynyt tarkastella, analysoida ja tulkita tämän osan tulokset hyvin varovasti. Sama pätenee myös tieteellisiin mahdollisuuksiin tehdä yleistyksiä tutkimusaineistosta käsin.

Kvantitatiivisen metodin valinta tässä tutkimuksessa on antanut tieteelliset mahdollisuudet saada tietoja suuresta liikenteessä vammautuneiden ryhmästä yhteiskunnassa. Liikennevahinkolautakunnan ja Vakuutusalan kuntouttamiskeskuksen suorittaman sattumanvaraisen valinnan ansiosta on niin järjestäytymättömiä kuin etujärjestöihin (vammaisliikkeisiin) kuuluviakin vammaisia saatu mukaan tutkimukseen. Siten minulla on ollut mahdollisuus tutkia laajempaa vammaisryhmää, kuin jos kyseessä olisivat olleet vain järjestäytyneet intressit.

Myös kvalitatiivisen tutkimusaineiston hankintametodissa on rajoituksensa. En ole seurannut vastaajia pitempää aikaa. Syvähaastattelu on tehty yhdellä haastattelukerralla ja siten minulla ei ole ollut mahdollisuutta seurata kyseisen henkilön kehitystä ja arkielämän vaikeuksia pitemmän ajan kuluessa. Lisäksi saattaa muutaman haastattelutunnin aikana olla vaikea saada osakseen luottamusta ihmiseltä, joka on kokenut tai kokee vaikeuksia elämässään.

Suomessa syvähaastattelut on kaiken lisäksi tehty ruotsin kielellä. Tämä tarkoittaa, että vastaajat, joiden äidinkieli on suomi, ovat joutuneet haas-

tattelutilanteessa ilmaisemaan itseään kielellä, jota he eivät käytä päivittäin. Tällainen menettely voi tietenkin rajoittaa vastaajan kykyä ilmaista tunne-elämyksiään. Kokemukseni syvähaastatteluista ovat kuitenkin osoittaneet jotakin uutta, nimittäin että vammaisten on ollut helpompi ilmaista vaikeita tunteitaan vieraalla kielellä kuin äidinkielellään. Niissä tapauksissa, joissa haastateltava ei ole kyennyt ilmaisemaan jotakin tunnetta tai reaktiota ruotsiksi, on käytetty suomea. Kaikki haastattelut on käännätetty ja kirjainnettu myöhempää analysointia varten.

Tärkeimmät päätelmät

Se traumaattinen tapahtuma, mitä liikenneonnettomuus merkitsee siihen joutuneelle henkilölle, voidaan verrata hyvinvointidraamaan. Väitöskirjassa on draaman rakenne, joka kertoo vaikeaan elämäntilanteeseen joutuneen ihmisen selviytymisestä. Esityksen voidaan sanoa koostuvan eri draamanäytöksistä. Draama on jaettu seuraaviin näytöksiin, joista muodostuu väitöskirjan toisessa osassa oleva tulososa: »Kun elämä säröilee« (2. luku), »Tie itsensä toteuttamiseen ja altruismiin« (3. luku), »Selviytymisen kasvot« (4. luku), »Vammaisena selviytyminen eri elämänvaiheissa« (5. luku) ja »Kohti muuttunutta elämänfilosofiaa« (6. luku).

Tutkimuksen tulokset on analysoitu lähtökohtana vuorovaikutusmalli, johon kuuluu vammautunut ihminen ja hänen kaksi maailmaansa. Maailmat, joihin tässä viitataan ovat oma sisäinen elämismaailma (epävirallinen maailma) ja systeemimaailma (virallinen maailma). Väitöskirjan kuudennessa luvussa käydään teoreettisesti läpi tämä malli. Luvuissa seitsemän ja kahdeksan selostetaan kvantitatiivisen tutkimuksen tuloksia. Tämän ensimmäisen osan keskeinen päätelmä on, että liikenteessä vammautunut ihminen kohtaa onnettomuuden seurauksena huomattavia vaikeuksia ja joutuu järjestämään uudelleen sisäisen elämänsä. Yksilötasolla koettelemukset ovat olleet suuria, mutta myös sosiaalinen verkosto on joutunut koetukselle. Perheellä ja läheisillä ystävillä on ollut suuri merkitys vammaiselle.

Tutkimuksessa ei ole saatu vahvistusta sille, että hyvinvointiteoreetikko Amartya Senin attainment malli olisi sovellettavissa Suomen ja Ruotsin liikenteessä vammautuneisiin. Liikenteessä vammautuneiden pitäisi tietenkin pystyä saavuttamaan korkeatasoisempi hyvinvointi, mutta sitä tuskin voidaan saavuttaa heikentämällä muitten yhteiskuntaryhmien hyvinvointia. Olen väitöskirjassani esittänyt argumentin, että liikenteessä vahingoittunut

henkilö käyttää erilaisia selviytymisstrategioita voittaakseen elämänsä vaikeudet ja esteet – ja myös tämän pitäisi puhua Senin mallia ja sen soveltamista vastaan. Sitä vastoin tutkimus tukee Anthony J Culyerin käsitystä hyvinvoinnin ristiriidasta: »On edellytykset« mutta »Ei kykene«. Tutkimuksessa tämä on tullut esille erittäin selvästi, sillä monet vastaajista elävät eristettyä elämää, koska heiltä puuttuu kyky liikkua tai suullisesti ilmaista itseään yhteiskunnassa.

Liikenteessä vammautuneet ovat kokeneet ja käsittäneet kykynsä hyvinvoinnin saavuttamiseen olevan melko rajoittuneet. Tutkimus on osoittanut, että liikenteessä vammautuneet Ruotsissa ovat kokeneet korkeatasoisempaa hyvinvointia kuin vammaiset Suomessa ovat kyselyvastauksissaan ilmaisseet. Suomessa oli enemmän vastaajia, jotka kokivat heikkotasoisempaa hyvinvointia. Liikenteessä vammautuneiden psyykkisestä hyvinvoinnista tehtyjen tutkimusten tulokset osoittavat, että vain 41 prosenttia Ruotsissa kyselyn saaneista oli tyytyväisiä. Samankaltainen tulos voitiin osoittaa Suomen vammaisten osalta; heistä tyytyväisiä oli 36 prosenttia. Kokonaisterveydentilasta vammaisten antamat omat arviot osoittivat, että tilanteensa koki negatiivisena suurempi osa Suomessa kuin Ruotsissa. Monella liikenteessä vammautuneella osoittautui olevan vaikeuksia pystyä lukemaan lehtiä tai kirjoja onnettomuuden jälkeen. Tämä on huomionarvoinen tulos ja se tulee nähdä suuremmissa mittasuhteissa; asia liittyy vammaisen oikeuteen ja mahdollisuuksiin saada oikeus- ja palveluneuvontaa onnettomuuden tapahduttua. Kyselytutkimuksessa vastaajilta tiedusteltiin, olivatko he saaneet neuvontaa oikeuksistaan ja eduistaan. 69 prosenttia vastaajista molemmissa maissa vastasi, etteivät he olleet saaneet minkäänlaista neuvontaa.

Tutkimuksesta käy ilmi, että eri sukupuolten välillä on suuria eroja. Osoittautui, että naiset ovat miehiä useammin kokeneet liikenneonnettomuuden jälkeen negatiivista stressiä ja vaikeuksia sosiaalisessa elämässään. Ruotsalaiset vammautuneet naiset kertoivat tunteneensa pitkäaikaista surua ja masentuneisuutta. Suomessa ei voitu samassa määrin todeta tämän kaltaisia sukupuolten välisiä eroja.

Tärkeä tulos oli myös liikenteessä vammautuneiden oma käsitys työkyvystään. Peräti puolet vastaajista Ruotsissa antoi vastaukseksi, että he eivät käyneet työssä. Yhtenä tuloksena oli myös, että suurempi osa naisista kuin miehistä sanoi, etteivät he pystyisi työhön. Väitöskirjan ensimmäisessä osassa voitiin osoittaa, että tutkittavien naisten osalle oli tullut vaikeampia sosiaalisia seurauksia kuin miesten raportoimat.

Tutkimus on paljastanut lukuisia puutteita hyvinvoinnissa. Tulokset osoittavat, että joka toinen kyselytutkimukseen vastanneesta liikenteessä vammautuneesta ei ole palannut työelämään. Joka toinen vastasi myös, että he olivat kokeneet onnettomuuden jälkeisen kohtelun vakuutusyhtiöiden ja viranomaisten taholta puutteellisena tai huonona. Koska vammautuneet usein taistelevat oman vammansa lisäksi myös vakuutusyhtiöitä vastaan saadakseen vammastaan korvausta, on merkittävää, että puolet liikenteessä vammautuneista on kokenut tulleensa huonosti kohdelluksi vakuutusyhtiöiden taholta. Lääkärit ja sairaanhoitohenkilöstö ovat sitä vastoin olleet hyvänä tukena ja kohdelleet vammautuneita hyvin.

Toinen keskeinen päätelmä on, että vammaisjärjestöt näyttävät vaikuttaneen hyvin vähän liikenteessä vammautuneille tarjottavaan jälkihoitoon ja kuntoutukseen niin Ruotsissa kuin Suomessakin. Tämä on erityisen mielenkiintoista, koska Ruotsin vammaisliikkeellä on useiden vuosikymmenten kokemus liikenneturmista ja vammoista. Tutkimus osoitti myös, että liikenteessä vammautuneilla on rajoittuneet tiedot siitä, kuinka yleisiä liikenneonnettomuudet ovat yhteiskunnassa ja kuinka paljon ihmisiä vuosittain onnettomuuksissa loukkaantuu.

Konkreettinen esimerkki liikenteessä vammautuneen ihmisen suojattomuudesta yhteiskunnassa on aktiivisen vammaispolitiikan puute. Tutkimus osoitti, että suurin osa vastaajista oli sitä mieltä, että vammaispolitiikka oli huonoa ja/tai ei tiennyt sellaista olevan. Samoin suurimmalla osalla vastanneista ei ollut tietoa siitä, ajoiko joku poliitikko liikenteessä vammautuneiden ja vammaisten asiaa yhteiskunnassa. Liikenteessä vammautuneet eivät myöskään uskoneet perheittensä ja omaistensa saaneen mitään apua tai tukea yhteiskunnalta. Tutkimuksessa yli puolet liikenteessä vammautuneista kertoi omaisten saaman tuen olevan puutteellista .

Perusteellisten tietojen saamiseksi liikenteessä vahingoittuneen ja vammaisen ihmisen sisäisestä elämästä ja selviytymisstrategioista tehdyt syvähaastattelut osoittivat, että todetuista hyvinvoinnin puutteista huolimatta monet haastatelluista olivat onnistuneet selviytymään uudesta elämäntilanteestaan. Vammautunut ihminen soveltaa useita omaamiaan strategioita. Ihmiselle on kaksi erityistä näytöstä tullut tärkeiksi; ne ovat systeemimaailman ns. selviytymisnäytös ja oman sisäisen maailman sopeutumisnäytös. Tässä yhteydessä on hahmottunut kolme yhteiskuntafilosofista käsitettä. Selviytymisnäytöksessä vammautunut ihminen on soveltanut altruismia ja hedonismia samalla kun heroismi on ollut tärkeä sopeutumisnäytöksessä.

Liikenteessä vammautunut ihminen on usein käyttänyt uhrautumista ja kärsimistä elämäntilanteesta selviytymisen strategianaan. Näillä on myös ollut oma merkityksensä kyseisen henkilön sisäiselle sopeutumisprosessille. Tutkimuksessa tuli esille, että liikenteessä vammautuneet osoittivat vahvaa ja kehittynyttä altruismia huolimatta niistä rajoitteista, jotka hallitsevat sekä sisäistä että ulkoista elämänlaatua.

Tutkimus osoitti myös, että haastatellut liikenteessä vammautuneet sovelsivat neljää selviytymisstrategian päätyyppiä. Strategiat ovat olleet tunneperäiset selviytymisstrategiat, ongelmapohjaiset selviytymisstrategiat, ryhmästrategiat ja ihmisten väliset selviytymisstrategiat. Näitä strategioita ei ole käytetty yksin, vaan niitä on yhdistelty toimintastrategian valinnan mukaan. Tunneperäinen strategia osoittautui liikenteessä vammautuneiden tavallisimmin käyttämäksi. Vammautuneille vähiten tärkeitä olivat ihmisten välinen ja ryhmästrategia.

Haastateltavien keskuudessa oli selviytymisstrategian valinnassa havaittavissa myös tärkeitä sukupuolten välisiä eroja. Vammautuneet miehet käyttivät ongelmapohjaista strategiaa useammin kuin naiset, jotka voittaakseen uuden elämäntilanteensa vaikeudet valitsivat etupäässä tunnepohjaisen strategian. Tutkimuksessa on ollut tärkeää nähdä vammaisten strategianvalinta kokonaisvaltaisesta näkökulmasta. Kuten tutkimuskirjallisuudessakin sanotaan, selviytymisstrategiat on nähtävä toisiaan täydentävässä merkityksessä.

Ruotsalaiset vammautuneet käyttävät altruismia selviytymisstrategiaan enemmän kuin suomalaiset. Erityisen selvästi tämä näkyy ruotsalaisessa yhteiskunnassa siellä, missä on perustettu erityisiä liikennevammaisyhdistyksiä ja missä toimii liikenneuhripäivystyksiä, joissa aikaisemmin vammautuneet kertovat kokemuksistaan ja antavat neuvoja äskettäin vammautuneille.

Vammaisten ihmisten selviytymisprosessi on nähtävä dynaamisena prosessina. Tässä prosessissa vammautuneen ja loukkaantuneen ihmisen on rohkaistava itsensä voittaakseen jokapäiväisen elämän ongelmat ja vaikeudet. Tutkimuksessa voitiin todeta, että vammaisilla ihmisillä useissa tapauksissa oli pelon tunne oman suojattomuuden ja haavoittuneisuuden takia. He tunsivat erityistä pelkoa, joka johtui siitä, että he joutuivat elämästä selviytyäkseen olemaan riippuvaisia toisista ihmisistä. Liikenteessä vammautuneen naisen voitiin useissa tapauksessa todeta potevan identiteettiongelmia. Vammautuneen naisen suojattomuus on tullut hyvin selvästi esille sekä kyselytutkimuksessa että kvalitatiivisissa haastatteluissa.

Syvähaastattelun tulokset osoittavat myös, kuinka tärkeitä tunteita elämys, elinvoima ja arvostus ovat vammaiselle. Haastatellut henkilöt osoittivat aikaa myöten kasvavaa psyykkistä hyvinvointia. He olivat myös kehittäneet tietynlaisen ihmisrakkauden, jota väitöskirjassa nimitetään altruistiseksi strategiaksi. Myös liikenteessä vammautuneen ihmisen sisäisten voimien näkemisellä on ollut suuri merkitys. Vammaisen toiveet omasta kyvystään saavuttaa hyvinvointi ovat olleet tärkeitä.

Tutkimuksessa tarkasteltiin myös sitä, ovatko liikenteessä vammautuneet tulleet tarkkaavaisemmiksi liikenteessä oltuaan itse onnettomuudessa. Ruotsissa naiset osoittautuivat tulleen tarkkaavaisemmiksi liikenteessä kuin miehet. Suomessa voitiin sitä vastoin todeta päinvastainen kehitys. Siellä miehet olivat tulleet tarkkaavaisemmiksi oman liikenneonnettomuutensa jälkeen. Vammautuneen oman vaarantiedostamistajun osalta onnettomuuden jälkeen tutkimus osoitti, että naiset olivat tulleet tietoisemmiksi vaaroista onnettomuudessa oltuaan. Miehet eivät yhtä usein sanoneet tulleensa tietoisemmiksi vaaroista.

Jatkotutkimukset

Toivon, että tämän tutkimuksen tuloksia voidaan käyttää monella yhteiskuntaelämän alueella. Tutkimus voi myös inspiroida toisia tutkijoita ottamaan huomioon vakavissa onnettomuuksissa, katastrofeissa ja kriiseissä vammautuneiden elämän muut sosiaaliset edellytykset ja näiden olemassaolon ehdot. Tämän väitöskirjan tuloksia voitanee käyttää sekä teoreettisessa että käytännön työssä. Tulokset lisännevät muun muassa sekä lasten että aikuisten liikenneturvatietoisuutta nykyisessä hyvinvointiyhteiskunnassa. Nopean teknisen kehityksen aikakautena on välttämätöntä, että sosiaalialan tutkimus ja vammaistutkimus löytävät uusia tietoja ihmisen ja tekniikan yhteensovittamisesta. Tutkimus osoittaa, että liikenteessä vahingoittuneet ovat kokeneet elämänsä muuttuneen hyvin lyhyessä ajassa. On hyvin tärkeää, että tietoisuutta vammautuneen sisäisistä voimavaroista ja selviytymisstrategioista hyödynnetään yhteiskunnassa. Kohdistamalla huomio ihmisen sosiaalisiin resursseihin on mahdollista ymmärtää suojatonta ja vammaista ihmistä sekä pitkäjänteisesti lisätä tulevaisuuden autoilijoiden tietoisuutta vaaroista sekä parantaa heidän liikenneturva-ajatteluaan. Poliitikkojen, vakuutusyhtiöiden, viranomaisten sekä myös vammaisjärjestöjen täytyy kuunnella enemmän vammaisia ja heidän kokemuksiaan onnettomuuden

aiheuttamista elämänvaikeuksista, jotta liikenneonnettomuudet saataisiin vähenemään teillämme ja jotta siten myös terveyden menetystä seuraavat inhimilliset kärsimykset vähenisivät.

Alan tuleva tutkimus voi suuntautua monelle uudelle ja kiintoisalle aluelle. Väitöskirja on osoittanut, että suojattoman vammaisen naisen sosiaalisesta tilanteesta on tarve saada lisätietoja. Olisi sen tähden mielenkiintoista suorittaa jatkotutkimus, joka käsittelisi liikenteessä vahingoittunutta naista ja hänen elinmahdollisuuksiaan laajemmasta perspektiivistä. Väitöskirjassani olen esittänyt ongelma-asetelmia tulevan tutkimuksen varalle. Yksi esille otetuista ongelmista on järjestelmämaailman sosiaalinen tietoisuustaso liikennevaurioista ja niiden jälkiseurauksista niin Suomessa kuin Ruotsissa. Mikä vastuu on päätöksentekijöillä onnettomuuksissa loukkaantuneiden seurannasta ja kontrolleista, kun heidän lääketieteellinen hoitonsa on päättynyt? Mitkä yhteiskunnan elimet seuraavat liikenteessä vammautuneiden paluuta ja kykyä työelämään? Perheiden ja omaisten reaktioita ja tunnekokemuksia vamman pitkäaikaisista sosiaalisista seurauksista ei myöskään ole valaistu missään suuremmassa tieteellisessä tutkimuksessa. Tässä esitetyt kysymykset ovat vammautuneiden tutkimuksessa tärkeitä ja esimerkkejä alueista, joita tulevan tutkimuksen mielestäni tulisi käsitellä ja valaista.

10. Fotnoter

FÖRORD

1. s. 53f i Abrahamson, Kjell Albin (1997) *Polen. Diamant i aska*. Stockholm: Fischer & Co.

I. Begynnelse till ett välfärdsdrama

1. BILISMEN SOM SOCIALT FENOMEN I VÄLFÄRDSSTATEN

1. Kieslowski, Krzysztof (1993) *Frihet. Den blå filmen*. MK 2 Prod. SA, France 2 Cinema, CAB Prod, SA. Sandrew Film AB.
2. se Moberg,Vilhelm (1963) *Din stund på jorden*. Stockholm: Albert Bonniers Förlag.
3. se också i Nya Pressen den 3 januari 1973. President U.K.K Kekkonens nyårstal finns publicerade i Hufvudstadsbladet 2 januari 1966, 2 januari 1967, 2 januari 1973 samt 2 januari 1975.
4. s. 172 i Eriksen, Frank Leo (1988) *Tilbake til livet*. Oslo: Gyldendal norsk forlag. Boken handlar om en läkare som skadas svårt i en trafikolycka. Han skriver om sina egna tankar som trafikskadad, patient och människa.
5. Tengström, Emin (1991) *Bilismen – i kris? En bok om bilen, människan, samhället och miljön*. Kristianstad: Rabén & Sjögren.
6. se vidare i Andréasson, Rune (1994) *Människan och trafikmedicinens historia*. Stockholm: Bokförlaget T. Fischer & Co.
7. s. 1 i DeSilva, Harry. R (1942) *Why we have automobile accidents*. New York: John Wiley & Sons, Inc.
8. s. 9 i Nader, Ralph (1967) *Den livsfarliga bilen*. Stockholm: Rabén & Sjögren.
9. s. 5 i Lereim, Inggard (1984) *Traffic accidents and their consequences. A study of injured road-users treated at the regional hospital of Trondheim*. Faculty of Medicine, University of Trondheim.
10. Ibid, s. 5f
11. se även s. 3f i Roberts, H.J (1971) *The causes, ecology and prevention of traffic accidents. With emphasis upon traffic medicine, epidemiology, sociology and logistics*. Charles C Thomas Publisher, Springfield, Illinois, U.S.A.
12. se Wulff, Helge B (1957) *Trafikskador i Skandinavien*. Nordisk Kirurgisk Förenings undersökning över persontrafikskador behandlade i Danmark, Finland, Norge och Sverige. Lund: Berglingska Boktryckeriet.
13. Ibid, s. 7f
14. s. 91 i Carlsen, Jan & Ystgaard, Hans magnus (1970) Trafikk-krigen. Oslo: Pax forlag A/S.
15. s. 73 i Socialstyrelsen (1994) Folkhälsorapport 1994. SoS-rapport 1994:9 Stockholm: Socialstyrelsen, Epidemiologiskt Centrum.
16. Ibid, s. 59
17. Ibid, s. 77
18. s. 185 i SOU 1996:26 *Ny kurs i trafik politiken*. Delbetänkande av Kommunikationskommittén. Kommunikationsdepartementet. Stockholm: Fritzes förlag.
19. s. 9 i Wulff, Helge B (1957) *Trafikskador i Skandinavien*. Nordisk Kirurgisk Förenings undersökning över persontrafikskador behandlade i Danmark, Finland, Norge och Sverige. Lund: Berglingska Boktryckeriet.
20. se förordet i Andréasson, Rune & Halldin, Matts & Lindgren, Stig (red.)

(1967) *Människan i trafiken. En handbok i trafiksäkerhet*. Stockholm: Natur och Kultur.

21. se också Wahl, Asbjørn (1996) *Et makabert jubileum*. Samferdsel nr 7, s. 23.
22. Roberts, H.J (1971) *The causes, ecology and prevention of traffic accidents*. With emphasis upon traffic medicine, epidemiology, sociology and logistics. Charles C Thomas Publisher, Springfield, Illinois, USA.
23. Nationalencyklopedin (1996) Nittonde bandet. Höganäs: Bokförlaget Bra Böcker.
24. Nationalencyklopedin (1991) Sjätte bandet. Höganäs: Bokförlaget Bra Böcker.
25. s. 38 i Roberts, H.J (1971) *The causes, ecology and prevention of traffic accidents*. With emphasis upon traffic medicine, epidemiology, sociology and logistics. Charles C Thomas Publisher, Springfield, Illinois, USA.
26. Ibid, s. 38f
27. se EU:s officiella rapport »Women and men in the European Union. A statistical portrait«. Luxembourg: Office for official publications of the European Communities.
28. Nygren, Åke (1984) *Injuries to car occupants – some aspects of the interior safety of cars*. A study of a five-year material from an insurance company. Acta Oto-Laryngologica Supplement 395. FOLKSAM. Doktorsavhandling.
29. Nygren, Åke (1986) *Var 40e svensk blir invalidiserad i trafiken*. Motor No 9 s. 30–31.
30. s. 19 i Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik (SBU) (The Swedish Council on Technology Assessment in Health Care) (1994) Trafikolycksfall. SBU-rapport nr 122. Stockholm: SBU.
31. Ibid, s. 9
32. Asp, Kenneth & Forsström, Åke & Lorentzon, Sten (1982) *Har bilsamhället någon framtid?* Linköping: Väg- och transportforskningsinstitutet.

2. MEDBORGARE I TRAFIKEN

1. s. 14f i Mills Wright, C (1971) *Den sociologiska visionen*. Stockholm: Bokförlaget Prisma (översatt från originalet Mills Wright, C (1959) *The Sociological Imagination*. Oxford University Press, Inc).
2. Ibid, s. 15
3. s. 5 i Lereim, Inggard (1984) *Traffic accidents and their consequences*. A study of injured road-users treated at the regional hospital of Trondheim. Trondheim: Faculty of Medicine, University of Trondheim.
4. s. 16 i Vägverket (1996) *Trafiksäkerhetsrapport 1995*. Publikation 1996:20. Borlänge: Vägverket.
5. Slätis, Pär (1961) *Olycksfallsfrekvensen i Finland 1950–1959*. Finlands Läkartidning Vol 14 årgång 16 s. 747–760 samt i Slätis, Pär (1967) *Injury patterns in road traffic accidents*. An analysis of 5291 cases recorded in Finland during three months in 1962. Annales Chirurgiae Et Gynaecologiae Fenniae Vol 56 Suppl 150 s. 5–39 Helsinki.
6. Thorson, Jan & Sande, Jens (1975) *An Evaluation of the official Swedish statistics on seriously injured in road traffic accidents*. Scandinavian Journal of Social Medicine Vol 3 5–11.
7. se s. 158 i Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik (SBU) (The Swedish Council on Technology Assessment in Health Care) (1994) *Trafikolycksfall*. SBU-rapport nr 122. Stockholm: SBU. Se även i Tolagen, Anders (1977) *Trafikskadade i Östergötland*. En undersökning av skadade i trafiken i Östergötlands län under 1 1/5 års tid. Linköping: Universitetet i Linköping, medicinska fakulteten, institutionen för kirurgi. Doktorsavhandling Publikation nr 46.
8. s. 30 i Folkhälsoinstitutet (1996) *På väg mot ett skadefritt Sverige*. Strategier, insatser och aktörer i det skadeförebyggande arbetet. Folkhälsoinstitutet 1996:117. Stockholm: Folkhälsoinstitutet.
9. s. 73f i Adams, John (1995) *Risk*. London: University College London Press (UCL).
10. se *Statistisk årsbok för Finland* åren 1946–

47. Helsingfors 1948.
11. s. 36 i Liikenneturva: *Road traffic accidents in Finland.* 1994.
12. s. 3 i Vägverket (1996) *Nollvisionen.* En idé om ett vägtransportsystem utan hälsoförluster. Rapport 1996-01-03. Borlänge: Vägverket.
13. *Nordisk statistisk årsbok* 1995. Nordic Council of Ministers, Nord 1995:1. Århus, Danmark, 1995.
14. s. 15f i Johansson, Jörgen (1995) *Det finns dom som har det värre.* Samspel, gemenskap och livsglädje i kamp mot smärta och svåra trafikhandikapp. Stockholm: Sveriges Radios förlag.
15. Statistik över antalet inregistrerade trafikolyckor från Finska vägverket i Helsingfors (Traffic and Road Research), Statistics Finland samt Trafikförsäkringscentralen i Helsingfors, september 1995.
16. *Statistisk årsbok för Finland* 1995. Statistikcentralen, Helsinki 1995.
17. *Nordisk statistisk årsbok* 1995. Nordic Council of Ministers, Nord 1995:1, Århus, Danmark 1995.
18. se Olkkonen, Seppo & Forstén, Liisa (1995) *Trafikskadeändringar i Finland åren* 1970–1990. Analys enligt ålders- och vägtrafikantgrupp av skador som föranlett avdelningsvård på sjukhus. Forskningsrapport 112/1995. Helsingfors: Trafikskyddet.
19. se Statistiska centralbyråns publikation »Trafikskador 93« samt i Johansson, Jörgen (1995) *Det finns dom som har det värre.* Samspel, gemenskap och livsglädje i kamp mot smärta och svåra trafikhandikapp. Stockholm: Sveriges Radios förlag.
20. Antalet polisrapporterade vägtrafikolyckor i Finland 1993 var 6 147. Under samma år omkom 484 personer och 7 806 ådrog sig personskador i olyckor. Se s. 93 i *Helsingfors stads statistiska årsbok* 1994.
21. s. 33 i Gummesson, Margit & Larsson, Thomas (1994) *Barn – trafiksäkerhet – miljö: en sammanfattning.* Stockholm: Allmänna Förlaget.
22. s. 31 i Ds 1997:13, Regeringskansliet, Kommunikationsdepartementet (1997) *På väg mot det trafiksäkra samhället.* Stockholm: Fritzes.
23. s. 33 i Gummesson, Margit & Larsson, Thomas (1994) *Barn – trafiksäkerhet – miljö: en sammanfattning.* Stockholm: Allmänna Förlaget.
24. se Hufvudstadsbladet, söndagen den 17 september 1995.
25. se Lillsunde, Pirjo (1996) *Drugs and driving.* Analytical and epidemiological aspects. Academic Dissertation. Publications of The National Public Health Institute. Laboratory of Pharmacology and Toxicology, Department of Mental Health. Laboratory of Inorganic and Analytical Chemistry, Helsinki University of Technology, Espoo. Departement of Biochemistry, University of Turku, Turku. Helsinki.
26. s. 8 i Hansson, Viveka (1996) *120 000 kör påverkade varje dag. Bilisterna struntar i varningen på medicinerna.* Expressen tisdag 2 juli 1996.
27. s. 9 i Carlsson, Annika (1996) *Äldre bilförare slipper kontroll. Många läkare undviker att fråga om körkortsinnehav för att inte förlora patienter.* Svenska Dagbladet fredagen den 26 juli 1996.
28. Jämförelsen baseras på tidsperioden åren 1981 till 1991. se *Liikenneonnettomuudet yleisillä teillä* 1991, Tielaitoksen tilastoja, Tutkimuskeskus 6/1992, Helsinki. (Vägtrafikolyckor på allmänna vägar 1991, Vägverkets statistiska rapporter 6/1992, Helsingfors), figur 3, s. 18.
29. s. 77f i Socialstyrelsen (1994) *Folkhälsorapport* 1994. SoS-rapport 1994:9 Stockholm: Socialstyrelsen, Epidemiologiskt Centrum.
30. s. 25 i Bjärås, Gunilla (1995) *Skadeprevention – teori och praktik.* Lund: Studentlitteratur.
31. se mer i Leden, Lars (1996) *En jämförelse av trafiksäkerheten i Finland, Sverige och Norge.* Vägverkets utredningar 58/1996. Helsingfors: Vägverket, Centralförvaltningen.
32. Ibid, se sammanfattningen.
33. s. 5f i Hetzler, Antoinette (1994) *Socialpolitik i verkligheten.* De handikappade och försäkringskassan. Lund: Bokbox förlag.

34. se s. 17 i Invalidiliitto ry, Naistyöryhmä: Naisellisesti Vammaisuudesta. Helsinki 1995.
35. Helmius, Gisela (1993) *Kvinnor och handikapp – jungfrulig forskningsmark*. En kommenterad bibliografi. Kunskapsöversikt. Uppsala: Centrum för handikappforskning vid Uppsala universitet.
36. s. 35ff i Bjärås, Gunilla (1995) *Skadeprevention – teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur.
37. s. 9 i Ds 1997:13, Regeringskansliet, Kommunikationsdepartementet (1997) *På väg mot det trafiksäkra samhället*. Stockholm: Fritzes.
38. s. 68 i Diekmann, Achim (1995) *Towards more rational transport policies in Europe*. Köln: Deutscher Instituts-Verlag GmbH.
39. s. 2 i Europeiska Gemenskapernas Kommission (1997) *Ökad vägtrafiksäkerhet inom EU*. Programmet för åren 1997–2001. Meddelande från Kommissionen: Till Rådet, Europaparlamentet, Ekonomiska och Sociala Kommittén och Regionkommittén. Bryssel den 09.04. 1997 KOM (97) 131 slutlig. Luxemburg: Byrån för Europeiska gemenskapernas officiella publikationer.
40. Ibid, s. 6
41. Ibid, s. 6
42. se Elvik, Rune (1993) *Hvor mye er unngåtte trafikkulykker verd for samfunnet?* Oppsummeringsrapport. Oslo: Transportøkonomisk institutt, 389. Elvik, Rune (1993) *Økonomisk verdsetting av velferdstap ved trafikkulykker*. Dokumentasjonsrapport. Oslo: Transportøkonomisk institutt, 203. Elvik, Rune (1993) *Ulykkeskostnader for vegtrafikk i 20 land*. Oslo: Transportøkonomisk institutt. Rapport 196.
43. se mer i Guria, Jagadish C (1990) *Length of hospitalization – an indicator of social costs of disabilities from traffic injuries*. Accident Analysis & Prevention Vol 22 No 4.
44. Ibid, s. 379
45. Ibid, s. 379
46. Guria valde att studera 82 195 trafikskadade personer i Nya Zeeland som fick en permanent skada eller ett permanent handikapp efter en olycka under perioden 1980–1987. Guria avgränsade sin undersökningsgrupp till att gälla trafikskadade som fick sjukhusvård under längre tid efter olyckan. Guria avsåg att studera sambandet mellan handikappets nivå och sjukhusvistelsens längd.
47. uppgifter från Invalidförbundet i Helsingfors avseende förhållandena i september 1995.
48. se »Centralen för Självständigt Liv« utgiven av Tröskeln rf, Helsingfors 1994 samt i tidskriften Kynnys nr 4/95.
49. Ordet Whiplashskada benäms också i litteraturen för en s.k pisksnärtskada. »De akuta skadesymptomen i form av lokal värk, som ofta strålar ut i någon arm, rörelsesmärta och stelhet i nacken försvinner hos flertalet patienter inom dagar till veckor. Hos en mindre del av patienterna kan de dock bli kroniska och är då mycket svårbehandlade. Dessa patienter har ihållande svåra nacksmärtor och kan vara ordentligt deprimerade. De är trötta, klagar över yrsel och orkar inte arbeta. Neurologisk undersökning visar föga objektiva fynd. Prognosen är hos dessa patienter relativt osäker«. ur Aquilonius, Sten-Magnus & Fagius, Jan (1989) *Neurologi*. Stockholm: Almqvist & Wiksell s. 384. Under 1990-talet har ett flertal studier gjorts där forskare konstaterat att akutbehandling med fast halskrage ej är lämpligt. En slutsats som den norska forskaren Grethe Borchgrevink drar av sin studie är att utfallet var bättre för patienter som fortsatte med sina dagliga aktiviteter jämfört med de nackskadade som fick stödkrage de första två veckorna efter trafikolyckorna, s. 45 i Borchgrevink, Grethe Elisabeth (1997) *Diagnosis and treatment of whiplash/neck sprain injuries caused by car accidents*. Trondheim: Norwegian University of Science and Technology (TAPIR). Thesis.
50. Vid sidan av de etablerade handikapporganisationerna i de nordiska länderna finns en

rad ideella föreningar, stiftelser och sammanslutningar som har tagit på sig uppgiften att hjälpa handikappade. De senaste åren har flera insamlingar kommit att bli föremål för granskning av såväl den tredje statsmakten som av olika samhälleliga instanser. Sedan år 1995 har det i Sverige funnits en stiftelse som samlat in pengar för trafikskadade och handikappade människor. Stiftelsen som burit namnet »Stiftelsen för trafikskadade« har haft sin verksamhet i tre större städer i Västsverige. Massmedia har ingående granskat stiftelsens insamlingar. Granskningen visade att stiftelsen samlat in pengar från allmänheten som skulle vara ämnade till rehabilitering av trafikskadade. Pengar skulle också utgå till forskning som skulle förbättra möjligheterna till rehabilitering. Vidare uppmärksammades att stiftelsen utgett sig för att ha ett samarbete med rehabiliteringshem och med rehabiliteringskliniker på sjukhus i Sverige. Något sådant samarbete har inte existerat visade granskningen i massmedierna. Under sommarmånaderna 1997 kom stiftelsens verksamhet att granskas av länsstyrelsen. Se vidare i en artikelserie av journalisten Torkel Ivarsson i Borås tidning, 16 april 1997, 17 april 1997, 19 april 1997, 17 juni 1997, 18 juni 1997 samt 20 juni 1997.

51. CTRF (Cancer- och trafikskadades riksförbund) (1995) *Årsskrift* 1995.
52. Ibid, s. 8
53. Enholm, Kaj: *En halv miljon dör årligen i trafiken: säkerheten ett allt viktigare säljargument*. Vasabladet 4 december 1993.
54. Inom den vetenskapliga diskursen förekommer olika statistiska uppgifter över antalet skadade och omkomna i trafikolyckor. Brom, Kleber, och Hofman skriver i sin artikel »Victims of traffic accidents: incidence and prevention of post-traumatic stress disorder« (1993) att närmare 10 miljoner människor skadas psykiskt av trafikolyckor. Se också Bull, J.P (1979) *Epidemiological features of road traffic injuries*. Geneva: World Health Organization.
55. se också i Andréasson, Rune (1994) *Människan och trafikmedicinens historia*. Stockholm: Bokförlaget T. Fischer & Co.
56. s. 13 i Saperstein, Robert & Saperstein, Dana (1994) *Surviving an Auto Accident: A Guide to Your Physical, Economic & Emotional Recovery*. Ventura, California: Pathfinder Publishing of California.
57. s. 205 i Nordhoff, Lawrence S (1996) *Motor vehicle collision injuries: mechanisms, diagnosis, and management*. Gaithersburg: Aspen Publishers, Inc.
58. s. 24 i »Women and men in the European Union. A statistical portrait.« Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg, 1995.
59. s. 96f i Cahill, Michael (1994) *The New Social Policy*. Blackwell. Oxford UK & Cambridge, USA.
60. Sveriges Försäkringsförbund (1992) *Kostnader för personskador i trafiken*. Underlag hämtat från Trafikskadenämndens skador och Försäkringsförbundets Bilmärkesstatistik, BMB –92.
61. s. 3 i Försäkringsförbundet (1995) *Utvidgat ansvar för trafikförsäkringen*. Promemoria. Förslag 1995-12-01. Stockholm.
62. Se vidare i Försäkringsförbundet (1995) *Utvidgat ansvar för trafikförsäkringen*. Promemoria. Förslag 1995-12-01. Stockholm.
63. s. 6f i Sveriges Försäkringsförbund (1992) *Kostnader för personskador i trafiken*. Underlag hämtat från Trafikskadenämndens skador och Försäkringsförbundets Bilmärkesstatistik, BMB –92.
64. s. 3 i Försäkringsförbundet (1995) *Utvidgat ansvar för trafikförsäkringen*. Promemoria. Förslag 1995-12-01. Stockholm.
65. se s. 336 i Ajo, Pentti (1996) *Trafikförsäkring i Finland*. Nordisk Försäkringstidskrift, NFT nr 4, Årgång 77, s. 335–341.
66. se s. 247 i Öberg, Svante (1996) *Trafikskadornas finansiering i ett samhällsekonomiskt perspektiv*. Nordisk Försäkringstidskrift, NFT nr 3, Årgång 77, s. 245–250.
67. s. 208 i SOU 1995:33
68. se utförligare i Sisula-Tulokas, Lena (1995)

Sveda, värk och annat lidande. En skadeståndsrättslig studie. Helsingfors: Juristförbundets Förlag.

69. s. 247 i Sterner, Gunnar (1983) Skyndsamhet i regleringen av trafikskador. Advokaten. Tidskrift för Sveriges advokatsamfund, nr 6 s. 247–250.
70. Samtal 1997-10-22 med Eva Tidefelt, chefsjurist vid försäkringsbolaget FOLKSAM i Stockholm. Se också i Försäkringsförbundet (1995) Utvidgat ansvar för trafikförsäkringen. Promemoria. Förslag 1995-12-01. Stockholm.
71. s. 2, Bilaga 5 i Försäkringsförbundet (1995) *Utvidgat ansvar för trafikförsäkringen*. Promemoria. Förslag 1995-12-01, Stockholm, samt Lagen om rehabilitering som ersätts enligt trafikförsäkringslagen 626/91.
72. Ibid, s. 2 Bilaga 5
73. s. 340 i Ajo, Pentti (1996) Trafikförsäkring i Finland. Nordisk Försäkringstidskrift, NFT nr 4, Årgång 77, s. 335–341.
74. se s. 10f i Seppäläinen, Risto (1994) *Rehabilitation in Finland*. Helsinki: Rehabilitation International. Finnish committee, RIFI RY.
75. Ibid s. 11 (1994)

3. EN BEGREPPSVÄRLD

1. s. 26 i Bjärås, Gunilla (1995) *Skadeprevention – teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur.
2. s. 23 i Häkkinen, Sauli (1958) *Traffic accidents and driver characteristics*. A statistical and psychological study. Dissertation. Helsinki: Finland's Institute of Technology, Scientific Researches No 13.
3. s. 9 i Tolagen, Anders (1977) *Trafikskadade i Östergötland*. En undersökning av skadade i trafiken i Östergötlands län under 1 1/5 års tid. Linköping: Universitetet i Linköping, medicinska fakulteten, institutionen för kirurgi. Doktorsavhandling Publikation nr 46.
4. s. 19 i Heiskanen, Markku & Aromaa, Kauko & Niemi, Hannu & Ruusinen, Anneli & Sirén, Reino (1991) *Accidents and violence* 1988. Central Statistics Office of Finland, National Research Institute of Legal Policy. Publication no. 108. Helsinki.
5. s. 20 i Olkkonen, Seppo (1993) *Bicyle injuries*. Incidence, risk factors and consequences. Doctoral dissertation. Helsinki: Reports from Liikenneturva 39/1993.
6. Ibid, s. 20
7. Ibid, s. 20
8. s. 11 i Statistics Finland (1995) *Tieliikenneonnettomuudet* 1994. Road Accidents in Finland. Helsinki: Tilastokeskus, Liikenne ja matkailu 1995:14.
9. s. 10f i Statistiska Centralbyrån & Statens Institut för KommunikationsAnalys (1996) *Trafikskador* 95. Stockholm: Statistiska Centralbyrån och Statens Institut för KommunikationsAnalys.
10. s. 357 i Nordhoff, Lawrence S (1996) *Motor vehicle collision injuries: mechanisms, diagnosis, and management*. Gaithersburg: Aspen Publishers, Inc.
11. s. 8f i Gardeström, Linnéa (1981) *Leva med handikapp*. Villkor – samhällsstöd. Stockholm: Skeab Håkan Ohlssons.
12. s. 206 i Nordhoff, Lawrence S (1996) Motor vehicle collision injuries: mechanisms, diagnosis, and management. Gaithersburg: Aspen Publishers, Inc.
13. s. 8f i Gardeström, Linnéa (1981) *Leva med handikapp*. Villkor – samhällsstöd. Stockholm: Skeab Håkan Ohlssons.
14. *The Encyclopedia Americana*. International edition. Grolier inc, Danbury Connecticut, 1983.
15. *Nationalencyklopedin*. Bokförlaget Bra Böcker, 1992.
16. Nordhoff definierar även handikappbegreppet som miljörelaterat. Som exempel nämner Nordhoff en människas svårigheter att klara av att delta i arbetslivet efter en trafikolycka.
17. Lag om service och stöd på grund av handikapp, 1987/380, s. 920 i Finlands Lag del II, 1995.
18. Även Ann-Christine Sjöholm använder sig av en sådan utgångspunkt. Se vidare s. 2f i Sjöholm, Ann-Christine (1994) *Ungdom*

och handikapp. Rörelsehindrade ungdomars erfarenheter och förväntningar i ett kulturteoretiskt perspektiv. Umeå: Institutionen för socialt arbete, Umeå universitet Nr 18.

19. s. 40 i Sen, Amartya (1992) *Inequality Reexamined*. Oxford: Clarendon Press.
20. Ibid, s. 41.
21. Ibid, s. 81.
22. Ibid, s. 83.
23. Ibid, s. 150.
24. Ibid, s. 151.
25. Attainment: (def) »something that has been successfully gained or learned«. *Longman Dictionary of Contemporary English*. (1989).
26. Shortfall: (def) »an amount by which something fails to reach the amount that is needed, expected, or hoped for: We now expect a shortfall of about £1 million in the company's profits because of the sudden rise in the cost of materials«. *Longman Dictionary of Contemporary English*. (1989).
27. se Sen, Amartya: s. 90f.
28. s. 128f i Beck Ulrich (1993) *Risk Society*. Towards a new modernity. London: SAGE Publications Ltd.
29. Ibid, s. 154.
30. s. 8 i Trinca, Gordon W et al. (1988) *Reducing traffic injury – a global challange*. Mellbourne: Massina & Co. Se även s. 52f i Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik (SBU) (The Swedish Council on Technology Assessment in Health Care) (1994) *Trafikolycksfall*. SBU-rapport nr 122. Stockholm: SBU.
31. se Ringen, Stein (1995) »Well-being, Measurement, and Preferences«, i Acta Sociologica, 1995:38, s. 3–15.
32. Ibid, s. 8f.
33. Ibid, s. 13.
34. se s. 9f Culyer, Anthony J (1994) »Commodities, characteristics of commodities, characteristics of people, utilities, and the quality of life«, i Baldwin, Sally & Godfrey, Christine & Propper, Carol: *Quality of life*. Perspective and Policies. London: Routledge.
35. Ibid, s. 15.
36. s. 29 i Aronsson, Gunnar & Berglind, Hans (1990) *Handling och handlingsutrymme*. Lund: Studentlitteratur.
37. Ibid, s. 29
38. jfr s. 9 i Næss, Siri (1987) *Quality of life research*. Concepts, methods and applications. Oslo: INAS, Institute of Applied Social Research.
39. se vidare i Næss, Siri (1974) *Psykologiske aspekter ved livskvalitet*. Om begrebet »indre livskvalitet« som mål for sosialpolitikken og et forsok på å operasjonalisere begrepet. Oslo: INAS arbeidsrapport Nr 11.
40. s. 15 i Næss, Siri (1987) *Quality of life research, concepts, methods and applications*. Oslo: INAS, Institute of Applied Social Research.
41. Ibid, s. 39
42. se mer i Næss, Siri (1994) *Yrkeskvinne – husmor?* Gifte kvinners livskvalitet. Oslo: Institutt for sosialforskning. INAS-Rapport 1994:2.
43. se s. 72f i Hirst, Michael (1994) »Multidimensional representation of disablement. A qualitative approach«, i Baldwin, Sally & Godfrey, Christine & Propper, Carol (1994) *Quality of life*. Perspective and Policies. London: Routledge.
44. se också Williams, R.G.A (1979) »Theories and measurement in disability«, i *Epidemiology and Community Health* 1979, 33:32–47. Samt även i Duckworth, D (1983) The Classification and Measurement of Disablement. London: HMSO.
45. Hirst, Michael: s. 81
46. s. 46 i Breakwell, Glynis M (1986) *Coping with threatened identities*. Methuen, London and New York.
47. Ibid, s. 78f.
48. Ibid, s. 79.
49. s. 189 i Leymann, Heinz (1989) *När livet slår till*. Offersituationer, följdhändelser och psykiska problem. Stockholm: Natur och Kultur.
50. Ibid, s. 189f.
51. se Lazarus, Richard S (1993) *Coping theory and research: past, present, and future*. Psychosomatic Medicine Vol 55

s. 234–247. Hagberg, Bo (1990) *Coping i ålderdomen – en begreppsmodell.* Gerontologia 4 (2) s. 121–130.

52. se s. 2 i Rydstedt, Leif W (1996) *The human side of the road.* Studies on occupational stress reactions to the urban traffic environment. Dissertation. Department of Psychology, Stockholm University. Edsbruk: Akademitryck AB.
53. s. 5 i Thernlund, Gunilla (1995) *Från psykodynamisk kristeori till copingbegrepp.* En jämförande historik. Socialmedicinsk Tidskrift nr 1.
54. s. 35 i Meyer-Fugl, Axel R & Bränholm, Inga-Britt & Meyer-Fugl, Kerstin S (1992) *Om tillfredsställelse, lycka och rehabilitering.* Socialmedicinsk Tidskrift nr 1.
55. s. 15 i Lundin, Tom (1992) *Traumatisk stress och personlig förlust.* Arlöv: Almqvist & Wiksell förlag.
56. se Santavirta, Nina (1997) *Coping, pain and disability in patients with cronic inflammatory and musculosketal diseases.* Department of Medicine, the Centre of Caring Sciences North, Karolinska Institute, the Orton Research Institute, Invalid Foundation, Helsinki, the Department of Education, University of Helsinki. Doctoral dissertation.
57. Ibid, s. 16
58. s. 15f i Næss, Siri (1997) *Mestring av sykdom.* Opublicerat manus. Oslo.
59. s. 107 i Brattberg, Gunilla (1995) *Värkmästarnas värkstad.* Om efterbyggande vård för människor med värk och smärta. Stockholm: Almqvist & Wiksell Medicin. Liber Utbildning.
61. Ibid, s. 107.
62. s. 15f i Lundin, Tom (1992) *Traumatisk stress och personlig förlust.* Arlöv: Almqvist & Wiksell förlag.
63. s. 19 i Næss, Siri (1997) *Mestring av sykdom.* Opublicerat manus. Oslo.
64. s. 108 i Brattberg, Gunilla (1995) *Värkmästarnas värkstad.* Om efterbyggande vård för människor med värk och smärta. Stockholm: Almqvist & Wiksell Medicin. Liber Utbildning.
65. Coca, Beatriz (1990) *Coping strategies, social support and acceptance of disability among persons with spinal cord injury.* Doctoral dissertation. Los Angeles: California School of Professional Psychology.
66. Ibid, s. 104.
67. se mer i Goffman, Erving (1971) *Stigma.* Den avvikandes roll och identitet. Halmstad: Rabén & Sjögren. Goffman, Erving (1973) *Stigma.* Notes on the Management of Spoiled Identity. Harmondsworth: Penguin Books Ltd.
68. Antonovsky, Aaron (1987) *Hälsans mysterium.* Stockholm: Natur och Kultur.
69. se också i Raitasalo, Raimo (1996) *On search of the meaning of coping.* (Elämänhallintaa etsimässä) Helsinki: The Social Insurance Institution, Finland, Social security and health reports 13.
70. se mer i Aldwin, Carolyn M (1987) *Does coping help?* A reexamination of the relation between coping and mental health. Journal of Personality and Social Psychology Vol 53 No 2, s. 337–348.
71. se s. 237 i Lazarus, Richard S (1993) *Coping theory and research: past, present, and future.* Psychosomatic Medicine Vol 55 s. 234–247.
72. Hagberg, Bo (1990) *Coping i ålderdomen – en begreppsmodell.* Gerontologia 4 (2) s. 121–130.
73. Blanchard, Edward B & Hickling, Edward J & Vollmer, Alisa J & Loos, Warren R & Buckley, Todd C & Jaccard, James (1995) *Short-term follow-up of post-traumatic stress symptoms in motor vehicle accident victims.* Behaviour Research & Therapy Vol 33 No 4 s. 369–377. Blanchard, Edward B & Hickling, Edward J & Mitnick, Neil & Taylor, Ann E & Loos, Warren R & Buckley, Todd C (1995) *The impact of severity of physical injury and perception of life threat in the development of post-traumatic stress disorder in motor vehicle accident victims.* Behaviour Research & Therapy Vol 33 No 5 s. 529–534. Blanchard, Edward B & ickling, Edward J & Taylor, Ann E & Forneris, CA & Loos, Warren R & Jaccard, James (1995)

Effects of varying scoring rules of the Clinician-Administered PTSD Scale (CAPS) for the diagnosis of post-traumatic stress disorder in motor vehicle accident victims. Behaviour Research and Therapy Vol 33 No 4 s. 471–475. Blanchard, Edward B & Hickling, Edward J & Taylor, Ann E & Loos, Warren R & Gerardi, RJ (1994) *Psychological morbidity associated with motor vehicle accidents*. Behaviour Research and Therapy Vol 32 No 3 s. 283–290.

74. se mer i Lundin, Tom (1992) *Traumatisk stress och personlig förlust*. Arlöv: Almqvist & Wiksell förlag.
75. Brom, Daniel & Kleber, Rolf J & Hofman, Marijke C (1993) *Victims of traffic accidents: incidence and prevention of post-traumatic stress disorder*. Journal of Clinical Psychology Vol 49 No 2 s. 131–140.
76. Bryant, Richard A & Allison, G Harvey (1995) *Avoidant coping style and post-traumatic stress following motor-vehicle accidents*. Behaviour Research and Therapy Vol 33 No 6 s. 631–635.
76.[b] Bryant, Richard & Allison, G Harvey (1995) *Avoidant coping style and posttraumatic stress following motor-vehicle accidents*. Behaviour Research and Therapy Vol 33 no 6 s. 631–635. Se även i Bryant, R & Allison, G H (1995) *Psychological impairment following motor-vehicle accidents*. Australian Journal of Public Health Vol 19 No 2 s. 185–188.
77. Goffman, Erving (1971) *Stigma*. Den avvikandes roll och identitet. (*Stigma*. Notes on the management of spoiled identity) Halmstad: Rabén & Sjögren.
78. Ibid, s. 12.
79. Svenska Akademiens ordlista över svenska språket. Stockholm: Norstedts Förlag, 11:e upplagan, femte tryckningen, 1990.
80. se Wessén, Elias (1969) *Våra ord*. Deras uttal och ursprung. Kortfattad etymologisk ordbok. Stockholm: Läromedelsförlagen, Språkförlaget.
81. *Nationalencyklopedin* (1992) Åttonde bandet. Höganäs: Bokförlaget Bra Böcker.
82. *Nationlencyklopedin* (1992) Åttonde bandet. Höganäs: Bokförlaget Bra Böcker.
83. s. 33 i Meyer-Fugl, Axel R & Bränholm, Inga-Britt & Meyer-Fugl, Irene S (1992) *Om tillfredsställelse, lycka och rehabilitering*. Socialmedicinsk Tidskrift nr 1, s. 33–41.
84. Ibid, s. 34.
85. s. 142 i Schwartz, Shalom H (1990) *Individualism – Collectivism*. Critique and Proposed Refinements. Journal of Cross-Cultural Psychology, Vol 21, No 2, June 1990 s. 139–157.
86. I sin doktorsavhandling utgår Esa Pohjanheimo från Schwartz olika värdetypologier när han undersöker relationer mellan sociala skikt, arbete och personliga värden. Se mer i Pohjanheimo, Esa (1997) *Arvojen muutos, työ ja sosiaalinen tausta*. Tutkimus työikäisistä pyhtääläisistä 1982–1993. Helsinki: Helsingin Yliopiston Sosiaalipsykologian Laitoksen Tutkimuksia 1/1997, Väitöskirja.
87. s. 144 i Schwartz, Shalom H (1990) *Individualism – Collectivism*. Critique and Proposed Refinements. Journal of Cross-Cultural Psychology, Vol 21, No 2, June 1990 s. 139–157.
88. Ibid, s. 143
89. Wessen, Elias (1969) *Våra ord*. Deras uttal och ursprung. Kortfattad etymologisk ordbok. Stockholm: Läromedelsförlagen, Språkförlaget.
90. *Filosofiskt Lexikon* av Alf Ahlberg. Stockholm: Natur och Kultur, Tredje omarbetade upplagan, 1951.
91. *Nationalencyklopedin* (1989) Första bandet. Höganäs: Bokförlaget Bra Böcker.
92. Altruism: »unselfishness: concern for other people«. *The Oxford Encyklopedic English Dictionary*. Oxford: Clarendon Press, 1991.
93. s. 6 i Monroe Renwick, Kristen (1996) *The Heart of Altruism*. Perceptions of a Common Humanity. Princeton, New Jersey: Princeton University Press.
94. Ibid, s. 6f
95. s. 79 i Nagel, Thomas (1970) *The possibility of altruism*. Princeton, New Jersey: Princeton University Press.

96. s. 413 i Oliner, Pearl M & Oliner, Samuel P & Baron, Lawrence & Blum, Lawrence A & Krebs, Dennis L & Smolenska, M Zuzanna (ed) (1992) *Embracing the other*. Philosophical, psychological, and historical perspectives on altruism. New York and London: New York University Press.
97. s. 31 f i Goffman, Erving (1973) *Stigma*. Notes on the Management of Spoiled Identity. Harmondsworth: Penguin Books Ltd.
98. Ibid, s. 32
99. *Svensk Ordbok* (1986) Utarbetad vid Språkdata, Göteborgs universitet. Stockholm: Esselte Studium.
100. s. 200 i Radley, Alan (1994) *Making sense of illness*. The social psychology of health and disease. London: Sage Publications.
101. s. 36 i Goffman, Erving (1973) *Stigma*. Notes on the Management of Spoiled Identity. Harmondsworth: Penguin Books Ltd.
102. ur RTP, Riksförbundet för Trafik- och polioskadade (1996) *RTP under 50 år*. Informationsstencil. Stockholm: RTP.
103. s. 39 i Goffman, Erving (1973) *Stigma*. Notes on the Management of Spoiled Identity. Harmondsworth: Penguin Books Ltd.
104. s. 4f i Liv-Spegling nr 4, 1995 (RTP, Riksförbundet för Trafik- och polioskadade)
105. s. 6 i European Federation of Road Traffic Victims (1995) *Impact of road death and injury*. Research into the principal causes of the decline in quality of life & living standard suffered by road crash victims and victim families. Proposals for improvements. Federation Europeenne Des Victimes De La Route, February 1995.
106. Jag vill här rikta ett tack till professor Katie Eriksson vid Helsingfors universitet för värdefulla synpunkter och kommentarer kring begreppet offrande och dess betydelse för människan.
107. Från en föreläsning av professor Timo Airaksinen, Helsingfors universitet. Symposium om altruism, den 18 april 1997.
108. se också de kriterier för konstituerande av altruism som uppställs av Kristen Renwick Monroe i hennes bok. s. 6f i Monroe Renwick, Kristen (1996) *The Heart of Altruism*. Perceptions of a Common Humanity. Princeton, New Jersey: Princeton University Press.
109. *Svensk Ordbok* (1986) Utarbetad vid Språkdata, Göteborgs universitet. Stockholm: Esselte Studium.
110. s. 13 i Stok, Danusia (1993) *Kieslowski om Kieslowski*. Intervjuer sammanställda av Danusia Stok. Stockholm: Norstedts Förlag AB.
111. s. 17f i Monroe Renwick, Kristen (1996) *The Heart of Altruism*. Perceptions of a Common Humanity. Princeton, New Jersey: Princeton University Press.
112. s. 51 i Hartelius, Hans (1989) *Den nya heroismen*. Psykisk Hälsa. Svenska föreningen för psykisk hälsovård. nr 1, s. 50–54.

4. FÖRMÅGA TILL VÄLFÄRD

1. se Frankl, Viktor E (1986) *Livet måste ha mening*. Erfarenheter i koncentrationslägren. Logoterapins grundbegrepp. Lund: Natur och Kultur. Frankl diskuterar om begreppet »en tragisk optimism« i sin bok där han skriver: »Kortfattat uttryckt innebär en sådan hållning att man är och förblir optimistisk trots det som i logoterapin kallas för ›den tragiska triaden‹ och som består av de delar av människans existens som kan sammanfattas i orden lidande, skuld och död«. Ibid, s. 147.
2. Ibid, s. 147.
3. Leymann, Heinz (1989) *När livet slår till*. Offersituationer, följdhändelser och psykiska problem. Stockholm: Natur och Kultur.
4. s. 529 i Green, Margaret M & McFarlane, Alexander C & Hunter, Christine E & Griggs, William M (1993) *Undiagnosed post-traumatic stress disorder following motor vehicle accidents*. In The Medical Journal of Australia, Vol 159, 1993. Ytterligare diskussion om traumatiska

stresstillstånd hos trafikskadade människor behandlas i Bland, John & Gresham, Lee (1993) *Visual Effects*. Post-traumatic stress disorder. In Nursing Times, Vol 89, No 30, 1993.

5. s. 647f i Mayou, Richard & Bryant, Bridget & Duthie, Robert: *Psychiatric consequences of road traffic accidents*. In British Medical Journal, 1993:307. Mayou, Bryant och Duthie undersökte totalt 200 trafikskadade personer bosatta i Oxford. De skadade fördelade sig på bilförare, motorcyklister och trafikoffer som fått whiplashskador i samband med trafikolyckan. Trafikoffren intervjuades om följderna under olika tidsperioder, efter några veckor, efter tre månader och efter ett år. Oxfordsundersökningen visade att motorcyklisterna lidit mest av sin trafikskada. Enligt de tre forskarna hade motorcyklisterna de allvarligaste skadorna och också de svåraste psykiska problemen efter olyckorna. I flera fall hade motorcyklisterna alkoholproblem.
6. s. 651 i Mayou, Richard & Bryant, Bridget & Duthie, Robert (1993) *Psychiatric consequences of road traffic accidents*. In British Medical Journal, 1993:307.
7. se även s. 147–151 i Hickling, Edward J & Blanchard, Edward B & Silverman, Daniel J & Schwarz, Shirley P: *Motor vehicle accidents, headaches and post-traumatic stress disorder: assessment findings in a consecutive series*. In Headache, 1992:32. Också forskarna Richard W Jones och Linda W Peterson har studerat de psykiatriska följderna av en olycka. Se s. 223–225 i Jones, Richard W & Peterson, Linda W: *Post-traumatic stress disorder in a child following an automobile accident*. In The Journal of Family Practice, Vol 36, No 2, 1993. Parker, Neville: *Personality change following accidents*. The report of a double murder. In British Journal of Psychiatry, 1980:137. Parker, Neville: *Psychosomatics of accidents*. In Papua New Guinea Medical Journal, 23 (1), 1980. States, John D & Viano, David C: *Injury impairment and disability scales to assess the permanent consequences of trauma*. Accid. Anal. & Prev. Vol 22, No 2, 1990.
8. se s. 235 i Lereim, Inggard (1984) *Traffic accidents and their consequences*. A study on injured roadusers treated at the Regional Hospital of Trondheim. Trondheim.
9. se mer i Haukeland, Jan Vidar (1991) *Velfedstap ved trafikkulykker*. Personskadeulykkene i vegtrafikken og deres velferdsmessige konsekvenser. Oslo: Transportøkonomisk institutt. Norsk senter for samfedselsforskning. Rapport 0092/1991. Haukeland, Jan Vidar (1992) *Trafikkskadd – hva så?* Tap av velferd blant personer som skades i trafikkulykker. Oslo: Transportøkonomisk institutt. Norsk senter for samfedselsforskning. Haukeland, Jan Vidar (1996) *Welfare consequences of injuries due to traffic accidents*. Accident Analysis and Prevention Vol 28 No 1 s. 63–72.
10. se mer i Haukeland, Jan Vidar: *Velfedstap ved trafikkulykker*. Personskadeulykkene i vegtrafikken og deres velferdsmessige konsekvenser. Transportøkonomisk institutt. Norsk senter for samfedselsforskning. Rapport 0092/1991. Oslo 1991, samt i Haukeland, Jan Vidar: *Trafikkskadd – hva så?* Tap av velferd blant personer som skades i trafikkulykker. Transportøkonomisk institutt. Norsk senter for samfedselsforskning. Oslo 1992.
11. Malt, Ulrik & Blikra, Georg & Høivik, Bjørn (1982) *Bedre føre var*. En studie i trafikkskader og deres følger. Oslo: Nordbyhagen: Kirurgisk avdeling, Sentralsykehuset i Akershus. Malt, Ulrik (1983) *Biopsychosocial aspects of accidents*. In Ursin, Holger & Murison, Robert (ed) *Biological and psychological basis of psychosomatic disease*. Advances in the Biosciences, Volume 42, s. 103–113. Oxford and New York: Pergamon Press. Malt, Ulrik (1987) *Psykiatriske følger av skader og ulykker*. Medicinsk Årbog. København. Malt, Ulrik (1988) *The long-term psychiatric consequences of accidental injury: A longitudinal study of 107 adults*. British Journal of Psychiatry 153 s. 810–818. Malt, Ulrik (1992) *Psychological*

appraisal and emotional response to physical injury: a clinical, phenomenological study of 109 *adults*. Psychiatric Medicine, Vol 10, No 3, s. 117–134. Malt, Ulrik (1992) *Traumatic effects of accidents*. In Ursano, R & McCaughey, B & Fullerton, C (eds): *The Structure of human chaos: individual and community response to trauma and disaster*. Cambridge: Cambridge University Press. Malt, Ulrik & Høivik, Bjørn & Blikra, Georg (1993) *Psychosocial consequences of road accidents*. The European Journal of Psychiatry Vol 8 No 4 s. 227–228.

12. Winje, Dagfinn & Ulvik, Annicken (1995) *Confrontations with reality: crisis intervention services for traumatized families after a school bus accident in Norway*. Journal of Traumatic Stress Vol 8 No. 3 s. 429–444.
13. s. 7 i Andersson, Anna-Lena & Allebeck, Peter (1997) *Psykosociala konsekvenser av trafikskador: Riskfaktorer samt erfarenheter av interventionsprojekt*. En litteraturöversikt. Socialmedicinska avdelningen, Göteborgs universitet. Borlänge: Vägverket Publikation 1997:037.
14. se s. 15 i Wedin, Jörgen (1982) *Spelet om trafikpolitiken*. Doktorsavhandling. Stockholm: P A Norstedts & Söners förlag.
15. Mattsson, Bengt (1970) *Vägtrafikolyckornas samhällsekonomiska kostnader*. Statens trafiksäkerhetsråd, rapport nr 116. Doktorsavhandling i nationalekonomi vid Göteborgs universitet.
16. Thorson, Jan (1975) *Long-term effects of traffic accidents*. The annual incidence of permanently disabled in-patients in the Uppsala hospital region, Sweden. Lund: Jan Thorson and Håkan Ohlssons.
17. Thorson, Jan (1973) *Sviter av trafikolyckor kartlagda i Uppsalaregionen*. Svenska vägföreningens tidskrift årgång 60 nr 4 s. 28.
18. s. 41 i Mellbin, Gunnel (1971) *Traffic accidents and mental health*. Frequency of psychiatric records among accident drivers, and comparison between offence rates of young accident drivers with and without a psychiatric record. Reports from the Psychiatric Research Centre, St. Jörgen's Hospital University of Göteborg. Stockholm: Akademiförlaget. Se också i Mellbin, Gunnel (1975) *Olycksförares psykiska hälsa*. Doktorsavhandling. Psykiatriska institutionen, Medicinska fakulteten, Göteborgs universitet.
19. se utförligare i Tolagen, Anders (1977) *Trafikskadade i Östergötland*. En undersökning av skadade i trafiken i Östergötlands län under 1 1/5 års tid. Linköping: Universitetet i Linköping, medicinska fakulteten, institutionen för kirurgi. Doktorsavhandling Publikation nr 46.
20. se Myllymäki, Tarja (1995) *Vakavan liikenneonnettomuuden aiheuttama henkinen kuormittuminen, avuntarve ja avun saatavuus*. Diplomityö, Tampereen Teknillinen Korkeakoulu, Turvallisuustekniikan laitos, Rahtarit ry:n tutkimusjulkaisuja 1/95, Tampere 1995. Se också »Eftervård behövs efter trafikolycka« i Hufvudstadsbladet, onsdagen den 20 september 1995. Tarja Myllymäki har studerat arbetsskyddet och säkerheten bland ett antal lastbilschaufförer i Finland. Se också Bagge, Marita (1994) *Psykiska pressen tyngst för olycksdrabbade yrkesförare*. Vasabladet 14 september 1994.
21. s. 2678–2682 i Andersson, Anna-Lena & Dahlbäck, Lars-Olof: *Psykosociala problem måste uppmärksammas i rehabiliteringen efter trafikolyckor*. I Läkartidningen, Volym 89, nr 34, 1992 samt s. 299–302 i Andersson, Anna-Lena & Dahlbäck, Lars-Olof & Allebeck, Peter: *Psychosocial consequences of traffic accidents: a two year follow-up*. Scandinavian Journal of Social Medicine. 1994, Vol 22, No 4.
22. Karlsson, Jon & Bunketorp, Olle & Kroon, Per-Olof & Romanus, Bertil (1987) *Invaliditet hos barn efter trafikolyckor i Göteborg*. VTI meddelande nr 525. Linköping: Statens Väg- och Trafikinstitut.
23. Zingmark, Doris (1996) *Offer för trafiknykterhetsbrott*. Socialmedicinsk Tidskrift nr 4 s. 197–199.
24. Ibid, s. 198f
25. s. 111 i Nygren, Åke & Berglund, Anita &

Koch, Maria von (1995) *Neck-and-shoulder pain, an increasing problem, strategies for using insurance material to follow trends.* Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine, Suppl, No 32, s. 107–112.

26. Åke Nygren skriver också om rehabiliteringens betydelse inom rehabiliteringsforskningen. Se vidare i Nygren, Åke & Birke, Elisabeth (1994) *Rehabilitering – Ett eftersatt forskningsområde.* Rapportserien. Stockholm: Arbetsmiljöfonden.
27. s. 54f i Bring, Gunilla (1996) *Whiplash-relaterade skador och följdtillstånd.* Biomedicinska aspekter på ett mångfacetterat problem. Doktorsavhandling. Umeå: Umeå Universitet, Institutionen för Allmänmedicin. Umeå University Medical Dissertations New series no. 472.
28. En finsk studie visade också att kvinnor hade fler nacksmärtor än män. Mäkelä, Matti & Heliövaara, Markku & Sievers, Kai & Impivaara, Olli & Knekt, Paul & Aromaa, Arpo (1991) *Prevalence, determinants, and consequences of chronic neck pain in Finland.* Amerian Journal of Epidemiology, Vol 134, No 11, s. 1356–1367.
29. RTP, Riksförbundet för Trafik- och polioskadade (1988) *Trafikskadade i Värmland – en kartläggning* 1987/88. Karlstad: RTP. RTP, Riksförbundet för Trafik- och polioskadade (1988) *Trafikskadade i Värmland – en kartläggning* 1987/88. Intervjuer. Del 2. Karlstad: RTP. RTP, Riksförbundet för Trafik- och polioskadade (1989) *Trafikskadade i Värmland.* En uppföljning. Del 3. Karlstad: RTP. RTP, Riksförbundet för Trafik- och polioskadade (1991) *Trafikskadade i Värmland.* Slutrapport 1991. Karlstad: RTP.
30. RTP, Riksförbundet för Trafik- och polioskadade & Nordiska museet (1996) *Allting blev så annorlunda.* Traumatiskt hjärnskadade berättar. Stockholm: Riksförbundet för Trafik- och polioskadade samt Nordiska museet.
31. En liknande insamling gjordes under 1980-talet av Folkpensionsanstalten i Helsingfors som uppmanade olika handikappgrupper i samhället att skriva brev och dikter. Se mer i Jakobsson, E (1982) *Om din värld skulle rämna.* Ett urval bidrag till den av Folkpensionsanstalten anordnade skrivtävlingen med anledning av Internationella Handikappåret 1981. Helsingfors: Folkpensionsanstalten.
32. Suikkanen, Asko (1986) *Accident compensation.* A study concerning accident insurance practice and the consequences of accidents. Tapaturmien kompensoiminen. Esitutkimus tapaturmavakuutuksen käytännöstä ja tapaturmien aiheuttamista seurauksista. Lapian korkeakoulun yhteiskuntatieteiden osaston julkaisuja. Rovaniemi 1986.
33. Piirainen, Keijo (1995) *The Rehabilitation Contract.* A Study of the Social Maintenance of the Expert-client Relationship. Acta Universitatis Lapponiensis 7, Doctoral dissertation: University of Lapland.
34. Nyberg, Per (1991) *Handling och levnadsvillkor.* Om handikappade och deras organisationer. Akademisk avhandling. Lund: Socialhögskolan. Centrum för samhällsmedicin, Lunds universitet.
35. Sjöholm, Ann-Christine (1994) *Ungdom och handikapp.* Rörelsehindrade ungdomars erfarenheter och förväntningar i ett kulturteoretiskt perspektiv. Umeå: Institutionen för socialt arbete, Umeå universitet Nr 18.
36. Jarkman, Kristina (1996) *Ett liv att leva.* Om familjer, funktionshinder och vardagens villkor. Doktorsavhandling vid Linköpings universitet. Stockholm: Carlsson Bokförlag.
37. Hultling, Claes & Levi, Richard (1995) *Spinalishandboken.* Spinalis – ny kraft för skadad ryggmärg. Stockholm: Stiftelsen Spinalis.
38. s. 15 i Tolonen, Jorma (1984) *Profile on injuries in traffic accidents and effects of seat belt use, speed and mass ratio of vehicles.* Kuopio: Kuopio University Publication 1/1984.
39. s. 133 i Heikel,Henrik V. A. (1965) *Trafikolycksfallsskadornas förändringar under 10-årsperioden* 1951–1960. Nordisk

Medicin 11 II bd 73 nr 6 s. 125–133.

40. s. 27 i Slätis, Pär (1967) *Injury patterns in road traffic accidents.* An analysis of 5 291 cases recorded in Finland during three months in 1962. Annales Chirurgiae Et Gynaecologiae Fenniae Vol 56 Suppl 150 s. 5–39 Helsinki.
41. se också Slätis, Pär (1961) *Olycksfallsfrekvensen i Finland* 1950–1959. Finlands Läkartidning Vol 14 årgång 16 s. 747–760.
42. Tolonen, Jorma (1984) *Profile on injuries in traffic accidents and effects of seat belt use, speed and mass ratio of vehicles.* Kuopio: Kuopio University Publication 1/1984.
43. Olkkonen, Seppo & Lahdenranta, U & Tolonen, J & Slätis, P & Honkanen, R (1990) *Incidence and characteristics of bicycle injuries by source of information.* Acta Chir Scand 156. Olkkonen, Seppo (1993) *Bicyle injuries.* Incidence, risk factors and consequences. Doctoral dissertation. Helsinki: Reports from Liikenneturva 39/1993. Olkkonen, Seppo & Forstén, Liisa (1995) *Trafikskadeändringar i Finland åren* 1970–1990. Analys enligt ålders- och vägtrafikantgrupp av skador som föranlett avdelningsvård på sjukhus. Forskningsrapport 112/1995. Helsingfors: Trafikskyddet.
44. Olkkonen, Seppo: *Bicycle injuries – incidence, risk factors and consequences.* Academic dissertation. Department of Community Health. University of Kuopio. Reports from liikenneturva 39, 1993.
45. se även i Olkkonen, Seppo & Lahdenranta, U & Slätis, P & Honkanen, R (1993) *Bicycle accidents often cause disability.* Scandinavian Journal of Social Medicine, 2, 98-106.
46. Nyberg, Peter & Björnstig, Ulf & Bygren, L-O (1996) *Road characteristics and bicycle accidents.* Scandinavian Journal of Social Medicine, Vol 24, No 4, s. 293–301.
47. Kroon, Per-Olof (1990) *Bicycle accidents in Gothenburg* 1983–84. Dissertation. Gothenburg: Department of Orthopaedics, East Hospital, Gothenburg University.
48. Karttunen, P & Karkola, K: *Children in traffic accidents.* A follow-up study. Journal of Traffic Med, 1992:20, No 3. Se också i Hantula, L: *Case studies of road accidents in Finland.* Journal Traffic Medicine, 1989, Vol 17, No 2. Hantula, L: *Review. Development of a case study method of road accidents in Finland.* Journal Traffic Medicine, 1992, Vol 20, No 1.
49. se i Kivioja, Aarne H & Myllynen, Pertti J & Rokkanen, Pentti U (1990) *Is the treatment of the most severe multiply injured patients worth the effort?* A followup examination 5 to 20 years after severe multiple injury. Journal of Trauma Vol 30 No 4, s. 480–483.
50. Forskaren Bengt Lindström resonerar i sin avhandling *The Essence of Existence.* On the quality of life of children in the nordic countries, Göteborg 1994, om hur handikappade barn i de nordiska länderna uppfattar sin livskvalitet. Lindströms undersökning visar att det inte finns några större skillnader mellan hur friska och handikappade barn uppfattar sin livskvalitet.
51. Barbara N. Rodgers, Abraham Doron och Michael Jones skriver om en jämförande ansats i boken *The Study of social policy.* A comparative approach. George Allen & Unwin, London 1979.
52. se Wolvén, Lars-Erik (1990) »Jakten på det goda livet. Om konsten att fånga välfärd och livskvalitet«. Stockholm: Rabén & Sjögren, s. 26f samt i Erik Allardt (1983) »Att ha, Att älska, Att vara«, Lund: Argos s. 23–29, 134–140.
53. s. 13 i Nyberg, Per (1991) *Handling och levnadsvillkor.* Om handikappade och deras organisationer. Akademisk avhandling. Socialhögskolan. Centrum för samhällsmedicin, Lunds universitet.
54. se Ringen, Stein (1995) »Well-being, Measurement, and Preferences« i Acta Sociologica, 1995, 38: s. 3–15. Sen, Amartya (1992) *Inequality Reexamined.* Oxford: Clarendon Press samt i *Commodities and Capabilities.* Amsterdam: North-Holland, 1985.
55. se Lindström, Bengt (1994) *The Essence of Existence.* On the quality of life of children

in the Nordic countries. Akademisk avhandling. Göteborg: Nordiska hälsovårdshögskolan.

56. se s. 23f, i Wolvén, Lars-Erik (1990) *Jakten på det goda livet*. Om konsten att fånga välfärd och livskvalitet. Stockholm: Rabén & Sjögren.
57. Ibid, s. 30.
58. Ibid, s. 31.
59. s. 18 Fritzell, Johan & Lundberg, Olle (1994) *Vardagens villkor*. Levnadsvillkor i Sverige under tre decennier. Stockholm: Brombergs förlag.
60. Ibid, s. 18.
61. s. 91 i Sen, Amartya (1989) »Rättigheter och förmågor«, i *Ideér om rättvisa*. Stockholm: Tidens förlag.
62. Ibid, s. 91f
63. Ibid, s. 125.
64. Ibid, s. 126.
65. Ibid, s. 128.
66. s. 130 i Sen, Amartya & Walzer, Michael & Rawls, John (1989) *Idéer om rättvisa*. Volym 1 i Tidens idéserie. Stockholm: Tidens förlag.
67. John Rawls definierar begreppet självrespekt som enligt honom baseras på två aspekter. Rawls skriver: »it includes a person's sense of his own value, his secure conviction that his conception of his good, his plan of life, is worth carrying out. And second, self-respect implies a confidence in one's ability, so far as it is within one's power, to fulfill one's intentions«. s. 440 i Rawls, John (1971) *A Theory of Justice*. Harvard university press, Cambridge, Massachusetts.
68. se s. 54ff i Nozick, Robert (1974) *Anarchy, state, and utopia*. New York: Basic Books, Inc Publishers.
69. s. 19 i Riksförbundet för Trafik- och Polioskadade (1995) *Stor risk*. Ett informationsmaterial om olyckor och skador i vardagen.

5. HANDIKAPPFORSKNING – EN FRÅGA OM METOD

1. s. 107 i Oliver, Mike (1992) *Changing the social relations of research production?* Disability, Handicap & Society, Vol 7, No 2, s. 101–114.
2. Ibid, s. 111
3. Ibid, s. 109
4. se s. 108f i Patton, Quinn, Michael (1984) *Qualitative Evaluation Methods*. London: Sage Publications Inc.
5. se s. 528f i Tuma, Nancy Brandon och Hannan, Michael, T (1984) *Social Dynamics*. Models and Methods. Quantitative Studies in Social Relations. Florida: Academic Press, Inc, Orlando.
6. Brannen, Julia (ed.) (1992) *Mixing methods: qualitative and quantitative research*. Aldershot: Avebury.

6.[b] se vidare i Lazarus, Richard S & Folkman, S (1984) *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer Publishing Company. Se även i Lazarus, Richard S (1993) *Coping theory and research: past, present, and future*. Psychosomatic Medicine Vol 55 s. 234–247.

7. s. 151 i Oakland, Susan & Ostell, Alistair (1996) *Measuring coping: A review and critique*. Human Relations, Vol 49, No 2, s. 133–155.
8. Ibid, s. 151

8.[b] se Nyberg, Per (1991) *Handling och levnadsvillkor*. Om handikappade och deras organisationer. Akademisk avhandling. Lund: Socialhögskolan, Centrum för samhällsmedicin vid Lunds universitet.

9. Chirban, John T (1996) *Interviewing in Depth*. The Interactive-Relational Approach. London: SAGE Publications.
10. Ibid, s. 3f
11. Ibid, s. 5
12. Jämför också med Chirbans exemplifiering av den interaktiva-relations-approachen, Ibid, s. 6.
13. s. 9 i Chirban, John T (1996) *Interviewing in Depth*. The Interactive-Relational Approach. London: SAGE Publications.
14. s. 90ff i Silverman, David (1995) *Interpreting qualitative data*. Methods for analysing talk, text and interaction. London: SAGE Publications.
15. Ibid, s. 95f.
16. Nyberg, Per (1991) *Handling och levnads-*

villkor om handikappade och deras organisationer. Akademisk avhandling. Lund: Socialhögskolan, Centrum för samhällsmedicin vid Lunds universitet.

17. s. 281 i Radanov, Bogdan P & Sturzenegger, Matthias & Stefano Di, Giuseppe (1995) *Long-term outcome after whiplash injury – a 2-year follow-up considering features of injury mechanism and somatic, radiologic, and psychosocial findings*. Medicine Vol 74 No 5 s. 281–299.
18. Metoden att använda annonsering och upprop har också under senare år kommit att användas inom handikapprörelsen för att samla in levnadsskildringar kring olika handikapp och skadegrupper. Se mer härom i RTP, Riksförbundet för Trafik- och polioskadade & Nordiska museet (1996) *Allting blev så annorlunda*. Traumatiskt hjärnskadade berättar. Stockholm: Riksförbundet för Trafik- och polioskadade samt Nordiska museet.
19. I Finland har forskare inom handikappforskningen använt annonsering som metod sedan flera år tillbaka. En sådan metodologi har använts av Leila Suokas i hennes studie av handikappade människors livsförändringar i Finland. Se mer i Suokas, Leila (1992) *Like everyone else?* A study of disability-induced life changes on the basis of autobiographical material. (*Ihminen ihmisten joukossa?* Kirjalliseen omaelämäkerta-aineistoon perustuva tutkimus vammaisuuden aiheuttamista elämänmuutoksista). Helsinki: Publications of the Social Insurance Institution, Finland.
20. Rekommendationer har erhållits av RTPs lokalavdelning i Södra Älvsborg, Borås.
21. se s. 33 i Bernler, Gunnar & Bjerkman, Anders (1990) *Den sociala biografin*. Uddevalla: Daidalos förlag. De båda författarna behandlar också begreppet levnadsprocess i sin bok.
22. s. 307 i Christianson, Sven-Åke (1994) *Traumatiska minnen*. Stockholm: Natur och Kultur.
23. Ibid, s. 123.
24. s. 38ff i Næss, Siri (1997) *Mestring av sykdom*. Manus under arbete. Oslo: NOVA.
25. s. 90f i Foddy, William (1995) *Constructing questions for interviews and questionnaires*. Theory and practice in social research. Cambridge: Cambridge University Press.
26. Se utförligare i Foddy, William (1995) *Constructing questions for interviews and questionnaires*. Theory and practice in social research. Cambridge: Cambridge University Press.
27. Suokas, Leila (1992) *Like everyone else?* A study of disability-induced life changes on the basis of autobiographical material. (*Ihminen ihmisten joukossa?* Kirjalliseen omaelämäkerta-aineistoon perustuva tutkimus vammaisuuden aiheuttamista elämänmuutoksista). Helsinki: Publications of the Social Insurance Institution, Finland.
28. s. 4 i Andersson, Anna-Lena & Allebeck, Peter (1997) *Psykosociala konsekvenser av trafikskador: Riskfaktorer samt erfarenheter av interventionsprojekt*. En litteraturöversikt. Socialmedicinska avdelningen, Göteborgs universitet. Borlänge: Vägverket Publikation 1997:037.
29. Thorson, Jan (1973) *The long-term effects of traffic accidents*. Stockholm: Karolinska Institutet. Thorson, Jan (1973) *Sviter av trafikolyckor kartlagda i Uppsalaregionen*. Svenska vägföreningens tidskrift årgång 60 nr 4 s. 28.
30. Olkkonen, Seppo & Lahdenranta, U & Slätis, Pär & Honkanen, R (1993) *Bicycle accidents often cause disability*. Scandinavian Journal of Social Medicine, 2, 98–106.
31. s. 116 i Bjärås, Gunilla (1995) *Skadeprevention – teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur.
32. Andersson, Anna-Lena & Allebeck, Peter & Bunketorp, Olle (1997) *High rates of psychosocial complications after road traffic injuries*. Injury: International Journal of the Care of the Injured, Vol 28 No 8 s. 539–543.
33. Thorson, Jan (1973) *The long-term effects of traffic accidents*. Stockholm: Karolinska Institutet. Thorson, Jan (1973) *Sviter av trafikolyckor kartlagda i Uppsalaregionen*.

Svenska vägföreningens tidskrift årgång 60 nr 4 s. 28. Tolagen, Anders (1977) *Trafikskadade i Östergötland*. En undersökning av skadade i trafiken i Östergötlands län under 1 1/5 års tid. Linköping: Universitetet i Linköping, medicinska fakulteten, institutionen för kirurgi. Doktorsavhandling Publikation nr 46.

34. Uppgifterna är hämtade från Asko Nio, sekreterare i den finska trafikskadenämnden.
35. s. 130 i Ds1997:13, Regeringskansliet, Kommunikationsdepartementet (1997) *På väg mot det trafiksäkra samhället*. Stockholm: Fritzes.
36. En sådan skalanvädning har tillämpats under senare år i Sverige av bl.a. Andersson, Anna-Lena & Dahlbäck, Lars-Olof (1992) *Psykosociala problem måste uppmärksammas i rehabiliteringen efter trafikolyckor*. Läkartidningen Volym 89 nr 34 s. 2678–2682.
37. s. 83 i Bell, Judith (1995) *Introduktion till forskningsmetodik*. Lund: Studentlitteratur.
38. se mer i Johansson, Jörgen (1995) *Det finns dom som har det värre*. Samspel, gemenskap och livsglädje i kamp mot smärta och svåra trafikhandikapp. Stockholm: Sveriges Radios förlag.
39. s. 181f, i Andersson, Bengt-Erik (1985) *Som man frågar får man svar – en introduktion i intervju- och enkätteknik*. Kristianstad: Rabén & Sjögren.
40. Nyberg, Per (1991) *Handling och levnadsvillkor om handikappade och deras organisationer*. Akademisk avhandling. Lund: Socialhögskolan, Centrum för samhällsmedicin vid Lunds universitet.
41. s. 113f i Linderholm, Inger (1997) *Målgruppen och budskapet*. En modell för målgruppsanpassning av trafiksäkerhetsbudskap till unga manliga trafikanter. Doktorsavhandling. Lund: Lund University Press.
42. Med »the grand tour« menas att forskaren ber intervjupersonen att berätta en del av sin egen erfarenhet. Om denna frågetyp och konstruktion diskuterar författarna Bengt Starrin och Barbro Renck i boken Svensson, Per-Gunnar & Bengt Starrin (red.) (1996) Kvalitativa studier i teori och praktik. Lund: Studentlitteratur, s. 63f.
43. se utförligare i Brannen, J (1988) *The Study of sensitive topics*. Sociological Review 36 s. 552–563.
44. I den norska undersökningen av trafikskadade vuxna och trafikskadade barn var svarsprocenten 70,1 procent för vuxna respondenter respektive 67,3 procent för de yngre respondenterna. Se utförligare diskussion s. 32f i Haukeland, Jan Vidar (1991) *Velfedstap ved trafikkulykker*. Personskadeulykkene i vegtrafikken og deres velferdsmessige konsekvenser. Oslo: Transportøkonomisk institutt. Norsk senter for samfedselsforskning. Rapport 0092/1991.
En annan studie som utfördes i Finland visade också på svårigheter med enkät som metodologi vid undersökningar av trafikskadades förhållanden. Vid Kuopio universitet genomfördes år 1990 en undersökningen som riktade sig till 796 personer som hade skadats i bilolyckor som barn. Kuopioundersökningen erhöll en svarsfrekvens på 47 procent. Se vidare s. 116 i Karttunen, P & Karkola, K (1992) *Children in traffic accidents*. A follow-up study. Journal of Traffic Medicine Vol 20 No 3 s. 115–120. Kroon (1990) studerade 1 611 personer som skadats i cykelolyckor i Göteborg. Studien var uppbyggd på sjukhusbaserad statistik. En enkät sändes ut till de trafikskadade och en svarsfrekvens om 70 procent erhölls. Kroons undersökning var en treårig uppföljning av följderna av cykelolyckor. Se s. 12 i Kroon, Per-Olof (1990) *Bicycle accidents in Gothenburg 1983–84*. Dissertation. Gothenburg: Department of Orthopaedics, East Hospital, Gothenburg University.
45. Under åren 1987–1988 genomförde intresseorganisationen för trafikskadade i Sverige – RTP en enkätundersökning bland trafikskadade i Värmlands län. RTP sände ut 2 500 anmälningar om deltagande i projektet. Totalt 136 trafikskadade kom att ingå i undersökningen vilket motsvarar en svarsfrekvens på 5,4 procent. se s. 32 i

RTP, Riksförbundet för Trafik- och polioskadade (1988) *Trafikskadade i Värmland – en kartläggning* 1987/88. Rapport. Del 1. Karlstad: RTP.

46. I en studie av hur olika livsvärlden uppfattas av neurologiskt handikappade och icke-handikappade i Sverige tenderade kvinnorna att i högre utsträckning än männen besvara en enkät. Se s. 235 i Montgomery, Henry & Persson, Lars-Olof & Rydén, Anna (1996) *Importance and attainment of life values among disabled and non-disabled people*. Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine Vol 28, No 4, december s. 233–240.
47. se s. 32f i Haukeland, Jan Vidar (1991) *Velfedstap ved trafikkulykker*. Personskadeulykkene i vegtrafikken og deres velferdsmessige konsekvenser. Oslo: Transportøkonomisk institutt. Norsk senter for samfedselsforskning. Rapport 0092/1991. Haukeland, Jan Vidar (1992) *Trafikkskadd – hva så?* Tap av velferd blant personer som skades i trafikkulykker. Oslo: Transportøkonomisk institutt. Norsk senter for samfedselsforskning. Haukeland, Jan Vidar (1996) *Welfare consequences of injuries due to traffic accidents*. Accident Analysis and Prevention Vol 28 No 1 s. 63–72.
48. se Ragin, Charles C (1994) *Constructing Social Research*. The Unity and Diversity of Method. Thousand Oaks: Pine Forge Press.
49. Ibid, s. 105
50. Ibid, s. 105f
51. Ibid, s. 108
52. se mer i Ajo, Pentti (1996) *Trafikförsäkring i Finland*. Nordisk Försäkringstidskrift, NFT nr 4, Årgång 77, s. 335–341.

6. HANDIKAPP OCH TVÅ VÄRLDAR

1. s. 30f i Oliver, Michael (1996) *Understanding disability*. From theory to practice. London: Macmillan Press Ltd.
2. Ibid, s. 33
3. För ytterligare läsning rekommenderas läsaren att ta del av Swedner, Harald (1996) *Socialt välfärdsarbete*. Stockholm: Liber.
4. Harald Swedner skriver i sin bok om individens resursarena och om materialla och sociala resurser. Se utförligare s. 204f i Swedner, Harald (1996) *Socialt välfärdsarbete*. Stockholm: Liber.
5. se s. 32f i Walls, Georg (1992) *Rationalitet och språkspel i socialt arbete*. Floda: Zenon Förlag.
6. Ibid, s. 32f
7. Se utförligare i Coca, Beatriz (1990) *Coping strategies, social support and acceptance of disability among persons with spinal cord injury*. Doctoral dissertation. Los Angeles: California School of Professional Psychology.

7. VÄLFÄRDENS BRISTER

1. s. 166 i Scharff, Virginia (1991) *Taking the wheel. Women and the coming of the motor age*. Albuquerque: University of New Mexico Press.
2. Johansson, Jörgen (1996) *En spelplan med livet som högsta insats*. Debattartikel, Hufvudstadsbladet, 15 november 1996.
3. Lääperi, Timo & Seppäläinen, Risto & Luoma-Aho, Erkki & Alaranta, Hannu (1997) *Traffic accident risk of disabled drivers having special driving control equipment: a driver survey and accident data*. Journal of Traffic Medicine, Volume 25, Number 1–2, s. 15–19.
4. Ibid, s. 18
5. se Petersson, Olof & Westholm, Anders & Blomberg, Anders (1989) *Medborgarnas makt*. Stockholm: Carlssons Bokförlag. SOU 1990:44: *Demokrati och makt i Sverige*. Maktutredningens huvudrapport. Statens offentliga utredningar, Statsrådsberedningen. Stockholm.
6. Emellertid har den finske forskaren Simo Mannila under 1990-talet bedrivit forskning om social marginalisering. Se mer i Mannila, Simo(1993) *Work career and social marginalization*. On the life course of marginal jobseekers with health problems. Helsinki: Rehabilitation Foundation, Research Reports 41. Dissertation. Se även Mannila, Simo (1994) *Subsidized Employ-*

ment for Finnish Disabled Jobseekers? Colloquium on Employment of Persons with Disabilities, Institute of Social Research, Copenhagen 6–7.5.1994.

7. Ibid Haukeland, Jan Vidar (1991) *Velfedstap ved trafikkulykker*. Personskadeulykkene i vegtrafikken og deres velferdsmessige konsekvenser. Oslo: Transportøkonomisk institutt. Norsk senter for samfedselsforskning. Rapport 0092/1991.
8. Riksförbundet för Trafik- och Polioskadade hade 1995 totalt 26 536 medlemmar i Sverige. s. 3 i RTP, Riksförbundet för Trafik- och polioskadade (1995) Verksamhetsberättelse 1995. Solna: RTP.
9. s. 61 i RTP, Riksförbundet för Trafik- och polioskadade (1995) *Rörelsehindrad*. Levnadsförhållanden för människor med svåra rörelsehinder. Solna: RTP.
10. s. 80 i Engman, Kerstin (1996) *Kvinna och handikappad*. Stockholm: Utbildningsförlaget Brevskolan.
11. s. 7 i Andersson, Anna-Lena & Allebeck, Peter & Bunketorp, Olle (1997) *High rates of psychosocial complications after road traffic injuries*. Injury: International Journal of the Care of the Injured, Vol 28 No 8 s. 539–543.
12. se Rauhala, Urho (1966) *Suomalaisen yhteiskunnan sosiaalinen kerrostuneisuus*. 1960-luvan suomalaisen yhteiskunnan sosiaalinen kerrostuneisuus ammattien arvostuksen valossa (The Social Stratification of Finnish Society). Helsinki.
13. se mer i den finska Statistikcentralens skrift; (1990) *Sosioekonomisk indelning* 1989. Handböcker 17. Helsingfors: Statistikcentralen.
14. Den brittiske forskaren Paul Frederick Cornes studerade under 1980-talet trafikoffer och återgången till arbetslivet samt kompensationsfrågor i sin doktorsavhandling. För en utförligare diskussion om dessa aspekter se vidare i Cornes, Paul Frederick (1987) *Rehabilitation and return to work of personal injury*. Doctoral dissertation. The University of Edinburgh. Cornes, Paul Frederick (1992) *Return to work of road accident victims claiming compensation for personal injury*. Injury: the British Journal of Accident Surgery 23 (4) 256–260. Cornes, Paul Frederick (1993) *Coping with catastrophic injury*. A follow-up survey of personal injury claimants who received awards of £150,000 or more in 1987 and 1988. The University of Edinburgh: Rehabilitation Studies Unit.
15. se s. 481 i Kivioja, Aarne H & Myllynen, Pertti J & Rokkanen, Pentti U (1990) *Is the treatment of the most severe multiply injured patients worth the effort?* A follow-up examination 5 to 20 years after severe multiple injury. Journal of Trauma Vol 30 No 4, 480–483.
16. s. 117f i Karttunen, P & Karkola, K (1992) *Children in traffic accidents*. A follow-up study. Journal of Traffic Medicine Vol 20 No 3 115–120.
17. s. 4f i Andersson, Anna-Lena & Allebeck, Peter & Bunketorp, Olle (1997) *High rates of psychosocial complications after road traffic injuries*. Injury: International Journal of the Care of the Injured, Vol 28 No 8 s. 539–543.
18. se s. 7 i RTP, Riksförbundet för Trafik- och polioskadade (1995) *Rörelsehindrad*. Levnadsförhållanden för människor med svåra rörelsehinder. Solna: RTP. Denna skrift bygger på de levnadsnivåundersökningar som gjordes i slutet av 1980-talet av Statistiska Centralbyrån (SCB) och bör ses som relativt gamla. Se också i Davidsson, Gunilla (1992) *Några medicinska handikappgruppers levnadsförhållanden*. Statistiska Centralbyrån, rapport 73, Stockholm: Statistiska Centralbyrån.
19. s. 2 i Siösteen, A & Lundqvist, C & Blomstrand, C & Sullivan, L & Sullivan, M (1990) *The quality of life of three functional spinal cord injury subgroups in a Swedish community*. In Lundqvist, Christer (1990) *Quality of life and neurological impairment*. A study of function, mood and quality of life perception in patients with spinal cord injuries and spinal arteriovenous malformations. Dissertation. Göteborg: Department of Neurology, Neurosurgery and Medicine I/Health Care

Research Unit, Sahlgren Hospital, University of Göteborg.

20. se en studie av trafikskadade under åren 1993–1994 i Magalhaes, Teresa & Hamonet, Claude & Carneiro de Sousa, M.J & Matos, Eduarda & Pinto da Costa, J (1996) *Occupational handicap in victims of limb injuries*. Medicine & Law 15 (1) s. 135–141.
21. Mannila, Simo (1993) *Work career and social marginalization*. On the life course of marginal jobseekers with health problems. Helsinki: Rehabilitation Foundation, Research Reports 41. Doktorsavhandling. samt även artikel av Mannila; Mannila, Simo (1994) *Subsidized Employment for Finnish Disabled Jobseekers?* Colloquium on Employment of Persons with Disabilities, Institute of Social Research, Copenhagen 6–7.5.1994.
22. s. 1 i Mannila, Simo (1994) *Subsidized Employment for Finnish Disabled Jobseekers?* Colloquium on Employment of Persons with Disabilities, Institute of Social Research, Copenhagen 6–7.5.1994.

8. LIVSFÖRÄNDRINGEN

1. se s. 32ff i Smith, Jack (1995) *Car accident*. A practical recovery manual for drivers, passengers, and the people in their lives. Cleveland, Ohio: Stress Press.
2. Såväl känslotillstånd som känslomässiga återgivningar som smärta, ilska etc kan vara svåra för en trafikskadad person att återge en längre tid efter en olycka. Svårigheterna med denna retrospektivitet kan inträda när skadetiden är längre än 3 månader. Mot bakgrund av detta bör de resultat som framkommit i studien ses med stor försiktighet. Problematiken med retrospektiva förnimmelser är något som därför försvårar forskningen om trafikolyckornas sociala följder. Jag vill här rikta ett tack till Åke Nygren, professor i skadeprevention vid Karolinska institutet i Stockholm som givit mig värdefulla synpunkter.
3. Ett tack riktas till Anders Ekholm, biträdande professor vid Statistiska institutionen, Helsingfors universitet som särskilt kommenterat analysuppläggningen av de postaccidentala reaktionerna. Martti Mäki vid Trafikskyddet samt docent vid Jyväskylä universitet har också kontinuerligt kommenterat analysen.
4. s. 34f i Hillgaard, Lis & Keiser, Lis & Ravin, Lise (1993) *Sorg och kris*. Stockholm: Liber Utbildning.

9. JÄMFÖRELSE MELLAN FINLAND OCH SVERIGE

1. se vidare i Wulff, Helge B (1957) *Trafikskador i Skandinavien*. Nordisk Kirurgisk Förenings undersökning över persontrafikskador behandlade i Danmark, Finland, Norge och Sverige. Lund: Berglingska Boktryckeriet.
2. Leden, Lars (1996) *En jämförelse av trafiksäkerheten i Finland, Sverige och Norge*. Vägverkets utredningar 58/1996. Helsingfors: Vägverket, Centralförvaltningen.
3. Hakamies-Blomqvist, Liisa & Johansson, Kurt & Lundberg, Catarina (1996) *Medical screening of older drivers as a traffic safety measure – a comparative Finnish-Swedish evaluation study*. The American Geriatrics Society Vol 44 No 6, s. 650–653.
4. Johansson, Kurt (1997) *Older automobile drivers: medical aspects*. Dissertation.
5. s. 117f i Karttunen, P & Karkola, K (1992) *Children in traffic accidents*. A follow-up study. Journal of Traffic Medicine Vol 20 No 3 s. 115–120.
6. Mannila, Simo (1993) *Work career and social marginalization*. On the life course of marginal jobseekers with health problems. Helsinki: Rehabilitation Foundation, Research Reports 41. Doktorsavhandling. Samt även artikel av Mannila; Mannila, Simo (1994) *Subsidized Employment for Finnish Disabled Jobseekers?* Colloquium on Employment of Persons with Disabilities, Institute of Social Research, Copenhagen 6–7.5.1994.
7. s. 1 i Mannila, Simo (1994) *Subsidized*

Employment for Finnish Disabled Jobseekers? Colloquium on Employment of Persons with Disabilities, Institute of Social Research, Copenhagen 6–7.5.1994.

8. se Vägverket (1996) *Nollvisionen.* En idé om ett vägtransportsystem utan hälsoförluster. Rapport 1996-01-03. Borlänge: Vägverket. Vägverket: *Nollvisionen.* En rapport från två trafiksäkerhetsdagar nittonhundranittiosex. Vägverket: *Nollvisionen.* En idé om trafiksäkerhet.
9. Uusmann, Ines (1996) Tal av Ines Uusmann. Trafiksäkerhetsseminarium i Karlskrona 22 april 1996. Uusmann, Ines (1996) *Nollvisionen – Ett förverligande av drömmen att få leva!* Tal av kommunikationsminister Ines Uusmann vid Tylösnadsseminariet den 30/7 1996.
10. se mer i Andersson, Anna-Lena & Dahlbäck, Lars-Olof (1992) *Psykosociala problem måste uppmärksammas i rehabiliteringen efter trafikolyckor.* Läkartidningen Volym 89 nr 34 s. 2678–2682. Andersson, Anna-Lena & Dahlbäck, Lars-Olof & Allebeck, Peter (1994) *Psychosocial consequences of traffic accidents: a two year follow-up.* Scandinavian Journal of Social Medicine Vol 22 No 4 s. 299–302. Andersson, Anna-Lena & Allebeck, Peter (1997) *Psykosociala konsekvenser av trafikskador: Riskfaktorer samt erfarenheter av interventionsprojekt.* En litteraturöversikt. Socialmedicinska avdelningen, Göteborgs universitet. Borlänge: Vägverket Publikation 1997:037. Andersson, Anna-Lena & Allebeck, Peter & Bunketorp, Olle (1997) *High rates of psychosocial complications after road traffic injuries.* Injury: International Journal of the Care of the Injured, Vol 28 No 8 s. 539–543.
11. s. 21f i SOU 1990:44: *Demokrati och makt i Sverige.* Maktutredningens huvudrapport. Statens offentliga utredningar, Statsrådsberedningen. Stockholm.
12. Ibid, s. 26. Begreppet »den svenska modellen« har bl.a. kommit att beskriva den metod som använts i Sverige för att hantera konflikterna på arbetsmarknaden.
13. se en studie av trafikskadade under åren 1993–1994 i Magalhaes, Teresa & Hamonet, Claude & Carneiro de Sousa, M.J & Matos, Eduarda & Pinto da Costa, J (1996) *Occupational handicap in victims of limb injuries.* Medicine & Law 15 (1) s. 135–141.

10. KONKLUSIONER. TEORI OCH EMPIRI

1. Elofsson, Stig & Undén, Anna-Lena & Krakau, Ingvar (1996) *Kvinnors hälsa försämrad sedan 1993.* Särtrycksserien – Nr 54, ur Läkartidningen 1996; 93 (38), s. 3233–3236. Stockholm: Socialhögskolan, institutionen för socialt arbete, Stockholms universitet.
2. Jensen, Iréne & Nygren, Åke & Gamberale, F & Goldie, I & Westerholm, P (1994) *Coping with long-term musculosketal pain and its consequences: is gender a factor?* Pain No 57 s. 167–172.
3. s. 26f i Sjöberg, Malena (1997) *I första hand kvinna.* Skriftserien: kunskap/idé/enskilda röster Nr 8. Stockholm: Välfärdsprojektet.
4. s. 168 i Jensen, Iréne & Nygren, Åke & Gamberale, F & Goldie, I & Westerholm, P (1994) *Coping with long-term musculosketal pain and its consequences: is gender a factor?* Pain No 57 s. 167–172.
5. Forskningsresultatet är under utgivning och kommer att publiceras. Uppgifterna är hämtade genom samtal med Åke Nygren och Lena Holm vid Karolinska institutet i Stockholm 24.10.97. Studien avser trafikskadade med en 10-procentig invaliditet och däröver. I sin studie konstaterar Nygren och Holm vidare att antalet trafikskadade med whiplash-symptom med en invaliditetsgrad över 10 procent, har fördubblats under en studerad femårsperiod. Andra skadetyper visade sig däremot vara konstant över tid. Materialet baseras på ärenden vid Trafikskadenämnden i Stockholm och avser fall som behandlats under två prövningsår.

II. Fallstudier

1. VÄLFÄRDSDRAMATS AKTER

1. *Nationalencyklopedin* (1991) Femte bandet. Höganäs: Bokförlaget Bra Böcker.
2. se vidare i Kaimio, Maarit (1988) *Physical Contact in Greek Tragedy*. A Study of Stage Conventions. Helsinki: Suomalainen Tiedeakatemia. Suomalaisen Tiedeakatemian Toimituksia, Sarja B Nide 244.
3. se vidare i Kaimio, Maarit.
4. Ibid, s. 12
5. Ibid, s. 14f
6. s. 53f i Eriksson, Katie (1994) *Den lidande människan*. Stockholm: Liber Utbildning.
7. Kieslowski, Krzysztof (1993) *Frihet. Den blå filmen*. MK 2 Prod. SA, France 2 Cinema, CAB Prod, SA. Sandrew Film AB.
8. Ett tack till min handledare professor Georg Walls som gav mig idén att utveckla ett välfärdsdrama inom undersökningen.
9. s. 25 i Lundin, Tom (1992) *Traumatisk stress och personlig förlust*. Arlöv: Almqvist & Wiksell förlag.
10. s. 53 i Eriksson, Katie (1994) *Den lidande människan*. Stockholm: Liber Utbildning.
11. Ibid, s. 54f
12. Jag vill här rikta ett tack till professor Katie Eriksson som gav mig tankarna att använda begreppet »ärr« i ett vidare perspektiv.

2. AKT I. NÄR LIVET RÄMNAR

1. Mer om biografiska och självbiografiska metoder och tillvägagångssätt redogörs mer ingående i Bernler, Gunnar & Bjerkman, Anders (1990) *Den sociala biografin*. Uddevalla: Daidalos förlag.
2. se Kennedy, Paul & Lowe, Robert & Grey, Nick & Short, Emma (1995) *Traumatic spinal cord injury and psychological impact: A cross-sectional analysis of coping strategies*. British Journal of Clinical Psychology Vol 34 s. 627–639.
3. Ibid, s. 627f
4. Haukeland, Jan Vidar (1991) *Velfedstap ved trafikkulykker*. Personskadeulykkene i vegtrafikken og deres velferdsmessige konsekvenser. Oslo: Transportøkonomisk institutt. Norsk senter for samfedselsforskning. Rapport 0092/1991. Haukeland, Jan Vidar (1992) *Trafikkskadd – hva så?* Tap av velferd blant personer som skades i trafikkulykker. Oslo: Transportøkonomisk institutt. Norsk senter for samfedselsforskning. Haukeland, Jan Vidar (1996) *Welfare consequences of injuries due to traffic accidents*. Accident Analysis and Prevention Vol 28 No 1 s. 63–72.
5. s. 167 i Martinson, Harry (1974) *Vägen till Klockrike*. Tredje upplagan. Stockholm: Bokförlaget Aldus.
6. se Dahlgren, L.O & Franke, Anita (1990) *Fördjupade studier av vägtrafikolyckor*. En intervjuundersökning med inblandade i singelolyckor med bil. Linköping: Universitetet i Linköping. Institutionen för pedagogik och psykologi.

3. AKT II. VÄGEN TILL SJÄLVFÖRVERKLIGANDE OCH ALTRUISM

1. s. 34 i Martinson, Harry (1974) *Vägen till Klockrike*. Stockholm: Bokförlaget Aldus.
2. se vidare i Eriksson, Katie (1994) *Den lidande människan*. Stockholm: Liber Utbildning.
3. s. 73f i Eriksson, Katie (1994) *Den lidande människan*. Stockholm: Liber Utbildning.
4. s. 74f i Eriksson, Katie (1994) *Den lidande människan*. Stockholm: Liber Utbildning.
5. s. 245 i Stok, Danusia (1993) *Kieslowski om Kieslowski*. Intervjuer sammanställda av Danusia Stok. Stockholm: Norstedts Förlag AB.
6. Ibid, s. 246
7. s. 21f i Kaimio, Maarit (1988) *Physical Contact in Greek Tragedy*. A Study of Stage Conventions. Helsinki: Suomalainen Tiedeakatemia. Suomalaisen Tiedeakatemian Toimituksia, Sarja B Nide 244.
8. se s. 122ff i Olofsson, Per-Olof & Sjöström, Bengt (1993) Existens och sociala relationer. Skiss till en existentialistisk socialpsykologi. Lund: Studentlitteratur.
9. Ibid, s. 124
10. Ibid, s. 129f
11. Ibid, s. 130

12. Ibid, s. 131
13. I boken *Allting blev så annorlunda* (1996) berättar tolv trafikskadade om hur deras liv blivit efter traumatiska trafikolyckor. Samtliga tolv personer som framträder i boken har blivit hjärnskadade i samband med trafikolyckor. RTP, Riksförbundet för Trafik- och polioskadade & Nordiska museet (1996) *Allting blev så annorlunda.* Traumatiskt hjärnskadade berättar. Stockholm: Riksförbundet för Trafik- och polioskadade samt Nordiska museet.
14. Ett tack riktas till professor Timo Airaksinen vid Helsingfors universitet för kommentarerna.
15. s. 124f i Jarkman, Kristina (1996) *Ett liv att leva.* Om familjer, funktionshinder och vardagens villkor. Doktorsavhandling vid Linköpings universitet. Stockholm: Carlsson Bokförlag.
16. s. 86f i Eriksson, Katie (1994) *Den lidande människan.* Stockholm: Liber Utbildning.
17. s. 36 i Oliver, Michael (1996) *Understanding disability.* From theory to practice. London: Macmillan Press Ltd.
18. Ibid, s. 36f
19. s. 87 i Eriksson, Katie (1994) *Den lidande människan.* Stockholm: Liber Utbildning.
20. se s. 199 i Zingmark, Doris (1996) *Offer för trafiknykterhetsbrott.* Socialmedicinsk Tidskrift nr 4 s. samt också i Andersson, Anna-Lena & Dahlbäck, Lars-Olof (1992) *Psykosociala problem måste uppmärksammas i rehabiliteringen efter trafikolyckor.* Läkartidningen Volym 89 nr 34 s. 2678–2682. Andersson, Anna-Lena & Dahlbäck, Lars-Olof & Allebeck, Peter (1994) *Psychosocial consequences of traffic accidents: a two year follow-up.* Scandinavian Journal of Social Medicine Vol 22 No 4 299–302.
21. se utförligare i RTP, Riksförbundet för Trafik- och polioskadade (1988) *Trafikskadade i Värmland – en kartläggning* 1987/88. Rapport. Del 1. Karlstad: RTP. RTP, Riksförbundet för Trafik- och polioskadade (1988) *Trafikskadade i Värmland – en kartläggning* 1987/88. Intervjuer. Del 2. Karlstad: RTP. RTP, Riksförbundet för Trafik- och polioskadade (1989) *Trafikskadade i Värmland – en uppföljning* 1989. Del 3. Karlstad: RTP. RTP, Riksförbundet för Trafik- och polioskadade (1991) *Trafikskadade i Värmland – slutrapport* 1991. Del 4. Karlstad: RTP.
22. Ibid, s. 125

4. AKT III. BEMÄSTRINGENS ANSIKTE

1. Crafoord, Clarence (1996) *Människan är en berättelse.* Tankar om samtalskonst. Stockholm: Natur och Kultur.
2. Ibid, s. 22
3. s. 80 i Christianson, Sven-Åke (1994) *Traumatiska minnen.* Stockholm: Natur och Kultur. Se även i Goldberg, Lawrence & Gara, Michael A (1990) *A Typology of Psychiatric Reactions to Motor Vehicle Accidents.* Psychopathology Vol 23 No 1 15–20. Andersson, Anna-Lena & Dahlbäck, Lars-Olof (1992) *Psykosociala problem måste uppmärksammas i rehabiliteringen efter trafikolyckor.* Läkartidningen Volym 89 nr 34 s. 2678–2682. Bland, John & Gresham, Lee (1993) *Visual effects.* Post-traumatic stress disorder. Nursing Times July 28 Vol 89 No 30 s. 30–32. Blanchard, Edward B & Hickling, Edward J & Vollmer, Alisa J & Loos,Warren R & Buckley, Todd C & Jaccard, James (1995) *Short-term follow-up of post-traumatic stress symptoms in motor vehicle accident victims.* Behaviour Research & Therapy Vol 33 No 4 s. 369–377.
Blanchard, Edward B & Hickling, Edward J & Mitnick, Neil & Taylor, Ann E & Loos, Warren R & Buckley, Todd C (1995) *The impact of severity of physical injury and perception of life threat in the development of post-traumatic stress disorder in motor vehicle accident victims.* Behaviour Research & Therapy Vol 33 No 5 s. 529–534. Blanchard, Edward B & Hickling, Edward J & Taylor, Ann E & Forneris, CA & Loos, Warren R & Jaccard, James (1995) *Effects of varying scoring rules of the Clinician-Administered PTSD Scale (CAPS) for the diagnosis of post-traumatic*

stress disorder in motor vehicle accident victims. Behaviour Research and Therapy Vol 33 No 4 s. 471–475. Blanchard, Edward B & Hickling, Edward J & Taylor, Ann E & Loos, Warren R & Gerardi, RJ (1994) *Psychological morbidity associated with motor vehicle accidents*. Behaviour Research and Therapy Vol 32 No 3 s. 283–290. Brom, Daniel & Kleber, Rolf J & Defares, Peter B (1989) *Brief psychotherapy for posttraumatic stress disorders*. Journal of Consulting and Clinical Psychology Vol 57, No 5, 607–612. Brom, Daniel & Kleber, Rolf J & Hofman, Marijke C (1993) *Victims of traffic accidents: incidence and prevention of post-traumatic stress disorder*. Journal of Clinical Psychology Vol 49 No 2 s. 131–140. Bryant, Richard A & Allison, G Harvey (1995) *Avoidant coping style and posttraumatic stress following motor-vehicle accidents*. Behaviour Research and Therapy Vol 33 No 6 s. 631–635. Bryant, RA & Harvey, AG (1995) *Psychological impairment following motor-vehicle accidents*. Australian Journal of Public Health Vol 19 No 2 s. 185–188. Bull, J.P (1975) *The injury severity score of road traffic casualties in relation to mortality time of death, hospital treatment time and disability*. Accident Analysis and Prevention Vol 7 s. 249–255. Bull, J.P (1979) *Epidemiological features of road traffic injuries*. Geneva: World Health Organization. Bull, J.P (1985) *Disabilities caused by road traffic accidents and their* relation to severity scores. Accident Analysis and Prevention Vol 17 No 5 s. 387–397. Bulman-Janoff, Ronnie & Wortman, Camille B (1977) *Attributions of blame and coping in the »real world«: severe accident victims react to their lot*. Journal of Personality and Social Psychology Vol 35 No 5 351-363. Bulman-Janoff, Ronnie & Frieze Hansson Irene (1983) *A theoretical perspective for understanding reactions to victimization*. Journal of Social Issues Vol 39 No 2 s. 1–17. Burstein, Allan (1989) Posttraumatic stress disorder in victims of motor vehicle accidents. Hospital and Community Psychiatry Vol 40 No 3 s. 295–297. Dalal, Brian & Raimoson, Glynn (1993) *Psychiatric consequences of road traffic accidents – consider somatoform pain disorder*. British Medical Journal Vol 307 No 6914, s. 1282. Platt, Jerome, J & Husband, Stephen, D (1987) *Posttraumatic stress disorder and the motor vehicle accident victim*. American Journal of Forensic Psychology, Volume V No 2, s. 35–42.

4. Den norska forskaren Siri Næss använder begreppet følelses-fokusert mestring. Se vidare s. 18 i Næss, Siri (1997) *Mestring av sykdom*. Manus under arbete. Oslo: NOVA.
5. Ibid, s. 18 samt i Johansson, Jörgen (1995) *Det finns dom som har det värre*. Samspel, gemenskap och livsglädje i kamp mot smärta och svåra trafikhandikapp. Stockholm: Sveriges Radios Förlag.
6. s. 109f i Breakwell, Glynis M (1986) *Coping with threatened identities*. Methuen. London and New York.
7. Lazarus, Richard S & Folkman, S (1984) Stress, Appraisal, and Coping. New York: Springer Publishing Company. Lazarus, Richard S (1993) *Coping theory and research: past, present, and future*. Psychosomatic Medicine Vol 55 s. 234–247.
8. s. 149 i Radley, Alan (1994) *Making sense of illness*. The social psychology of health and disease. London: Sage Publications.
9. Lazarus, Richard S & Folkman, S (1984) *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer Publishing Company. Lazarus, Richard S (1993) *Coping theory and research: past, present, and future*. Psychosomatic Medicine Vol 55 s. 234–247.
10. s. 18 i Næss, Siri (1997) *Mestring av sykdom*. Manus under arbete. Oslo: NOVA.
11. Næss, Siri (1974) *Psykologiske aspekter ved livskvalitet*. Om begrebet »indre livskvalitet« som mål for sosialpolitikken og et forsøk på å operasjonalisere begrepet. Oslo: INAS arbeidsrapport Nr. 11.
12. s. 18 i Næss, Siri (1997) *Mestring av sykdom*. Manus under arbete. Oslo:

NOVA.

13. Coca, Beatriz (1990) *Coping strategies, social support and acceptance of disability among persons with spinal cord injury.* Doctoral dissertation. Los Angeles: California School of Professional Psychology.
14. s. 110f i Breakwell, Glynis M (1986) *Coping with threatened identities.* Methuen. London and New York.
15. Ibid, s. 111
16. s. 23f i Næss, Siri (1997) *Mestring av sykdom.* Manus under arbete. Oslo: NOVA.
17. Ibid, s. 23
18. s. 113 i Breakwell, Glynis M (1986) *Coping with threatened identities.* Methuen. London and New York.
19. se vidare i Antonovsky, Aaron (1987) *Hälsans mysterium.* Stockholm: Natur och Kultur.
20. Suominen, Sakari (1993) *Perceived health and life control.* A theoretical review and empirical study about the connection between health and life control determined according to the strength of the sense of coherence. STAKES (National research and development centre for welfare and health) Doctoral Dissertation, Research reports 26, Jyväskylä. Santavirta, Nina (1997) *Coping, pain and disability in patients with cronic inflammatory and musculosketal diseases.* Department of Medicine, the Centre of Caring Sciences North, Karolinska Institute, the Orton Research Institute, Invalid Foundation, Helsinki, the Department of Education, University of Helsinki. Doctoral dissertation.
21. Coca, Beatriz (1990) *Coping strategies, social support and acceptance of disability among persons with spinal cord injury.* Doctoral dissertation. Los Angeles: California School of Professional Psychology.
22. Dean, Kathryn (1989) *Self-care components of lifestyles: the importance of gender, attitudes and the social situation.* Social Science & Medicine Vol 29, No. 2 s. 137–152.
23. s. 118f i Frankenhaeuser, Marianne & Ödman, Maj (1987) *Stress en del av livet.* Stockholm: Brombergs Bokförlag.
24. se mer i Nygren, Åke & Jensen, Irene & Koch, Maria von (1995) *Vem har ansvaret för hälsan?* Socialmedicinsk Tidskrift nr 2–3, s. 87–90.
25. s. 170f i Jensen, Iréne & Nygren, Åke & Gamberale, F & Goldie, I & Westerholm, P (1994) *Coping with long-term musculosketal pain and its consequences: is gender a factor?* Pain No 57 s. 167–172.
26. s. 42 i Jensen, Iréne (1993) *Non-specific spinal pain.* Multidisciplinary intervention, a Cognitive – Behavioural approach. Dissertation. Department of Orthopaedics, and Section of Personal Injury Prevention, Department of Otorhinolaryngology, Karolinska Institute. Stockholm.
27. s. 166 i Frankenhaeuser, Marianne & Ödman, Maj (1987) *Stress en del av livet.* Stockholm: Brombergs Bokförlag.
28. se även i Helmius, Gisela (1993) *Kvinnor och handikapp – jungfrulig forskningsmark.* En kommenterad bibliografi. Kunskapsöversikt. Uppsala: Centrum för handikappforskning vid Uppsala universitet.
29. s. 57 i Resnick, Cheryl (1993) *The effect of head injury on family and marital stability.* Social Work in Health Care, Vol 18 No 2, s. 49–62.
30. Ibid, s. 49-62.
31. Andersson, Anna-Lena & Dahlbäck, Lars-Olof (1992) *Psykosociala problem måste uppmärksammas i rehabiliteringen efter trafikolyckor.* Läkartidningen Volym 89 nr 34 s. 2678-2682. Andersson, Anna-Lena & Dahlbäck, Lars-Olof & Allebeck, Peter (1994) *Psychosocial consequences of traffic accidents: a two year follow-up.* Scandinavian Journal of Social Medicine Vol 22 No 4 s. 299–302. Karttunen, P & Karkola, K (1992) *Children in traffic accidents.* A follow-up study. Journal of Traffic Medicine Vol 20 No 3 s. 115–120.
32. Breakwell, Glynis M (1986) *Coping with threatened identities.* Methuen. London and New York.
33. Ibid, s. 122
34. P.A Frost beskriver situationen för handikappade personer med sjukdomen MS.

Frost betonar vikten av att den handikappade människan ges möjligheter att själv göra val i sin vardagliga situation för att människans oberoende inte ska kunna förloras. Se s. 89ff i Frost, P.A (1996) *Choice and daily activities for people with disabilities*. International Journal of Rehabilitation Research, 19 s. 89–91.

35. s. 80 i Breakwell, Glynis M (1986) *Coping with threatened identities*. Methuen. London and New York.
36. se s. 239 f i Montgomery, Henry & Persson, Jan-Olof & Rydén, Anna (1996) *Importance and attainment of life values among disabled and non-disabled people*. Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine Vol 28, No 4, december s. 233–240.
37. Ibid, s. 240
38. s. 82 i Breakwell, Glynis M (1986) *Coping with threatened identities*. Methuen. London and New York.
39. s. 20 i Riska, Hasse (1996) *Mötet*. En roman om mänskliga handikapp och relationer. Jakobstad: Författarnas Andelslag.
40. se s. 3 i Stockholms läns landsting & Ersta diakonisällskap (1989) *Att arbeta med människor i kris och i krisens närhet*. När det omöjliga hänt – trafikskadade 1988/89. Stockholm.
41. s. 117f i Coca, Beatriz (1990) *Coping strategies, social support and acceptance of disability among persons with spinal cord injury*. Doctoral dissertation. Los Angeles: California School of Professional Psychology.
42. Ibid, s. 104
43. s. 133 i Brom, Daniel & Kleber, Rolf J & Hofman, Marijke C (1993) *Victims of traffic accidents: incidence and prevention of post-traumatic stress disorder*. Journal of Clinical Psychology Vol 49 No 2 s. 131–140.
44. s. 102 i Smith, Jack (1995) *Car accident*. A practical recovery manual for drivers, passengers, and the people in their lives. Cleveland, Ohio: Stress Press.
45. s. 138 i Suokas, Leila (1992) *Like everyone else?* A study of disability-induced life changes on the basis of autobiographical material. (*Ihminen ihmisten joukossa?* Kirjalliseen omaelämäkerta-aineistoon perustuva tutkimus vammaisuuden aiheuttamista elämänmuutoksista). Helsinki: Publications of the Social Insurance Institution, Finland.
46. s. 40 i Santavirta, Nina (1997) *Coping, pain and disability in patients with cronic inflammatory and musculosketal diseases*. Department of Medicine, the Centre of Caring Sciences North, Karolinska Institute, the Orton Research Institute, Invalid Foundation, Helsinki, the Department of Education, University of Helsinki. Doctoral dissertation.
47. s. 18 i Næss, Siri (1997) *Mestring av sykdom*. Manus under arbete. Oslo: NOVA.
48. Ibid, s. 18.
49. s. 1f i Nyberg, Per (1991) *Handling och levnadsvillkor*. Om handikappade och deras organisationer. Akademisk avhandling. Lund: Socialhögskolan, Centrum för samhällsmedicin vid Lunds universitet.
50. Christianson, Sven-Åke (1994) *Traumatiska minnen*. Stockholm: Natur och Kultur.
51. I ett socialreportage från i början av 1970-talet konstaterar tre skribenter följande: »vi är inte alldeles övertygade om att så värst många människor egentligen vill veta mer om trafikolyckor. Framförallt vill man inte veta att de till stor del drabbar alldeles normala bilister som man själv – eller orsakas av dem«. s. 75 i Lindblom, Bo & Lindblom, Birte & Hermanson, Jean (1973) *Trafikoffer*. Ord & Bild. Nordisk kulturtidskrift, årgång 82 nr 2–3.
52. Eriksen, Frank Leo (1988) *Tilbake til livet*. Oslo: Gyldendal norsk forlag.
53. Storbjörk, Else (1986) *Ett liv – värt att leva*. 2 ljudkassetter. Helsingfors: Schildts förlag.
55. Lardot, Raisa (1975) *Silmänräpäys ja koko elämä*. Helsinki: Werner Söderström Osakeyhtiö. Lardot, Raisa (1977) *Han undgick döden*. Ekenäs: Ekenäs Tryckeri Aktiebolags Förlag.
56. Johansson, Jörgen (1996) *Det finns dom som har det värre*. Samspel, gemenskap och livsglädje i kamp mot smärta och svåra trafikhandikapp. Stockholm: Sveriges

Radios Förlag. Inläst av Linda Snöborgs som talbok. Enskede: Talboks- och punktskriftsbiblioteket.

57. Winberg, Anna-Greta (1967) Nå. 4 ljudkassetter. Enskede: Tal- och punktskriftsbiblioteket.
58. Riska, Hasse (1996) *Mötet*. En roman om mänskliga handikapp och relationer. Jakobstad: Författarnas Andelslag.
59. Harjuvaara, Orvokki (1997) *Teholta tiepalveluun: Samu taisteli elämästään*. Helsinki: Kirjapaja.
60. Några av de dokumentär- och informationsfilmer som producerats i Finland och Sverige är bl.a: Bitar, Jean (1996) *Tero Sands liv* (*Tero Sandin elämä*). Dokumentärprojekt. Linell, Jan: »Nu vet jag att Gud inte finns«. En film om ungdom, alkohol och bilkörning. Vägverket. Linell, Jan: *Några pilsner och en livstids baksmälla*. Vägverket. Linell, Jan: *En film om livskraft*. En samproduktion av Vägverket och Riksförbundet för Trafik- och polioskadade. Vägverket (1996) *Slaget mot rattfylleriet går vidare*. Kampanjpresentation Civilkurage, våren 1996. Vägverket i samarbete med NTF, Systembolaget och Polisen.
61. RTP, Riksförbundet för Trafik- och polioskadade & Nordiska museet (1996) *Allting blev så annorlunda*. Traumatiskt hjärnskadade berättar. Stockholm: Riksförbundet för Trafik- och polioskadade samt Nordiska museet.
62. Petterson, Lars & Brannäs, Michael (1996) *Den obente soldaten bestämde sig för att leva*. Motor, nr 4, s. 7–11.
63. Persson, Jörgen (1994) »Jag har svårt att se bilar«. Krockoffrets långa väg tillbaka. Vi Bilägare nr 15, s. 13.
64. Antonovsky, Aaron (1987) *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur och Kultur.
65. se Lundin, Tom (1992) *Traumatisk stress och personlig förlust*. Arlöv: Almqvist & Wiksell förlag.
66. se mer i Eriksson, Katie (1994) *Den lidande människan*. Stockholm: Liber Utbildning.
67. De trafikskadade som ingår i denna kvalitativa studie kan sägas utgöra ett selekterat urval. Det går därför inte heller att dra slutsatsen att de respondenter som ingår i studien skulle vara representativa så att det skulle vara möjligt att generalisera. De som anmält sitt intresse att delta i studien har varit aktiva och det går inte heller att hålla helt för uteslutet att det kan finnas enstaka fall där individen upplevt sig som en talesman för gruppen trafikskadade i samhället. Ett tack riktas till professor Åke Nygren för värdefulla synpunkter om generaliserbara trafikskadedata.

5. AKT IV. COPING MED HANDIKAPP I OLIKA LIVSSKEDEN

1. se Næss, Siri (1974) *Psykologiske aspekter ved livskvalitet*. Om begrebet »indre livskvalitet« som mål for sosialpolitikken og et forsok på å operasjonalisere begrepet. Oslo: INAS arbeidsrapport Nr. 11.
2. Ibid, s. 3
3. s. 25 i Lundqvist, Christer (1990) *Quality of life and neurological impairment*. A study of function, mood and quality of life perception in patients with spinal cord injuries and spinal arteriovenous malformations. Dissertation. Göteborg: Department of Neurology, Neurosurgery and Medicine I/Health Care Research Unit, Sahlgren Hospital, University of Göteborg.
4. Ibid, s. 25
5. jfr s. 9 i Næss, Siri; *Quality of life research*. Concepts, methods and applications. INAS, Intitute of Applied Social Research, Oslo, 1987.
6. se även i följande böcker av Siri Naess: Næss, Siri (1974) *Psykologiske aspekter ved livskvalitet*. Om begrebet »indre livskvalitet« som mål for sosialpolitikken og et forsok på å operasjonalisere begrepet. Oslo: INAS arbeidsrapport Nr. 11. Næss, Siri (1979) *Livskvalitet*. Om att ha det gott på byn og på landet. Oslo: INAS, 1979:5.
7. Lindskog, Bengt I & Zetterberg, Bengt L (1990) *Medicinsk terminologi lexikon*. Stockholm: Nordiska Bokhandelns Förlag.
8. se mer s. 82f i Hales, Gerald (1996) *Beyond disability*. Towards an enabling society. London: Sage Publications Ltd.

9. Ibid, s. 84.
10. s. 127f i Gough, Ritva (1994) *Personlig assistans – en social bemästringsstrategi för människor med omfattande funktionshinder*. En undersökning av hur pionjärerna för Independent Living rörelsen i Sverige organiserar sin personliga assistans. Göteborg: GIL-förlaget.
11. I boken berättar en handikappad om sin vardagliga situation och sin syn på hemvårdens betydelse: »First, during bank holidays, particularly Christmas, it is possible that everyone will disappear – including the people who are on the periphery of the network, but who do come in handy in emergencies. Of course, there are always agencies to fall back on, but these are expensive and most care packages are not designed to accommodate this solution. Second, it is very difficult to make arrangements to stay away from home, either for work reasons or because I wish to take a holiday«. Ibid, s. 83.
12. s. 70f i Helmius, Gisela (1996) *Handikapp och sexualitet*. Vi måste vidga begreppet »normalt«. I Engman, Irene (1996) *Kvinna och handikappad*. Stockholm: Utbildningsförlaget Brevskolan.
13. s. 241 i Stok, Danusia (1993) *Kieslowski om Kieslowski*. Intervjuer sammanställda av Danusia Stok. Stockholm: Norstedts Förlag AB.
14. s. 20 i Eriksson, Katie (1994) *Den lidande människan*. Stockholm: Liber Utbildning.
15. s. 31 i Martinson, Harry (1974) *Vägen till Klockrike*. Tredje upplagan. Stockholm: Bokförlaget Aldus.

6. AKT V. MOT EN FÖRÄNDRAD FILOSOFI

1. s. 11 i Eriksson, Katie (1994) *Den lidande människan*. Stockholm: Liber Utbildning.
2. Ibid, s. 12
3. Ibid, s. 20
4. Raitasalo, Raimo (1996) *On search of the meaning of coping*. (*Elämänhallintaa etsimässä*) Helsinki: The Social Insurance Institution, Finland, Social security and health reports 13.
5. s. 121 i Martinson, Harry (1974) *Vägen till Klockrike*. Tredje upplagan. Stockholm: Bokförlaget Aldus.
6. s. 32f i Sjöholm, Ann-Christine (1994) *Ungdom och handikapp*. Rörelsehindrade ungdomars erfarenheter och förväntningar i ett kulturteoretiskt perspektiv. Umeå: Institutionen för socialt arbete, Umeå universitet Nr 18.

7. KONKLUSIONER, TEORI OCH EMPIRI II

1. s. 334f i Peräkylä, Anssi (1995) *AIDS Counselling*. Institutional interaction and clinical practice. Dissertation. Cambridge: Cambridge University Press. Peräkylä undersökte AIDS-patienter och hur de upplevde sin situation och hur det var att leva med sjukdomen. Peräkyläs studie var av empirisk karaktär som bestod av en s.k »face-to-face interaction«. s. 1.
2. s. 149 i Radley, Alan (1994) *Making sense of illness*. The social psychology of health and disease. London: Sage Publications.
3. Attainment: (def) »something that has been successfully gained or learned«. *Longman Dictionary of Contemporary English*. (1989).
4. Shortfall: (def) »an amount by which something fails to reach the amount that is needed, expected, or hoped for: We now expect a shortfall of about £1 million in the company's profits because of the sudden rise in the cost of materials«. *Longman Dictionary of Contemporary English*. (1989).
5. se s. 90f i Sen, Amartya (1992) *Inequality Reexamined*. Oxford: Clarendon Press.
6. se s. 9f Culyer, Anthony J (1994) »Commodities, characteristics of commodities, characteristics of people, utilities, and the quality of life«, i Baldwin, Sally & Godfrey, Christine & Propper, Carol: *Quality of life*. Perspective and Policies. London: Routledge.

11. Referenser

Abrahamson, Kjell Albin (1997) *Polen.* Diamant i aska. Stockholm: Fischer & Co.

Adams, John (1995) *Risk*. London: University College London Press (UCL).

Ahlberg, Alf (1951) *Filosofiskt lexikon.* Tredje omarbetade upplagan. Stockholm: Natur och Kultur.

Ajo, Pentti (1996) *Trafikförsäkring i Finland.* Nordisk Försäkringstidskrift, NFT nr 4, Årgång 77, s. 335–341.

Aldwin, Carolyn M (1987) *Does coping help?* A reexamination of the relation between coping and mental health. Journal of Personality and Social Psychology Vol 53 No 2 s. 337–348.

Allardt, Erik (1978) *Att Ha, Att Älska, Att Vara.* Lund: Argos.

Andersson, Anna-Lena & Dahlbäck, Lars-Olof (1992) *Psykosociala problem måste uppmärksammas i rehabiliteringen efter trafikolyckor.* Läkartidningen Volym 89 nr 34 s. 2678–2682.

Andersson, Anna-Lena & Dahlbäck, Lars-Olof & Allebeck, Peter (1994) *Psychosocial consequences of traffic accidents: a two year follow-up.* Scandinavian Journal of Social Medicine Vol 22 No 4 s. 299-302.

Andersson, Anna-Lena & Allebeck, Peter (1997) *Psykosociala konsekvenser av trafikskador: Riskfaktorer samt erfarenheter av interventionsprojekt.* En litteraturöversikt. Socialmedicinska avdelningen, Göteborgs universitet. Borlänge: Vägverket Publikation 1997:037.

Andersson, Anna-Lena & Allebeck, Peter & Bunketorp, Olle (1997) *High rates of psychosocial complications after road traffic injuries.* Injury: International Journal of the Care of the Injured, Vol 28 No 8 s. 539–543.

Andersson, Bengt-Erik (1985) *Som man frågar får man svar.* En introduktion i intervju- och enkätteknik. Kristianstad: Rabén & Sjögren.

Andréasson, Rune & Halldin, Matts & Lindgren, Stig (red.) (1967) *Människan i trafiken.* En handbok i trafiksäkerhet. Stockholm: Natur och Kultur.

Andréasson, Rune (1994) *Människan och trafikmedicinens historia.* Stockholm: Bokförlaget T. Fischer & Co.

Antonovsky, Aaron (1987) *Hälsans mysterium.* Stockholm: Natur och Kultur.

Aquilonius, Sten-Magnus & Fagius, Jan (1989) Neurologi. Stockholm: Almqvist & Wiksell.

Aronsson, Gunnar & Berglind, Hans (1990) *Handling och handlingsutrymme.* Lund: Studentlitteratur.

Asp, Kenneth & Forsström, Åke & Lorentzon, Sten (1982) *Har bilsamhället någon framtid?* Linköping: Väg- och transportforskningsinstitutet.

Bagge, Marita (1994) *Psykiska pressen tyngst för olycksdrabbade yrkesförare.* Vasabladet den 14 september 1994.

Beck, Ulrich (1993) *Risk Society.* Towards a new modernity. London: SAGE Publications Ltd.

Bell, Judith (1995) *Introduktion till forskningsmetodik.* Lund: Studentlitteratur.

Bernler, Gunnar & Bjerkman, Anders (1990) *Den sociala biografin.* Uddevalla: Daidalos förlag.

Bilindustriföreningen (1995) *Bilismen i Sverige*

1995. Stockholm: Bilindustriföreningen.
Bjärås, Gunilla (1995) *Skadeprevention – teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur.
Björnstig, Ulf & Björnstig, Johanna & Astlind-Nygren, AM (1995) *Hur säker är den officiella trafikskadestatistiken?* En jämförelse med ett sjukhusbaserat material. Olycksfallsanalysgruppen. Rapport nr 50. Umeå: Universitetssjukhuset.
Blanchard, Edward B & Hickling, Edward J & Vollmer, Alisa J & Loos, Warren R & Buckley, Todd C & Jaccard, James (1995) *Short-term follow-up of post-traumatic stress symptoms in motor vehicle accident victims*. Behaviour Research & Therapy Vol 33 No 4 s. 369–377.
Blanchard, Edward B & Hickling, Edward J & Mitnick, Neil & Taylor, Ann E & Loos, Warren R & Buckley, Todd C (1995) *The impact of severity of physical injury and perception of life threat in the development of post-traumatic stress disorder in motor vehicle accident victims*. Behaviour Research & Therapy Vol 33 No 5 s. 529–534.
Blanchard, Edward B & Hickling, Edward J & Taylor, Ann E & Forneris, CA & Loos, Warren R & Jaccard, James (1995) *Effects of varying scoring rules of the Clinician-Administered PTSD Scale (CAPS) for the diagnosis of post-traumatic stress disorder in motor vehicle accident victims*. Behaviour Research and Therapy Vol 33 No 4 s. 471–475.
Blanchard, Edward B & Hickling, Edward J & Taylor, Ann E & Loos, Warren R & Gerardi, RJ (1994) *Psychological morbidity associated with motor vehicle accidents*. Behaviour Research and Therapy Vol 32, No 3 s. 283–290.
Bland, John & Gresham, Lee (1993) *Visual effects*. Post-traumatic stress disorder. Nursing Times July 28 Vol 89 No 30 s. 30–32.
Borchgrevink, Grethe Elisabeth (1997) *Diagnosis and treatment of whiplash/neck sprain injuries caused by car accidents*. Trondheim: Norwegian University of Science and Technology (TAPIR). Thesis.
Brannen, J (1988) *The Study of sensitive topics*. Sociological Review Vol 36, No 3 s. 552–563.
Brannen, Julia (ed.) (1992) *Mixing methods: qualitative and quantitative research*. Aldershot: Avebury.
Brattberg, Gunilla (1995) *Värkmästarnas värkstad*. Om efterbyggande vård för människor med värk och smärta. Stockholm: Almqvist & Wiksell Medicin. Liber Utbildning.
Breakwell, Glynis M (1986) *Coping with threatened identities*. Methuen. London and New York.
Bring, Gunilla (1996) *Whiplash-relaterade skador och följdtillstånd*. Biomedicinska aspekter på ett mångfacetterat problem. Doktorsavhandling. Umeå: Umeå Universitet, Institutionen för Allmänmedicin. Umeå University Medical Dissertations New series no. 472.
Brom, Daniel & Kleber, Rolf J & Hofman, Marijke C (1993) *Victims of traffic accidents: incidence and prevention of post-traumatic stress disorder*. Journal of Clinical Psychology, March, Vol 49 No 2 s. 131–140.
Bryant, Richard A & Allison, G Harvey (1995) *Avoidant coping style and posttraumatic stress following motor-vehicle accidents*. Behaviour Research and Therapy Vol 33 No 6 s. 631–635.
Bryant, RA & Allison, GH (1995) *Psychological impairment following motor-vehicle accidents*. Australian Journal of Public Health Vol 19 No 2 s. 185–188.
Bull, J.P (1975) *The injury severity score of road traffic casualties in relation to mortality time of death, hospital treatment time and disability*. Accident Analysis and Prevention Vol 7 s. 249–255.
Bull, J.P (1979) *Epidemiological features of road traffic injuries*. Geneva: World Health Organization.
Bull, J.P (1985) *Disabilities caused by road traffic accidents and their relation to severity scores*. Accident Analysis and Prevention Vol 17 No 5 s. 387–397.
Bulman-Janoff, Ronnie & Wortman, Camille B (1977) Attributions of blame and coping in

the »real world«: severe accident victims react to their lot. Journal of Personality and Social Psychology Vol 35 No 5 s. 351–363.

Bulman-Janoff, Ronnie & Frieze Hansson Irene (1983) *A theoretical perspective for understanding reactions to victimization*. Journal of Social Issues Vol 39 No 2 s. 1–17.

Burstein, Allan (1989) *Posttraumatic stress disorder in victims of motor vehicle accidents*. Hospital and Community Psychiatry, March, Vol 40 No 3 s. 295–297.

Bäckström, Ingegärd (1994) *Rehabilitering för män?* En undersökning om arbetsrehabilitering av långvarigt sjukskrivna kvinnor och män. Rapport nr 37. Umeå: Institutionen för socialt arbete, Umeå universitet.

Cahill, Michael (1994) *The New Social Policy*. Blackwell. Oxford UK & Cambridge, USA.

Carlsen, Jan & Ystgaard, Hansmagnus (1970) Trafikk-krigen. Oslo: Pax forlag A/S.

Carlsson, Annika (1996) *Äldre bilförare slipper kontroll*. Många läkare undviker att fråga om körkortsinnehav för att inte förlora patienter. Svenska Dagbladet fredagen den 26 juli 1996.

Chirban, John T (1996) *Interviewing in Depth*. The Interactive-Relational Approach. London: SAGE Publications.

Christianson, Sven-Åke (1994) *Traumatiska minnen*. Stockholm: Natur och Kultur.

Coca, Beatriz (1990) *Coping strategies, social support and acceptance of disability among persons with spinal cord injury*. Doctoral dissertation. Los Angeles: California School of Professional Psychology.

Cornes, Paul Frederick (1987) *Rehabilitation and return to work of personal injury*. Doctoral dissertation. The University of Edinburgh.

Cornes, Paul Frederick (1992) *Return to work of road accident victims claiming compensation for personal injury*. Injury: the British Journal of Accident Surgery 23(4) s. 256–260.

Cornes, Paul Frederick (1993) *Coping with catastrophic injury*. A follow-up survey of personal injury claimants who received awards of £150,000 or more in 1987 and 1988. The University of Edinburgh: Rehabilitation Studies Unit.

Crafoord, Clarence (1996) *Människan är en berättelse*. Tankar om samtalskonst. Stockholm: Natur och Kultur.

CTRF (Cancer- och trafikskadades riksförbund) (1995) *Årsskrift 1995*.

Culyer, Anthony J (1994) »Commodities, characteristics of commodities, characteristics of people, utilities, and the quality of life«, in Baldwin, Sally & Godfrey, Christine & Propper, Carol: *Quality of life*. Perspective and Policies. London: Routledge. s. 9–27

Dahlgren, L.O & Franke, Anita (1990) *Fördjupade studier av vägtrafikolyckor*. En intervjuundersökning med inblandade i singelolyckor med bil. Linköping: Universitetet i Linköping. Institutionen för pedagogik och psykologi.

Dalal, Brian & Harrison, Glynn (1993) *Psychiatric consequences of road traffic accidents – consider somatoform pain disorder*. British Medical Journal Vol 307 No 6914, s. 1282.

Davidsson, Gunilla (1992) *Några medicinska handikappgruppers levnadsförhållanden*. Statistiska Centralbyrån, rapport 73, Stockholm: Statistiska Centralbyrån .

Dean, Kathryn (1989) *Self-care components of lifestyles: the importance of gender, attitudes and the social situation*. Social Science & Medicine Vol 29, No. 2 s. 137–152.

DeSilva, Harry. R (1942) *Why we have automobile accidents*. New York: John Wiley & Sons, Inc.

Diekmann, Achim (1995) *Towards more rational transport policies in Europe*. Köln: Deutscher Instituts-Verlag GmbH.

Duckworth, D (1983) *The Classification and Measurement of Disablement*. London: HMSO.

Elofsson, Stig & Undén, Anna-Lena & Krakau, Ingvar (1996) *Kvinnors hälsa försämrad sedan 1993*. Särtrycksserien – Nr 54, ur Läkartidningen 1996; 93 (38), s. 3233–3236. Stockholm: Socialhögskolan, institutionen för socialt arbete, Stockholms universitet.

Elvik, R (1993) *Hvor mye er unngåtte trafikk-*

ulykker verd for samfunnet? Oppsummeringsrapport. Oslo: Transportøkonomisk institutt, 389.

Elvik, R (1993) *Økonomisk verdsetting av velferdstap ved trafikkulykker*. Dokumentasjonsrapport. Oslo: Transportøkonomisk institutt, 203.

Elvik, R (1993) *Ulykkeskostnader for vegtrafikk i 20 land*. Oslo: Transportøkonomisk institutt. Rapport 196.

Engman, Kerstin (1996) *Kvinna och handikappad*. Stockholm: Utbildningsförlaget Brevskolan.

Enholm, Kaj (1993) *En halv miljon dör årligen i trafiken: säkerheten ett allt viktigare säljargument*. Vasabladet den 4 december 1993.

Eriksen, Frank Leo (1988) *Tilbake til livet*. Oslo: Gyldendal norsk forlag.

Eriksson, Katie (1994) *Den lidande människan*. Stockholm: Liber Utbildning.

EU (1995) *Women and men in the European Union*. A statistical portrait. Luxembourg: Office for official publications of the European Communities.

European Federation of Road Traffic Victims (1995) *Impact of road death and injury*. Research into the principal causes of the decline in quality of life & living standard suffered by road crash victims and victim families. Proposals for improvements. Federation Europeenne Des Victimes De La Route, February 1995.

Europeiska Gemenskapernas Kommission (1997) *Ökad vägtrafiksäkerhet inom EU*. Programmet för åren 1997–2001. Meddelande från Kommissionen: Till Rådet, Europaparlamentet, Ekonomiska och Sociala Kommittén och Regionkommittén. Bryssel den 09.04.1997 KOM(97) 131 slutlig. Luxemburg: Byrån för Europeiska gemenskapernas officiella publikationer.

Finlands Lag. Del II 1995.

Foddy, William (1995) *Constructing questions for interviews and questionnaires*. Theory and practice in social research. Cambridge: Cambridge University Press.

Folkhälsoinstitutet (1996) *På väg mot ett skadefritt Sverige*. Strategier, insatser och aktörer i det skadeförebyggande arbetet. Folkhälsoinstitutet 1996:117. Stockholm: Folkhälsoinstitutet.

Frankenhaeuser, Marianne & Ödman, Maj (1987) *Stress en del av livet*. Stockholm: Brombergs Bokförlag.

Frankl, Viktor E (1986) *Livet måste ha mening*. Erfarenheter i koncentrationslägren. Logoterapins grundbegrepp. Lund: Natur och Kultur.

Fritzell, Johan & Lundberg, Olle (1994) *Vardagens villkor*. Levnadsvillkor i Sverige under tre decennier. Stockholm: Brombergs förlag.

Försäkringsförbundet (1995) *Utvidgat ansvar för trafikförsäkringen*. Promemoria. Förslag 1995-12-01. Stockholm.

Försäkringsförbundet (1996) *Utvidgat ansvar för trafikförsäkringen*. Rapport 1996-01-31. Stockholm.

Gardeström, Linnéa (1981) *Leva med handikapp*. Villkor – samhällsstöd. Stockholm: Skeab Håkan Ohlssons.

Goffman, Erving (1971) *Stigma. Den avvikandes roll och identitet*. Halmstad: Rabén & Sjögren.

Goffman, Erving (1973) *Stigma*. Notes on the Management of Spoiled Identity. Harmondsworth: Penguin Books Ltd.

Gough, Ritva (1994) *Personlig assistans – en social bemästringsstrategi för människor med omfattande funktionshinder*. En undersökning av hur pionjärerna för Independent Living rörelsen i Sverige organiserar sin personliga assistans. Göteborg: GIL-förlaget.

Green, Margaret M & McFarlane, Alexander C & Hunter, Christine E & Griggs, William M (1993) *Undiagnosed post-traumatic stress disorder following motor vehicle accidents*. The Medical Journal of Australia Vol 159 s. 529–534.

Grunewald, Karl & Leczinsky, Carl (1994) *Handikapplagen*. Kommentar till Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS, och till assistansersättningslagen, LASS. Stockholm: CE Fritzes förlag.

Gummesson, Margit & Larsson, Thomas (1994) *Barn – trafiksäkerhet – miljö: en*

sammanfattning. Stockholm: Allmänna Förlaget.

Guria, Jagadish C (1990) *Length of hospitalization – an indicator of social costs of disabilities from traffic injuries*. Accident Analysis and Prevention Vol 22 No 4 s. 379–389.

Hagberg, Bo (1990) *Coping i ålderdomen – en begreppsmodell*. Gerontologia 4 (2) s. 121–130.

Hakamies-Blomqvist, Liisa & Johansson, Kurt & Lundberg, Catarina (1996) *Medical screening of older drivers as a traffic safety measure – a comparative Finnish-Swedish evaluation study*. The American Geriatrics Society Vol 44 No 6, s. 650–653.

Hales, Gerald (1996) *Beyond disability*. Towards an enabling society. London: Sage Publications Ltd.

Hansson, Viveka (1996) 120000 *kör påverkade varje dag*. Bilisterna struntar i varningen på medicinerna. Expressen tisdag 2 juli 1996.

Hantula, Lasse (1989) *Case studies of road accidents in Finland*. Journal of Traffic Medicine Vol 17 No 2.

Hantula, Lasse (1992) *Review*. Development of a case study method of road accidents in Finland. Journal of Traffic Medicine Vol 20 No 1 s. 27–35.

Harjuvaara, Orvokki (1997) *Teholta tiepalveluun: Samu taisteli elämästään*. Helsinki: Kirjapaja.

Hartelius, Hans (1989) *Den nya heroismen*. Psykisk Hälsa. Svenska föreningen för psykisk hälsovård. nr 1, s. 50–54.

Haukeland, Jan Vidar (1991) *Velfedstap ved trafikkulykker*. Personskadeulykkene i vegtrafikken og deres velferdsmessige konsekvenser. Oslo: Transportøkonomisk institutt. Norsk senter for samfedselsforskning. Rapport 0092/1991.

Haukeland, Jan Vidar (1992) *Trafikkskadd – hva så?* Tap av velferd blant personer som skades i trafikkulykker. Oslo: Transportøkonomisk institutt. Norsk senter for samfedselsforskning.

Haukeland, Jan Vidar (1996) *Welfare consequences of injuries due to traffic accidents*. Accident Analysis and Prevention Vol 28 No 1 s. 63–72.

Heikel, Henrik VA (1965) *Trafikolycksfallsskadornas förändringar under 10-årsperioden 1951–1960*. Nordisk Medicin 11 II bd 73 nr 6 s. 125–133.

Heiskanen, Markku & Aromaa, Kauko & Niemi, Hannu & Ruusinen, Anneli & Sirén, Reino (1991) *Accidents and violence* 1988. Central Statistics Office of Finland, National Research Institute of Legal Policy. Publication no. 108. Helsinki.

Helmius, Gisela (1993) *Kvinnor och handikapp – jungfrulig forskningsmark*. En kommenterad bibliografi. Kunskapsöversikt. Uppsala: Centrum för handikappforskning vid Uppsala universitet.

Helmius, Gisela (1996) *Handikapp och sexualitet*. Vi måste vidga begreppet »normalt«. I Engman, Kerstin (1996) *Kvinna och handikappad*. Stockholm: Utbildningsförlaget Brevskolan.

Hetzler, Antoinette (1994) *Socialpolitik i verkligheten*. De handikappade och försäkringskassan. Lund: Bokbox förlag.

Hickling, Edward J & Blanchard, Edward B & Silverman, Daniel J & Schwarz, Shirley P (1992) *Motor vehicle accidents, headaches and post-traumatic stress disorder: assessment findings in a consecutive series*. Headache Nr 32 s. 147–151.

Hillgaard, Lis & Keiser, Lis & Ravin, Lise (1993) *Sorg och kris*. Stockholm: Liber Utbildning.

Hirsch, Fred (1978) *Tillväxtens sociala gränser*. Stockholm: Wahlström & Widstrand.

Hirst, Michael (1994) *Multidimensional representation of disablement*. A qualitative approach, in Baldwin, Sally & Godfrey, Christine & Propper, Carol: *Quality of life*. Perspectives and policies. London: Routledge. s. 72–83.

Holst, Hans von & Nygren, Åke & Roland, Thord (Eds.) *Transportation, Traffic Safety and Health*. The New Mobility. First International Conference, Göteborg, Sweden 1995. Berlin: Spinger-Verlag.

Hultling, Claes & Levi, Richard (1995) *Spinalishandboken*. Spinalis – ny kraft för

Lazarus, Richard S (1993) *Coping theory and research: past, present, and future*. Psychosomatic Medicine Vol 55 s. 234–247.

Leden, Lars (1996) *En jämförelse av trafiksäkerheten i Finland, Sverige och Norge*. Vägverkets utredningar 58/1996. Helsingfors: Vägverket, Centralförvaltningen.

Lereim, Inggard (1984) *Traffic accidents and their consequences*. A study of injured road-users treated at the regional hospital of Trondheim. Trondheim: Faculty of Medicine, University of Trondheim.

Leymann, Heinz (1989) *När livet slår till*. Offersituationer, följdhändelser och psykiska problem. Stockholm: Natur och Kultur.

Liikenneturva (1994) *Road traffic accidents in Finland*. 1994.

Lillsunde, Pirjo (1996) *Drugs and driving*. Analytical and epidemiological aspects. Doctoral dissertation. Publications of The National Public Health Institute. Laboratory of Pharmacology and Toxicology, Department of Mental Health. Laboratory of Inorganic and Analytical Chemistry, Helsinki University of Technology, Espoo. Departement of Biochemistry, University of Turku, Turku. Helsinki.

Lindblom, Bo & Lindblom, Birte & Hermanson, Jean (1973) *Trafikoffer*. Ord & Bild. Nordisk kulturtidskrift, årgång 82 nr 2–3.

Linderholm, Inger (1997) *Målgruppen och budskapet*. En modell för målgruppsanpassning av trafiksäkerhetsbudskap till unga manliga trafikanter. Doktorsavhandling. Lund: Lund University Press.

Lindskog, Bengt I & Zetterberg, Bengt L (1990) Medicinsk terminologi lexikon. Stockholm: Nordiska Bokhandelns Förlag.

Lindström, Bengt (1994) *The Essence of Existence*. On the quality of life of children in the Nordic countries. Akademisk avhandling. Göteborg: Nordiska hälsovårdshögskolan.

Liv-Spegling nr 4, 1995. RTP, Riksförbundet för Trafik- och Polioskadade.

Longman Dictionary of Contemporary English (1989).

Lundberg, Olle (1990) *Den ojämlika ohälsan*. Om klass- och könsskillnader i sjuklighet. Institutet för social forskning 11. Doktorsavhandling. Sociologiska institutionen, Stockholms universitet. Stockholm: Almqvist & Wiksell International.

Lundin, Tom (1992) *Traumatisk stress och personlig förlust*. Arlöv: Almqvist & Wiksell förlag.

Lundqvist, Christer (1990) *Quality of life and neurological impairment*. A study of function, mood and quality of life perception in patients with spinal cord injuries and spinal arteriovenous malformations. Dissertation. Göteborg: Department of Neurology, Neurosurgery and Medicine I/Health Care Research Unit, Sahlgren Hospital, University of Göteborg.

Lundälv, Jörgen (1997) *Vammautumisen jälkeen*. Kun maailma menee uusiksi. Tuuli Lasi, 10/97 s. 48–49.

Lääperi, Timo & Seppäläinen, Risto & Luoma-Aho, Erkki & Alaranta, Hannu (1997) *Traffic accident risk of disabled drivers having special driving control equipment: a driver survey and accident data*. Journal of Traffic Medicine, Volume 25, Number 1–2, s. 15–19.

Magalhaes, Teresa & Hamonet, Claude & Carneiro de Sousa, M.J & Matos, Eduarda & Pinto da Costa, J (1996) *Occupational handicap in victims of limb injuries*. Medicine & Law 15 (1) s. 135–141.

Malt, Ulrik & Blikra, Georg & Høivik, Bjørn (1982) *Bedre føre var*. En studie i trafikkskader og deres følger. Oslo: Nordbyhagen: Kirurgisk avdeling, Sentralsykehuset i Akershus.

Malt, Ulrik (1983) *Biopsychosocial aspects of accidents*. In Ursin, Holger & Murison, Robert (ed) *Biological and psychological basis of psychosomatic disease*. Advances in the Biosciences, Volume 42, s. 103–113. Oxford and New York: Pergamon Press.

Malt, Ulrik (1987) *Psykiatriske følger av skader og ulykker*. Medicinsk Årbog. København.

Malt, Ulrik (1988) *The long-term psychiatric consequences of accidental injury: A longitudinal study of 107 adults*. British Journal of Psychiatry 153 s. 810–818.

Malt, Ulrik (1992) *Psychological appraisal and emotional response to physical injury: a clinical, phenomenological study of 109 adults*. Psychiatric Medicine, Vol 10, No 3, s. 117–134.

Malt, Ulrik (1992) *Traumatic effects of accidents*. In Ursano, R & McCaughey, B & Fullerton, C (eds): *The Structure of human chaos: indivdual and community response to trauma and disaster*. Cambridge: Cambridge University Press.

Malt, Ulrik & Høivik, Bjørn & Blikra, Georg (1993) *Psychosocial consequences of road accidents*. The European Journal of Psychiatry Vol 8 No 4 s. 227–228.

Mannila, Simo (1993) *Work career and social marginalization*. On the life course of marginal jobseekers with health problems. Helsinki: Rehabilitation Foundation, Research Reports 41. Dissertation.

Mannila, Simo (1994) *Subsidized Employment for Finnish Disabled Jobseekers?* Colloquium on Employment of Persons with Disabilities, Institute of Social Research, Copenhagen 6–7.5.1994.

Martinson, Harry (1974) *Vägen till Klockrike*. Tredje upplagan. Stockholm: Bokförlaget Aldus.

Mattsson, Bengt (1970) *Vägtrafikolyckornas samhällsekonomiska kostnader*. Statens Trafiksäkerhetsråd, rapport nr 116. Doktorsavhandling i nationalekonomi vid Göteborgs universitet.

Mayou, Richard A & Bryant, Bridget M & Duthie, Robert (1993) *Psychiatric consequences of road accidents*. British Medical Journal 307 s. 647–651.

Meyer-Fugl, Axel R & Bränholm, Inga-Britt & Meyer-Fugl, Kerstin S (1992) *Om tillfredsställelse, lycka och rehabilitering*. Socialmedicinsk Tidskrift nr 1, s. 33–41.

Mellbin, Gunnel (1971) *Traffic accidents and mental health*. Frequency of psychiatric records among accident drivers, and comparison between offence rates of young accident drivers with and without a psychiatric record. Reports from the Psychiatric Research Centre, St.Jörgen's Hospital University of Göteborg. Stockholm: Akademiförlaget.

Mellbin, Gunnel (1975) *Olycksförares psykiska hälsa*. Doktorsavhandling. Psykiatriska institutionen, Medicinska fakulteten, Göteborgs universitet.

Mills Wright, C (1971) *Den sociologiska visionen*. Stockholm: Bokförlaget Prisma.

Moberg, Vilhelm (1963) *Din stund på jorden*. Stockholm: Albert Bonniers Förlag.

Monroe Renwick, Kristen (1996) *The Heart of Altruism*. Perceptions of a Common Humanity. Princeton, New Jersey: Princeton University Press.

Montgomery, Henry & Persson, Lars-Olof & Rydén, Anna (1996) *Importance and attainment of life values among disabled and non-disabled people*. Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine Vol 28, No 4, december s. 233–240.

Myllymäki, Tarja (1995) »Vakavan liikenneonnettomuuden aiheuttama henkinen kuormittuminen, avuntarve ja avun saatavuus. Diplomity«, Tampereen Teknillinen Korkeakoulu, Turvallisuustekniikan laitos, Tampere: Rahtarit ry:n tutkimusjulkaisuja 1/95.

Mäkelä, Matti & Heliövaara, Markku & Sievers, Kai & Impivaara, Olli & Knekt, Paul & Aromaa, Arpo (1991) *Prevalence, determinants, and consequences of chronic neck pain in Finland*. American Journal of Epidemiology, Vol 134, No 11, s. 1356–1367.

Næss, Siri (1974) *Psykologiske aspekter ved livskvalitet*. Om begrebet »indre livskvalitet« som mål for sosialpolitikken og et forsøk på å operasjonalisere begrepet. Oslo: INAS arbeidsrapport Nr. 11.

Næss, Siri (1987) *Quality of life research, concepts, methods and applications*. Oslo: INAS, Institute of Applied Social Research.

Næss, Siri (1994) *Yrkeskvinne – husmor?* Gifte kvinners livskvalitet. Oslo: Institutt for sosialforskning. INAS-Rapport 1994:2.

Næss, Siri (1997) *Mestring av sykdom*. Manus under arbete. Oslo: NOVA.

Nader, Ralph (1967) *Den livsfarliga bilen*. Stockholm: Rabén & Sjögren.

Nagel, Thomas (1970) *The possibility of*

altruism. Princeton, New Jersey: Princeton University Press.
Nationalencyklopedin (1989) Första bandet. Höganäs: Bokförlaget Bra Böcker.
Nationalencyklopedin (1991) Femte bandet. Höganäs: Bokförlaget Bra Böcker.
Nationalencyklopedin (1991) Sjätte bandet. Höganäs: Bokförlaget Bra Böcker.
Nationalencyklopedin (1992) Åttonde bandet. Höganäs: Bokförlaget Bra Böcker.
Nationalencyklopedin (1994) Fjortonde bandet. Höganäs: Bokförlaget Bra Böcker.
Nationalencyklopedin (1996) Nittonde bandet. Höganäs: Bokförlaget Bra Böcker.
Nationalencyklopedin (1996) Tjugonde bandet. Höganäs: Bokförlaget Bra Böcker.
Nationalencyklopedins Ordbok (1996) Andra bandet. Utarbetad av Språkdata, Göteborgs universitet. Höganäs: Bokförlaget Bra Böcker.
Niinivaara, Susanna & Koivisto, Tarmo (1995) *Autoilu ilosta uhkakuvaksi*. Helsingin Sanomat, Sunnuntaina 12. marraskuuta 1995.
Nordhoff, Lawrence S (1996) *Motor vehicle collision injuries: mechanisms, diagnosis, and management*. Gaithersburg: Aspen Publishers, Inc.
Nordisk statistisk årsbok 1995. Nordic Council of Ministers, Nord 1995:1. Århus, Danmark, 1995.
Nozick, Robert (1974) *Anarchy, state, and utopia*. New York: Basic Books, Inc Publishers.
Nyberg, Per (1991) *Handling och levnadsvillkor*. Om handikappade och deras organisationer. Akademisk avhandling. Lund: Socialhögskolan, Centrum för samhällsmedicin vid Lunds universitet.
Nyberg, Peter & Björnstig, Ulf & Bygren, L-O (1996) *Road characteristics and bicycle accidents*. Scandinavian Journal of Social Medicine, Vol 24, No 4, s. 293–301.
Nygren, Åke (1984) *Injuries to car occupants – some aspects of the interior safety of cars*. A study of a five-year material from an insurance company. Acta Oto-Laryngologica Supplement 395. FOLKSAM. Doktorsavhandling.
Nygren, Åke (1986) *Var 40e svensk blir invalidiserad i trafiken*. Motor No 9 s. 30–31.
Nygren, Åke & Birke, Elisabeth (1994) *Rehabilitering – Ett eftersatt forskningsområde*. Rapportserien. Stockholm: Arbetsmiljöfonden.
Nygren, Åke & Berglund, Anita & Koch, Maria von (1995) *Neck-and-shoulder pain, an increasing problem, strategies for using insurance material to follow trends*. Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine, Suppl, No 32, s. 107–112.
Nygren, Åke & Jensen, Irene & Koch, Maria von (1995) *Vem har ansvaret för hälsan?* Socialmedicinsk Tidskrift nr 2–3, s. 87–90.
Oakland, Susan & Ostell, Alistair (1996) *Measuring coping: A review and critique*. Human Relations, Vol 49, No 2, s. 133–155.
Oliner, Pearl M & Oliner, Samuel P & Baron, Lawrence & Blum, Lawrence A & Krebs, Dennis L & Smolenska, M Zuzanna (ed) (1992) *Embracing the other*. Philosophical, psychological, and historical perspectives on altruism. New York and London: New York University Press.
Oliver, Mike (1992) *Changing the social relations of research production?* Disability, Handicap & Society, Vol 7, No 2, s. 101–114.
Oliver, Michael (1983) *Social work with disabled people*. London: Macmillan Press Ltd.
Oliver, Michael (1996) *Understanding disability*. From theory to practice. London: Macmillan Press Ltd.
Olkkonen, Seppo & Lahdenranta, U & Tolonen, J & Slätis, P & Honkanen, R (1990) *Incidence and characteristics of bicycle injuries by source of information*. Acta Chir Scand 156.
Olkkonen, Seppo (1993) *Bicyle injuries*. Incidence, risk factors and consequences. Doctoral dissertation. Helsinki: Reports from Liikenneturva 39/1993.
Olkkonen, Seppo & Forstén, Liisa (1995) *Trafikskadeändringar i Finland åren* 1970–1990. Analys enligt ålders- och vägtrafikantgrupp av skador som föranlett avdel-

ningsvård på sjukhus. Forskningsrapport 112/1995. Helsingfors: Trafikskyddet.
Olofsson, Per-Olof & Sjöström, Bengt (1993) *Existens och sociala relationer*. Skiss till en existentialistisk socialpsykologi. Lund: Studentlitteratur.
Parker, Neville (1980) *Personality change following accidents*. The report of a double murder. British Journal of Psychiatry 137 s. 401–409.
Parker, Neville (1980) *Psychosomatics of accidents*. Papua New Guinea Medical Journal 23 1 s. 21–25.
Patton Quinn, Michael (1984) *Qualitative Evaluation Methods*. London: Sage Publications Inc.
Persson, Jörgen (1994) »Jag har svårt att se bilar«. Krockoffrets långa väg tillbaka. Vi Bilägare nr 15, s. 13.
Peräkylä, Anssi (1995) *AIDS Counselling*. Institutional interaction and clinical practice. Dissertation. Cambridge: Cambridge University Press.
Petersson, Olof & Westholm, Anders & Blomberg, Anders (1989) *Medborgarnas makt*. Stockholm: Carlssons Bokförlag.
Petterson, Lars & Brannäs, Michael (1996) *Den obente soldaten bestämde sig för att leva*. Motor, nr 4, s. 7-11.
Piirainen, Keijo (1995) *The Rehabilitation Contract*. A Study of the Social Maintenance of the Expert-client Relationship. Acta Universitatis Lapponiensis 7, Doctoral dissertation: University of Lapland.
Platt, Jerome, J & Husband, Stephen, D (1987) *Posttraumatic stress disorder and the motor vehicle accident victim*. American Journal of Forensic Psychology, Volume V No 2, s. 35–42.
Pohjanheimo, Esa (1997) *Arvojen muutos, työ ja sosiaalinen tausta*. Tutkimus työikäisistä pyhtääläisistä 1982–1993. Helsinki: Helsingin Yliopiston Sosiaalipsykologian Laitoksen Tutkimuksia 1/1997, Väitöskirja.
Radanov, Bogdan P & Sturzenegger, Matthias & Stefano Di, Giuseppe (1995) *Long-term outcome after whiplash injury – a 2-year follow-up considering features of injury mechanism and somatic, radiologic, and psychosocial findings*. Medicine Vol 74 No 5 s. 281–299.
Radley, Alan (1994) *Making sense of illness*. The social psychology of health and disease. London: Sage Publications.
Ragin, Charles C (1994) *Constructing Social Research*. The Unity and Diversity of Method. Thousand Oaks: Pine Forge Press.
Raitasalo, Raimo (1996) *On search of the meaning of coping*. (Elämänhallintaa etsimässä) Helsinki: The Social Insurance Institution, Finland, Social security and health reports 13.
Rauhala, Urho (1966) *Suomalaisen yhteiskunnan sosiaalinen kerrostuneisuus*. 1960-luvan suomalaisen yhteiskunnan sosiaalinen kerrostuneisuus ammattien arvostuksen valossa (The Social Stratification of Finnish Society). Helsinki.
Rawls, John (1971) A Theory of Justice. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press.
Resnick, Cheryl (1993) *The effect of head injury on family and marital stability*. Social Work in Health Care, Vol 18 No 2, s. 49–62.
Ringen, Stein (1995) *Well-being, Measurement, and Preferences*. Acta Sociologica 38 s. 3–15.
Riska, Hasse (1996) *Mötet*. En roman om mänskliga handikapp och relationer. Jakobstad: Författarnas Andelslag.
Roberts, H.J (1971) *The causes, ecology and prevention of traffic accidents*. With emphasis upon traffic medicine, epidemiology, sociology and logistics. Charles C Thomas Publisher, Springfield, Illinois, USA.
Rodgers, Barbara & Doron, Abraham & Jones, Michael (1979) *The study of social policy*. A comparative approach. London: George Allen & Unwin Ltd.
RTP, Riksförbundet för Trafik- och polioskadade (1988) *Trafikskadade i Värmland – en kartläggning* 1987/88. Rapport. Del 1. Karlstad: RTP.
RTP, Riksförbundet för Trafik- och polioskadade (1988) *Trafikskadade i Värmland – en kartläggning* 1987/88. Intervjuer. Del

2. Karlstad: RTP.

RTP, Riksförbundet för Trafik- och polioskadade (1989) *Trafikskadade i Värmland – en uppföljning* 1989. Del 3. Karlstad: RTP.

RTP, Riksförbundet för Trafik- och polioskadade (1991) *Trafikskadade i Värmland – slutrapport* 1991. Del 4. Karlstad: RTP.

RTP, Riksförbundet för Trafik- och polioskadade (1995) *Stor risk*. Ett informationsmaterial om olyckor och skador i vardagen. Solna: RTP.

RTP, Riksförbundet för Trafik- och polioskadade (1995) Rörelsehindrad. Levnadsförhållanden för människor med svåra rörelsehinder. Solna: RTP.

RTP, Riksförbundet för Trafik- och polioskadade (1995) *Verksamhetsberättelse* 1995. Solna: RTP.

RTP, Riksförbundet för Trafik- och polioskadade & Nordiska museet (1996) *Allting blev så annorlunda*. Traumatiskt hjärnskadade berättar. Stockholm: Riksförbundet för Trafik- och polioskadade samt Nordiska museet.

RTP, Riksförbundet för Trafik- och polioskadade & Nordiska museet (1997) *Bryt aldrig ryggen på en söndag*. Spinalskadade berättar. Stockholm: Riksförbundet för Trafik- och polioskadade samt Nordiska museet.

RTP, Riksförbundet för Trafik- och polioskadade (1996) *RTP under 50 år*. Informationsstencil. Stockholm: RTP.

Rydstedt, Leif W (1996) *The human side of the road*. Studies on occupational stress reactions to the urban traffic environment. Dissertation. Department of Psychology, Stockholm University. Edsbruk: Akademitryck AB.

Santavirta, Nina (1997) *Coping, pain and disability in patients with cronic inflammatory and musculosketal diseases*. Department of Medicine, the Centre of Caring Sciences North, Karolinska Institute, the Orton Research Institute, Invalid Foundation, Helsinki, the Department of Education, University of Helsinki. Doctoral dissertation.

Saperstein, Robert & Saperstein, Dana (1994) *Surviving an Auto Accident: A Guide to Your Physical, Economic & Emotional Recovery*. Ventura, California: Pathfinder Publishing of California.

Scharff, Virginia (1991) *Taking the wheel*. Women and the coming of the motor age. Albuquerque: University of New Mexico Press.

Schwartz, Shalom H (1990) *Individualism – Collectivism*. Critique and Proposed Refinements. Journal of Cross-Cultural Psychology, Vol 21, No 2, June 1990 s. 139–157.

Sen, Amartya & Walzer, Michael & Rawls, John (1989) *Ideér om rättvisa*. Volym 1 i Tidens idéserie. Stockholm: Tidens förlag.

Sen, Amartya (1989) *Rättigheter och förmågor*, i *Ideér om rättvisa*. Stockholm: Tidens förlag.

Sen, Amartya (1992) *Inequality Reexamined*. Oxford: Clarendon Press.

Seppäläinen, Risto (1994) *Rehabilitation in Finland*. Helsinki: Rehabilitation International. Finnish committee, RIFI RY.

Silverman, David (1995) *Interpreting qualitative data*. Methods for analysing talk, text and interaction. London: SAGE Publications.

Sisula-Tulokas, Lena (1995) *Sveda, värk och annat lidande*. En skadeståndsrättslig studie. Helsingfors: Juristförbundets Förlag.

Sjöberg, Malena (1997) *I första hand kvinna*. Skriftserien: kunskap/idé/enskilda röster Nr 8. Stockholm: Välfärdsprojektet.

Sjöholm, Ann-Christine (1994) *Ungdom och handikapp*. Rörelsehindrade ungdomars erfarenheter och förväntningar i ett kulturteoretiskt perspektiv. Umeå: Institutionen för socialt arbete, Umeå universitet Nr 18.

Slätis, Pär (1961) *Olycksfallsfrekvensen i Finland* 1950–1959. Finlands Läkartidning Vol 14 årgång 16 s. 747-760.

Slätis, Pär (1967) *Injury patterns in road traffic accidents*. An analysis of 5 291 cases recorded in Finland during three months in 1962. Annales Chirurgiae Et Gynaecologiae Fenniae Vol 56 Suppl 150 s. 5–39 Helsinki.

Smith, Jack (1995) *Car accident*. A practical

recovery manual for drivers, passengers, and the people in their lives. Cleveland, Ohio: Stress Press.

Socialstyrelsen (1994) *Folkhälsorapport 1994*. SoS-rapport 1994:9 Stockholm: Socialstyrelsen, Epidemiologiskt Centrum.

SOU 1990:44: *Demokrati och makt i Sverige*. Maktutredningens huvudrapport. Statens offentliga utredningar, Statsrådsberedningen. Stockholm.

SOU 1992:84.

SOU 1996:26 *Ny kurs i trafikpolitiken*. Delbetänkande av Kommunikationskommittén. Kommunikationsdepartementet. Stockholm: Fritzes förlag.

Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik (SBU) (The Swedish Council on Technology Assessment in Health Care) (1994) *Trafikolycksfall*. SBU-rapport nr 122. Stockholm: SBU.

States, John D & Viano, David C (1990) *Injury impairment and disability scales to assess the permanent consequences of trauma*. Accident Analysis and Prevention Vol 22 No 2 s. 151–160.

Statistics Finland (1995) *Tieliikenneonnettomuudet 1994*. Road Accidents in Finland. Helsinki: Tilastokeskus, Liikenne ja matkailu 1995:14.

Statistisk Årsbok för Finland åren 1946–47. Helsingfors 1948.

Statistisk Årsbok för Finland 1995. Helsingfors: Statistikcentralen.

Statistiska Centralbyrån (1994) *Trafikskador 93: tabeller*. Stockholm: Statistiska Centralbyrån.

Statistiska Centralbyrån & Statens Institut för KommunikationsAnalys (1996) *Trafikskador 95*. Stockholm: Statistiska Centralbyrån och Statens Institut för KommunikationsAnalys.

Statistikcentralen (1990) *Sosioekonomisk indelning 1989*. Handböcker 17. Helsingfors: Statistikcentralen.

Sterner, Gunnar (1983) *Skyndsamhet i regleringen av trafikskador*. Advokaten. Tidskrift för Sveriges advokatsamfund, nr 6 s. 247–250.

Stockholms läns landsting & Ersta diakonisällskap (1989) *Att arbeta med människor i kris och i krisens närhet*. När det omöjliga hänt – trafikskadade 1988/89. Stockholm.

Stok, Danusia (1993) *Kieslowski om Kieslowski*. Intervjuer sammanställda av Danusia Stok. Stockholm: Norstedts Förlag AB.

Storbjörk, Else (1986) *Ett liv – värt att leva*. 2 ljudkassetter. Helsingfors: Schildts förlag.

Suikkanen, Asko (1986) *Accident compensation*. A study concerning accident insurance practice and the consequences of accidents. (*Tapaturmien kompensoiminen*. Esitutkimus tapaturmavakuutuksen käytännöstä ja tapaturmien aiheuttamista seurauksista). Lapin korkeakoulun yhteiskuntatieteiden osaston julkaisuja. Sarja B, N:o 4, Rovaniemi.

Suokas, Leila (1992) *Like everyone else?* A study of disability-induced life changes on the basis of autobiographical material. (*Ihminen ihmisten joukossa?* Kirjalliseen omaelämäkerta-aineistoon perustuva tutkimus vammaisuuden aiheuttamista elämänmuutoksista). Helsinki: Publications of the Social Insurance Institution, Finland.

Suominen, Sakari (1993) Perceived health and life control. A theoretical review and empirical study about the connection between health and life control determined according to the strength of the sense of coherence. STAKES (National research and development centre for welfare and health) Doctoral Dissertation, Research reports 26, Jyväskylä.

Swedner, Harald (1996) *Socialt välfärdsarbete*. Stockholm: Liber.

Svensk ordbok (1996) Esselte studium, utarbetad vid Språkdata, Göteborgs universitet.

Svenska Akademiens ordlista över svenska språket. Stockholm: Norstedts Förlag. 11 upplagan, femte tryckningen.

Svensson, Per-Gunnar & Bengt Starrin (red.) (1996) *Kvalitativa studier i teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur.

Sveriges Försäkringsförbund & Trafiksäkerhetsrådet (1992) *Kostnader för personskador i trafiken*. Stockholm: Underlag hämtat från Trafikskadenämndens skador och Försäkringsförbundets Bilmärkesstatistik,

BMB.
Tengström, Emin (1991) *Bilismen i kris?* En bok om bilen, människan, samhället och miljön. Kristianstad: Rabén & Sjögren.
The Encyklopedia Americana. International edition. Grolier inc, Danbury Connecticut, 1983.
The Oxford Encyklopedic English Dictionary. Oxford: Clarendon Press, 1991.
Thernlund, Gunilla (1995) *Från psykodynamisk kristeori till copingbegrepp*. En jämförande historik. Socialmedicinsk Tidskrift nr 1.
Thorson, Jan (1973) *The long-term effects of traffic accidents*. Stockholm: Karolinska Institutet.
Thorson, Jan (1973) *Sviter av trafikolyckor kartlagda i Uppsalaregionen*. Svenska vägföreningens tidskrift årgång 60 nr 4 s. 28.
Thorson, Jan & Sande, Jens (1975) An Evaluation of the official Swedish statistics on seriously injured in road traffic accidents. Scandinavian Journal of Social Medicine Vol 3 s. 5–11.
Thorson, Jan (1975) *Long-term effects of traffic accidents*. The annual incidence of permanently disabeled inpatients in the Uppsala hospital region. Lund: Håkan Ohlssons.
Titmuss, Richard M (1990) *Generell och selektiv välfärdspolitik*. i *Idéer om välfärd*. Volym 2 i Tidens idéserie. Stockholm: Tidens förlag.
Tolagen, Anders (1977) *Trafikskadade i Östergötland*. En undersökning av skadade i trafiken i Östergötlands län under 1 1/5 års tid. Linköping: Universitetet i Linköping, medicinska fakulteten, institutionen för kirurgi. Doktorsavhandling Publikation nr 46.
Tolonen, Jorma (1984) *Profile on injuries in traffic accidents and effects of seat belt use, speed and mass ratio of vehicles*. Kuopio: Kuopio University Publication 1/1984.
Trinca, Gordon W et al. (1988) *Reducing traffic injury – a global challange*. Mellbourne: Massina & Co.
Tuma, Nancy Brandon & Hannan, Michael, T (1984) *Social Dynamics*. Models and Methods. Quantitative Studies in Social Relations. Florida: Academic Press, Inc, Orlando.
Uusmann, Ines (1995) *Stoppa trafikdöden*. Aftonbladet 17 juli s. 3.
Uusmann, Ines (1996) *Tal av Ines Uusmann*. Trafiksäkerhetsseminarium i Karlskrona 22 april 1996.
Uusmann, Ines (1996) *Nollvisionen – Ett förverligande av drömmen att få leva!* Tal av kommunikationsminister Ines Uusmann vid Tylösnadsseminariet den 30/7 1996.
Wahl, Asbjørn (1996) *Et makabert jubileum*. Samferdsel nr 7, s. 23.
Walls, Georg (1992) *Rationalitet och språkspel i socialt arbete*. Floda: Zenon Förlag.
Wedin, Jörgen (1982) *Spelet om trafikpolitiken*. Doktorsavhandling. Stockholm: P A Norstedts & Söners förlag.
Wessén, Elias (1969) *Våra ord*. Deras uttal och ursprung. Kortfattad etymologisk ordbok. Stockholm: Läromedelsförlagen, Språkförlaget.
Williams, R.G.A (1979) *Theories and measurement in disability*. Epidemiology and Community Health 33 s. 32–47.
Winberg, Anna-Greta (1967) *Nå*. 4 ljudkassetter. Enskede: Tal- och punktskriftsbiblioteket.
Winje, Dagfinn & Ulvik, Annicken (1995) *Confrontations with reality: crisis intervention services for traumatized families after a school bus accident in Norway*. Journal of Traumatic Stress Vol 8 No. 3 s. 429–444.
Wolvén, Lars-Erik (1990) *Jakten på det goda livet*. Om konsten att fånga välfärd och livskvalitet. Simrishamn: Rabén & Sjögren.
Wulff, Helge B (1957) *Trafikskador i Skandinavien*. Nordisk Kirurgisk Förenings undersökning över persontrafikskador behandlade i Danmark, Finland, Norge och Sverige. Lund: Berglingska Boktryckeriet.
Vägverket (1991) *Vägtrafikolyckor på allmänna vägar 1991*. Helsingfors: Vägverkets statistiska rapporter 6/1992.
Vägverket (1992) *Liikenneonnettomuudet yleisillä teillä 1991*, Tielaitoksen tilastoja, Tutkimuskeskus 6/1992, Helsinki. (Vägtrafikolyckor på allmänna vägar 1991,

Vägverkets statistiska rapporter 6/1992, Helsingfors).
Vägverket (1996) *Trafiksäkerhetsrapport 1995*. Publikation 1996:20. Borlänge: Vägverket.
Vägverket (1996) *Nollvisionen*. En idé om ett vägtransportsystem utan hälsoförluster. Rapport 1996-01-03. Borlänge: Vägverket.
Vägverket: *Nollvisionen*. En rapport från två trafiksäkerhetsdagar nittonhundranittiosex.
Zingmark, Doris (1996) *Offer för trafiknykterhetsbrott*. Socialmedicinsk tidskrift nr 4 s. 197–199.
Öberg, Svante (1996) *Trafikskadornas finansiering i ett samhällsekonomiskt perspektiv*. Nordisk Försäkringstidskrift, NFT nr 3, Årgång 77, s. 245–250.

VETENSKAPLIGA TIDSKRIFTER OCH PERIODIKOR:

Acta Chir Scand
Acta Sociologica
Accident Analysis and Prevention
Advokaten. Tidskrift för Sveriges advokatförbund
American Journal of Epidemiology
American Journal of Forensic Psychology
Annales Chirurgiae Et Gynaecologiae Fenniae
Australian Journal of Public Health
Behaviour Research & Therapy
British Journal of Clinical Psychology
British Journal of Psychiatry
British Medical Journal
Disability, Handicap & Society
Epidemiology and Community Health
Eur Psychiatry
Finlands Läkartidning
Gerontologia
Headache
Hospital and Community Psychiatry
Human Relations
Injury: The British Journal of Accident Surgery
Injury: International Journal of the Care of the Injured
International Journal of Rehabilitation Research
Journal of Clinical Psychology
Journal of Consulting and Clinical Psychology
Journal of Cross-Cultural Psychology
Journal of Family Practice
Journal of Personality and Social Psychology
Journal of Social Issues
Journal of Traffic Medicine
Journal of Trauma
Journal of Traumatic Stress
Läkartidningen
Medicine
Medicine & Law
Motor
Nordisk Försäkringstidskrift
Nordisk Medicin
Nursing Times
Ord & Bild. Nordisk kulturtidskrift
Pain. The Journal of the international association for the study of pain
Papua New Guinea Medical Journal
Psychiatric Medicine
Psychopathology
Psychosomatic Medicine
Psykisk Hälsa
Samferdsel
Scandinavian Journal of Social Medicine
Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine
Socialmedicinsk Tidskrift
Social Science & Medicine
Social Work in Health Care
Svenska Vägföreningens Tidskrift
The American Geriatrics Society
The Journal of Family Practice
The Medical Journal of Australia
Tuuli Lasi
Vi Bilägare

DAGSTIDNINGAR OCH LOKALTIDNINGAR:

Aftonbladet
Borås tidning
Expressen
Helsingin Sanomat
Hufvudstadsbladet
Nya Pressen
Svenska Dagbladet
Vasabladet

REGERINGSPROPOSITIONER:

Ds1997:13, Regeringskansliet, Kommunikationsdepartementet (1997) *På väg mot det trafiksäkra samhället*. Stockholm: Fritzes.

VIDEOFILMER-
OCH INFORMATIONSMATERIEL:

Bitar, Jean (1996) *Tero Sands liv* (*Tero Sandin elämä*). Dokumentärprojekt.

Kieslowski, Krzysztof (1993) *Frihet. Den blå filmen*. MK 2 Prod. SA, France 2 Cinema, CAB Prod, SA. Sandrew Film AB.

Linell, Jan: »*Nu vet jag att Gud inte finns*«. En film om ungdom, alkohol och bilkörning. Vägverket.

Linell, Jan: *Några pilsner och en livstids baksmälla*. Vägverket.

Linell, Jan: *En film om livskraft*. En samproduktion av Vägverket och Riksförbundet för Trafik- och polioskadade.

Vägverket (1996) *Slaget mot rattfylleriet går vidare*. Kampanjpresentation Civilkurage, våren 1996. Vägverket i samarbete med NTF, Systembolaget och Polisen.

12. Förkortningar

AIS	Abbreviated Injury Severity Scale
CSQ	Coping Strategies Questionnaire
CTRF	Cancer- och Trafikskadades Riksförbund
DHR	De Handikappades Riksförbund
EU	Europeiska Unionen
FEVR	The European Federation of Road Traffic Victims
FISC	Finlandssvensk textkorpus, Helsingfors universitet
FRC	Försäkringsbranschens Rehabiliteringscentral i Helsingfors
HD	Avgöranden av Finlands Högsta domstol
IES	Impact of Event Scale
IT	Invalidityö
ICD-10	International Classification of Diseases
ISS	Injury Severity Score
MAIS	Maximum AIS
MEDLINE	Medicinsk databas
MVCI	Motor vehicle collision injury
NFT	Nordisk Försäkringstidskrift
NJA	Nytt juridiskt arkiv, avd I
NJAII	Nytt juridiskt arkiv, avd II
NKT	Nordisk Kommitté för Trafiksäkerhetsforskning
NNH	Nordiska Nämnden för Handikappfrågor (Nordic Committe on Disability)
NORDICA	Institutionen för nordiska språk och nordisk litteratur vid Helsingfors universitet
NORD-SEI	Nordisk socioekonomisk indelning
NTF	Nationalföreningen för Trafiksäkerhetens Främjande
NTP	Nationella TrafiksäkerhetsProgram
Psk	Försäkringsbolagens Personskade-kommitté
PTSD	Post-traumatic Stress Disorder
RFS	Rättsfallssamlingen Rättsfall Försäkring och Skadestånd, utgiven av Sveriges Försäkringsförbund
RTP	Riksförbundet för Trafik- och polioskadade
RTS	Revised Trauma Score
SBU	Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik

SCB	Statistiska centralbyrån
SEI	Socioekonomisk indelning
SFR	Svenska Försäkringsbolags Riksförbund
SHT	Svensk Handikapptidskrift
SOU	Statens offentliga utredningar
SvJT	Svensk Juristtidning
STMF	Svensk Trafikmedicinsk Förening
TBL	Lag (SFS 1951:649) om straff för vissa trafikbrott
TJFF	Tidskrift utgiven av Juridiska föreningen i Finland
TR	Trafikförsäkringsföreningens rättsfallssamling
TrafFörsL	Trafikförsäkringslagen (Sverige)
TFL	Trafikförsäkringslagen (Finland)
TRK	Försäkringsbranschens Trafiksäkerhetskommitté
TSL	Trafikskadelag (SFS 1975:1410)
VALT	Trafikförsäkringscentralen (Liikennevakuutuskeskus)
VKK	Försäkringsbranschens Rehabiliteringscentral (Vakuutusalan Kuntouttamiskeskus)
WHO	World Health Organization

13. Figur- och tabellförteckning

Tabeller

30 · I:2:4:1 Antal personbilar, motorcyklar och befolkningsmängden i de nordiska länderna år 1993.

31 · I:2:4:2 Trafikolyckor i de nordiska länderna under år 1993.

32 · I:2:4:3 Antal skadade och omkomna i trafikolyckor under åren 1980–1993 i de båda nordiska länderna, Finland och Sverige (absoluta tal)

37 · I:2:5:1 Trafikolyckor i 18 länder under åren 1975–1993. Antal omkomna personer.

38 · I:2:5:2 Trafikolyckor i 18 länder under 1975–1993. Antal skadade personer vid trafikolyckor.

112 · I:5:5:1 Svarsfrekvenser och bortfall i de båda enkätundersökningarna i Finland och Sverige under perioden juni–oktober 1996.

112 · I:5:5:2 Svarsfrekvenser och bortfall baserad på könsfördelningen i de båda populationerna. Trafikskadade i Finland och Sverige.

114 · I:5:6:1 Svarspopulationer och bortfallsgrupper baserade på de tre variablerna kön, ålder och invaliditetsgrad. Trafikskadade i Finland och Sverige år 1996. (procentangivelser)

117 · I:5:8:1 Åldersfördelningen i de båda populationerna. Trafikskadade i Finland och Sverige.

118 · I:5:8:2 Antal uppnådda skadeår efter trafikolyckor i två nordiska länder, Finland och Sverige. Genomlevda skadeår fördelat inom i de båda skadepopulationerna. År 1996 (frekvenser- och procentangivelser).

119 · I:5:8:3 Medicinsk invaliditetsgrad fördelat inom i de båda skadepopulationerna. Trafikskadade i Finland och Sverige, år 1996.

119 · I:5:8:4 Trafikskadade i Finland och Sverige. Inträffade trafikolyckor fördelade under fyra decennier.

138 · I:7:1:1 Bilen som ett socialt fenomen och problem i två nordiska välfärdsstater. En jämförelse av bilens påverkan på den moderna människan i Finland och Sverige. Förhållandena avser år 1995.

139 · I:7:1:2 Trafikskadades uppfattning huruvida bilismen bör begränsas eller inte. Könsfördelning mellan respondenterna i Finland och Sverige (procentangivelser samt absoluta tal).

140 · I:7:1:3 Trafikskadades riskmedvetande i trafiken efter den egna olyckan. Könsfördelning mellan respondenterna i Finland och Sverige.

143 · I:7:3:1 Välfärdsindikatorer på förmåga till upplevd välfärd för trafikskadade i Finland (N=389) och Sverige (N=447) år 1996. (procentangivelser).

144 · I:7:3:2 Förändringar i funktionsförmågan efter trafikolyckor. Trafikskadade i Finland (N=389) och Sverige (N=447) år 1996. Fråga: »Har du fått svårare att klara av saker du utförde tidigare i den dagliga livsföringen?«

146 · I:7:3:3 Information om sociala rättigheter och förmåner efter trafikolyckan. Trafikskadade i Finland (N= 389) och i Sverige (N=447). (procentangivelser och frekvenser)

148 · I:7:3:4 Trafikskadades självuppfattning om handikappolitiken direkt efter olyckan samt handikappolitiken år 1996. Trafikskadade i Finland (N=389) och i Sverige (N=447).

149 · I:7:3:5 Kännedom om politiker som engagerar sig inom handikappolitiken. Trafikskadade i Finland (N=389) och i Sverige (N=447).

153 · I:7:4:1 De trafikskadades självuppfattning om bemötande av försäkringsbolag, myndigheter, läkare och sjukvårdspersonal efter trafikolyckan i relation till socioekonomisk indelning. Trafikolyckor under åren 1960–1994 i Finland. (procent)

154 · I:7:4:2 De trafikskadades självuppfattning om bemötande av försäkringsbolag, myndigheter, läkare och sjukvårdspersonal efter trafikolyckan i relation till socioekonomisk indelning. Trafikolyckor under åren 1960–1994 i Sverige. (procent)

157 · I:7:5:1 Socioekonomisk indelning, trafikskadade respondenter i Finland och Sverige. Trafikolyckor under tidsperioden 1960–1994. (Procentangivelser och frekvenser)

158 · I:7:5:2 Socioekonomisk indelning för trafikskadade i Finland och Sverige. En jämförelse. Nordisk socioekonomisk indelning (NORDSEI). (Procentangivelser och frekvenser)

163 · I:7:5:3 Medicinsk invaliditetsgrad för trafikskadade i Finland och Sverige relaterat till sysselsättningssituationen. Förhållandena avser år 1996 (procentangivelser och frekvenser)

164 · I:7:5:4 Sysselsättningssituationen för trafikskadade iFinland och Sverige relaterat till åldersfördelningen. Förhållandena avser år 1996 (procent och frekvenser)

166 · I:7:6:1 Jämförelse mellan de trafikskadades uppfattning om olika välfärdsbrister och konsekvenser i två nordiska länder; Finland och Sverige. Förhållandena avser år 1996.

171 · I:8:1 Postaccidentala reaktioner i studien uppdelat på positiva respektive negativa reaktioner och förnimmelser.

172 · I:8:2:1 Könsskillnader i negativa postaccidentala reaktioner för trafikskadade i Sverige åren 1964–1995. (procentangivelser samt ANOVA-varians).

173 · I:8:2:2 Könsskillnader i positiva postaccidentala reaktioner för trafikskadade i Sverige åren 1964–1995 (procentangivelser samt ANOVA-varians).

175 · I:8:3:1 GRUPP 1: Välfärd och välbefinnande för trafikskadade i Sverige åren 1964–1995 (N=447) (procentangivelser samt signifikantvärden)

(ANOVA, varians)
176 · 1:8:3:2 GRUPP 2: Trafiksäkerhet och bilism. Trafikskadade i Sverige åren 1964–1995 (N=447) (procentangivelser samt signifikantvärden) (ANOVA, Varians)
176 · 1:8:3:3 GRUPP 3: Familj, vänner och det sociala nätverket. Trafikskadade i Sverige åren 1964–1995 (N=447) (procentangivelser samt signifikantvärden) (ANOVA, Varians)
178 · 1:8:3:4 GRUPP 1: Välfärd och välbefinnande. Trafikskadade i Finland åren 1960–1994 (N=389) (procentangivelser samt signifikantvärden) (ANOVA, Varians)
179 · 1:8:3:5 GRUPP 2: Bilismen. Trafikskadade i Finland åren 1960–1994 (N=389) (procentangivelser samt signifikantvärden) (ANOVA, Varians)
179 · 1:8:3:6 GRUPP 3: Familj, vänner; Sociala nätverket. Trafikskadade i Finland åren 1960–1994 (N=389) (procentangivelser samt signifikantvärden) (ANOVA, Varians)
182 · 1:8:4:1 Postaccidentala reaktioner fördelade på en positiv grupp och en negativ grupp. Trafikskadade i Finland under åren 1960–1994. Summaskala med angivna procenttal.
187 · 1:8:6:1 Postaccidentala reaktioner hos personer som skadats i trafikolyckor fördelade över de fyra tidsstationerna, (några veckor, ett halvår, två år, idag) efter traumatiska trafikolyckor i *Finland* under åren 1960–1994 (N = 389). En egna självuppfattningen.
188 · 1:8:6:2 Postaccidentala reaktioner hos personer som skadats i trafikolyckor fördelade över de fyra tidsstationerna, (några veckor, ett halvår, två år, idag) efter traumatiska trafikolyckor i *Sverige* under åren 1964–1995 (N=447).
192 · 1:8:7:1 Postaccidentala reaktioner. Den trafikskadade personens självuppfattning om de postaccidentala reaktionerna inom den egna familjen. Reaktionerna är fördelade över de fyra tidsstationerna, (några veckor, ett halvår, två år, idag) och avser traumatiska trafikolyckor i *Finland* under åren 1960–1994 (N = 389).
193 · 1:8:7:2 Postaccidentala reaktioner. Den trafikskadade personens självuppfattning om de postaccidentala reaktionerna inom den egna familjen. Reaktionerna är fördelade över de fyra tidsstationerna, (några veckor, ett halvår, två år, idag) och avser traumatiska trafikolyckor i *Sverige* under åren 1964–1995 (N=447).
195 · 1:8:8:1 Postaccidentala reaktioner. Den trafikskadade personens självuppfattning om de postaccidentala reaktionerna hos nära vänner. Reaktionerna är fördelade över de fyra tidsstationerna, (några veckor, ett halvår, två år, idag) och avser traumatiska trafikolyckor i *Finland* under åren 1960–1994 (N=389).
196 · 1:8:8:2 Postaccidentala reaktioner. Den trafikskadade personens självuppfattning om de postaccidentala reaktionerna hos nära vänner. Reaktionerna är fördelade över de fyra tidsstationerna, (några veckor, ett halvår, två år, idag) och avser traumatiska trafikolyckor i *Sverige* under åren 1964–1995

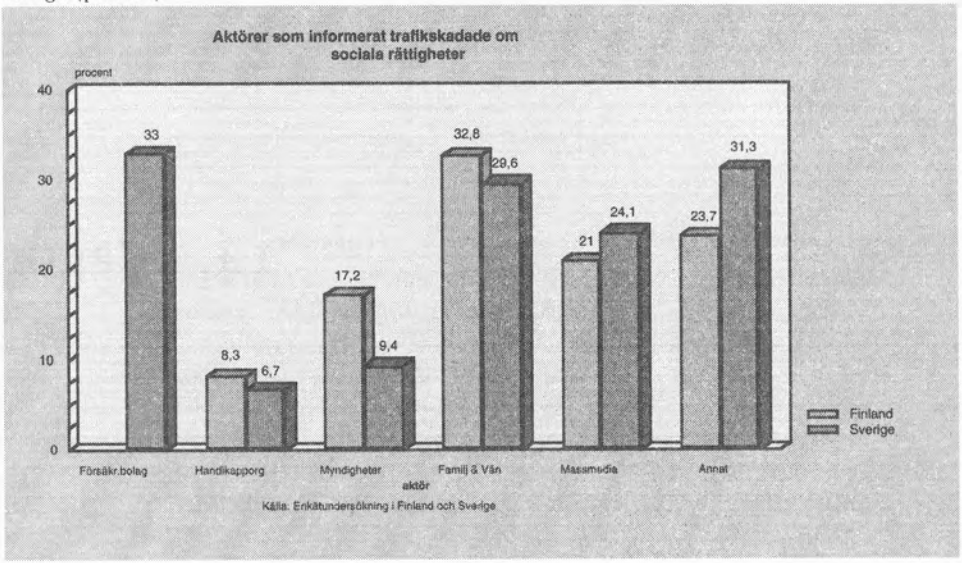
(N=447).
240 · II:2:1:1 Intervjupersonerna fördelade på olycksår och skadeår vid intervjutillfället. Trafikskadade i Finland och Sverige. Djupintervjuer utförda under år 1996.
241 · II:2:1:2 Fördelning av antal uppnådda skadeår för intervjupersonerna som redovisas i undersökningen (n=20) i Finland och Sverige. Djupintervjuer utförda under år 1996.
241 · II:2:1:3 Fördelning av antal uppnådda skadeår för intervjupersonerna (n=20) i respektive land; Finland (F) och Sverige (S).

Figurer

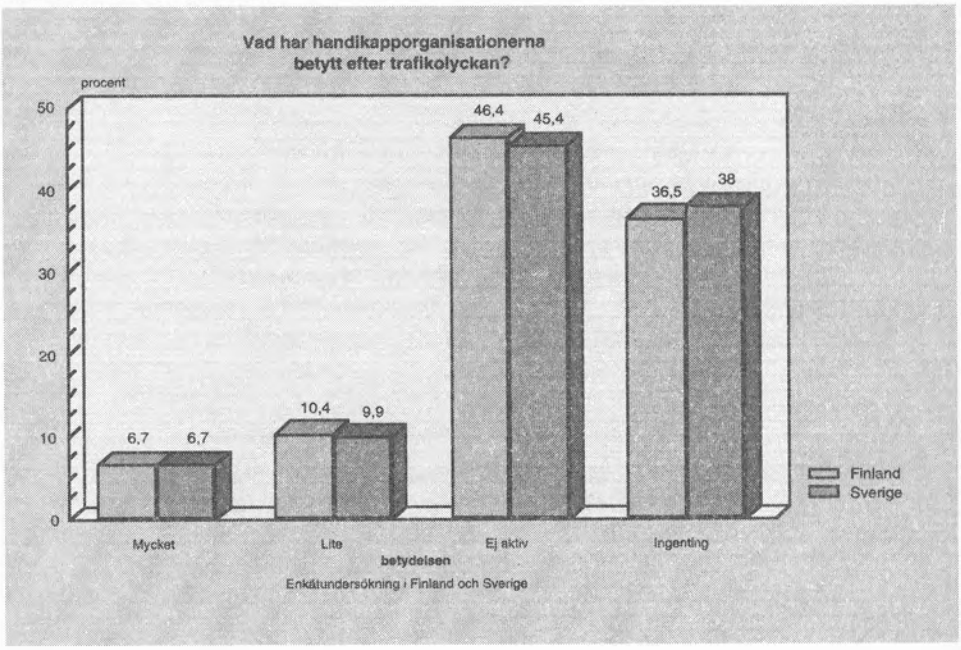
48 · I:3:3:1 Diagrammet visar *attainment equality* för en frisk person jämfört med en handikappad person enligt Amartya Sen.
49 · I:3:3:2 Diagrammet visar *shortfall equality* för en frisk person jämfört med en handikappad person enligt Amartya Sen.
50 · I:3:4:1 Individualiseringsprocessen enligt Beck.
51 · I:3:4:2 Individen i olika tidsskeenden. Precrash respektive postcrash-faserna.
51 · I:3:4:3 Approacher för välfärd. En typologi utifrån Stein Ringens välfärdsapproach.
84 · I:4:4:1 Avhandlingens undersökningsmodell. Om förluster, kompensation och strategier.
95 · I:5:1:1 Interaktiva-relations-approachen baserad på intervjumetodologi av Chirban.
127 · I:6:1 De två världarna, livsvärlden (den inofficiella världen) samt systemvärlden (den officiella världen) i avhandlingen. Två världsbilder betraktade utifrån tre nivåer; mikro-, meso- och makro-nivån.
128 · I:6:2 Systemvärlden (den officiella världen) betraktad utifrån tillgängliga sociala resurser för en trafikskadad och handikappad människa.
128 · I:6:3 Livsvärlden (den inofficiella världen) betraktad utifrån tillgängliga sociala resurser för en trafikskadad och handikappad människa.
147 · I:7:3:1 Diagram. Aktörer som informerat trafikskadade om sociala rättigheter. Trafikskadade i Finland och Sverige (procent).
151 · I:7:4:1 Diagram. Handikapprörelsens betydelse för de som skadas i en trafikolycka. Trafikskadade i Finland och Sverige (procent).
259 · II:3:1:1 Bemästringsakt och försoningsakt inom den trafikskadade människans liv i relation till de tre begreppen hedonism, heroism och altruism.
289 · II:4:1:1 Huvudtyper av bemästringsstrategier i undersökningsmaterialet.
290 · II:4:1:2 Allmänna och specifika övervinnelsestrategier. Intervjupersoner i Finland och Sverige.
317 · II:4:5:1 Modell över lidandedimensioner baserade på Katie Erikssons dimensioner.
318 · II:4:5:2 Copingmodell för intervjupersonerna i Finland och Sverige.
345 · II:6:1 Lidandet i människans välfärdsdrama. Lidandereaktioner baserade på Katie Erikssons tolkningar av begreppet lidande.

Diagramguide

Diagrambild 1. Aktörer som informerat trafikskadade om sociala rättigheter. Trafikskadade i Finland och Sverige. (procent)



Diagrambild 2. Handikapprörelsens betydelse för de som skadas i en trafikolycka. Trafikskadade i Finland och Sverige (procent).

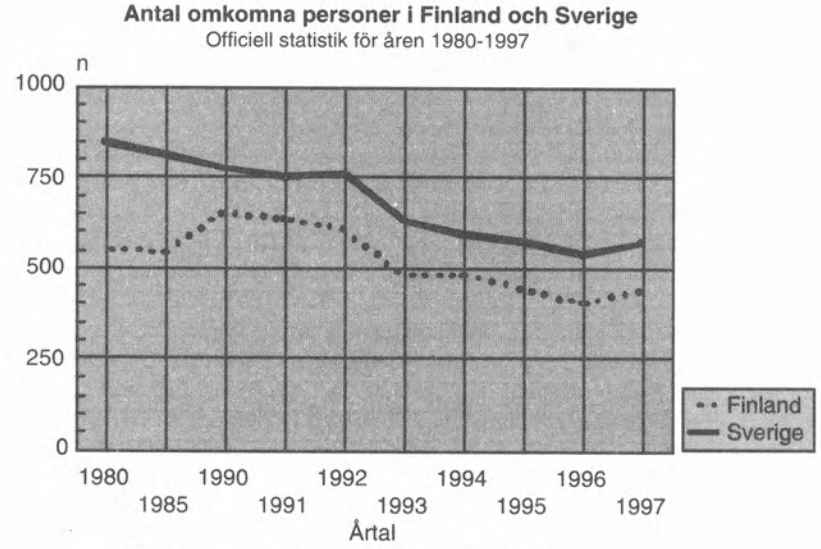


Diagrambild 3. Officiell statistik baserad på polisrapporterad olycksfallsfrekvens. Antal trafikskadade i Finland och Sverige (absoluta tal).



Källa: Statistiska Centralbyrån och Vägverket i Sverige. Statistikcentralen och Vägverket i Finland.

Diagrambild 4. Officiell statistik baserad på polisrapporterad olycksfallsfrekvens. Antal omkomna i Finland och Sverige (absoluta tal).



Källa: Statistiska Centralbyrån och Vägverket i Sverige. Statistikcentralen och Vägverket i Finland.

Tidsplan över forskningsprocessen

950705	Svenska delegationen, Nordiska Rådet beviljar ett stipendium för en förstudie om en jämförelse mellan trafikskadades situation i Finland och Sverige. (Nordiska Rådets journaliststipendium 1995)
951031	Forskningsplan presenteras vid doktorandseminariet, Socialpolitiska institutionen, Helsingfors universitet.
951130	Projektet erhåller forskningsstipendium från Tore G Wärenstams Stiftelse i Borås, Sverige.
951221	Projektet erhåller forskningsstipendium från Eugéne, Elisabeth och Birgit Nygréns Stiftelse i Helsingfors.
960214	Försäkringsbranschens Rehabiliteringscentral (FRC) i Helsingfors meddelar att de är intresserade att stödja projektet genom medverkan i handikappenkät i Finland.
960219	Projektet erhåller forskningsstipendium från Helsingin Sanomat i Helsingfors. (Helsingin Sanomain 100-vuotissäätiön).
960305	Metodplan presenteras vid doktorandseminariet, Socialpolitiska institutionen, Helsingfors universitet.
960314	Undersökningens upprop till trafikskadade publiceras i Invalidförbundets tidskrift Invalidityö No 3, 1996. Uppropet publiceras på svenska och finska.
960425	Forskningskontrakt undertecknas med Försäkringsbranschens Rehabiliteringscentral (FRC) i Helsingfors om tillgång till klientuppgifter i FRCs register samt utskick av enkät till trafikskadade i Finland.
960426	Projektet erhåller forskningsstipendium från Henry Fordin Säätiö i Helsingfors.
960426	Projektet erhåller forskningsstipendium från Ella och Georg Ehrnrooths Stiftelse i Helsingfors.
960513–960514	Handikappenkäten utsändes i Finland genom Försäkringsbranschens Rehabiliteringscentral (FRC) i Helsingfors. Första utskicket.
960513	Projektet erhåller forskningsstipendium från E.J. Sariolan Säätiö i Helsingfors.
960516	Trafikskadenämnden i Stockholm och Trafikförsäkringsföreningen i Stockholm meddelar att de är intresserade att stödja projektet genom medverkan i handikappenkät i Sverige.
960607	Undersökningens upprop till trafikskadade publiceras i Svensk Handikapptidskrift (SHT) Nr 5, 1996. Uppropet publiceras på svenska.
960611	Styrelsen för Oskar Öflunds Stiftelse i Helsingfors beviljar forskningsstipendium till projektet.
960624	Forskningskontrakt undertecknas med Trafikskadenämnden i Stockholm om tillgång till klientuppgifter i Trafikskadenämndens register samt utskick av enkät till trafikskadade i Sverige.

960624	Handikappenkäten utsändes i Sverige genom Trafikskadenämnden i Stockholm.
960625	Upprop publiceras i Borås tidning i samband med artikel om projektet: »Kartlägger trafikskadade i stort forskningsprojekt«.
960630	Försäkringsbranschens Rehabiliteringscentral (FRC) sänder ut påminnelse till de trafikskadade i Finland som inte besvarat enkäten. Andra utskicket.
960812	Trafikskadenämden sänder ut påminnelse till trafikskadade i Sverige som inte besvarat enkäten. Andra utskicket.
960927	Trafikskadenämnden sänder ut en andra påminnelse till trafikskadade i Sverige som inte besvarat den första påminnelsen. Tredje utskicket.
961107	Trafikskadenämnden sänder ut en kompletteringsskrivelse till de respondenter som ej besvarat alla datauppgifter.
961126	Resultatet från de båda enkätundersökningarna i Sverige och Finland presenteras vid doktorandseminariet, Socialpolitiska institutionen, Helsingfors universitet.
961210	Kulturfonden för Sverige och Finland beviljar forskningsstipendium för projektet.
970312	Trafikförsäkringsföreningen/Trafikskadenämnden i Stockholm beviljar tryckningsbidrag till doktorsavhandlingen.
970326	Autoliv AB i Vårgårda beviljar tryckningsbidrag till doktorsavhandlingen.
970401	Finlands Svenska Socialförbund rf beviljar forskningsbidrag till projektet.
970403	Den finländska föreningen inom Letterstedtska föreningen lämnade ett bidrag för deltagande i den nordiska handikappkonferensen i Danmark(augusti 1997).
970414	Kommunikationsforskningsberedningen (KFB) i Stockholm beviljar forskningsbidrag till projektet.
970513	Forskningsbidrag från Riksförbundet för Trafik- och Polioskadade (RTP) i Solna, Sverige.
970924	Manuskript för doktorsavhandling redovisas och förhandsgranskas vid forskarseminariet vid Socialpolitiska institutionen, Helsingfors universitet.
971031	Forskningsbidrag erhålls från Skandias stiftelse »Ideér-för-livet-stiftelsen«.
971031	Manuskript för doktorsavhandling inlämnas till Statsvetenskapliga fakulteten vid Helsingfors universitet.

Trafikskade-enkäten

Hur blev livet efter en svår trafikolycka?

Då det idag saknas större kunskap om hur det är att leva med en trafikskada tror jag att Din kunskap och erfarenhet som trafikhandikappad kan spridas till andra skadade, till närstående men också till alla i samhället. Under hösten 1995 utkom min bok »Det finns dom som har det värre. Samspel, gemenskap och livsglädje i kamp mot smärta och svåra trafikhandikapp« i Sverige. I boken berättar fyra trafikskadade om hur livet blev för dem själva efter olyckan. Nu vill jag undersöka hur livet blivit för en större grupp skadade personer i samhället. Jag vill också undersöka hur de trafikskadade upplever sin situation i två nordiska länder: Finland och Sverige. Därför vill jag att Du besvarar det här frågeformuläret. Frågorna handlar om hur Du upplever din situation som trafikskadad-/handikappad. Uppgifterna kommer att behandlas konfidentiellt och Du kommer förbli anonym i hela undersökningen. Syftet med undersökningen är att försöka öka kunskapen om de trafikskadades vardag och levnadsvillkor. Forskningen bedrivs vid Socialpolitiska institutionen vid Helsingfors universitet där undertecknad har hand om själva undersökningen. Den här enkäten skickas ut till trafikskadade i Finland och Sverige. Meningen är att levnadsvillkoren ska kunna jämföras mellan de båda länderna. Jag hoppas att Du vill ta dig tid att besvara frågorna. På så vis hjälper du till att ge ökad kunskap i samhället om hur livet blivit efter en svår trafikolycka. Återsänd frågeblanketten i det bifogade svarskuvertet inom 14 dagar.

Med vänliga hälsningar
JÖRGEN JOHANSSON
Doktorand i socialpolitik vid Helsingfors universitet

Instruktioner: Sätt ett kryss inom parentesen som står framför det/de svarsalternativ du valt. Vid de öppna svarsalternativen kan du även skriva dina svar på enskilt papper.

Kön: ( ) M ( ) K

Födelseår: .....

Civilstånd: ( ) ogift ( ) gift ( ) frånskild ( ) sambo ( ) änka/änkling

Bostadskommun: .....

Är du bosatt: ( ) i hemmet ( ) på institution ( ) på servicehus

Yrke: .....

Olycksdatum: .....

Behandlingstidens längd (rehabilitering och sjukhusvistelse): .....

Sjukhusvistelsenslängd: .....

Skadad kroppsdel: .....

Handikapphjälpmedel: .....

1. Vad för slags skada fick du vid trafikolyckan?

.....

2. Har du fått någon följdskada efter olyckan? I sådana fall vilken/vilka skador?

.....

3. Vilken prognos fick du av läkaren?

.....

4. Hur reagerade du på den prognos du fick av läkaren? (Du kan kryssa i flera alternativ)

a) några veckor efter olyckan:

1 ( ) Ilsken
2 ( ) Ledsen/sorgsen
3 ( ) Likgiltig
4 ( ) Frustrerad
5 ( ) Deprimerad
6 ( ) Isolerade mig
7 ( ) Chock
8 ( ) Optimistisk/hoppfull
9 ( ) Blev stärkt/»Jag ska klara det här«
10 ( ) Förvånad
11 ( ) Lugnad
12 ( ) »Det finns de som har det värre«
13 ( ) Annat: .....

b) ett halvår efter olyckan:

1 ( ) Ilsken
2 ( ) Ledsen/sorgsen
3 ( ) Likgiltig
4 ( ) Frustrerad
5 ( ) Deprimerad
6 ( ) Isolerade mig
7 ( ) Chock
8 ( ) Optimistisk/hoppfull
9 ( ) Blev stärkt/»Jag ska klara det här«
10 ( ) Förvånad
11 ( ) Lugnad
12 ( ) »Det finns de som har det värre«
13 ( ) Annat: .....

c) två år efter olyckan:

1 ( ) Ilsken
2 ( ) Ledsen/sorgsen
3 ( ) Likgiltig
4 ( ) Frustrerad
5 ( ) Deprimerad
6 ( ) Isolerade mig
7 ( ) Chock
8 ( ) Optimistisk/hoppfull
9 ( ) Blev stärkt/»Jag ska klara det här«
10 ( ) Förvånad
11 ( ) Lugnad
12 ( ) »Det finns de som har det värre«
13 ( ) Annat: .....

d) idag:

1 ( ) Ilsken
2 ( ) Ledsen/sorgsen
3 ( ) Likgiltig
4 ( ) Frustrerad
5 ( ) Deprimerad
6 ( ) Isolerade mig
7 ( ) Chock
8 ( ) Optimistisk/hoppfull
9 ( ) Blev stärkt/»Jag ska klara det här«
10 ( ) Förvånad
11 ( ) Lugnad
12 ( ) »Det finns de som har det värre«
13 ( ) Annat: .....

5. Hur reagerade din familj på att du blivit skadad i en trafikolycka? (Du kan kryssa i flera alternativ)

a) några veckor efter olyckan:

1 ( ) Ilska
2 ( ) Sorg
3 ( ) Likgiltighet
4 ( ) Frustration
5 ( ) Depression
6 ( ) Avståndstagande/tysthet
7 ( ) Chock
8 ( ) Medkänsla
9 ( ) Tröst
10 ( ) Stöd/styrka
11 ( ) Optimism/hoppfullhet
12 ( ) Förvåning
13 ( ) Lugn
14 ( ) Annat: .....

b) ett halvår efter olyckan:

1 ( ) Ilska
2 ( ) Sorg
3 ( ) Likgiltighet
4 ( ) Frustration
5 ( ) Depression
6 ( ) Avståndstagande/tysthet
7 ( ) Chock
8 ( ) Medkänsla
9 ( ) Tröst
10 ( ) Stöd/styrka
11 ( ) Optimism/hoppfullhet
12 ( ) Förvåning
13 ( ) Lugn
14 ( ) Annat: .....

c) två år efter olyckan:

1 ( ) Ilska
2 ( ) Sorg
3 ( ) Likgiltighet
4 ( ) Frustration
5 ( ) Depression
6 ( ) Avståndstagande/tysthet
7 ( ) Chock
8 ( ) Medkänsla
9 ( ) Tröst
10 ( ) Stöd/styrka
11 ( ) Optimism/hoppfullhet
12 ( ) Förvåning
13 ( ) Lugn
14 ( ) Annat: .....

d) idag:

1 ( ) Ilska
2 ( ) Sorg
3 ( ) Likgiltighet
4 ( ) Frustration
5 ( ) Depression
6 ( ) Avståndstagande/tysthet
7 ( ) Chock
8 ( ) Medkänsla
9 ( ) Tröst
10 ( ) Stöd/styrka
11 ( ) Optimism/hoppfullhet
12 ( ) Förvåning
13 ( ) Lugn
14 ( ) Annat: .....

6. Hur reagerade dina närmaste vänner på att du blivit skadad i en trafikolycka? (Du kan kryssa i flera alternativ)

a) några veckor efter olyckan:

1 ( ) Ilska
2 ( ) Sorg
3 ( ) Likgiltighet
4 ( ) Frustration
5 ( ) Depression
6 ( ) Avståndstagande/tysthet
7 ( ) Chock
8 ( ) Medkänsla
9 ( ) Tröst
10 ( ) Stöd/styrka
11 ( ) Optimism/hoppfullhet
12 ( ) Förvåning
13 ( ) Lugn
14 ( ) Annat: .....

b) ett halvår efter olyckan:

1 ( ) Ilska
2 ( ) Sorg
3 ( ) Likgiltighet
4 ( ) Frustration
5 ( ) Depression
6 ( ) Avståndstagande/tysthet
7 ( ) Chock
8 ( ) Medkänsla
9 ( ) Tröst
10 ( ) Stöd/styrka
11 ( ) Optimism/hoppfullhet
12 ( ) Förvåning
13 ( ) Lugn
14 ( ) Annat: .....

c) två år efter olyckan:

1 ( ) Ilska
2 ( ) Sorg
3 ( ) Likgiltighet
4 ( ) Frustration
5 ( ) Depression
6 ( ) Avståndstagande/tysthet
7 ( ) Chock
8 ( ) Medkänsla
9 ( ) Tröst
10 ( ) Stöd/styrka
11 ( ) Optimism/hoppfullhet
12 ( ) Förvåning
13 ( ) Lugn
14 ( ) Annat: .....

d) idag:

1 ( ) Ilska
2 ( ) Sorg
3 ( ) Likgiltighet
4 ( ) Frustration
5 ( ) Depression
6 ( ) Avståndstagande/tysthet
7 ( ) Chock
8 ( ) Medkänsla
9 ( ) Tröst
10 ( ) Stöd/styrka
11 ( ) Optimism/hoppfullhet
12 ( ) Förvåning
13 ( ) Lugn
14 ( ) Annat: .....

7. Hur värderar du din egen hälsa och ditt psykiska välbefinnande idag efter olyckan?

1 ( ) Mycket god
2 ( ) God
3 ( ) Varken god eller dålig
4 ( ) Dålig
5 ( ) Mycket dålig

8. Hur upplever du din egen välfärd utifrån den socialpolitik som förs i ditt land? (Får du hjälp i samhället med den service och de rättigheter som finns?)

1 ( ) Mycket god
2 ( ) God
3 ( ) Varken god eller dålig
4 ( ) Dålig
5 ( ) Mycket dålig

9. Tror du, om du bedömer din totala hälsosituation, att din hälsa kommer att bli återställd med tiden?

1 ( ) Ja helt och hållet
2 ( ) Ja, men bara delvis
3 ( ) Nej skadan kommer att bestå
4 ( ) Vet inte

10. Tror du att din fysiska skada kommer att bli återställd med tiden?

1 ( ) Ja helt och hållet
2 ( ) Ja, men bara delvis
3 ( ) Nej skadan kommer att bestå
4 ( ) Vet inte

11. Arbetar du idag?

1 ( ) Ja
2 ( ) Nej. Ange varför du inte arbetar: .....

12. Om du svarade nej på föregående fråga: Tror du att du skulle klara av att arbeta idag?

1 ( ) Ja, heltid
2 ( ) Ja, halvtid
3 ( ) Ja, deltid
4 ( ) Nej
5 ( ) Vet inte

13. Är du rädd för den ökande bilismen och de risker som finns i trafiken?

1 ( ) Ja
2 ( ) Nej
3 ( ) Vet inte

14. Hur har olyckan förändrat din syn på bilismen? (Markera de alternativ som stämmer för dig!)

1 ( ) Jag är mer uppmärksam i trafiken
2 ( ) Jag anser att bilismen bör begränsas
3 ( ) Jag är mer medveten om de risker som finns
4 ( ) Jag anser att trafiksäkerheten måste förbättras

15. Hur många människor tror du skadas i trafiken i ditt land varje år?

1 ( ) Mindre än 500 personer
2 ( ) Mellan 500–3 000 personer
3 ( ) Mellan 3 100–7 000 personer
4 ( ) Mellan 7 100–15 000 personer

16. Hur många människor tror du omkommer i trafiken i ditt land varje år?

1 ( ) Mindre än 100 personer
2 ( ) Mellan 100–300 personer
3 ( ) Mellan 310–500 personer
4 ( ) Mellan 510–1 500 personer

17. Hur har du upplevt det bemötande du fått av

a) myndigheterna?

1 ( ) Bra
2 ( ) Mindre bra
3 ( ) Dåligt

b) försäkringsbolagen?

1 ( ) Bra
2 ( ) Mindre bra
3 ( ) Dåligt

c) din/dina läkare?

1 ( ) Bra 2 ( ) Mindre bra 3 ( ) Dåligt

d) övrig sjukvårdspersonal?

1 ( ) Bra 2 ( ) Mindre bra 3 ( ) Dåligt

18. Vad anser du om handikappolitiken i samhället som fördes

a) direkt efter det att du skadades i olyckan?

1 ( ) Bra 2 ( ) Bra ibland
3 ( ) Dålig 4 ( ) Vet inte

b) idag?

1 ( ) Bra 2 ( ) Bra ibland
3 ( ) Dålig 4 ( ) Vet inte

19. Känner du till någon/några politiker som engagerar sig för din situation som handikappad?

1 ( ) Ja 2 ( ) Nej

20. Har du fått svårare att klara av saker du utförde tidigare i din dagliga livsföring?

Äta och dricka?

1 ( ) Ja. Jag kan inte klara av det själv 2 ( ) Ja med stora problem
3 ( ) Ja med mindre problem 4 ( ) Nej

Klädbytet?

1 ( ) Ja. Jag kan inte klara klädbyte själv 2 ( ) Ja med stora problem
3 ( ) Ja med mindre problem 4 ( ) Nej

Personlig hygien?

1 ( ) Ja. Jag kan inte klara det själv 2 ( ) Ja med stora problem
3 ( ) Ja med mindre problem 4 ( ) Nej

Gå inomhus?

1 ( ) Ja. Jag kan inte klara av det 2 ( ) Ja med stora problem
3 ( ) Ja med mindre problem 4 ( ) Nej

Gå utomhus?

1 ( ) Ja. Jag kan inte klara av det 2 ( ) Ja med stora problem
3 ( ) Ja med mindre problem 4 ( ) Nej

Gå i trappor?

1 ( ) Ja. Jag kan inte det 2 ( ) Ja med stora problem
3 ( ) Ja med mindre problem 4 ( ) Nej

Läsa en tidning eller bok?

1 ( ) Ja. Jag kan inte det
2 ( ) Ja med stora problem
3 ( ) Ja med mindre problem
4 ( ) Nej

21. Har din relation till dina närstående förändrats efter olyckan?

Starkare sammanhållning?

1 ( ) Ja
2 ( ) Nej ingen förändring
3 ( ) Vet inte

Dåligt samvete för att göromål får utföras av andra?

1 ( ) Ja
2 ( ) Nej ingen förändring
3 ( ) Vet inte

Mer irritation/konflikter?

1 ( ) Ja
2 ( ) Nej ingen förändring
3 ( ) Vet inte

Dåligt samvete för att göromål inte blir gjorda?

1 ( ) Ja
2 ( ) Nej ingen förändring
3 ( ) Vet inte

Belastning?

1 ( ) Ja
2 ( ) Nej ingen förändring
3 ( ) Vet inte

22. Anser du att samhället har stött och hjälpt dina närmaste anhöriga efter det att du blev trafikskadad?

1 ( ) Ja
2 ( ) Nej
3 ( ) Vet inte

23. Kör du bil/motorcykel efter trafikolyckan du varit med om?

1 ( ) Ja, ofta
2 ( ) Nej, jag kan inte köra bil på grund av mitt handikapp
3 ( ) Ja men bara ibland
4 ( ) Nej jag vågar inte längre
5 ( ) Nej, jag har ingen bil/motorcykel

24. Använder du färdtjänst?

1 ( ) Ja
2 ( ) Nej

25. Hur har din trafikskada påverkat dig som person? Hur ser din syn på livet ut idag jämfört med tiden före olyckan?

1 ( ) Jag ser ljusare på tillvaron idag
2 ( ) Min syn på livet har förändrats (men är varken mer positiv eller negativ)
3 ( ) Min syn på livet har inte förändrats
4 ( ) Tillvaron är dystrare

26. Hur har din trafikskada påverkat dina möjligheter och din situation i samhället?

1 ( ) Jag ser ljusare på mina möjligheter idag
2 ( ) Min syn på mina möjligheter har förändrats (men är varken mer positiv eller negativ)

3 ( ) Min syn på mina möjligheter har inte förändrats
4 ( ) Situationen är mörkare

27. Vilken syn hade du på handikappade människor innan du själv skadades i olyckan och blev handikappad?

1 ( ) Jag tänkte mig aldrig in i en handikappads situation tidigare/de intresserade mig inte
2 ( ) Jag tänkte mycket på hur det skulle kunna vara
3 ( ) Jag tänkte på de handikappades situation ibland

28. Hur upplever du det vardagliga mötet med människor efter olyckan?

1 ( ) Mycket svårare
2 ( ) Svårt men det går oftast
3 ( ) Lättare
4 ( ) Oförändrat

29. Hur många vänner har du förlorat efter olyckan?

1 ( ) Inga vänner
2 ( ) En vän
3 ( ) Två–fem
4 ( ) Mer än fem vänner

30. Hur många nya vänner har du fått efter olyckan?

1 ( ) Inga vänner
2 ( ) En vän
3 ( ) Två–fem
4 ( ) Mer än fem vänner

31. Känner du dig ensam efter att du blivit skadad/handikappad?

1 ( ) Hela tiden
2 ( ) Ibland
3 ( ) Mycket sällan
4 ( ) Aldrig

32. Har du som handikappad känt dig diskriminerad i samhället?

1 ( ) Ja
2 ( ) Nej
3 ( ) Vet inte

33. Om du svarat Ja på föregående fråga, besvara denna fråga: Hur ofta har du känt dig diskriminerad i samhället?

1 ( ) Regelbundet
2 ( ) Flera gånger
3 ( ) Sällan

34. Har du träffat någon annan trafikskadad som är i samma situation?

1 ( ) Ja
2 ( ) Nej

35. Är du intresserad av att få veta hur andra trafikskadade har det i livet?

1 ( ) Ja
2 ( ) Nej
3 ( ) Vet inte

36. Vad har handikapporganisationerna betytt för dig?

1 ( ) Mycket
2 ( ) Lite, jag har kontakt med någon organisation ibland
3 ( ) Känner till att de finns men är inte aktiv i någon förening
4 ( ) Ingenting

37. Skulle du vilja arbeta aktivt i någon handikappförening och t.ex. träffa och hjälpa andra trafikskadade?

1 ( ) Ja 2 ( ) Nej 3 ( ) Vet inte

38. Anser du att samhället är handikappanpassat och tillgängligt för den som skadats i en trafikolycka?

1 ( ) Ja helt och hållet 2 ( ) Ja men bara delvis 3 ( ) Nej

39. Anser du att samhället kompenserar den person som skadas i trafiken i tillräckligt hög grad?

1 ( ) Ja, kompensationen är bra som den är idag 2 ( ) Vet inte
3 ( ) Nej, kompensationen är för låg

40. Anser du att du blivit tillräckligt informerad om dina sociala förmåner och rättigheter som handikappad i samhället?

1 ( ) Ja 2 ( ) Nej 3 ( ) Vet inte

41. Vem har informerat dig om dina sociala förmåner och rättigheter?

1 ( ) Familj/vänner
2 ( ) Handikapporganisationer
3 ( ) Försäkringsbolaget
4 ( ) Tidningar, radio och tv
5 ( ) Myndigheterna
6 ( ) Annat: .....

42. Hur tror du att situationen är för de trafikskadade i Sverige jämfört med hur det är i Finland?

1 ( ) Bättre förhållanden 2 ( ) Ingen skillnad
3 ( ) Sämre förhållanden 4 ( ) Vet inte

43. Har du skrivit någon personlig dikt om din situation och ditt handikapp får du gärna skriva ned den och skicka in den. Den kan komma att publiceras i doktorsavhandlingen. Om du vill kan du uppge ditt namn i anslutning till dikten.
HÄR SLUTAR FRÅGORNA! TACK FÖR DIN MEDVERKAN!

Intervjuguiden

Följande intervjugudie har använts under djupintervjuerna med de trafikskadade i Finland och Sverige. Intervjuerna utfördes under våren, sommaren och hösten 1996. De frågor och reflektioner som återfinns i denna intervjuguide har inte följts eller använts i kronologisk ordning utan endast tjänat som stöd under samtalet med den handikappade personen. Intervjuguiden har också kommit att modifierats och utvecklas utifrån den kvalitativa metodologi som tillämpats inom studien.

Allmänna frågor

Vad gjorde du strax före trafikolyckan?
Trafikolyckan. Vad hände egentligen?

Frågor om livsförändringen

Vad var det första du tänkte på när du var på sjukhuset?
Vad hade du för tankar när du fått beskedet att du blivit handikappad?
Vad gjorde du när du fick beskedet?
Hade du någon nära vän som lyssnade på dig i början?
Hur upplevde du kontakten med dina anhöriga direkt efter olyckan?
Kunde du prata om allt? Vad var det svåraste?
Vilken livsfilosofi hade du tiden före olyckan? De viktigaste värdena i livet?
Vilken livsfilosofi hade du på sjukhuset?
Vilken livsfilosofi har du idag? De viktigaste värdena idag?
Hur ser du på dig själv som handikappad idag? Hur upplever du dig själv?
Vilken uppfattning/synsätt hade du före din egen olycka på handikappade i samhället?
Bemästringen: hur ska man klara av livet efter en svår trafikolycka?
Familjen/anhöriga: hur ska de vara?
Har relationen till familjen, föräldrar och syskon förändrats i samband med olyckan?
Vännerna: hur ska de vara?
Har relationen till vännerna förändrats i samband med olyckan?
Läkare/vårdpersonal: hur ska de vara?
Vilka drömmar hade du före olyckan? Vilka drömmar har du idag efter olyckan?
Vad gör du om några år tror du?
Arbete: Vad betydde ditt yrke/arbete för dig?
Fritid: Vilka fritidsintressen har du?

Handikappolitiken: Hur upplever du politiken och insatserna för de handikappade?
Myndigheterna: Hur har du upplevt kontakten med myndigheterna?
Försäkringsbolagen: Hur har du upplevt kontakten med försäkringsbolaget?
Vad anser du om samhällets kompensation för din trafikskada?
Hjälpmedel: Vad anser du om den hjälp du fått med handikapphjälpmedel?
Känner du någon som har svårare handikapp än du själv? Besöker du honom eller henne?
Är du/eller har du varit aktiv i någon handikappförening/handikappgrupp?

Frågor om bilism, risker och trafiksäkerhet

Hur många tror du skadas i trafiken varje år?
Hur många tror du omkommer i trafiken varje år?
Vad anser du om bilismen?

Faksimil

Hur gick det med livet efter trafikolyckan?

Din kunskap, livsfilosofi och erfarenhet om skador och handikapp behövs för att den ska kunna hjälpa andra på traven!

Hur klarar den trafikskadade personen att ta sig tillbaka till livet? Vad tycker den som skadas i en trafikolycka om det bemötande som han eller hon fått av sin omgivning? Vilka råd och tips kan denna person dela med sig av till andra skadade och till andra människor i samhället? Det här är några av de frågor som forskningsprojektet "Förmåga till välfärd" försöker finna svaren på. Projektet bedrivs vid Socialpolitiska institutionen vid Helsingfors universitet. Syftet med undersökningen är att ta reda på de tankar och levnadssätt som en trafikskadad person har. Under våren 1996 kommer de första intervjuerna med trafikhandikappade att inledas. Din röst och erfarenhet som trafikskadad är därför oerhört viktig för att den kunskap som kommer fram ska kunna bli så mångfaldig och rik som möjligt. De intervjuer som kommer att göras med flera handikappade handlar om hur livet kom att gestalta sig tiden efter olyckan. Samtalen blir därför till berättade självbiografier. Jag vill därför att Du, som är intresserad av att dela med dig av Din kunskap om och erfarenhet av trafikhandikapp, hör av dig till mig med ett kort brev eller ett kort. Ange namn, adress och telefonnummer. Därefter tar jag kontakt med Dig för att bestämma tid om intervju. Det är viktigt att Du hör av dig så snart som möjligt så att vi kan komma överens om Ditt deltagande i undersökningen. Din berättelse kommer sedan tillsammans med andra trafikskadades tankar att presenteras i en doktorsavhandling.

Det är min stora förhoppning att Du vill vara med och delta i undersökningen.

Med vänliga hälsningar
Jörgen Johansson
doktorand i socialpolitik

Adress dit brev/kort kan insändas:
Doktorand Jörgen Johansson
Helsingfors universitet
Enheten för Socialt arbete
Tölötorggatan 2 B, 8 vån.
00014 Helsingfors universitet

Ur IT 3/1996

Trafikskadad? Se hit!

Hur gick det med livet efter trafikolyckan? Din kunskap, livsfilosofi och erfarenhet om skador och handikapp behövs för att den ska kunna hjälp andra på traven!

Hur klarar den trafikskadade att ta sig tillbaka till livet? Det här är några av de frågor som forskningsprojektet "Förmåga till välfärd" försöker finna svaren på. Projektet bedrivs vid Socialpolitiska institutionen vid Helsingfors universitet.

Du, som är intresserad av att dela med dig av din kunskap och erfarenhet av trafikhandikapp, hör av dig med ett kort brev eller kort. Ange namn, adress och telefonnummer. Därefter tar jag kontakt för att bestämma tid om intervju.

Hör av dig så snart som möjligt till **doktorand Jörgen Johansson, Socialpolitiska inst. -Enheten för socialt arbete, Snellmansgatan 10 Pl 18 00014 Helsingfors universitet. Finland.**

Ur Svensk Handikapptidskrift 7 juni 1996

Miten elämä muuttui liikenneonnettomuuden jälkeen?

Sinun tietojasi, elämänviisauttasi ja kokemustasi vaurioista ja vammaisuudesta tarvitaan auttamaan muita alkuun!

Miten liikenteessä vammautunut henkilö pystyy tulemaan takaisin elämään? Mitä vammainen ajattelee siitä miten ympäristö kohtelee häntä? Mitä neuvoja ja vihjeitä tämä henkilö voi jakaa toisille vammaisille ja muille ihmisille yhteiskunnassa? Tässä on joitakin kysymyksiä joille tutkimusprojekti "Kyky hyvinvointiin" yrittää löytää vastaukset. Projekti on meneillään Sosiaalipolitiikan laitoksella Helsingin yliopistolla. Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää liikennevammaisen ajatuksia ja elintapoja. Keväällä 1996 ryhdytään haastattelemaan ensimmäisiä liikennevammaisia. Sinun äänesi ja kokemuksesi liikennevammaisena on siksi valtavan tärkeä, niin että esille tulevasta tiedosta tulisi mahdollisimman monipuolinen ja rikas. Haastattelut, joita tehdään useampien vammaisten kanssa, käsittelevät sitä millaiseksi elämä muodostui onnettomuuden jälkeen. Keskusteluista tulee näin kerrottuja omaelämäkertoja. Toivon siksi, että Sinä, joka olet kiinnostunut jakamaan tietoasi ja kokemustasi liikennevammaisuudesta, otat yhteyttä minuun lyhyellä kirjeellä tai postikortilla. Kirjoita nimesi, osoitteesi ja puhelinnumerosi. Otan tämän jälkeen yhteyttä Sinuun, että voimme sopia ajan haastattelua varten. On tärkeää, että kirjoitat mahdollisimman nopeasti, jotta voimme päättää Sinun osallistumisestasi tutkimukseen. Kertomuksesi esitetään muiden liikennevammaisten ajatusten kanssa väitöskirjassa.

Toivon kovasti, että Sinä haluat olla mukana tutkimuksessa.

Ystävällisin terveisin
Jörgen Johansson
sosiaalipolitiikan tutkija

Osoite johon voit lähettää kirjeesi/postikorttisi:
Tutkija Jörgen Johansson
Helsingin yliopisto
Sosiaalipolitiikan laitos/
Sosiaalityö
Töölöntorinkatu 2 B, 8. krs
00260 Helsinki

Ur IT 3/1996

UutisKynnys

Kynnys ry :n jäsentiedote - tammikuu 1996

Itsenäisen Elämän Keskus
Itämerenkatu 2, 00180 HELSINKI
Puh: 90 - 685 0110, fax: 90 - 685 011 99, tekstipuh: 90 - 685 011 66

Uusi vuosi - Uudet tuulet

Tammikuussa 1996 Kynnys ry :n toimistossa aloittaa työnsä kaksi uutta työntekijää: projektipäällikkö Sari Loijas ja taloussihteeri Mari Kulonen.

KynnysKorva

puh: 90 - 685 011 88 on tauolla tammikuun 1996 ja siirtyy helmikuun alusta uuteen aikaan: **perjantai - ilta klo: 21 - 24.**
Kurssi uusille päivystäehdokkaille pidetään 16.2 (ilta) ja 17.2 (päivä). Ilmoittautuminen 2.2.96 mennessä Gunilla Sjövall puh: 90 - 685 011 13.

Hallitus

Kynnys ry :n uusi **hallitus**: Kalle Könkkölä pj, Helsingistä; Pekka Leinonen, Turusta; Liisa Pöllänen -Kauppinen, Helsingistä; Kati Sinivirta - Koskelo, Vantaalta; Sakari Solasaari, Lahdesta ja Tarja Hottinen, Helsingistä.

Henkilökohtainen avustaja - video

Henkilökohtaisen avustajan ammattikuvaa esittelevä video on valmistunut Kynnys ry:n ja Työvoimaministeriön yhteistyönä. Video on tutustuttavissa kaikissa Suomen työvoimapiireissä. Myös Kynnys ry :stä voi lainata sitä tai tulla paikanpäälle katsomaan. Voit sopia katselusta Jutta Ehderin, puh: 90 - 685 0110 kanssa etukäteen. Toivon, että video houkuttelee lisää uusia ihmisiä henkilökohtaisen avustajan työhön.
Terveisin Elisa Pelkonen.

Kraanat auki

Vaillinaiset ovat menossa **pienoismusikaaliin KRAANAT AUKI** lauantaina 27.1.96 klo: 14 - 15.30. Esityksen jälkeen on mahdollisuus turista hetki näyttelijöiden Susanna Haavisto ja Eija Ahvo kanssa. Liput 80 mk / kpl. Ilmoittaudu viimeistään **9.1.96** Elisa Pelkoselle puh: 9400 - 503 515.

Ryhmät

Itsenäisen Elämän Keskuksessa, Itämerenkatu 2, Helsinki kokoontuvat seuraavat ryhmät:
~ **3R** -ryhmä
eli **R**iko **R**ajasi **R**yhmä 4.1. ja 18.1.96 klo: 18 - 20. Yhteyshenkilönä toimii Matti Koponen, puh: 90 - 428 321.
~ **VAILLINAISET** - ryhmä pienoismusikaali Kraanat Auki la 27.1.96 klo: 14 - 15.30. Ilmoittaudu Elisa Pelkoselle puh: 9400 - 503 515. Liput 80 mk / kpl.
~ **TAIKA** - piiri eli KulttuuriKlubi toivottaa tervetulleeksi tekemään taidetta, keskustelemaan, kuuntelemaan, kokeilemaan... Tule ! 18.1. klo: 11 - 13.30 kevätkauden ensimmäisessä kokoontumisessa irroittelua Uuteen Vuoteen (=hahmotaideterapiaa) Sari Salovaaran johdolla, puh: 90 - 2765 325.
1.2. klo: 11 - 13.30 mahdollisuus kokeilla omalla äänellä leikittelyä, sointuamista Reija Longin ohjaamana, Sopii kaikille !
~ **KynnysForum** maanantaina 5.2.96 klo: 18 - 20.

~ **Kynän varteen - kirjoittajapiiri** jatkaa helmikuussa mm. kirjailija Markus Nummen tapaamisella ti 20.2 klo: 18 - 20

Toimikunnat

Oulu

Oulun Itsenäisen Elämän Keskus,puh: 981 - 311 3022, Sepänkatu 21 4 krs, 90100 OULU. Oulun toimikunnan hallitus 1996 koostuu seuraavista henkilöistä: Markku Laulumaa pj, Hannu Salonpää varapj, Eija Rautakorpi - Penttinen, Sisko Sergejef, Pertti Heikkinen, Valma Jaakola, Esteri Kyngäs, Päivi Mustonen, Unto Lampinen, Pentti Murto ja Veikko Martinviita.

Joensuu

Puheenjohtaja Eero Hiltunen, Merimiehenkatu 36 B 210, 80100 JOENSUU, puh: 973 - 126 647.

Jyväskylä

Jyväskylän toimikunnan hallitus vuonna 1996 koostuu seuraavista henkilöistä: Tiina Hokkanen-Oja pj (puh: 941 - 272 186), Taimi Huuhtanen, Jukka Levänen, Arja - Liisa Linnansalo, Aulis Mäkinen, Jyrki Nieminen, Kari Oja ja Liisa Saarnivaara - Soini.

Tampere

Puheenjohtaja Paula Pietilä, Kalevan puistotie 13 A 18, 33500 TAMPERE, puh: 931 - 2532 850.

Turku

Turun Itsenäisen Elämän Keskus, Yliopistokatu 11 a, TURKU. Aluesihteeri Liisa Leinosen työpiste on toimistolla, josta hänet tavoittaa maanantaisin klo: 10 - 14. Tammikuun aikana toimistolla ei ole puhelinta, joten soittakaa ja ottakaa yhteyttä Kynnys ry puh: 90 - 685 0110, mikäli ette voi hoitaa asioitanne käymällä Turun Itsenäisen Elämän Keskuksessa maanantaisin.

Etsitään

Ruotsalainen tutkija Jörgen Johansson tekee väitöskirjaa Helsingin Yliopiston sosiaalipolitiikan laitoksella aiheenaan liikenteessä vammaituneiden sosiaaliset elinolot. Jörgen etsii nyt Kynnys ry:n kautta ihmisiä (vammautuneita henkilöitä ja/tai heidän lähiomaisi- aan), jotka olisivat halukkaita kertomaan omasta elämästään. Haastattelut tapahtuisivat kevään aikana ja haastateltavien tunnistamattomuus luonnollisesti turvataan. Kielitaito ei ole ongelma vaikka Jörgen toivookin ruotsinkielen taitoisia haastateltavia. Ota siis yhteyttä: Helsingin Yliopisto, Sosiaalipolitiikan laitos, Sosiaalityön yksikkö, Jörgen Johansson, Töölöntorinkatu 2 B 8 krs, 00140 HELSINKI.

Teatteri - ilmaisua

Teatterikorkeakoulu / Täydennyskoulutuskeskus suunnittelee kolmen kuukauden pituista Teatteri - ilmaisun kurssia vammaisille henkilöille (1.3. - 31.5.96). Kyse on täysipäiväisestä työllisyyskoulutuksesta, jonka tavoitteena on parantaa vammaisten henkilöiden mahdollisuuksia ja kilpailukykyä avoimilla työmarkkinoilla tukemalla ja vahvistamalla heidän itseilmaisukeinojaan. Tarkoitus ei siis ole kouluttaa vammaisia näyttelijöitä. Kiinnostuneet voivat ottaa yhteyttä Teatterikorkeakoulu / Täydennyskoulutuskeskus, suunnittelija Pekka Määttänen, puh: 90 - 773 932 46.

Asuntoja

Kaksi asuntoa vapaana palveluasumisryhmissä Helsingissä. Lisätietoja Marja Pajusaari puh: 90 - 732 3642 klo: 12 - 13.

HELIOS ja Kynnys ry

Kynnys ry jatkaa eurooppalaista yhteistyötä Helios-ohjelman piirissä. Kynnys ry on mukana Helios-ohjelman sosiaalisen integraation yhteistyöverkostossa. Verkoston tavoitteena on tutustuttaa eri EU -maissa vammaisasioiden ympärillä toimivia vammaisten integraatiota edistäviin toimintamalleihin. Verkoston yksi toimintatapa on tehdä opintokäyntejä vuosittain. Olen kutsunut yhden opintokäynnin tutustumaan Helsingin Itsenäisen Elämän Keskuksen vertaistukityöhön. Vuoden 1996 opintokäynnit (3 kpl):
28 - 31.3. Etelä-Italia, Calabria; 13 - 16.6. Tukholma, tutustuminen henkilökohtaisten avustajien työnantajaosuuskuntaan ja kolmas käynti 15 - 18.8. Kynnyksen Itsenäisen Elämän Keskukseen Helsinkiin, teemana vertaistuki. Yhteistyö tapahtuu englanninkielellä. Jos olet kiinnotunut Kynnys ry:n käynnistä, ota yhteyttä Elisa Pelkoseen p. 90 - 160 3880 tai 9400 - 503 515.

TRAFIKSKADENÄMNDEN

Missdokt

1996-06-21

Hur blev livet efter en svårare trafikolycka?

Trafikskadenämnden stöder en nordisk studie (i Sverige och Finland) som utförs inom Socialpolitiska institutionen vid Helsingfors´ universitet. Studiens mål är att utreda hur en handikappad persons liv blev efter en svårare trafikolycka. Forskningsresultaten hoppas vi är till nytta för trafikhandikappade och deras närmaste samt för hela samhället.

Forskningsarbetet utförs av Jörgen Johansson som är doktorand vid nämnda institution. Bifogat frågeformulär skickas ut både i Sverige och Finland på respektive språk till 750 personer i vardera landet.

Ni har slumpvis utvalts att delta i undersökningen på grundval av Er kontakt med Trafikskadenämnden tidigare. Trafikskadenämnden sköter även utskicket av enkäten.

Ert namn och adress kommer endast att finnas hos Trafikskadenämnden. Av svaren som skickas tillbaka går det inte, för någon annan än för nämnden, att identifiera Er. För forskaren Jörgen Johansson kommer Ni således att vara anonym och okänd. Forskningsresultaten kommer att publiceras i sådan form att man i det inte kan urskilja eller identifiera någon enskild person.

Vi hoppas att Ni vill medverka i undersökningen och tillföra kunskap om trafikhandikappades vardag och levnadsförhållanden i de båda länderna.

Vi ber Er skicka tillbaka det ifyllda frågeformuläret i bifogade svarskuvert inom två veckor. Om Ni har några frågor kan Ni kontakta någon av nedanstående personer på Trafikskadenämnden i Stockholm, tel. 08/783 73 00:

Lilian Ibbing 1-12 juli
Eva Stangberg 15-19 juli
Kersti Ulander 22-26 juli
Solveig Almblad fr.o.m. 29 juli

Vänliga hälsningar och tack för Ert deltagande

Edmund Gabrielsson
Trafikskadenämndens ordförande

Solveig Almblad
kanslichef

Besöksadress
Tegeluddsvägen 100

Postadress
115 87 Stockholm

Telefon
08-783 73 00

Telefax
08-662 45 41

och Fin-
d Helsing-
andikappad
ingsresulta-
deras när-

ktorand vid
åde i Sveri-
vardera

grundval av
enämnden

kskadenämn-
någon annan
en Johansson
sresultaten
kan urskilja.

llföra kun-
nden i de

i bifogade
n Ni kontak-
n i Stock-

Telefax
08-662 45 41

TRAFIKSKADENÄMNDEN

Missd2

1996-08-12

Påminnelse

Enkät - Hur blev livet efter en svårare trafikolycka?

För en tid sedan erhöll Ni ett frågeformulär med missiv från Trafikskadenämnden. I missivet ombads Ni att medverka i ett forskningsprojekt vars mål är att tillföra kunskap om trafikhandikappades vardag och levnadsförhållanden.

Det är angeläget att så många som möjligt av dem som ombetts delta i projektet besvarar de frågor som ställs i frågeformuläret. Nämnden skulle därför sätta stort värde på om Ni ville medverka i undersökningen genom att fylla i bifogade formulär och skicka det tillbaka till nämnden i bifogade portofria svarskuvert.

Med vänlig hälsning

Solveig Almblad

Besöksadress
Tegeluddsvägen 100

Postadress
115 87 Stockholm

Telefon
08-783 73 00

Telefax
08-662 45 41

TRAFIKSKADENÄMNDEN

jöjo

1996-09-27

En påminnelse/vädjan

Enkät - Hur blev livet efter en svarare trafikolycka?

För en tid sedan fick Ni ett frågeformulär med missiv från Trafikskadenämnden. I missivet ombads Ni att medverka i ett forskningsprojekt vars mål är att tillföra kunskap om trafikhandikappades vardag och levnadsförhållanden.

I mitten av augusti 1996 skickades en påminnelse ut. Intresset av att medverka i projektet har varit stort. Men det har inte varit tillräckligt stort för att ge projektet vetenskaplig betydelse. För detta krävs flera svar.

Mot bakgrund av vad som har sagts ovan vill vi från Trafikskadenämndens sida **vädja till Er** att - i mån av möjlighet - delta i projektet genom att fylla i bilagda frågeformulär och skicka det tillbaka till nämnden i bifogade portofria svarskuvert.

Tack på förhand för Er medverkan.

Med vänlig hälsning

Solveig Almblad

Besöksadress	Postadress	Telefon	Telefax
Tegeluddsvägen 100	115 87 Stockholm	08-783 73 00	08-662 45 41

från Trafik-
forsknings-
ikappades

ntresset av
inte varit
etydelse.

afikskade-
delta i
skicka det
.

Telefax
08-662 45 41

TRAFIKSKADENÄMNDEN

Kenk4 bi

1996-11-07

Angående komplettering av enkätsvar rörande studien "Hur blev livet efter en svårare trafikolycka"?

Varmt tack för Er medverkan i rubricerade studie vars mål är att utreda hur en handikappad persons liv blev efter en svårare trafikolycka. Studien, som stöds av Trafikskadenämnden, utförs av doktoranden Jörgen Johansson.

Jörgen Johansson önskar nu att Ert svar på enkäten kompletteras med angivande av följande

Behandlingstidens längd:. .....

Invaliditetsgrad:. .....

Det är av **mycket stort värde** för forskningsresultatet att svar lämnas. Vänligen gör detta ovan och skicka svaret tillbaka till Trafikskadenämnden i bifogat svarskuvert. Portot är betalt.

TACK PÅ FÖRHAND FÖR ER MEDVERKAN ÄVEN I DENNA DEL.

Med vänlig hälsning

Solveig Almblad
Kanslichef

Besöksadress Tegeluddsvägen 100 | Postadress 115 87 Stockholm | Telefon 08-783 73 00 | Telefax 08-662 45 41

VAKUUTUSALAN KUNTOUTTAMISKESKUS
Risto Seppäläinen/ss

13.5.1996

ASIA: Millaiseksi elämä muodostui vaikean liikenne-onnettomuuden jälkeen?

Parahin Vakuutusalan Kuntouttamiskeskus (VKK) r.y:n asiakas,

VKK osallistuu yhteistoiminnassa Helsingin yliopiston sosiaalipolitiikan laitoksen kanssa Suomessa ja Ruotsissa tehtävään tutkimukseen, jonka tavoitteena on selvittää millaiseksi vammautuneen elämä muodostui vaikean liikenneonnettomuuden jälkeen. Tutkimustuloksista toivomme olevan hyötyä liikennevahingossa vammautuneille ja heidän läheisilleen sekä koko yhteiskunnalle.

Tutkijana toimii Jörgen Johansson. Oheinen kysymyslomake lähetetään sekä Suomessa että Ruotsissa asianomaisilla kielillä 750 henkilölle, joiden toivomme vastaavan esitettyihin kysymyksiin huolellisesti.

Teidät on valittu tutkimukseen, koska olette ollut VKK:n asiakkaana. VKK hoitaa myös kyselyn postituksen.

Nimenne ja osoitteenne pysyvät ainoastaan VKK:n tiedossa eikä palauttamistanne vastauksista voida tunnistaa Teitä. Tutkija Jörgen Johanssonille Te tulette pysymään tuntemattomana samoinkuin tutkimustulos tulee esitettäväksi siinä muodossa, ettei siitä voida tunnistaa ainoatakaan yksityistä henkilöä.

Toivomme Teidän suhtautuvan myönteisesti tähän tutkimukseen ja lisäävän tietoa liikenteessä vammautuneiden arjesta ja heidän elinolosuhteistaan. Teidän tietojenne ja kokemustenne perusteella on mahdollista tehdä myös vertailuja molempien pohjoismaiden välillä.

Pyydämme palauttamaan täytetyn kyselylomakkeen oheistetussa kirjekuoressa kahden viikon kuluessa. Mahdollisiin kysymyksiinne vastaa kuntoutuspäällikkö Erkki Luoma-aho, puh. 90-68040734.

Kevätterveisin ja avustanne kiittäen

VAKUUTUSALAN KUNTOUTTAMISKESKUS (VKK) r.y.

Risto Seppäläinen
toimitusjohtaja

LIITTEITÄ

Postiosoite	Puhelin	Telefax
Hopeatie 2 00440 Helsinki	(90) 680 40 70	(90) 680 40 780

VAKUUTUSALAN KUNTOUTTAMISKESKUS
Risto Seppäläinen/ss

24.6.1996

ASIA: Millaiseksi elämä muodostui vaikean liikenneonnettomuuden jälkeen?

Parahin Vakuutusalan Kuntouttamiskeskus (VKK) r.y:n asiakas,

Olemme lähettäneet Teille 26.4.1996 päivätyn kirjeen ja kysymyslomakkeen yllämainitussa asiassa. Kirjejäljennös on liitetty oheen.

Koska emme ole vielä saaneet Teiltä vastausta, joka olisi tärkeä tutkimuksen onnistumisen kannalta, pyydämme Teitä ystävällisesti palauttamaan tämän mukana uudelleen seuraavan kyselylomakkeen asianmukaisesti täytettynä oheisessa vastauskuoressa mahdollisimman pian.

Kesäterveisin ja yhteistyöstä kiittäen

VAKUUTUSALAN KUNTOUTTAMISKESKUS (VKK) r.y.

Risto Seppäläinen
toimitusjohtaja

LIITTEITÄ

Postiosoite
Hopeatie 2
00440 Helsinki

Puhelin
(90) 680 40 70

Telefax
(90) 680 40 780

15. Sakregister

accepterande 286
som copingstrategi 60
Adams, John 29
Afasi 244
AIDS-patienter 360
Airaksinen, Timo 68
AIS-skalan 106, 197
Alaranta, Hannu 140
Alkoholpolitiken 32
Allardt, Erik 79, 80, 81, 85, 88, 359
Allebeck, Peter 74, 155, 160
Almblad, Solveig 11
altruism 61, 63, 257, 266, 286
allmän definition 43, 127
begreppets definition i avhandlingen 62
offerjour 67
offrandets glädje 67
ambivalensen 183
ambivalenta gruppen 183
amputerade 238
Andersson, Anna-Lena 74, 75, 87, 155, 160
Andersson, Lilian 17
Anja 239, 240, 250, 264, 275, 276, 306, 307, 328, 329, 342, 346, 349, 350, 355
annonsering 97
Antonovsky, Aaron 56, 58, 290, 291, 313
Antti 239, 240, 244, 264, 268, 269, 295, 304, 315, 341, 342
arbetare 153, 154, 157
arbetslösa 158
Arbetspensionsanstalternas Förbund rf 40
asbestskadade 93
Australien 14, 16, 37, 38, 72
Autoliv AB Research 12

bandspelare 108
under intervjuer 108
barntrafikskador 32
Beck, Ulrich 50, 51
bekymmer
definition av 27
bemästring 26, 27, 69
bemästringsakt 259, 282
bemästringsstrategier 91, 289
den handikappades olika 71
emotionella 289
i avhandlingens modell 85
mellanmänskliga 289
problembaserade 289
bemötande 153, 154, 155
Berglind, Hans 53
Berglund, Anita 76
Bernler, Gunnar 100
bilbälten
användandet i Finland 78
bilism 138, 177
handikappades inställning 139, 177
utveckling i Finland 30
utveckling i Sverige 30
Bjerkman, Anders 100
Björneborgs allmänna sjukhus
studie av trafikskadade 77
Björnstig, Ulf 78, 87
Blomgren, Ulf 11
blödarsjuka
coping i samband med 57
Boland, M Daniel 63
bortfall 111, 112
bortfallsanalys 111, 112, 113
bortfallsgrupp 111
Borås 12
Brannen, Julia 91
Brattberg, Gunilla 57
Breakwell, Glynis M 55, 56, 57, 60, 285, 288,

298, 300, 322
Brettschneider, Gunvor 11
Bring, Gunilla 76, 87
Brom, Daniel 59, 73
bruttourval 110, 111
Bryant, Richard A 59
Bränholm, Inga-Britt 56, 57, 61
Bunketorp, Olle 74, 75, 155, 160
Bygren, Lars-Olov 78

Cahill, Michael 38, 39
capability approach
Sen, Amartya 46
Carlsen, Jan 23
Centralbiblioteket för Hälsovetenskap 13
Chirban, T John 93, 94, 95, 96, 101
chock 141
Christianson, Sven-Åke 98, 100, 312
Coca, Beatriz 58, 134, 301, 302, 305
Comte, Auguste 62
coping
innebörden av 43, 56, 69
copingskala 58, 69
copingstilar 56
copingstrategi 55
Breakwells definition av 55
Crafoord, Clarence 283
crash-fasen 51
CSQ 59
CTRF 27
Culyer, Anthony J 52, 53, 85, 359, 364
cykelolyckor 23
konsekvenser av 78

Dahlbäck, Lars-Olof 75, 87
Danmark 23, 25, 30, 31, 33, 37, 38
Defekta damer 36
deltagande observation 91
fördelar 91
fördjupning 91
som forskningsmetod 91, 96
depression 141
DeSilva, Harry R 22
DHR 12
Diekmann, Achim 34
differensprincip 82
diskriminering 123
den sociala modellen 123
dispositionsbegrepp 53
djupintervjun 90
som metodologi 90, 93, 95, 100
drama 17, 229
grekiska klassiska 229
Duthie, Robert 72
Dworkin, Ronald 82
dödens väntrum 247
pojkes väntan i 247
egoism 65, 68

Ehrnrooths Stiftelse, Ella och Georg 12
Ekholm, Anders 12
Elvik, Rune 35, 87
England 37, 38
enmancipations-paradigm 89
och ömsesidighet 89
empatisk förståelse 93
epidemi 22, 26, 28
Epidemiologiskt centrum 29
Eriksen, Frank Leo 312
Eriksson, Katie 13, 230, 232, 233, 255, 270, 275, 317, 339, 344, 345, 348
Essén, Tor 12
Estland 37, 38
Estoniakatastrofen 24
EU 34
Europa 38
European Federation of Road Traffic Victims 67
Europeiska Gemenskapernas Kommission 34
existensvillkor 86
existentialism 126, 127

Fagrell, Catharina 323
familjemedlem
relation till 75
fibromyalgi
coping i samband med 57
Filip 239, 240, 248, 268, 296, 297, 304, 310, 346, 352
Finland 30, 31, 37, 38
Finlands Lag 45, 46
Finlands Svenska Socialförbund rf 12
finska språket 98, 99
intervjupersonen och 98, 99
Finska vinterkriget 24
Foddy, William 101
Folkman, Susan 57, 92
FOLKSAM 11
Fortsättningskriget 24

Frankenhaeuser, Marianne 293
Frankl, Viktor E 71
Frankrike 25, 37, 38
FRC 11, 40, 41, 105, 106, 110, 111, 121
frihet
akt i drama 18
företagare 153, 154, 155, 157
förmåga 81, 82
funktionsnedsättning 144
uppnåelse av välfärd 144
föreningsaktivitet 28
förnekelse 286
försoning 67
försoningsakten 259, 282
försoningsfasen 255
förståelse 93
förståelsesociologin 93
försäkringsbolag 153, 154, 155
försäkringskassan 41
skadades upplevelse av bemötande 153, 154, 155

Gabrielsson, Edmund 11
Geite, Elisabet 12
globalt problem 24
Goffman, Erving 58, 60, 65, 66, 282
Gough, Ritva 326
Green, Margaret 72
Grey, Nick 240
Griggs, William 72
grounded theory 91
som kvalitativ metod 91
Gummesson, Margit 32
Gunnar 239, 240, 252, 336, 337, 338
Guria, Jagadish C 35
Göteborg 75, 78, 104

Habermas, Jürgen 126
Haddon, William 51
matris över trafikolyckan 51
Hagberg, Bo 59
Hakamies-Blomqvist, Liisa 203
Hales, Gerald 327
handikapp
allmän definition av 45
begreppet 43, 44
definition i Finlands Lag 45
förtydligad definition 45
handikappforskning 34
metodvalets betydelse 89
paradigm 89
handikapphjälpmedel 46
handikappmodeller 123
Oliver, Michael 123
handikappolitiken 33, 46, 149
handikapprörelsen 149
trafikskadades upplevda stöd av 149
Handikapputredningen 27
Hannan, T Michael 91
Harjuvaara, Orvokki 312
Hartelius, Hans 69
Harvey, AG 59
Haukeland, Jan Vidar 73, 87, 116, 143, 241
hedonism 43, 61, 62, 259, 266, 286
värdetypologier 61
Heikel, Henrik VA 77, 87
Heiskanen, Markku 43
Helmius, Gisela 34, 330
Helsingfors 30, 31, 34, 36, 105, 106, 110
Helsingin Sanomat 12
hemarbetande 158
hemhjälp 326
efter olyckan 326
hemvårdare 326
daglig skötsel av 326
Henry Ford Stiftelse 12
heroism 43, 61, 68, 259, 286
Hetzler, Antoinette 33
Hirsch, Fred 28, 42
Hirst, Michael 55, 85
Hjalmar 239, 240, 247, 248, 266, 268, 272, 273, 274, 277, 299, 300, 307, 308, 310, 315, 346, 350
Hofman, Marijke C 59, 73
Holland 37, 38
Holm, Lena 224
Hultling, Claes 77
humor 286
Hunter, Christine 72
Häkkinen, Sauli 43
hälsoproblem
trafikolyckan som ett 23, 26
hälsosituation 142, 143
höftledsinflammationer
coping i samband med 57
högre tjänstemän 153, 154, 157

ICD-10 106
icke-sannolikhets urval 98
IES-skalan 59
individuell modell 123
individuellt problem 90
trafikskadan som 90
information 145
informationssökning 286
som bemästringstrategi 286
Ingela 239, 240, 252, 335, 337
Inkeri 239, 240, 253, 315
inofficiell värld 125
inre livskvalitet 53
interaktion
mellan intervjuare och intervjuperson 96
interaktiva-relations-approachen 94, 95, 101
intergroup copingstrategier 56, 285, 318
interpersonal copingstrategier 56, 285, 318
interpretativa paradigmet 90
intervjuguide 109
intra-psychic copingstrategier 56, 285, 318
invalid 45
uppfattning om ordet 46
Invalidförbundet 12, 34, 36, 46, 97
invaliditetsklasser 114, 118, 119, 163
medicinsk invaliditet 114, 118, 119, 163
Invalidityö 12, 97
invaliditetspension 31
invänjande 286
som copingstrategi 286
Irene 239, 240, 246, 247, 265, 296, 298, 299, 303, 304, 346, 352, 353
Island 30, 31, 37, 38
isolering 141, 286
som copingstrategi 60, 286
ISS-skala 106
Italien 37, 38

Japan 25
Jari 239, 240, 245, 257, 258, 291, 297, 304, 305, 353, 354, 357
Jarkman, Kristina 77, 271
Jensen, Irene 293
Johansson, Jörgen 312
Johansson, Kurt 203
Johansson, Sten 81
jämlikhet 36

Kaimio, Maarit 229, 257
Karisto, Antti 11
Karkola, K 78, 87, 159
Karlsson, Jon 75
Karlsson, Mona 12
Karlström, Urban 13
Karolinska institutet 13, 77, 224
Karttunen, P 78, 87, 159
katastrof 21, 23, 24, 27, 71
Katri 239, 240, 249, 250, 260, 268, 271, 272, 296, 325, 326, 327, 328, 333, 334, 335, 342
Kekkonen, Urho K 21
Kennedy, Paul 240
KFB 13
Kieslowski, Krzysztof 9, 17, 18, 68, 230, 231, 232, 237, 257, 283, 328, 333, 335
Kivioja, Aarne H 78, 87
Kleber, Rolf 59, 73
Koch, Maria von 76, 293
kodning 60, 91, 110
kollision
definition av 44
Kommunikationsdepartementet 32, 34
kommunikationsmedel 22
komparativ ansats 90
kompensation
i avhandlingens modell 85
konst 286
Koreakriget 24
krig
jämförelse med trafikskador 23, 24
kroniska ryggsmärtor
coping i samband med 57
Kroon, Per-Olof 75, 78
kroppsspråk 101, 108, 263
språkformens betydelse 101, 108
under intervjuprocessen 101, 108
krympling 45
Kulturfonden för Finland och Sverige 12
Kuopio 78, 159
Kuopiouniversitetet 78, 159
kvalitativ ansats 90
kvantitativ forskningsmetod 90
kvinnogrupp 34, 36
Kynnys ry 12, 36
kärlek 68
kön 114
bortfall 114

könsskillnader 172, 173
handikappade i Sverige 172, 173
körkort 138

landsbygden
i Finland 30
Landsforeningen for Trafikkskadde 37
Lapplands universitet 12, 76
Lardot, Raisa 312
Larsson, Thomas 32
Lazarus, Richard S 57, 58, 60, 92, 285, 286, 287, 308, 322
Leden, Lars 12, 33, 203
Leion, Alfhild 213
Lereim, Inggard 23, 28, 73, 87
Letterstedtska föreningen 13
Levi, Richard 77
Leymann, Heinz 56, 71
lidandet 233, 270
lidandets drama 233
lidandets universum 344
Likertskalor 58
Linderholm 109
Lindström, Bengt 80
Linköpings universitet 75
livsberättelser
under postaccidentalperioden 86
livskvalitet 54, 55
livskvalitetsbegreppet
definition av 53
livsvisdomar 22
livsvärld 126, 127, 129, 130, 133, 134, 209, 210, 211, 212, 213
copingresurser i 128
Habermas och 126
verkliga människor i 128
longitudinellt perspektiv 170, 241
lots 66
low level equality 48
Lowe, Robert 240
Lundberg, Catarina 203
Lundin, Tom 56, 57
Lundqvist, Christer 161, 324
Luoma-Aho, Erkki 11, 140
låginkomstutredningen 80
lägre tjänstemän 153, 154, 157
läkemedel 32, 33
läroprocess
offrandet som 61

Lääperi, Timo 140
MAIS 106
makro-nivå 126, 127
maktutredningen 216
Malt, Ulrik 73, 87
Mannila, Simo 161, 162, 208
marginalisering 141, 162
Maria 239, 240, 243, 244, 262, 263, 267, 276, 278, 295, 302, 308, 309, 314, 333, 346
Martinson, Harry 9, 242, 243, 255, 341
massmedierna 21, 313, 365
Mattsson, Bengt 74
Mayou, Richard 72
McFarlane, Alexander 72
medborgarrättsorganisation 36
Mejlands sjukhus 13
Mellbin, Gunnel 74, 75
meningsuttryck 93
meso-nivå 124, 127
Meyer-Fugl, Axel R 56, 57, 61
Meyer-Fugl, Kerstin S 56
Mills, Wright C 27, 42
minimera 286
som copingstrategi 60, 286
minnen 99
minnesfunktioner 99, 101
minnessvårigheter från trauma 99, 115
minnesförluster 99, 115
Moberg, Vilhelm 21
mobilitet 229
Mohlin, Hans 13
Monash University Accident Research Centre 14, 16
Monika 239, 240, 251, 310, 346
Montgomery, Henry 300
Motorförarnas helnykterhetsförbund 32
muskeldystrofi 77
och levnadsvillkor 77
Myllynen, Pertti J 78, 87
Mäki, Martti 11

Nader, Ralph 23
Næss, Siri 53, 54, 57, 101, 287, 288, 308, 324
Nagel, Thomas 63
narkotika 32, 33
narrativt 93
Nederländerna 59
negativ frihet 81
definition av 82

negativism 288
nettourval 110, 111
New Jersey 295
nollvisionen 30, 215
Norden 26, 33, 73, 79, 103
Nordhoff, Lawrence S 38, 44, 45
Nordiska museet 76, 313
NORDSEI 110, 156, 158
Norge 30, 31, 33, 35, 37, 38, 54, 57, 73, 143
  skandinavisk skadestudie 23
Norrlands Universitetssjukhus 104
Nozick, Robert 82, 83, 84
NUDIST 110
Nya Zeeland 35
Nyberg, Per 77, 80, 93, 96, 109, 309
Nyberg, Peter 78
Nygren, Åke 13, 24, 76, 87, 224, 293
Nygrens Stiftelse, Elisbeth och Birgit 12
nyorienteringsfasen 170
nyskadade
  nätverkets betydelse för 176

Oakland, Susan 92
officiella världen 124, 125
offra
  framgången i offrandet 61
offrande 67, 255
offrandets glädje 67
Oliver, Michael 89, 123, 275
Olkkonen, Seppo 43, 78, 87, 103
Olofsson, Per-Olof 260, 262
olycka 43
Olycksanalysgruppen 104
Olycksfallsförsäkringsanstalternas Förbund rf 401
ontologisk 61
optimism 286
  som copingstrategi 60, 286
organiserad altruism 66
Ostell, Alistar 92

pandemi 23, 26
Patton, Michael Quinn 91
Pensionärer 158, 153, 154, 155, 157
Per 239, 240, 248, 249, 265, 268, 271, 310, 336, 349, 355
personal troubles 27, 42
personliga problem 28
Persson, Lars-Olof 300
Peräkylä, Anssi 360, 361
Piirainen, Keijo 12, 76, 77, 87
pilottest 106, 107
  i båda länderna 106, 107
Pirjo 239, 240, 252, 264, 267, 303, 310, 315, 339, 340, 349, 352
planering 286
  som copingstrategi 286
Polen 37, 38
positiv frihet 81
  definition av 82
positivistiskt forskningsparadigm 89
  handikappforskning som 89
postaccidentala perioden 51, 86, 134, 170
postaccidentala reaktioner 171, 182, 184, 187, 188, 189, 190, 191, 192, 193, 194, 195, 196, 197, 198, 199, 200, 201, 202
  begränsad validitet och reliabilitet 183, 184
postcrash-fasen 51
post-traumatisk tid 169
preaccidentalperioden 86
precrash-fasen 51
presidenttal 21
primära nyttigheter 82
problem 27
  definition av 28
problemfokuserande bemästring 318
  definition av problemlösning 286
  som copingstrategi 57, 60, 286
professionalisering 66
profilbild 25, 116, 117, 118, 141
psykisk skada 84, 85
psykiskt välbefinnande 53, 142
PTSD-skalan 59
PTU 37

Radley, Alan 66
Ragin, C Charles 120
Raimo 239, 240, 251, 268, 294, 306, 310, 349, 352
Rauhala, Urho 156
Rawls, John 48, 82, 83, 84
rehabilitering 86, 99
rehabiliteringshem 65, 109, 275, 281
rekommendation 97
reliabilitet 115, 116
Renwick Monroe, Kristen 62, 63, 64, 68, 282
resignation 286
  som copingstrategi 60, 286

Resnick, Cheryl 295, 296
retrospektiva uppföljningar 97
reumatism
coping i samband med 57
Ringen, Stein 51, 52
Riska, Hasse 312
risksamhälle 29, 50, 69
Roberts, H.J 24
Rokkanen, Pentti U 78, 87
Romanus, Bertil 75
Rovaniemi 12
RTP 12, 13, 66, 76, 97, 152, 215, 309, 310, 313, 364
bildandet 36
RTS 106
Rudmalm, Anette 212
Rydén, Anna 300
ryggmärgsbråck 77, 271
ryggmärgsskador 31, 58, 238
rymdaxel 124
definition av 124
Ryssland 37, 38

samhällsproblem 23
Santavirta, Nina 57, 291, 308, 322
Sariolan Säätiö, E.J 12
SBU 24, 25
SCB 29, 44, 104, 138, 152, 222
Scharff, Virginia 138
Schwartz, H Shalom 61, 62
Schweiz 37, 38
SEI 156
Seija 239, 240, 253, 274, 275, 278, 307, 314, 333, 346, 350, 355
Sen, Amartya 46, 48, 49, 51, 52, 80, 81, 82, 83, 85, 88, 279, 280, 282, 359, 363
Seppäläinen, Risto 11, 140
Short, Emma 240
Silverman, David 96
singelolycka
definition av 44
Sirkka 239, 240, 246, 265, 295, 306, 314, 315, 331, 332, 333, 342, 346, 351, 354
Sisula-Tulokas, Lena 40
självbiografi 102
som metodologi 70, 102
självförverkligande 257
självhjälpsgrupper 66
självmord
i Sverige 23
självtillit 286
som copingstrategi 60, 286
Sjöholm, Ann-Christine 77, 348
Sjöström, Bengt 260, 262
skaderegister 97
för retrospektiva studier 97
skadeår 118
skallskador 31, 115, 116, 238, 244, 250, 262
Skandia försäkringsbolag 13
Skandinavien 23
skolbussolycka
svår olycka i Norge 73
skrivande 286
Slätis, Pär 29, 77, 87
Smith, Jack 169, 170
social isolering 52
social issues 27, 42
social kostnad 34
definition av 35
social modell 123
social problematik 26
social skada 84, 85
social tidtabell 170
sociala problem 28
sociala rättigheter 145, 146
informationsbrist 145, 146
sociala tidsstationer 170
definition av 170
Socialstyrelsen 23, 29, 39
socialt stöd 286
som copingstrategi 58, 60, 286
sorg 141
i Finland 185
i Sverige 185
kulturella skillnader 185
negativ reaktion 141
som reaktion 185
Spanien 37, 38
Spinalis 77
SPSS 110
Statistikcentralen 31, 44, 105, 138, 156
stigma 60, 66
Storbjörck, Else 312
Storbritannien 33
stress 23
studerande 153, 154, 157, 158
stödgrupper 66
substitution 286

som copingstrategi 60, 286
Suikkanen, Asko 76, 87
Suokas, Leila 302
Suominen, Sakari 291
svarsfrekvens 112
Swedner, Harald 124
Sven 239, 240, 251, 278, 305, 351
svenska språket 98, 99
intervjupersonen och 98, 99
Svensk Handikapptidskrift 12, 97, 98
Sverige 30, 31, 37, 38
omkomna i olycksfall 33
Sveriges Försäkringsförbund 39, 40, 41
Sveriges Rikes Lag 46
Swiss Medical Weekly Journal 97
sympati 65, 257
sysslesatta 158
systemvärld 125, 127, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 205, 206, 207, 208, 212, 213
arbetsåtergång i 125
copingresurser i 128
existentiellt 127
försäkringsbolag i 125, 131
Habermas och 126
interaktion inom 125
kvinna i 205

talhandikapp 244
Tengström, Emin 22, 27, 28
tetraplegiker 250
mor med barn 250
Thernlund, Gunilla 56
Thorson, Jan 29, 74, 75, 87, 103, 104
tidsaxel 124
definition av 124
tidsstationer 170
Timm, Mikael 68
Tingvall, Claes 13, 16
Titmuss, Richard M 83
Tolagen, Anders 43, 75, 87, 104
tolk 98
Tolonen, Jorma 78
Tomi 239, 240, 249, 265, 298, 346, 349, 354
Trafikförsäkringscentralen 31, 40, 105
Trafikförsäkringsföreningen 11, 104, 105, 121
Trafikförsäkringsförordningen 40
trafikofferjouren 66
trafikolycka 37, 43
trafiksjukdom 23, 26
trafikskada
som begrepp 43, 44
Trafikskadelagen 40
Trafikskadenämnd
i Sverige 11, 104, 105, 106, 111, 121, 160
trafikskaderegister 104
Trafikskyddet 11, 31, 105, 138
Transportøkonomisk institutt 73
trauma 141
tredje statsmakten 21, 313, 365
trofasthet 68
Tröskeln rf 36, 97
Tuma, Brandon Nancy 91
Tyskland 37, 38

Ulvik, Annicken 73, 87
Umeå 75, 76
Umeå universitet 75
Ungern 37, 38
uppnåendenivå
definition av 49
upprop 98
Uppsala 74
Uppsala universitetsbibliotek 13
Urklippsverk, Brages 13
urval 97
genom självselektion 97
USA 22, 25, 37, 38, 58
utstående 286
som copingstrategi 60, 286
Uusmann, Ines 215

Validitet 115, 116
validitetsproblem 115, 116
Walls, Georg 9, 11, 126
vanför 45
vanskapt 45
varanden 81
Weber, Max 93
Wedin, Jörgen 74
verstehen 93
verstehen-metoden 93
whiplashskadade 37, 76, 124, 238, 251, 277, 278, 365
WHO 43
Vietnamkriget 24
Ville 239, 240, 243, 250, 260, 261, 262, 267, 310, 349, 352
Winberg, Anna-Greta 312

Winje, Dagfinn 73, 87
VTT 12
vårdlidande 275
vägtrafikolycka
definition av 44
vägtransportsystem 15
Vägverket
i Finland 33
i Sverige 12, 13, 14, 29, 30, 33
välbefinnande 43, 81
välfärd 43
Ringens betraktelsesätt av 51
välfärdsbegreppet 51
välfärdsbrister 166
välfärdsdrama 17, 18, 26
välfärdskonsekvenser 79
komparativ studie av 79
välfärdskontradiktion 52, 53
välfärdsmodell 79, 80, 81, 83, 88
Allardt, Erik 79, 80, 81, 88
värdeteori
Schwartz, H Shalom 62
Wärenstams Stiftelse, Tore G 12
Värmlands län 76, 278

Ystgaard, Hansmagnus 23

Zingmark, Doris 75, 87

ålder 114, 117, 164, 173
bortfall 114

Ära 68

Ödman, Maj 293
Öflunds Stiftelse, Oskar 12
Östergötlands län 75
överflödets paradox 28
överhjälpt 286, 298
överlevnadsdramer 229