



International Research Institute of Stavanger

www.iris.no


Linn Farstad og Kjersti Lunde Ellingsen

**Tilbudet Raskere tilbake for
personer med ervervet
hjerneskode:
Pasientgrunnlag, innhold
og nytteverdi av tilbudet 2008 - 2011**

Rapport IRIS - 2011/238

Prosjektets tittel: Tilbudet Raskere tilbake for personer med ervervet hjerneskode
Oppdragsgiver: Sykehuset Innlandet
ISBN: 978-82-490-0751-6
Gradering: Åpen


Stavanger, 21. desember 2011

for

Kjersti L. Ellingsen
Prosjektleder

21.12.2011
Sign.dato


Astrid Solberg
Kvalitetssikrer

21.12.2011
Sign.dato

for

Gottfried Heinzerling
Forskningsdirektør
Samfunns- og næringsutvikling

21. desember 2011
Sign.dato

Forord

I 2010 kom ”Rapporten Tilbudet Raskere tilbake for personer med ervervet hjerneskade, Pasientgrunnlag, innhold og nytteverdi” (Ellingsen, Kiær, Aas, Skoland & Solberg, 2010). Rapportens datagrunnlag var pasientjournalopplysninger samlet inn fra april 2008 til mai 2010.

I denne rapporten er det samme datamaterialet brukt, men dataene er utvidet med pasientene som kom til etter forrige periode. Det vil si at nå er dataene fra april 2008 til august 2011. I tillegg er nå analyser av pasientenes rapporterte livskvalitet målt før og etter tilbud tatt med. Livskvalitet er kartlagt ved hjelp av spørreskjemaet *World Health Organization Quality of Life (WHOQoL)*.

Sammendrag

Bakgrunn: Intensjonsavtalen om et inkluderende arbeidsliv har som mål å inkludere flere personer med nedsatt funksjonsevne i arbeidslivet. Personer med ervervet hjerneskade har ofte komplekse problemer, men flere studier viser at det likevel er en stor andel som kommer tilbake i arbeid ved hjelp av godt koordinerte tverrfaglige arbeidsrettede rehabiliteringsprogram. Raskere tilbake er et tiltak iverksatt etter Sykelønnsutvalgets satsning på arbeidsrettet rehabilitering i 2007, og det skal gi sykmeldte arbeidstakere tilbud om raskere sykehusbehandling, eller raskere rehabilitering gjennom NAV eller helseforetakene. Prosjektet *Raskere tilbake for personer med ervervet hjerneskade* ble startet opp som et nytt dagtilbud ved Sykehuset Innlandet i 2008.

Mål: Målet med studien var å få kunnskap om tilbudet Raskere tilbake for personer med ervervet hjerneskade. Et særlig fokus var på *pasientgrunnet*, men også på *innholdet* og *nytteverdien* av tilbudet. I tillegg ble pasientenes egen livskvalitet målt før og etter intervensjonen. Det var ikke mulig i denne studien å vurdere den eksakte effekten av tilbudet, noe som krever en kontrollgruppe og at det var en tilfeldig gruppe som fikk tilbudet (randomisering).

Metode: Studien besto av en kvantitativ analyse av pasientjournalopplysninger og spørreskjemaet WHOQoL. Registreringsskjema ble hentet ut av personell ved sykehuset og overført anonymt til forskningsmiljøet. Pasientene som deltok fylte selv ut spørreskjemaet WHOQoL før og etter tilbudet. Journaldataene var fra 185 pasienter som hadde mottatt tilbudet *Raskere tilbake for personer med ervervet hjerneskade* i perioden april 2008 til august 2011. Dette utgjorde 90 prosent av alle pasientene i perioden. Det ble i hovedsak gjennomført deskriptive analyser av dataene, men også enkelte analyser av forskjeller mellom grupper, tidspunkt og ytelser (Chi-square, målt ved P-verdi) ble gjort. Spørreskjemaet inneholdt spørsmål om livskvalitet før og etter mottatt tilbud.

Resultater: Om *pasientgrunnet* viste resultatene at pasientgruppen besto av 57 prosent menn og 43 prosent kvinner, og gjennomsnittsalderen var 49 år. Kun tre prosent var uten et arbeidsforhold, og 70 prosent hadde full stilling hos sin hovedarbeidsgiver. Så mange som 70,1 prosent hadde hatt hjerneslag, mens cirka 20 prosent hadde hatt en traumatisk hjerneskade. Over tre fjerdedeler av pasientene opplevde lette kognitive vansker som nedsatt oppmerksomhet, konsentrasjon og økt tretthet etter skaden. Omtrent 50 prosent av pasientene hadde motoriske vansker. Nærmere 8 prosent var ikke sykmeldt ved henvisning, og blant de litt over 90 prosent som var sykmeldte hadde cirka halvparten vært sykmeldt inntil 8 uker. Mer enn 40 prosent hadde vært sykmeldt over 8 uker (langtidssykmeldt) før de ble henvist. For årene 2008 til 2011 kan man se en tydelig tendens til at pasientene har vært sykmeldt kortere tid ved henvisningstidspunkt. De fleste fikk tilbudet kort tid etter sykdommen eller skaden hadde inntruffet, og 63,1 prosent av gruppen fikk tilbud innen 3 måneder etter hendelsen.

Resultater om *innholdet* og *varigheten* i tilbudet viste at de fleste pasientene mottok flere enn ett tiltak i tilbudet. De aller fleste hadde individuell poliklinisk kontakt. Når det gjelder varighet på tilbudet, deltok over 40 prosent av pasientene mindre enn 6 måneder. En litt mindre andel (31,7 %) deltok i tilbudet i seks til 12 måneder, mens en enda mindre andel

(26,3 %) deltok i mer enn ett år. Det var små forskjeller i varighet etter hvilken diagnose pasientene hadde.

Pasientenes *nytteverdi* av tilbudet ble vurdert ved å sammenligne arbeidsstatus, prosentvis NAV – ytelse og livskvalitet før og etter tilbud. Over femti prosent var i arbeid ved tilbudsavslutning, mot bare 16,6 prosent ved tilbudsstart. Denne endringen var signifikant. Videre sank den gjennomsnittlige andelen NAV - ytelse fra 88,7 prosent ved start, til 66,1 prosent ved avslutning. Denne forskjellen var også signifikant. Både endret arbeidsstatus og reduksjon i prosentvis NAV - ytelse viste seg å være avhengig av tidspunkt for tilbudsstart. Høyest sannsynlighet for reduksjon hadde pasienter med oppstart av tilbudet innen en måned etter skade. Den største reduksjonen i NAV - ytelse var i diagnosegruppen traumatisk hjerneskade. Når det gjaldt type plager, var reduksjonen i NAV - ytelse størst blant pasientene med 'lette kognitive vansker'.

Når det gjelder livskvalitet, kom det i analysen av *WHOQoL - skjema* frem at pasientene opplevde generelt små til moderate forskjeller før og etter Raskere tilbake - tilbudet. Vi fant en liten økning i livskvalitet (5,1 %), tilfredshet med helse (12,5 %) og konsentrasjon (7,8 %). Videre var det en moderat økning i opplevd arbeidskapasitet (22,5 %), og 14,9 prosent flere pasientene var tilfreds eller svært tilfreds med seg selv etter tilbudet Raskere tilbake. Nær 10 prosent færre pasienter opplevde negative følelser *ofte, svært ofte* eller *alltid*.

Konklusjon: Pasientene som fikk Raskere tilbake- tilbudet hadde ofte komplekse problemstillinger og høy grad av komorbiditet. En stadig økende gruppe pasienter fikk tilbudet på et tidligere tidspunkt etter sykdom/skade, og hadde derved ikke vært sykmeldt så lenge før tilbudsstart. Dette syntes å påvirke tilbakeføringshastigheten. Ved avslutning av tilbudet var signifikant flere personer i arbeid enn før tilbudet og prosentvis NAV - ytelse ble signifikant redusert. Pasientene opplevde moderate positive endringer i livskvalitet i løpet av tilbudet.

Innhold

1	INTRODUKSJON.....	2
1.1	Tilbakeføring til arbeid for personer med ervervet hjerneskade.....	2
1.2	Om tilbudet Raskere tilbake for personer med ervervet hjerneskade	4
1.3	Mål	6
2	METODE	8
2.1	Design	8
2.2	Informanter.....	8
2.3	Datainnsamling	8
2.4	Analyse.....	8
2.5	Etikk.....	9
3	RESULTATER	10
3.1	Tilbudets pasientgrunnlag	10
3.2	Tilbudets innhold og varighet	16
3.3	Tilbudets nytteverdi	17
4	DISKUSJON	24
4.1	Substansiell diskusjon.....	24
4.2	Metodiske begrensninger	27
5	REFERANSER	30

1.1 Introduksjon Tilbakeføring til arbeid for personer med ervervet hjerneskade

Intensjonsavtalene om et inkluderende arbeidsliv (Partene i arbeidslivet, 2001, 2005, 2010) har hatt som mål å legge til rette for at flere personer med nedsatt funksjonsevne skal komme i arbeid. Da NAV - reformen ble gjennomført i 2005, ble tilrettelegging også fremhevet som et viktig område. I Stortingsmeldingen het det at: *”Reformen skal særlig sikre at brukerne med sammensatte behov får en bedre og mer effektiv bistand inn i arbeidsrettede prosesser med sikte på mer varig deltagelse i arbeidslivet”* (St.meld.nr. 9, 2006-2007, s. 78).

For de fleste arbeidstakere er det viktig å ha et arbeid som gir mening og innhold i tilværelsen, og at arbeidet stemmer overens med kompetanse og øvrige forutsetninger (Hanson, 2004). For personer med ervervet hjerneskade er muligheten for å komme tidlig tilbake i arbeid, ofte et tema i rehabiliteringsfasen. I tillegg til at arbeidsdeltagelse kan være betydningsfullt i seg selv, kan det også fylle funksjoner som å muliggjøre økonomisk stabilitet, etablere en sammenheng mellom tiden før og etter skaden og gi struktur og rutiner til hverdagen (Jacobsen, 2005; Johansson & Tham, 2006). Arbeidsrollen er tett knyttet til menneskets opplevelse av identitet (Kielhofner, 2008), og er høyt verdsatt i det vestlige samfunn. Det er derfor av stor betydning at flere får mulighet til å komme tilbake i arbeid.

Personer med mentale og intellektuelle funksjonsnedsettelse, representerer i følge ECON (2006) de gruppene som arbeidsgivere mente det var størst utfordring å inkludere på deres arbeidsplass. Samfunnsmessige endringer blir blant annet trukket frem som årsak til dette. Eksempelvis har den teknologiske utviklingen ført til at mye av det manuelle arbeidet er borte. Personer med ervervet hjerneskade kan både ha psykososiale, kognitive og fysiske utfall, noe som negativt kan påvirke deres evne til å søke og å opprettholde en jobb (Vandiver, Johnson & Christofero-Snyder, 2003). Kognitive funksjonsutfall kan gi ekstra utfordringer ved at det gir problemer med å bearbeide informasjon (Keferl, 2001). Evnen til abstrakt tenkning, problemløsning og læring er da også ofte redusert (Finset & Krogstad, 2002; Keferl, 2001). Tilbakeføring til arbeid for denne målgruppen blir ofte en komplisert prosess (Keferl, 2001; Possl, Jurgensmeyer, Karlbauer, Wenz, & Goldenberg, 2001; Wehman, Targett, West, & Kregel, 2005).

Van Velzen, van Bennekom, Edelaar, Sluiter og Frings-Dresen (2009), fant at to år etter skade hadde omtrent 40 prosent av en gruppe personer med ervervet hjerneskade returnert til arbeid. Det var liten forskjell mellom de traumatiske og de ikke-traumatiske tilfellene (40,8 % versus 39,3 %). Ett år etter skade var det derimot forskjell på traumatisk og ikke-traumatisk hjerneskade, da en større andel personer med ikke-traumatisk hjerneskade hadde kommet tilbake. Det ble ikke funnet signifikante forskjeller knyttet til årsak eller tid siden skaden. Noen funn viste at det var færre av personene med traumatisk hjerneskade som kom tilbake til samme jobb, og at det var færre som ikke klarte å opprettholde jobbfunksjonen over tid. Endring av yrke og arbeidskrav var vanlig blant personer med ervervet hjerneskade.

Flere studier har pekt på viktigheten av at rehabiliteringsprogrammer skreddersys for den enkelte sykmeldte, og at tiltak i programmene er rettet mot både person og arbeidsplass (Bultmann et al., 2009; Karrholm et al., 2006; Loisel et al., 2003). I tillegg fremheves det som viktig at en har et godt samarbeid med NAV, arbeidsplassen og helsetjenesten, for å sikre en god oppfølging og rask avklaring for den sykmeldte (Aas, 2009). Særlig i nordiske studier viser det seg at samarbeid mellom flere aktører er viktig (Ellingsen, Kiær, Labriola, & Aas,

2010). Videre har følgende komponenter utpekt seg som viktige i Nordiske studier: 1) Tidlig kontakt mellom arbeidsplass og den sykmeldte 2) tidlig tverrfaglig kartlegging og koordinert plan for tilbakeføring og 3) god struktur for kommunikasjon mellom involverte parter med utvalgt koordinator. Tiltak på ulike nivå, både rettet mot den sykmeldte og arbeidsplassen ble også fremhevet. Tilpasning av arbeidsplassen har vist seg å ha effekt i forhold til å vende tilbake til arbeid. Involvering i tilbakeføringsprosessen ble vektlagt både når det gjaldt samspillet mellom arbeidsgiver og den sykmeldte, men også i forhold til samhandling mellom helsetjeneste og sosialtjenesten (Ellingsen, et al., 2010).

De tre mest anvendte arbeidsrettede rehabiliteringsprogrammene for personer med ervervet hjerneskade er *The case-coordination model*, *The program based vocational rehabilitation* og *Supported employment* (Fadyl & McPherson, 2009). Disse programmene har ulik vektning på intervensjon både før og etter jobbplassing, men fokuserer alle på støtte og intervensjon på arbeidsplassen. Individuell oppfølging, kontinuitet og koordinering er tre begreper som går igjen i alle tre tilnærmingene. De to første programmene har mer opptrening i forkant av jobbplassing, og starter gradert utprøving i reelle jobbsituasjoner som en del av rehabiliteringen. Innen arbeidsrettet rehabilitering for personer med mentale helseproblemer, har begrepene *train-then-place* og *place-then-train*, blitt benyttet for å illustrere hvor hovedinnsatsen bør settes inn. I den førstnevnte retningen har en et hovedfokus på individet, og på symptomhåndtering og ferdighetstrening i skjermede omgivelser. Utfordringene økes etter hvert i mer reelle omgivelser på hjemme- eller arbeidsplassarenaen. På den andre siden står den nyere retningen *place-then-train*, som i større grad ser hurtig plassering i reelt miljø som mest virkningsfullt. En gir her i større grad individuell støtte og trening i spesifikke situasjoner og miljøer (Corrigan & McCracken, 2005; Twamley et al., 2005). Arbeidsrehabilitering for personer med psykiske lidelser benytter i dag prinsippene fra *supported employment* i utstrakt omfang (Bond, Drake, & Becker, 2008; Crowther, Marshall, Bond & Huxley, 2001; Ose et al., 2009; Schafft, 2008).

Ulike rehabiliteringsprogram har blitt utprøvd og undersøkt. Blant annet ble det funnet at et yrkesrettet rehabiliteringsprogram for pasienter med ervervet hjerneskade førte til at 41 prosent av deltakerne kom tilbake i vanlig arbeid, 16 prosent i frivillig arbeid eller videre opptrening og utdanning (Murphy et al., 2006). Dette programmet var sammensatt av både tradisjonell nevrorehabilitering der mye var gruppebasert, kombinert med mer arbeidsplassspesifikk trening og rehabilitering. Første fase inneholdt intensiv kognitiv rehabilitering med særskilt mål om å øke bruken av kompenserende teknikker, sosiale ferdigheter og selvinnsikt. Neste fase besto av arbeidsplassutprøving sammen med en "jobbcoach", der pasientene gradvis økte antall arbeidstimer, arbeidsdager, og arbeidskompleksitet. De fikk oppfølging og trening av ferdigheter i forhold til kompenserende teknikker og konkrete arbeidsoppgaver. I tillegg ble det gitt informasjon til arbeidsgiver og foretatt vurdering og utføring av arbeidsplassstilpasninger. Siste fase inneholdt støtte til jobbsøking og det ble ved behov gitt oppfølging opp til fem år etter avsluttet program. Verne, Mezzanato, & Caminiti (2006) viser også til gode resultater av et rehabiliteringsprogram med gradert tilbakeføring til arbeid. Personen med ervervet hjerneskade var da på arbeid noen dager i uken med assistanse fra en person fra rehabiliteringsavdelingen. Den som assisterte skulle vurdere personen, arbeidsoppgavene og miljøet, samt bidra med opplæring. De dagene de var på rehabiliteringsavdelingen, ble det tatt tak i de konkrete utfordringene som de hadde erfart på arbeidsplassen.

Et annet standardisert yrkesrettet rehabiliteringsprogram (Braverman et al., 1999) viser til gode resultater, der 96 prosent var tilbake i arbeid ett år etter utskriving. I dette tverrfaglige programmet trekkes et yrkesmessig fokus inn i rehabiliteringen helt fra starten, og de kombinerer både gruppe- og individuell terapi. Det benyttes et miljøorientert nevropsykologisk fokus, og har flere timers yrkesrettet arbeidsoppgavetrening i det daglige programmet. Videre tilbys det ulike gruppetilbud som blant annet inneholder trening rettet mot: planlegging og organisering, problemløsningsstrategier og sosiale ferdigheter. Fysisk aktivitet og meditasjon er også en del av ukeplanen.

1.2 Om tilbudet Raskere tilbake for personer med ervervet hjerneskade

Ordningen Raskere tilbake gir sykmeldte arbeidstakere tilbud om raskere sykehusbehandling via fastlegen, eller raskere rehabilitering gjennom NAV. Tilbudet *Raskere tilbake for personer med ervervet hjerneskade* ble startet opp som et nytt tilbud ved Sykehuset Innlandet i 2008. Prosjektet gir den enkelte pasient tilbud om rehabilitering som skal bistå vedkommende i å komme tilbake til arbeid. Kognitiv rehabilitering er en viktig del av tilbudet, og målet er å kunne gjenoppta yrkesaktivitet. Denne type tilbud har manglet i helseforetakets rehabiliteringstilbud tidligere, samtidig som kommunene etterspør bistand på området. Tilbudet hadde frem til 15.08.11 gitt tilbud til 206 pasienter.

Kompetansen til teamet som jobber i prosjektet er tverrfaglig, og består av aktivitør, ergoterapeut, fysioterapeut, lege, nevropsykolog og sosionom. Til sammen er det 5,8 stillinger. Erfaringsnivået i teamet er høyt, samtidig som det fokuseres på kompetanseutvikling når det gjelder kognitiv rehabilitering og yrkesrettede tiltak på dette området. I tillegg gjennomføres opplæring i form av deltagelse på kurs, konferanser, studiebesøk og møter, for å sikre en høy kompetanse på området. Rehabiliteringstilbudet er utviklet fra bunnen av, og det videreutvikles kontinuerlig. Det er stor fleksibilitet ved at en går opp nye spor, og tilbudet kan tilpasses og utformes etter hvert. Tilbudet har en grunnstruktur av tiltak og samarbeidsmøter for å få til en hensiktsmessig bruk og utvikling av kompetansen i det tverrfaglige teamet. I tillegg utformes rehabiliteringen individuelt rundt hver enkelt pasient. Behandlingsforløpene blir derfor i liten grad standardiserte.

Det legges opp til en god koordinering i prosessen, og hver pasient får oppnevnt en saksansvarlig kontaktperson fra teamet som med bidrar med dette. Fokuset på samarbeid og koordinering kommer frem i tabell 1, som viser komponentene i tilbudet. I samarbeidet inngår rehabiliteringsavdelingene på sykehuset som har personer med hjerneskade som en av sine viktigste målgrupper. I tillegg kan en benytte seg av tilbud som for eksempel intensiv armhåndtrening (CI-terapi), intensiv kognitiv rehabilitering, synspedagogisk vurdering eller logopedvurdering. NAV, arbeidsgiver og primærlege er også sentrale aktører i prosessen. Det å trekke inn arbeidsgiver i en tidlig fase gjøres for å tilrettelegge arbeidet med hensyn til kognitive vansker. Arbeidsplassene har ofte bedre kunnskap om tilrettelegging for fysiske problemer, men denne metoden kan ikke brukes for personer som har usynlige vansker slik som utmattelse, vansker med språk, konsentrasjon eller hukommelse. Ofte trengs det en tilrettelegging som innebærer å starte arbeidet på skjermet sted, med avgrensede oppgaver og begrenset arbeidstid. Bruk av hjelpemidler for å systematisere dagen og å få påminnelse om

oppgaver kan være nødvendige tiltak. Tabell 1 gir en oversikt over de individuelle tiltakene i tilbudet.

Tabell 1. Komponenter i Raskere tilbake - tilbudet ved sykehuset

Individuelle tiltak	Kort beskrivelse av form og innhold
Kartlegging ved tverrfaglig poliklinikk	Kartlegge pasientens helsetilstand, arbeidsforhold og -oppgaver, hva vedkommende har oppdaget av begrensninger, hva er gjort og behov for bistand. Pasienten, evt. pårørende og aktuelle faggrupper fra Raskere tilbake deltar.
Samarbeid med arbeidsplassen	Foregår på arbeidsplassen. Formålet er å kartlegge arbeidsoppgaver, planlegge oppstart etter sykefraværet, se på tilretteleggingsmuligheter og gi fortløpende informasjon, veiledning og råd. Pasienten, arbeidsgiver og evt. andre samarbeidsparter deltar.
Samarbeid med NAV	Foregår på NAV-kontor, arbeidsplass og/eller gjennom telefonkontakt. Formålet er å avklare rettigheter, roller og ansvarsfordeling og igangsette tiltak i rehabiliteringsprosessen. Pasienten, arbeidsgiver og evt. fastlege deltar.
Hjemmebesøk	Informasjon, råd og veiledning til pasient og eventuelt pårørende i forhold til daglige gjøremål som forberedelse for å oppnå/øke arbeidsdeltagelse.
Videre polikliniske kontakter	Fortløpende evaluering av opplegget og videre planlegging.
Henvvisning til andre instanser	Medisinske undersøkelser og behandling, rehabiliteringsopphold, Primærhelsetjenesten.

Basert på tidligere erfaringer ble det avgjort å etablere noen deler av tiltakene som gruppebaserte tilbud for pasientene i Raskere tilbake (se Tabell 2). Gruppetilbudene har som formål å øke pasientenes innsikt i egne ressurser og begrensninger, og å informere og reflektere rundt helse og arbeidsdeltakelse. Ved å forstå den endrede helsesituasjonen og de usynlige kognitive skadene, har det vært mulig å utforme realistiske målsettinger og gode mestrings- eller problemløsningsstrategier. Vektleggingen av dette aspektet er basert på forskning og erfaringer (Bjørkdahl, 2010; Fadyl & McPherson, 2009). Det å øke innsikt i egen situasjon har vært gjennomgripende temaer i både i det individuelle tilbudet og i gruppetilbudet (Crosson, 1989; Sherer, 1998).

Tabell 2. Gruppebaserte tiltak for pasientene

Gruppetilbud	Beskrivelse av innhold og form
Gruppe 1: Kognitivt rehabiliterings- opphold	Et 4 dagers tilbud (på rehabiliteringsavdelingen eller for noen som poliklinisk tilbud). Formål: Gi deltagerne informasjon om og innsikt i egne ressurser og begrensninger. Aktiviteter: Trening, dele erfaringer med medpasienter. Undervisning om hjernefunksjon og -kognisjon, forebygging av nye skader (livsstilsjusteringer), fysisk aktivitet, avspenning og oppmerksomhets- og konsentrasjonstrening.
Gruppe 2: Kognitiv rehabilitering, poliklinisk	5 timers dagtilbud annenhver uke i 6 måneder. Pasientene kan etter gruppe 1 fortsette med gruppe 2. Aktiviteter: Gi videre informasjon og gjennomføre praktiske oppgaver om aktuelle temaer som har betydning for helse og arbeidsdeltakelse, erfaringsutvekslinger.

1.3 Mål

Målet med denne studien var å få kunnskap om tilbudet Raskere tilbake etter ervervet hjerneskade. Det ble fokusert på følgende aspekter av tilbudet:

1. Pasientgrunnlaget: Hvem og hvor mange har mottatt tilbudet, og hvilke diagnoser har disse?
2. Innhold og varighet i tilbudet: Når og hvor lenge fikk pasientene tilbudet, og hvilke tiltak mottok pasientene? Var det forskjell i tidspunktet pasientene fikk tilbudet etter hendelsen, sett i forhold til de tre årene tilbudet har eksistert?
3. Nytteverdien av tilbudet:
 - a) Hvilken arbeidsstatus hadde pasienten før og etter de fikk tilbudet? Var det forskjell i andelen pasienter som kom tilbake i arbeid sett i forhold til tid siden hendelsen og diagnose? Hvor stor var differansen i NAV - ytelser før og etter tilbudet? Var det forskjell i prosentandel NAV - ytelser sett i forhold til tid siden hendelsen, diagnose og problemer?
 - b) Pasientenes egen vurdering av utvalgte livskvalitetskomponenter før og etter tilbud.

2 Metode

2.1 Design

Det ble utført kvantitative deskriptive analyser av pasientjournaldata og spørreskjema data fra personer som mottok eller hadde mottatt tilbudet Raskere tilbake etter ervervet hjerneskade ved Sykehuset Innlandet.

2.2 Informanter

Informantene i studien var pasienter som fikk Raskere tilbake - tilbudet i perioden april 2008 til august 2011. Noen av de i alt 206 pasientene ble etter første polikliniske behandling enten henvist videre eller gitt avslag. Det endelige utvalget i denne studien bestod derfor av totalt 185 informanter. Ved registreringsstopp 15. august 2011, hadde 57 prosent av disse pasientene vært gjennom tilbudet.

2.3 Datainnsamling

Dataene ble samlet inn av samarbeidspartnere (ansatte) ved sykehuset. Data fra pasientjournaler ble registrert, i tillegg til at pasientene fylte ut spørreskjemaet The World Health Organization Quality of Life (WHOQoL) vedrørende egen opplevelse i forhold til livskvalitet og helse, ved start- og avslutning av tilbudet. Person- og helseopplysninger som kjønn, alder, utdanning, ansettelsesforhold, yrke, diagnose, diagnosetidspunkt, vansker etter skaden, NAV - status og tiltak i prosjektet ble innhentet. Dataene ble systematisert i et registreringsark for hver pasient, aidentifisert, og sendt til IRIS for analyse.

2.4 Analyse

Dataene fra registreringsskjema og spørreskjema ble punchet inn i statistikkprogrammet PASW, versjon 18, og sjekket for feil en gang. I analysene av registreringsskjema ble alle de 185 pasientene inkludert. Det ble primært gjennomført univariate analyser med deskriptiv statistikk. Frekvensfordelinger ble oftest brukt, men også gjennomsnittstall ble beregnet og presentert der også spredningen i dataene ble analysert (standard avvik (SD)). Ulike diagnoser, ulike typer tiltak, ulike tidspunkt for tiltak og ulike utfall ble sammenlignet i bivariate analyser. Pearsons Chi-square- test ble brukt for å se etter signifikante sammenhenger, signifikansnivået var satt til 0,05 (dvs. 5 prosent). Analysen av WHOQoL - skjema tok utgangspunkt i de pasientene som var avsluttet, 105 (57 %) av i alt 185 pasienter. Den gjennomsnittlige svarprosenten på livskvalitetsvurderingen var 66 prosent ved første og 47 prosent ved andre registrering. Her ble først to skjema sett opp mot hverandre for å se etter eventuelle endringer i pasientenes opplevelser før og etter tilbudet. Deretter ble det skjemaene krysset med ulike variabler som for eksempel antall uker sykemeldt ved henvisning, tid siden skade/sykdom ved henvisningstidspunkt eller arbeidsstatus.

2.5 Etikk

Prosjektet ble lagt frem for Regional etiske komité (REK), som vurderte prosjektet til ikke å være fremleggingspliktig. Alle persondata som ble registrert for analyse var kun merket med ID-nummer, slik at de ikke var identifiserbare for forskerne som utførte analysene.

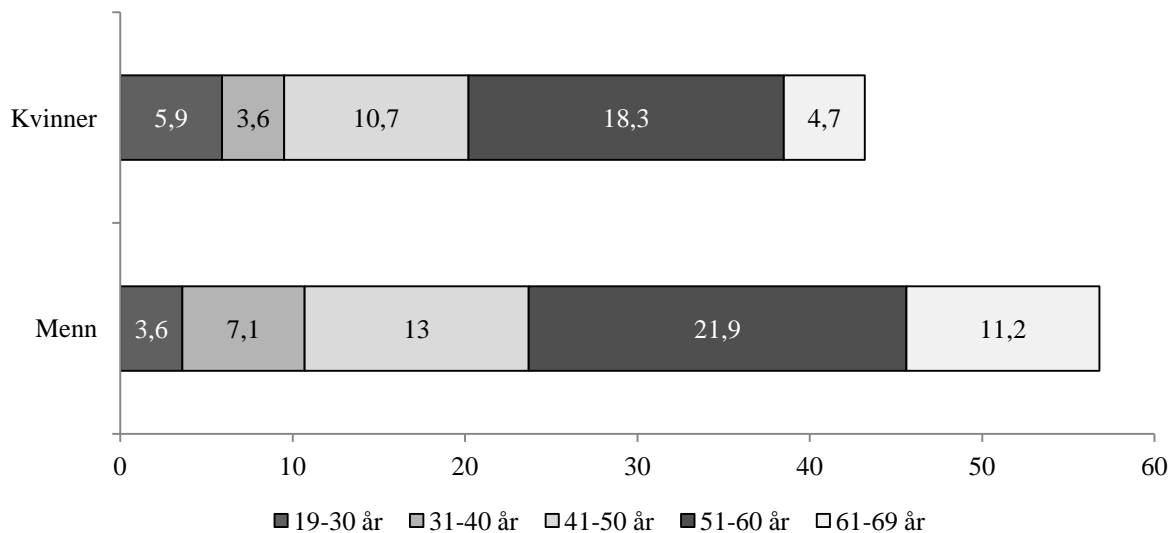
3 Resultater

I dette kapitlet vil resultatene bli presentert i denne rekkefølgen: 1) Tilbudets pasientgrunnlag, 2) tilbudets innhold, og 3) tilbudets nytteverdi i form av arbeidsstatus, NAV-ytelser og livskvalitet.

3.1 Tilbudets pasientgrunnlag

3.1.1 Alder og kjønn

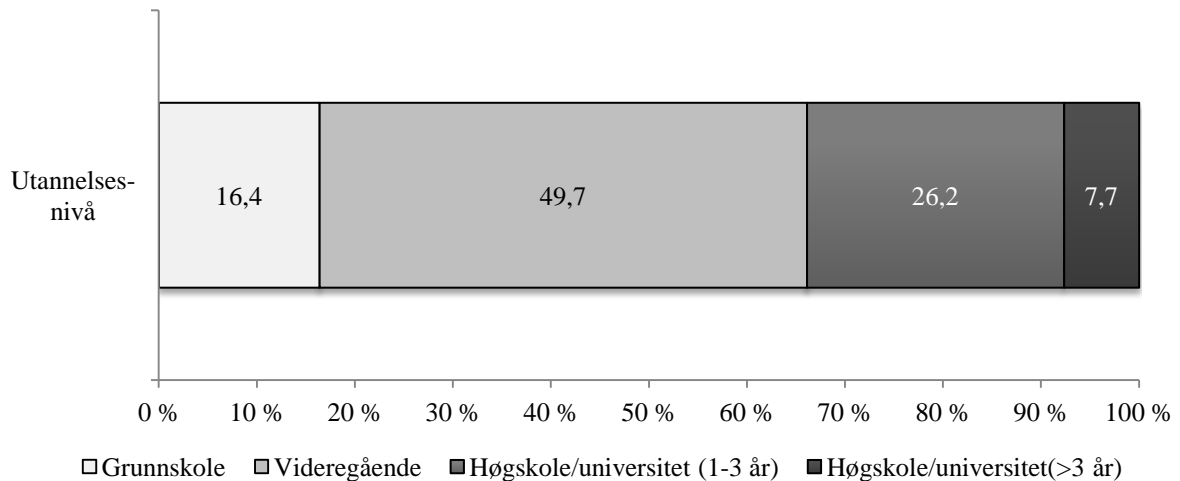
Den prosentvise fordelingen av alder og kjønn fremkommer i Figur 1. Utvalget bestod av 57 prosent menn og 43 prosent kvinner. Aldersspredningen var fra 19 til 69 år, med en gjennomsnittsalder på 49 år (SD: 11,5). Som det fremkommer av Figur 1, utgjorde pasientene mellom 51-60 år den største gruppen (40,2 %).



Figur 1. Pasientenes kjønns- og aldersfordeling (prosent)

3.1.2 Utdanningsnivå og type jobb

Rett under halvparten av pasientene hadde videregående skole som høyeste fullførte utdanning. I tillegg var det rett under en tredjedel av pasientene som hadde høyere utdanning (høgskole/universitet), se Figur 2.



Figur 2. Pasientenes utdanningsnivå (prosent)

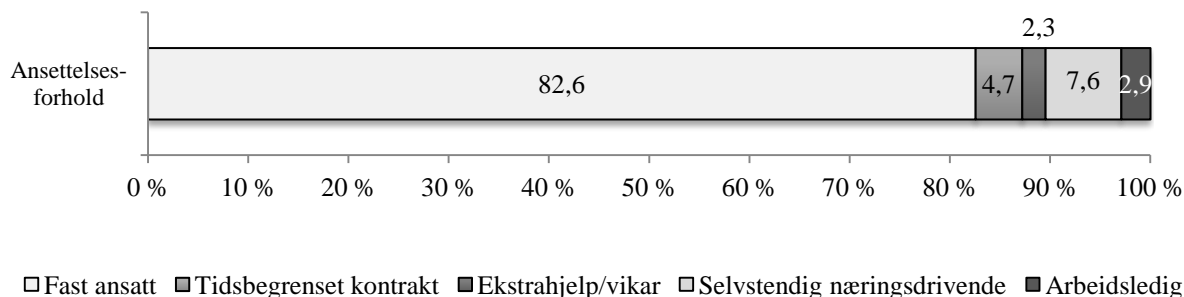
Pasientene hadde bakgrunn fra forskjellige yrker. Tabell 3 viser at de mest vanlige yrkene i pasientgruppen var salgs- og serviceyrker (17,1 %), håndverksyrker (16,6 %) samt kontoryrker (14,9 %).

Tabell 3. Type yrke (prosent)

Yrker	Andel (%)
Salgs- og serviceyrker	17,1
Håndverkere	16,6
Kontoryrker	14,9
Helse og omsorgsyrker	9,4
Operatører, Sjøførere med fler	9,4
Lederyrker	7,7
Akademiske yrker	7,2
Høgskoleyrker	5,0
Forsvaret	1,0
Elev/student	1,0
Andre	11,6
Total	100,0

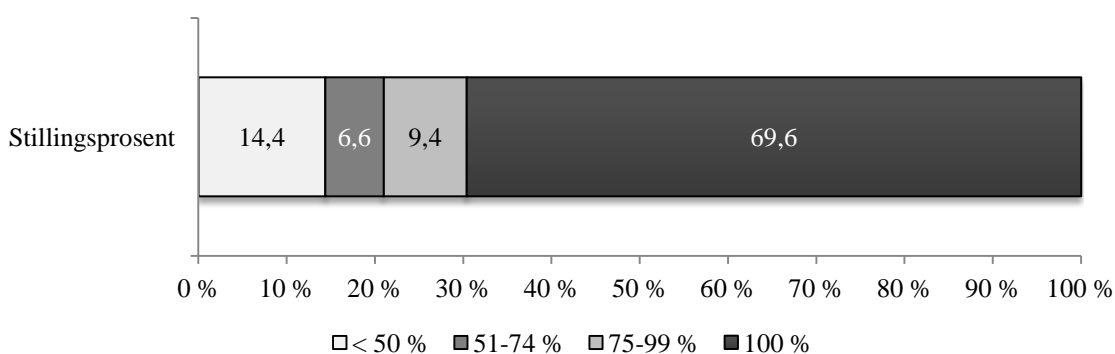
3.1.3 Yrkesdeltagelse

De fleste av pasientene (82,6 %) hadde et fast ansettelsesforhold, mens syv prosent var selvstendig næringsdrivende (se Figur 3). Få var uten arbeid (2,9 %).



Figur 3. Type ansettelsesforhold (prosent)

Når det gjelder stillingsprosent (se Figur 4) hadde en stor andel (69,6 %) av pasientene full stilling hos sin primærarbeidsgiver.

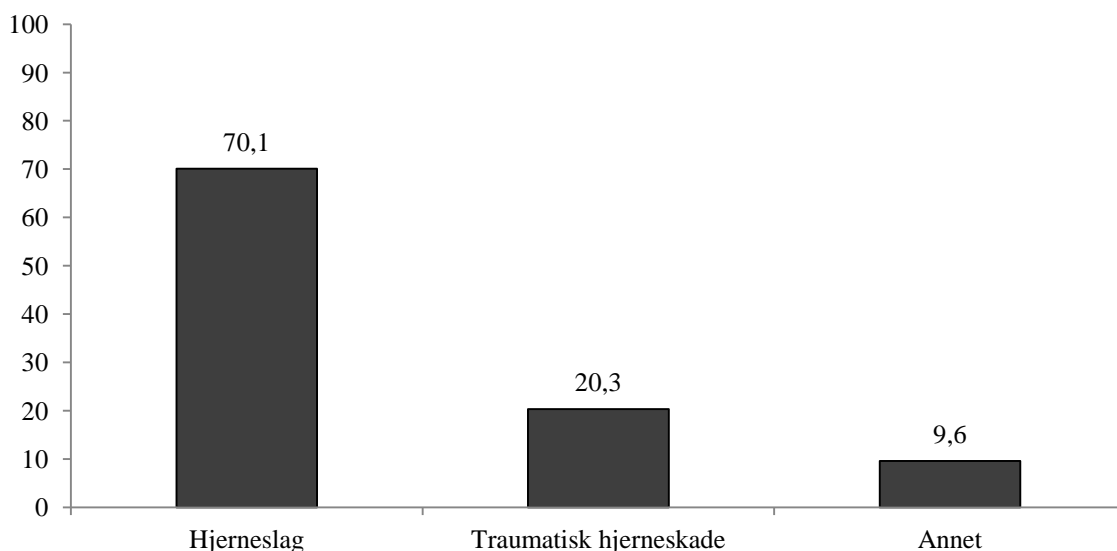


Figur 4. Stillingsprosent hos hovedarbeidsgiver (prosent)

Blant pasientene var det i overkant av 10 prosent som hadde bijobb, hvor 50 prosent stilling var det vanligste. Disse hadde to deltidsjobber hos to ulike arbeidsgivere, eller hadde fast stilling i deltid og tok ekstravakter hos samme arbeidsgiver.

3.1.4 Diagnoser og utfall

Den største andelen pasienter hadde diagnosen *hjerneslag* (se Figur 5). Denne gruppen inkluderte også personer med diagnosen *hjernehinneblødning* (subarachnoidal blødning). En femtedel av pasientene hadde diagnosen *traumatisk hjerneskade*. I diagnosegruppen *Annet* var det to pasienter med diagnosen MS (Multiple Skleroses), fire pasienter med andre og uspesifiserte symptomer og tegn med tilknytning til kognitive funksjoner og bevissthet (R41.8) samt åtte pasienter med hjernebetennelse (encephalitis). Hos tre pasienter var diagnosen ikke spesifisert.



Figur 5. Pasientenes diagnose (prosent)

Hvilke problemer eller utfall pasientene hadde etter sykdommen/skaden varierte. For at noe skulle bli karakterisert som betydelige kognitive vansker måtte disse være godt dokumentert, blant annet fra tester gjennomført av ergoterapeut eller nevropsykolog. De fleste hadde mer enn ett problem/utfall. Nærmere 80 prosent av pasientene opplevde å ha lette kognitive vansker som nedsatt oppmerksomhet, konsentrasjon og økt tretthet. Litt under halvdelen av pasientene hadde motoriske vansker. Under kategorien *Annet* var hele 34 ulike problemer nevnt. Av disse var hjerteproblemer og hypertensjon oftest nevnt (6,1 % og 5 %). Litt over 3 prosent opplevde ryggproblemer, imens 2,8 prosent av pasientene var plaget med angst. Tabell 4 viser fordelingen av problemer etter sykdommen/skaden.

Tabell 4. Problemer etter sykdommen/skaden (prosent)

Problemer/utfall etter skade	Forekomst (%)
Lette kognitive vansker	78,3
Motoriske vansker	47,8
Betydelige kognitive vansker	21,1
Synsvansker	13,3
Tale/kommunikasjonsvansker	17,8
Smerteproblemer	18,2
Annet	55,0

Note: Her summeres det opp til mer enn 100 prosent, fordi hver enkelt pasient hadde mer enn ett utfall hver

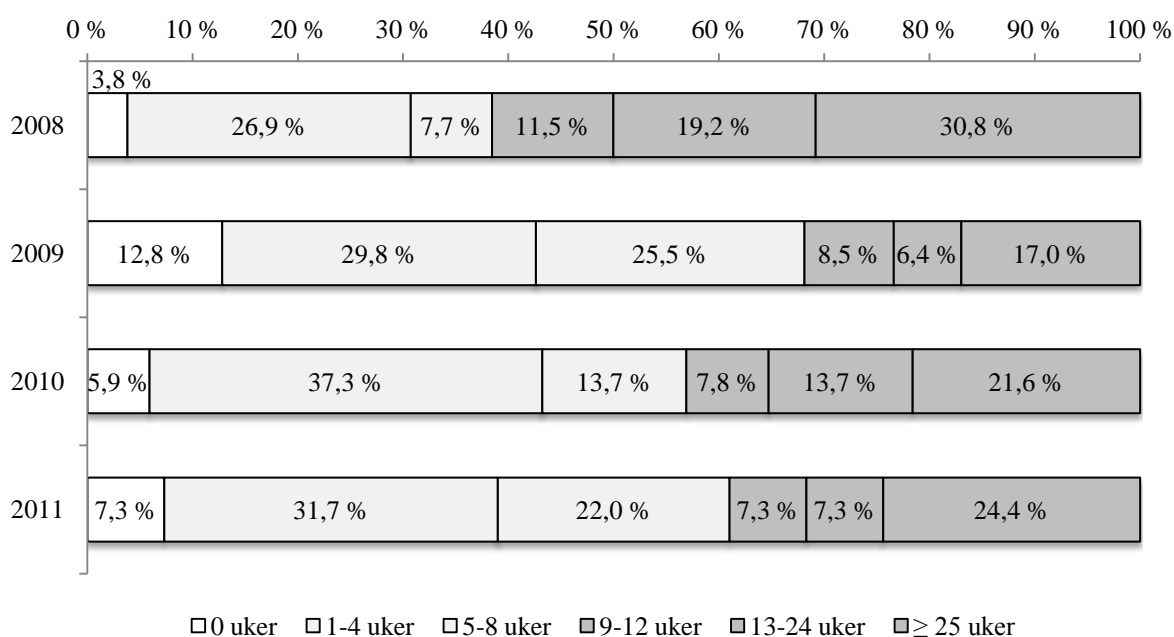
3.1.5 Sykefravær

Det var stor variasjon i hvor mange uker pasientene hadde vært sykmeldt før de fikk henvisning til Raskere tilbake. Tabell 5 viser at 7,9 prosent ikke hadde vært sykmeldt før de ble henvist, mens cirka 50 prosent hadde vært sykmeldt inntil åtte uker. Resten var sykmeldt over 8 uker (grensen som ofte benyttes for langtidsfravær).

Tabell 5. Varighet på sykemelding ved henvisningstidspunkt (prosent)

Varighet sykemelding ved henvisning	Andel %
0 uker	7,9 %
1-4 uker	32,1 %
5-8 uker	18,2 %
9-12 uker	8,5 %
13-24 uker	10,9 %
≥ 25 uker	22,4 %

Figur 6 viser sykemeldingslengde og henvisningstidspunkt i de fire årene 2008, 2009, 2010 og 2011. De lyse feltene i figuren illustrerer fraværet inntil åtte uker (som nevnt tidligere regnes over åtte ukers fravær som langtidsfravær). Man kan se en utvikling fra 2008 til 2011 i forhold til hvor lenge pasientene hadde vært sykmeldt før de ble henvist til tilbudet. Pasienter ble i 2011 henvist på et tidligere tidspunkt etter skaden, enn det de ble i 2008.



Figur 6. Varighet på sykemelding på henvisningstidspunkt, 2008-2011

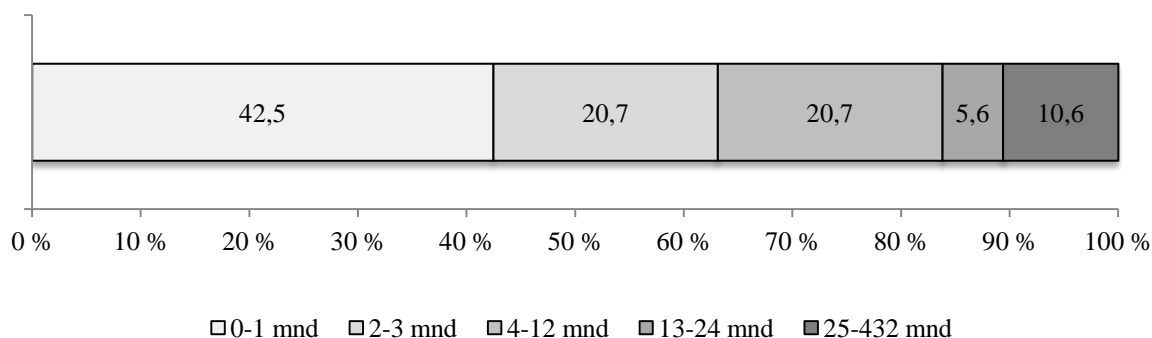
3.1.6 Tidspunkt for tilbud etter sykdomshendelsen

Hvor lang tid det gikk før pasientgruppen fikk tilbud om Raskere tilbake er vist i Tabell 6. De fleste fikk tilbudet kort tid etter sykdommen eller skaden hadde inntruffet, da hele 63,1 prosent av gruppen fikk tilbud innen 3 måneder etter hendelsen. Ytterligere 8,9 prosent fikk tilbud innen 4-6 måneder, mens for 27,9 prosent av pasientene var det gått mer enn 6 måneder.

Tabell 6. Tidspunkt for tilbud om Raskere tilbake etter skade/sykdom (prosent)

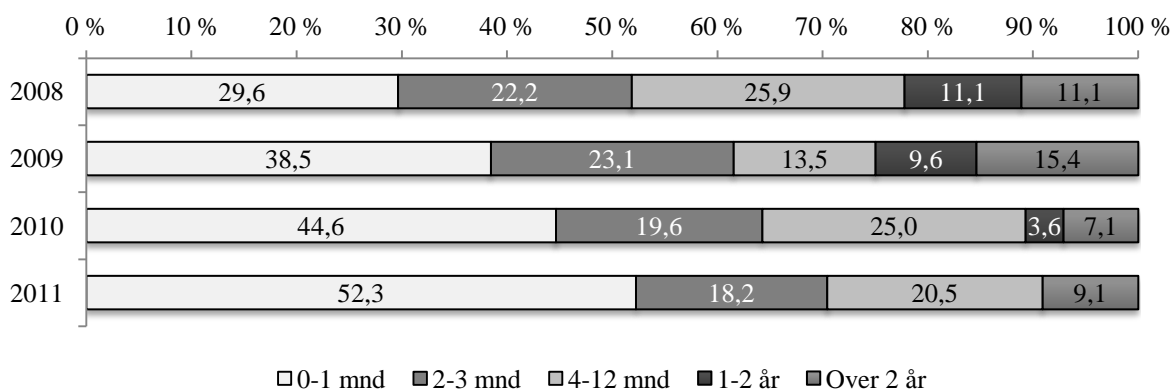
Tidspunkt for når tilbudet ble gitt	Fordeling (prosent)
0-3 måneder	63,1
4-6 måneder	8,9
Over 6 måneder	27,9

På et mer detaljert nivå fremstiller Figur 7 tidspunkter for hvor lang tid etter hendelsen det gikk før pasientene fikk tilbud om programmet. Her ser vi at 42,5 prosent av pasientene fikk tilbudet innen en måned etter sykdommen eller skaden hadde inntruffet. Flesteparten (over 80 %) av deltakerne fikk tilbudet innen 12 måneder.



Figur 7. Tidspunkt for tilbud om Raskere tilbake (prosent) etter sykdom/skade

I Figur 8 fremstilles tidspunkt for tilbud sammenlignet med tidligere år. Man ser at andelen pasienter som fikk tilbudet tidlig, innen én måned etter sykdom/skade, har økt fra 2008 til 2011. I 2011 var det slik at over halvparten av dem som mottok tilbudet fikk dette innen én måned etter sykdom/skade. Man ser også at andelen som fikk tilbudet ett til to år etter skade sank fra 2008 til 2010, og at ingen pasienter var i denne gruppen i 2011.

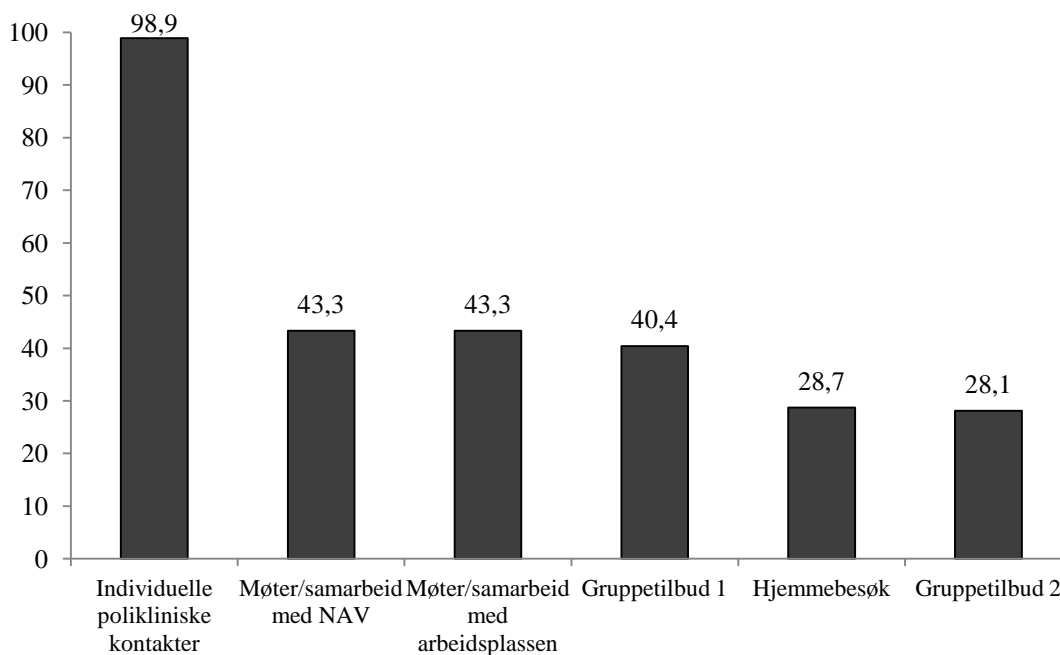


Figur 8. Tilbud mottatt etter sykdom/skade fordelt på årstall (prosent)

3.2 Tilbudets innhold og varighet

3.2.1 Type tiltak i tilbudet

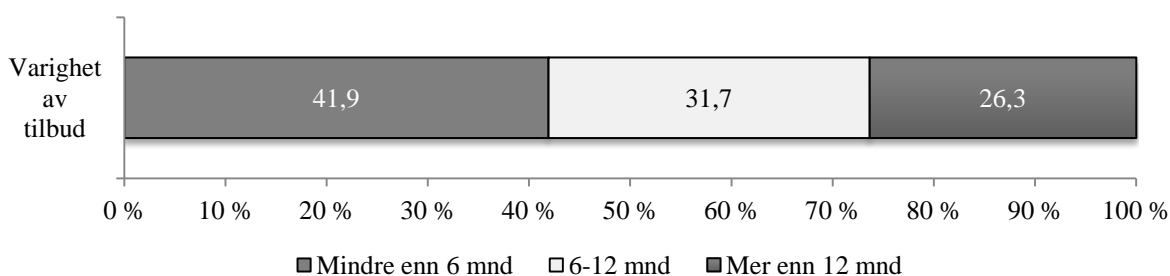
Flere ulike typer tiltak ble tilbudt pasientene (se Figur 9), og de fleste mottok en kombinasjon av forskjellige tiltak. Det tiltaket som så å si alle pasientene mottok, var *individuelle polikliniske kontakter*. Tiltakene *møter/samarbeid med NAV* og *arbeidsplassen* og *gruppetilbud 1* (kognitivt rehabiliteringsopphold) var det også over 40 prosent som mottok. Cirka like mange fikk tiltaket *hjemmebesøk* eller deltok i *gruppetilbud 2* (poliklinisk videreføring).



Figur 9. Andel pasienter fordelt på mottatte tiltak (prosent)

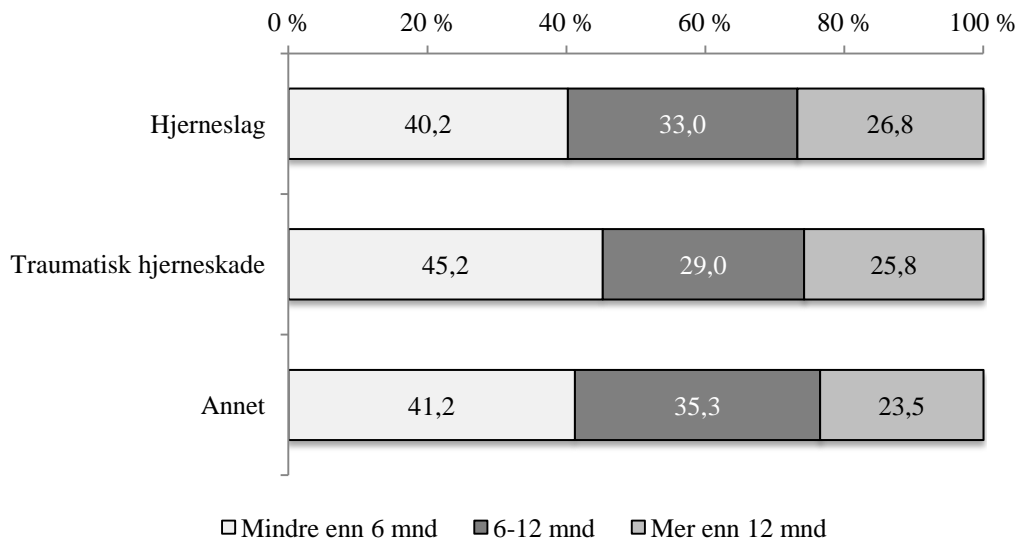
4.2.2 Varighet for deltakelsen i tilbudet

Hvor lenge pasientene hadde hatt tilbudet ved registreringsstopp varierte noe. Tilbudets lengde ble regnet fra henvisning ble godtatt, til saken ble avsluttet på sykehuset. Fordelingen i Figur 10 viser at det varierte hvor lenge pasientene fikk tilbudet, men den største andelen pasienter deltok i tilbudet i mindre enn seks måneder. Over en femtedel fikk tilbud i mer enn 12 måneder.



Figur 10. Varighet på Raskere - tilbake tilbudet (prosent)

Når det gjelder varighet på tilbud fordelt på diagnose viser Figur 11 at det ikke er store forskjeller på varighet på tilbudet etter hvilken diagnose pasientene hadde.



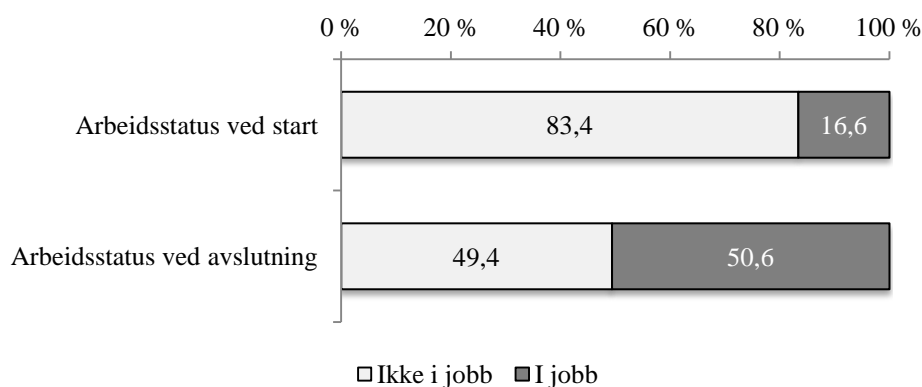
Figur 11. Varighet på tilbudet og diagnose (prosent)

3.3 Tilbudets nytteverdi

3.3.1 Arbeidsstatus før og etter tilbudet

For å få vite noe om hva tilbudet hadde å si for den enkelte pasient, ble pasientenes arbeidsstatus ved tilbudsstart sammenlignet med arbeidsstatus ved tilbudsavslutning (eller registreringsstopp).

Figur 12 viser andelen som var i jobb og ikke var i jobb ved tilbudsstart og tilbudsavslutning. Det er her ikke tatt hensyn til hvor stor grad av arbeidsdeltagelse det var snakk om. Resultatene viste at det etter tilbudet var 50,6 prosent av pasientene som var i jobb, mot 16,6 prosent i jobb ved tilbudsstart. Forskjellen var signifikant ($P=0,001$).



Figur 12. Arbeidsstatus ved start og avslutning av Raskere tilbake- tilbudet (prosent)

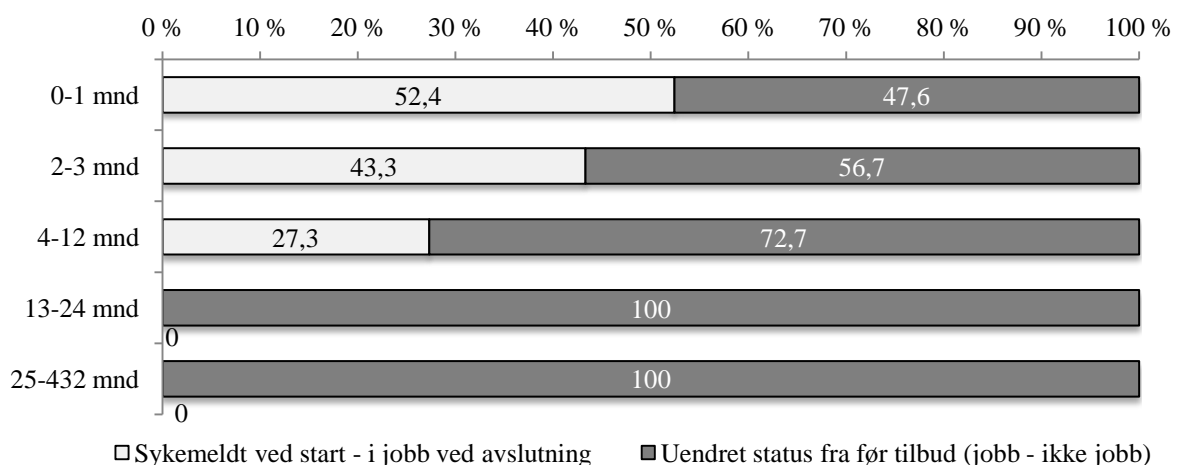
Figur 13 gir et bilde av arbeidsstatus ved avslutning av tilbudet fordelt på de tre diagnosegruppene. Vi ser at det for gruppen med hjerneslag var omtrent like stor prosentandel som var i jobb versus ikke i jobb ved avsluttet tilbud. For pasienter med traumatisk hjerneskade var det 20 prosent flere i jobb i forhold til de som ikke var i jobb. Blant pasientene i annet – gruppen var det flere som ikke var i jobb, enn i jobb (merk at kun 9,6 prosent av alle pasientene var i diagnosegruppen *Annet*).



Figur 13. Arbeidsstatus ved avslutning av tiltak og diagnose (prosent)

Ved starten av tilbudet hadde 84,5 prosent av de sykmeldte en sykmeldingsgrad på 100 prosent. Ved avslutning var 33,9 prosent av de sykmeldte 100 prosent sykmeldt. Femten prosent var aktivt sykemeldt (i varierende stillingsstørrelse) ved start, og dette var redusert til 2,7 prosent ved avslutning.

Figur 14 viser differansen mellom arbeidsstatus ved tilbudsstart og avslutning delt inn etter tidspunkt for tilbud etter skade/sykdom. De lyse feltene markerer pasientene som var sykmeldt ved tilbudsstart, som ved tilbudsavslutning var tilbake i jobb. For gruppen som fikk tilbudet innen 1 måned, hadde over halvparten endret arbeidsstatus i positiv retning. Denne andelen med positiv endret arbeidsstatus ble gradvis redusert frem til 12 måneder, og etter 12 måneder hadde ingen denne positive utviklingen.

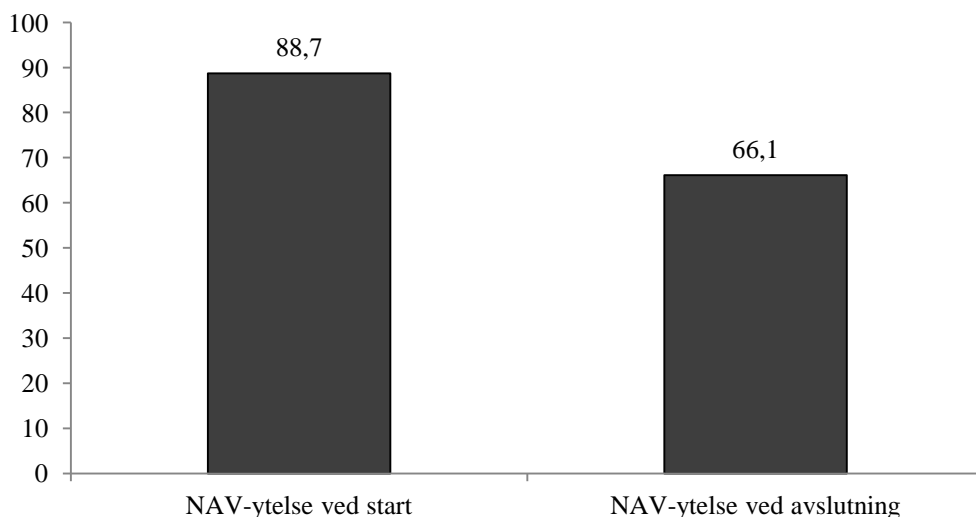


Figur 14. Differanse mellom arbeidsstatus ved start og arbeidsstatus ved avslutning og tidspunkt når tilbud ble gitt etter sykdom/skade (prosent)

3.3.2 NAV - ytelse før og etter tilbudet

Reduksjon i NAV - ytelse ble også brukt som en indikator på nytteverdi av tilbudet. Variabelen *NAV - ytelse* som blir brukt i det følgende betyr ytelsene som blir gitt av NAV (i prosent av stilling). Det inkluderer i dette tilfellet sykepenger, attføringspenger, tidsbestemt uførestønad (nå arbeidsavklaringspenger), samt avtalefestet pensjon (AFP).

Ved oppstart av Raskere tilbake hadde pasientene i gjennomsnitt 88,7 prosent ytelse (SD: 27,8), mens den gjennomsnittlige andelen NAV - ytelse ved avslutning hadde sunket til 66,1 prosent (se Figur 15). Denne forskjellen var signifikant ($P=0,000$).



Figur 15. Gjennomsnittlig NAV - ytelse i prosent ved start og ved avslutning av tiltaket (prosent)

Videre ble det undersøkt hvorvidt det var forskjeller mellom NAV - ytelse når det gjaldt ulike tiltak, diagnoser og tidspunkt for tiltak etter skaden. NAV - ytelse på tidspunkt 1 (tilbudsstart) ble her sammenlignet med NAV - ytelse på tidspunkt 2 (tilbudsavslutning). Reduksjon i ytelse ble brukt som mål, og er angitt i *prosentvis differanse* mellom tidspunkt 1 og 2. En reduksjon i NAV - ytelse indikerer økt arbeidsdeltakelse.

Tabell 7 viser forskjell i gjennomsnittlig prosentvis differanse i NAV - ytelse sett i forhold til diagnose. Den største reduksjonen i NAV - ytelse var i diagnosegruppen traumatisk hjerneskade (-30,69 %), og etterfølges av personer med hjerneslag (-22,69 %).

Tabell 7. Gjennomsnittlig differanse i prosentvis NAV - ytelse ved start og avslutning kombinert med diagnose

Diagnose	Gjennomsnittlig differanse	Antall pasienter (n)
Traumatisk hjerneskade	-30,69	29
Hjerneslag	-22,69	106
Annet	-6,92	13
Total	-22,87	148

Tabell 8 viser gjennomsnittlig differanse i prosentvis NAV - ytelse ved start og avslutning, kombinert med hvor lang tid det gikk mellom sykdom/skade og tilbudsstart. Her ser man at

den største reduksjonen var i gruppen som fikk tilbud innen en måned. I alle gruppene som fikk tilbud innen 12 måneder fant man en reduksjon, mens dette ikke er tilfelle for gruppene med tilbud over 12 måneder. Det var forskjell mellom de som har fått tilbudet før versus etter 12 måneder i redusert NAV - ytelse. Forskjellen er signifikant ($P=0,000$). Det var også en forskjell i redusert NAV - ytelse mellom de som fikk hjelp innen en måned var gått siden hendelsen, og de som fikk hjelp etter to måneder ($P=0,001$).

Tabell 8. Gjennomsnittlig differanse i prosentvis NAV - ytelse ved start og avslutning kombinert med tid siden hendelsen

Tid siden skade/sykdom	Gjennomsnittlig differanse	Antall pasienter (n)
0-1 mnd	-35	62
2-3 mnd	-22,67	30
4-12 mnd	-22,97	32
1-2 år	6	10
2 år og mer	9,33	15
Total	-22,71	149

For å kunne si noe om sammenhengen mellom type *problem/utfall etter skade* samt type *skade* og redusert NAV - ytelse, angir Tabell 9 hvor store prosentandeler som har hatt en reduksjon i NAV - ytelse i de ulike gruppene. I tabellen har kun grupper med flere enn 30 personer blitt tatt med, og man må merke seg at én person kan ha krysset av på flere utfall/problem. Ut i fra tabellen ser vi at andelen med redusert NAV - ytelse er størst i gruppen med lette kognitive vansker. Etter dette kommer gruppen motoriske vansker. Minst reduksjon i NAV - ytelse hadde gruppen betydelige kognitive vansker og smerteproblemer.

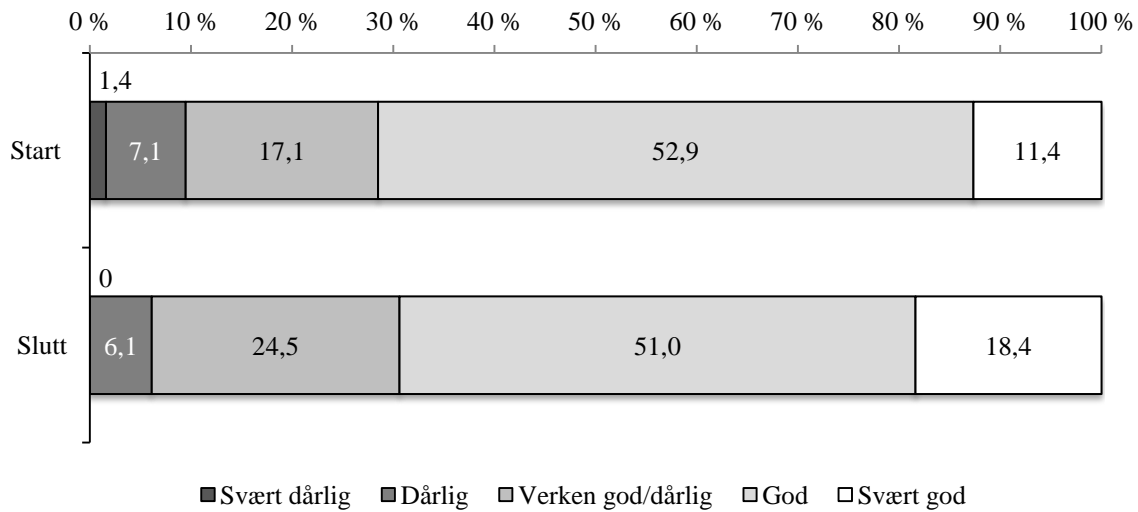
Tabell 9. Andel med redusert NAV - ytelse ved start og avslutning kombinert med problem/utfall etter hendelsen

Utfall/problem	Prosent med redusert NAV - ytelse	Antall pasienter (n)
Lette kognitive vansker	36,2 %	141
Motoriske vansker	29,1 %	86
Tale/kommunikasjonsvansker	28,1 %	32
Synsvansker	25 %	24
Betydelige kognitive vansker	13,2 %	38
Smerteproblemer	6,1 %	33

3.3.3 Livskvalitet før og etter tilbudet

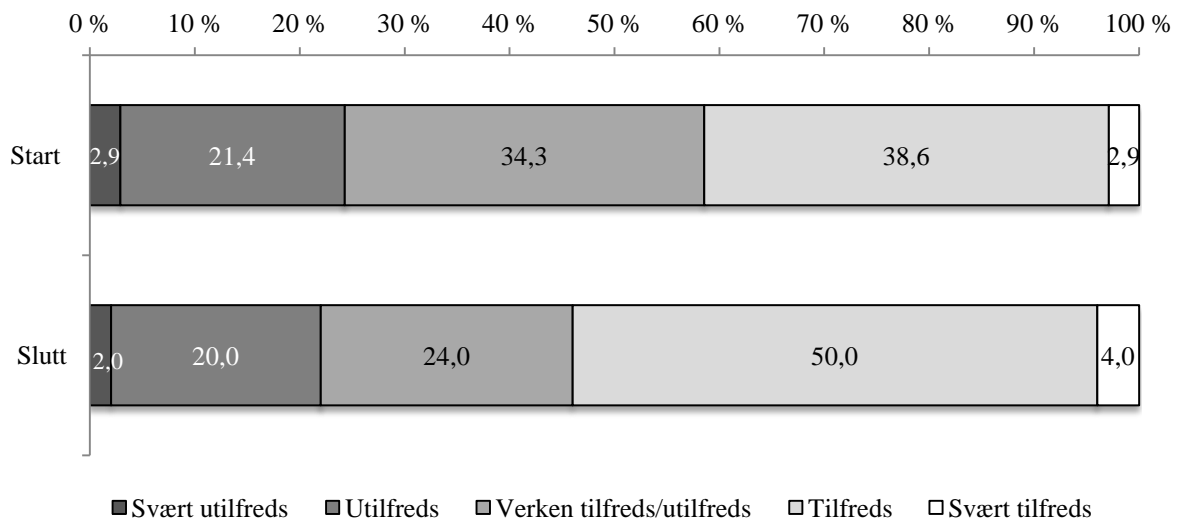
Pasientenes vurdering av kvaliteten på eget liv fremkommer i Figur 16. Ved starten av tilbudet var det 64,3 prosent av pasientene som opplevde en god eller svært god livskvalitet,

ved avslutningen av tilbudet var det en økning til nær 70 prosent. Ingen av pasientene vurderte egen livskvalitet som svært dårlig etter prosjektet. Forskjellene var signifikante ($P = 0,00$).



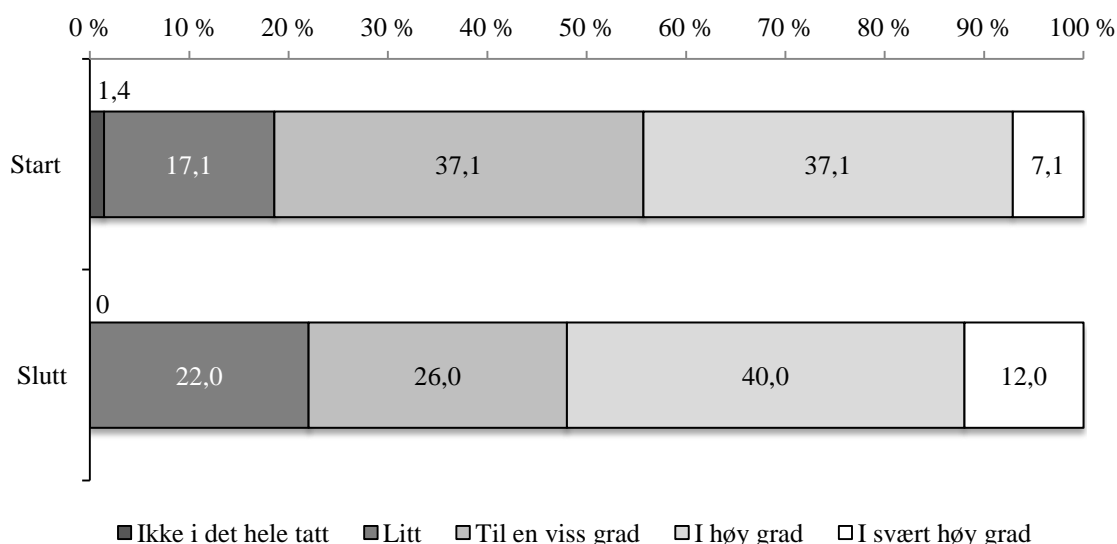
Figur 16. Hvordan vil du vurdere kvaliteten på livet ditt? (Prosent)

Figur 17 viser hvor tilfreds pasientene var i forhold til egen helse før og etter Raskere tilbake - tilbudet. Nær 60 prosent av pasientene var svært utilfreds, utilfreds eller verken tilfreds eller utilfreds ved starten av prosjektet, mens 54 prosent var tilfreds eller svært tilfreds ved avslutning. Forskjellene var signifikante ($P = 0,00$).



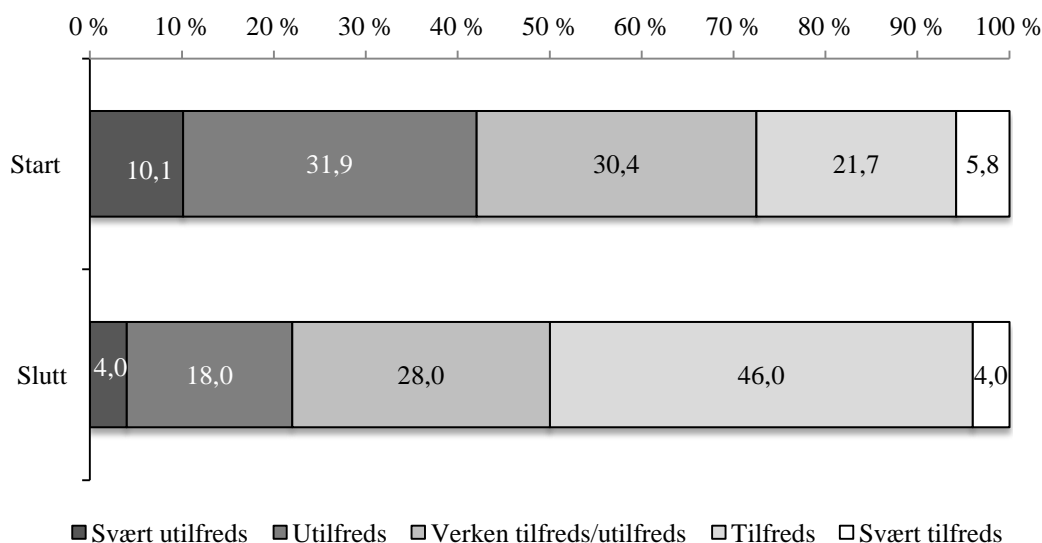
Figur 17. Hvor tilfreds er du med helsen din? (Prosent)

Figur 18 viser pasientenes opplevelse av egen konsentrasjon før og etter prosjektet. Man kan se en økning av opplevd konsentrasjon i høy eller svært høy grad, ved tilbudets avslutning. Forskjellene var signifikante ($P = 0,00$). Samtidig er det flere som er "litt" tilfreds ved tilbudsslutt enn ved tilbudsstart.



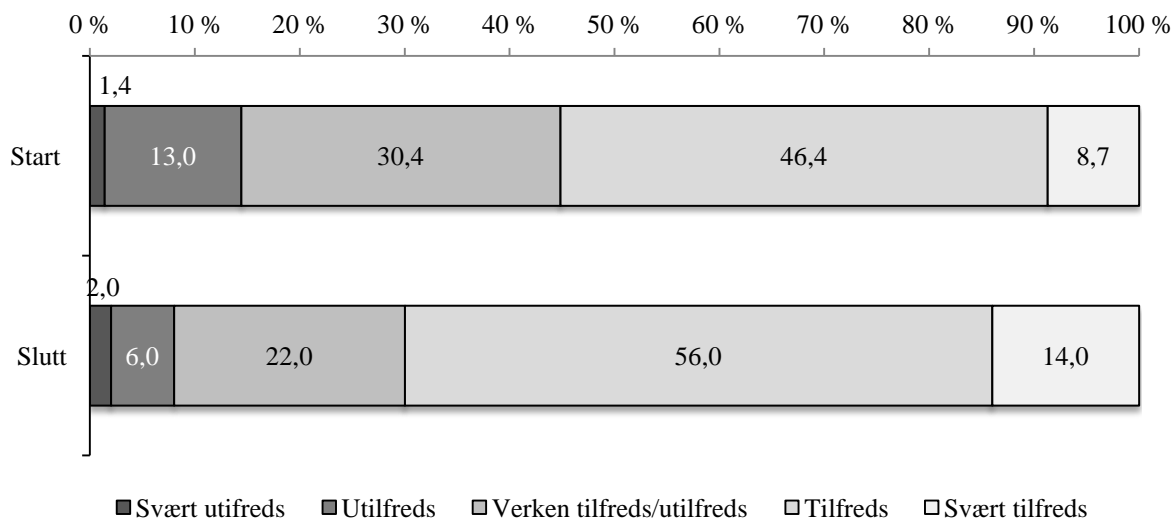
Figur 18. Hvor godt kan du konsentrere deg? (Prosent)

Figur 19 viser at pasientene til sammen var mer *tilfreds* eller *svært tilfreds* (50 %) med egen arbeidskapasitet ved avslutningen av tilbudet i forhold til ved starten (27,5 %). Videre var det 20 prosent færre som var *svært utilfreds* eller *utilfreds* ved avslutningen av tilbudet. Forskjellene var signifikante ($P = 0,01$).



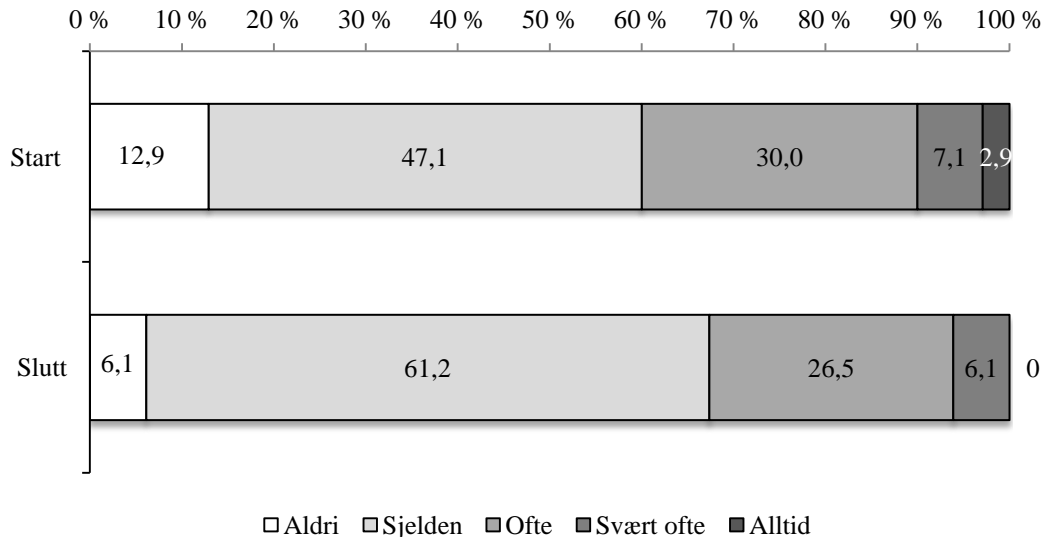
Figur 19. Hvor tilfreds er du med din arbeidskapasitet? (Prosent)

Figur 20 viser at andelen pasienter som var *tilfreds* eller *svært tilfreds* med seg selv økte fra tilbudsstart til tilbudsslutt. Over to tredjedeler av pasientene var vært *tilfreds* eller *tilfreds* med seg selv ved tilbudsslutt, mot rett over halvparten ved tilbudsstart. Forskjellene var signifikante ($P = 0,00$).



Figur 20. Hvor tilfreds er du med deg selv? (Prosent)

Figur 21 gir et bilde av negative følelser, som eksempelvis tristhet, fortvilethet, engstelighet eller depressivitet, blant pasientene ved start og avslutning av tilbudet. Man kan se at det ved tilbudsstart var nærmere 40 prosent som ofte, svært ofte eller alltid opplevde negative følelser (de mørke feltene i figuren), imens tallet hadde sunket til cirka 30 prosent ved avslutning. På den andre siden kan man se at det var en mindre andel ved avslutningen av prosjektet som *aldri* opplevde å ha negative følelser. Forskjellene var signifikante ($P = 0,000$).



Figur 21. Hvor ofte opplever du negative følelser? (Prosent)

4 Diskusjon

4.1 Substansiell diskusjon

Målet med denne studien var å få kunnskap om tilbudet Raskere tilbake for personer med ervervet hjerneskade. Følgende hovedfunn vil bli diskutert:

- Pasientgruppen hadde komplekse og sammensatte problemer og utfall, og høy grad av komorbiditet.
- Innholdet i tilbudet kan sies å være i tråd med forskningslitteraturen på feltet.
- Tilbudet førte til at mange flere kom i jobb, og spesielt i en høyere stillingsstørrelse (reduert NAV - ytelse).
- Tidspunkt, diagnose og problemområder hadde betydning for reduksjon i NAV - ytelse.
- Små endringer i pasientenes egen vurdering av enkelte livskvalitetskomponenter før og etter tilbud.

4.1.1 Komplekse problemer hos pasientgruppen

Problemområdene for denne målgruppen viste seg å være komplekse og sammensatte. De hadde ulike diagnoser, og enda flere ulike problemer/utfall. På grunn av disse pasientenes komplekse sykdomsbilde kan rehabiliteringsløsninger være spesielt utfordrende, en må omfavne mange og sammensatte problemer. Sammenligner man med andre målgrupper for rehabiliteringsprogrammer, for eksempel muskel- og skjelettlidelser, har pasienter med ervervet hjerneskade et mye mer sammensatt sykdomsbilde (Bootes & Chapparo, 2002; Chappell, Higham & McLean, 2003; Keferl, 2001). I tillegg har pasienter med ervervet hjerneskade ofte innsiktsproblematikk, noe som vil kunne påvirke rehabiliteringsprosessen. Konsekvensene for enkeltindividene etter ervervet hjerneskade er ofte skjulte og komplekse, og uten nok kunnskap og erfaring kan de også virke uforståelige. Rehabiliteringsprosessen kan derfor være utfordrende og ta tid, da en først må oppdage og så forstå, før en kan akseptere situasjonen både overfor seg selv og andre. Informasjon er ikke nok, da nettopp informasjonsbearbeiding er en av utfordringene når en har kognitive utfall. Med så mangeartede problemstillinger er det stort behov for at vurdering og tiltak tilbys ved et tverrfaglig team med spesialutdannet personell på flere områder (Ellingsen & Aas, 2009). Når en vurderer oppnådde resultater, må disse forhold også tas med i betraktning.

4.1.2 Innholdet i tilbudet synes å stemme med forskningslitteraturen

Tilbudet Raskere tilbake for personer med ervervet hjerneskade blir beskrevet som et program som blir gitt både individuelt og i gruppe. Det blir utført tverrfaglig kartlegging, og derav følgende skreddersydde tiltak for den enkelte pasient. Pasientene har en fast koordinator, og rehabiliteringspersonalet har kontakt med både NAV og arbeidsplassen. Dette er komponenter som er i tråd med hva forskningen har funnet er hensiktsmessig når det gjelder arbeidsrettede tiltak for personer med andre type helseplager (Ellingsen et al. 2010). Studier peker på at det har vist seg positivt, i forhold til å komme tilbake til arbeidslivet, at pasienter har fått en helhetlig arbeidsrettet intervensjon relatert til kun å ha mottatt arbeidsrettede tjenester (Bjørkdahl, 2010). Det kan synes som at gruppeaktivitetene som tilbys i Raskere tilbake inneholder flere av de samme elementene som i intervensjons- og rehabiliteringsprogrammer som har vist gode resultater med tanke på tilbakevending til arbeid for denne målgruppen

(Braverman, et al., 1999; Fadyl & McPherson 2009; Murphy, et al., 2006; Stergiou-Kita, Yantzi & Wan, 2010; van Velzen, van Bennekom, van Dormolen, Sluiter & Frings-Dresen, 2011). I følge resultatene i denne studien hadde pasientene mange ulike tiltak og kombinasjoner av tiltak. Dette tyder på at den individuelle kartlegging bidrar til skreddersøm for den enkelte pasient, og at ikke alle pasientene gjennomgår et fastsatt program. Det kan synes som at pasientenes mangfoldighet i problemer/utfall gjenspeiler seg i variasjonen i tiltak og kombinasjoner av tiltak.

De gruppebaserte tiltakenes definerte formål er å informere om og la pasientene reflektere over egne ressurser og begrensninger, i tillegg til praktiske øvelser. Muligens kan disse tiltakene være noe som bidrar til å bedre innsikt i den endrede livssituasjonen. Det at over 40 prosent av pasientene deltok i gruppetilbudene kan ha gjort at pasientene er mer beredt til å returnere til arbeid. I gruppene kan de ha fått sjekket ut egne muligheter og krefter med rehabiliteringsteamet og sine likesinnede gruppedeltakere. Dette kan ha bidratt til å finne en riktigere opptrappingsplan i arbeidslivet.

Videre er det i Raskere tilbake sine individuelle tiltak, fokus på å inkludere både arbeidsplassen og pårørende. 43,3 prosent av pasientene i denne studien hadde deltatt på *møter/samarbeid med arbeidsplassen* og nær 30 prosent hadde benyttet seg av tiltaket *hjemmebesøk*. I tillegg var det mulighet for å inkludere arbeidsplass og pårørende i flere av de andre individuelle tiltakene. Flere studier peker på at fleksibilitet fra arbeidsgiver og støtte fra pårørende og arbeidskollegaer, øker mulighetene for å komme tilbake til arbeidslivet med et langvarig positivt resultat (Bjørkdahl, 2010; Ownsworth, 2010).

Det at fagpersonen og pasienten har hatt kontakt med både NAV og arbeidsplassen mens pasientene var under rehabilitering, kan ha bidratt til å unngå en lang og sårbar overgangsperiode mellom rehabilitering og arbeid. Viktigheten av å kartlegge den reelle arbeidssituasjonen tidlig i rehabiliteringsfasen fremheves i flere studier (Bootes & Chapparo, 2002; Chappell et al., 2003; Fadyl & McPherson, 2009). Forfatterne vektlegger også viktigheten av arbeidstrening med veiledning, noe som ikke har vært mulig i samme omfang innenfor Raskere tilbake- tilbudet sine rammer. Forskning har også funnet at tiden mellom et rehabiliteringsoppholds slutt og start i arbeidslivet kan være lang, og at dette kan bidra til at en ikke kommer tilbake i arbeid (Ellingsen & Aas, 2009). Det å på et tidlig tidspunkt starte med arbeidstrening kan altså være viktig. Videre kan samarbeidet med NAV være sentralt, slik at også oppfølgingen i virksomhetene blir gjennomført.

4.1.3 Arbeidsstatus ved tilbudsstart og tilbudsavslutning

Resultatene viste at en økt andel av pasientene i løpet av tilbudet kom tilbake til jobb. Selve tilbudet kan være en av årsakene til dette, men hvor stor del av forklaringen tilbudet står for er vanskelig å si, da studien ikke hadde en kontrollgruppe. Sammenligner en med studier av andre tilbud, har en blant annet funnet at personer med traumatisk eller ikke-traumatisk hjerneskade har cirka 40 prosent sannsynlighet for å være tilbake i arbeid etter ett til to år (van Velzen, et al., 2009). Studien av Raskere tilbake-tilbudet viste en høyere forekomst av tilbakeføring (50,6 prosent), men det kan være en usikkerhet ved å sammenligne slike studier på grunn av ulikheter i pasientgrupper, tilbud og varighet på intervensjonen. Forøvrig er det å måle i jobb/ikke i jobb forbundet med mye variasjon, da det kan innebære fra 5 prosent til 100 prosent arbeidsdeltagelse. Derfor konstruerte vi en annen variabel i denne analysen,

prosentvis NAV - ytelse. Denne sank betydelig i perioden. Her er det viktig å understreke at det faktisk var 42 prosent av pasientene i studien som ikke var avsluttet. I og med at målingene ble gjort rett etter registreringsstopp, er personer som eventuelt har kommet tilbake i arbeid etter dette derfor ikke inkludert i disse resultatene.

Hvordan fortsettelsen på pasientenes tilværelse i arbeidslivet ser ut, kommer ikke til syne her. Forskningslitteratur på området hevder imidlertid at stabiliteten til pasientene med ervervet hjerneskade som kommer tilbake i arbeidslivet kan være noe varierende. Noen studier viser en økning i arbeidsdeltakelse over tid, mens andre viser det motsatte. Bjørkdahl (2010) fant at antallet med ervervet hjerneskade i arbeid hadde økt fra 23 til 40 prosent 5 år etter intervensjonen. Studien fra Machamer, Temkin, Fraser, Doctor & Dikmen (2005) viste derimot at blant en gruppe mennesker med traumatisk hjerneskade som hadde kommet tilbake i arbeid, var det 3 - 5 år senere kun 46 % som hadde opprettholdt et stabilt arbeidsforhold. Her kan det være av betydning og påpeke at Bjørkdahl (2010) sin studie baserte seg på informanter hvor det var opp til 27 år siden skade, imens studien fra Machamer et al., (2005) målte arbeidsstabiliteten 3 - 5 år etter skaden. I likhet med Machamer et al., (2005) viste også studien fra Hofgren, Esbjörnsson & Sunnerhagen (2010) en lav tilbakekomst i arbeidslivet for mennesker med ervervet hjerneskade, her var det bare 18,1 prosent som hadde kommet tilbake til i arbeid ett år etter skaden.

Andre studier påpeker at noen pasienter brukte så mye ressurser på å opprettholde et stabilt arbeidsforhold, at de opplevde skjebnesvangre konsekvenser i ettertid, eksempelvis depresjon, vanskeligheter med å tilpasse seg et arbeidsmiljø eller utagerende adferd i jobbsammenheng som medførte oppsigelse. Disse konsekvensene viste seg ikke før flere år etter de kom tilbake i arbeidslivet (Levack, McPherson & McNaughton, 2004). På bakgrunn av dette etterlyser Fadyl & McPherson (2009) at det i et helhetlig perspektiv bør sees på langtidskonsekvensene for den enkelte i forhold til å ha kommet tilbake i arbeidslivet etter traumatisk hjerneskade. Det kan tenkes at det er betydningsfullt at pasientene tilbys langsiktig oppfølging, også etter de har kommet tilbake til arbeidslivet.

4.1.4 Faktorer som påvirket reduksjonen i NAV - ytelser

Tidspunktet for intervensjon etter sykdom eller skade viste seg å være sentralt. Resultatene fra denne studien viste at sannsynligheten for å komme tilbake i jobb økte ved tidlig intervensjon. Pasientene som fikk tilbud innen en måned, hadde den største reduksjonen i NAV - ytelser. Cirka halvparten av dem som kom tilbake i jobb fra full sykemelding, hadde fått tilbud om Raskere tilbake etter en måned. Når man sammenligner årene tilbudet har eksistert (2008 – 2011) ser man at flere og flere pasienter har fått henvisning på et tidlig tidspunkt. Denne utviklingen kan skyldes at tilbudet Raskere tilbake er blitt mer kjent og at pasientene dermed blir henvist raskere. I studien fra Bjørkdahl (2010) kom det frem at det var mer sannsynlig at pasientene kom tilbake til arbeidslivet, hvis de hadde hatt et arbeidsforhold før skaden. Andre faktorer som kunne påvirke evnen til å komme tilbake i arbeidslivet var personlige forhold som alder, tidligere erfaringer, barn eller sosiale forhold.

Det ble funnet at en større andel av personer med traumatisk hjerneskade kom tilbake til arbeid enn de med hjerneslag. Personer med hjerneslag var i tillegg den gruppen som fikk tilbud over lengst tid. Van Velzen et al., (2009) fant at det var liten forskjell mellom de traumatiske og de ikke-traumatiske hjerneskadene i forhold til tilbakevending til arbeid etter 2

år. Funnet i denne studien avviker noe fra dette, men det må legges til at disse resultatene var ikke signifikante, og må derfor tolkes med forsiktighet. Det kunne vært interessant å foreta en ny måling på et senere tidspunkt, for å se om bildet endrer seg over tid.

Vår studie viste også at pasientene med *lette kognitive vansker* hadde størst reduksjon i NAV - ytelse. Dette fremstår som den mildere form for utfall etter ervervet hjerneskade, og sjansen for tilbakeføring vil dermed være mer sannsynlig med disse plagene.

4.1.5 Små endringer i egenvurdering av flere livskvalitetskomponenter

Egen opplevelse av fremgang trenger ikke alltid være avhengig av fulltidsarbeid hos pasienter med ervervet hjerneskade. Flere som ikke har betalt arbeid opplever allikevel suksess eller fremgang i egen livssituasjon (Levack et al., 2004).

Resultatene fra livskvalitetsvurderingen i vår studie viste at pasientene generelt erfarte små til moderate forskjeller før og etter Raskere tilbake - tilbudet. Vi fant en liten økning i livskvalitet (5,1 %), tilfredshet med helse (12,5 %) og konsentrasjon (7,8 %). En av grunnene til at noen pasienter ikke opplever bedret livskvalitet, kan være fordi de gjennom tilbudet også har fått større innsikt og forståelse for hvilke konsekvenser hjerneskaden kan få i hverdagen (Ellingsen & Aas, 2009; Sherer et al., 1998).

En studie utført av Lin et al. (2010) viste at personer med traumatisk hjerneskade hadde stor forbedring på nær alle WHOQoL områdene 6 måneder etter skade. Verdiene fortsatte og stige i en positiv retning 12 måneder etter skaden. Det er flere faktorer som skiller resultatene fra denne studien fra vår, blant annet at de ikke hadde fokus på arbeid, ingen arbeidsrettet intervensjon og pasient gruppen bestod utelukkende av pasienter med traumatisk hjerneskade.

Flere studier peker på at det kan skje betydelige endringer over tid hos pasienter etter avslutning av eventuelle tilbud/intervensjoner de har deltatt i (Bjørkdahl, 2010; Levack et al., 2004; Machamer et al., 2005) På bakgrunn av dette kan det tenkes at det ville hatt innflytelse på resultatene hvis utfyllingen livskvalitetsvurderingen etter mottatt tilbud, ble gjort på et senere tidspunkt. På denne måten kunne pasientene som var kommet tilbake til arbeidslivet fått muligheten til å gjort erfaringer og reflektert ytterligere over den endrede livssituasjonen.

4.2 Metodiske begrensninger

For å kunne si noe sikkert om effekt, må en ha noe å vurdere effekten opp i mot. Det er da nødvendig med en kontrollgruppe, og det må være tilfeldig hvem som får tilbudet og hvem som ikke får det. Det var ikke tilfelle i denne studien, og man hadde kun kunnskap om disse pasientenes nytteverdi av Raskere tilbake - tilbudet. Imidlertid vil det være personlig og samfunnsmessig nyttig med enhver person som kommer tilbake i jobb. Det vi imidlertid ikke kan si noe om, er hva som ville ha skjedd med denne gruppen pasienter hvis de ikke fikk dette tilbudet. Nytteverdien som vi avdekket i denne studien (arbeidsstatus og reduksjon i NAV - ytelse) indikerer at en oppfølgingsstudie med målinger tatt på et senere tidspunkt ville vært viktig å gjennomføre, samt en studie med kontrollgruppe.

Dataene var hentet inn og basert på pasientjournalinformasjon. Andre data kunne muliggjort flere typer analyser og bidratt til en ytterligere kartlegging av tilbudet.

Den gjennomsnittlig gyldige svarprosenten på livskvalitetsvurderingen var ved første registrering 66 prosent, og ved andre registrering 47 prosent. Det kan diskuteres om funnene kunne vært annerledes ved en høyere svarprosent. Den lave svarprosenten gjorde også at ikke alle spørsmålene i spørreskjemaet kunne analyseres med signifikante resultater. Hadde svarprosenten vært høyere ville en hatt mulighet å utføre mer utdypende analyser.

5 Referanser

- Bjørkdahl, A. (2010). The return to work after a neuropsychological programme and prognostic factors for success. *Brain Injury*, 24(9), 1061-1069.
- Bond, G. R., Drake, R. E. & Becker, D. R. (2008). An update on randomized controlled trials of evidence-based supported employment. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 31(4), 280-290.
- Bootes, K. & Chapparo, C. J. (2002). Cognitive and behavioural assessment of people with traumatic brain injury in the work place: Occupational therapists' perceptions. *Work*, 19(3), 255-268.
- Braverman, S. E., Spector, J., Warden, D. L., Wilson, B. C., Ellis, T. E., Bamdad, M. J. & Salazar A. M. (1999). A multidisciplinary TBI inpatient rehabilitation programme for active duty service member as part of a randomized clinical trial. *Brain injury*, 13(6), 405-415.
- Bultmann, U., Sherson, S., Olsen, J., Hansen, C. L., Lund, T. & Kilsgaard, J. (2009). Coordinated and tailored work rehabilitation: A randomized controlled trial with economic evaluation undertaken with workers on sick leave due to musculoskeletal disorders. *The Journal of Occupational Rehabilitation*, 19(1), 81-93.
- Chappell, I., Higham, J. & McLean, A. M. (2003). An occupational therapy work skills assessment for individuals with head injury. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 70(3), 163-169.
- Corrigan, P. W. & McCracken, S. G. (2005). Place first, then train: An alternative to the medical model of psychiatric rehabilitation. *Social Work*, 50(1), 31-39.
- Crosson, B., Barco, P. P., Velozo, C. A., Bolesta, M. M., Cooper, P. V., Werts, D. & Brobeck, T. C. (1989). Awareness and Compensation in postacute head injury rehabilitation. *The Journal of head trauma rehabilitation* 4(3), 46-54.
- Crowther, R., Marshall, M., Bond, G. R. & Huxley, P. (2001). Vocational rehabilitation for people with severe mental illness. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 11, 1-59.
- ECON. (2006). Virkemidler for å få flere med redusert arbeidsevne i jobb: Erfaring fra 4 land (No. 34). Oslo: ECON.
- Ellingsen, K. L., Kiær, E., Labriola, M. & Aas, R. W. (2010). Arbeidsrettede tiltak ved helseplager og sykefravær: En kunnskapsoppsummering av nordisk forskningslitteratur (No. 2010/49). Stavanger: IRIS.
- Ellingsen, K. L. & Aas, R. W. (2009). Work participation after acquired brain injury: Experience of inhibiting and facilitating factors. *International Journal of Disability Management Research*, 4(1), 11.

- Fadyl, J. K. & McPherson, K. M. (2009). Approaches to Vocational Rehabilitation After Traumatic Brain Injury: A Review of the Evidence. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 24(3), 195-212.
- Finset, A. & Krogstad, J. M. (2002). *Virkninger og behandling av ulike typer hodeskade*. Oslo: Cappelen akademiske forlag.
- Hanson, A. (2004). *Hälsopromotion i arbetslivet*. Lund: Studentlitteratur.
- Hofgren, C., Esbjörnsson, E. & Sunnerhagen, K. S. (2010). Return to work after acquired brain injury: Facilitators and hindrances observed in a sub – acute rehabilitation setting. *Work*, 36(4), 431 – 439.
- Jacobsen, A. (2005). *Personer med hjerneskade og arbeidets betydning for identitet og integrasjon*. Hjerneskadesenteret: Fyns Amt, Fyn.
- Johansson, U. & Tham, K. (2006). The meaning of work after acquired brain injury. *The American Journal of Occupational Therapy*, 60(1), 60-69.
- Karrholm, J., Ekholm, K., Jakobsson, B., Ekholm, J., Bergroth, A. & Schuldt, K. (2006). Effects on work resumption of a co-operation project in vocational rehabilitation. Systematic, multi-professional, client-centred and solution-oriented co-operation. *Disability and Rehabilitation*, 28(7), 457-467.
- Keferl, J. E. (2001). *Perceived best practices with persons with mild Closed head injury in the vocational rehabilitation process*. Michigan: Southern Illinois University.
- Kielhofner, G. (2008). *Model Of Human Occupation: Theory and application* (4 ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Levack, W., McPherson, K. & McNaughton, H. (2004). Success in the workplace following traumatic brain injury: Are we evaluating what is most important? *Disabil Rehabil*, 26(5), 290-298.
- Lin, M. R., Chiu, W. T., Chen, Y. J., Yu, W. Y., Huang, S. J. & Tsai, M. D. (2010). Longitudinal changes in the health-related quality of life during the first year after traumatic brain injury. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 91(3), 474-480.
- Loisel, P., Durand, M. J., Diallo, B., Vachon, B., Charpentier, N. & Labelle, J. (2003). From evidence to community practice in work rehabilitation: The Quebec experience. *Clinical Journal of Pain*, 19(2), 105-113.
- Machamer, J., Temkin, N., Fraser, R., Doctor, J. N. & Dikmen, S. (2005). Stability of employment after traumatic brain injury. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 11(1), 807-816.
- Murphy, L., Chamberlain, E., Weir, J., Berry, A., Nathaniel-James, D. & Agnew, R. (2006). Effectiveness of vocational rehabilitation following acquired brain injury: Preliminary evaluation of a UK specialist rehabilitation programme. *Brain Injury*, 20(11), 1119-1129.

- Ose, S. O., Bjerkan, A. M., Pettersen, I., Hem, K. G., Johnsen, A., Lippestad, J., ... Saksvik, P. Ø. (2009). Evaluering av IA-avtalen (2001-2009). Trondheim: SINTEF.
- Owensworth, T. (2010). A metacognitive contextual approach for facilitating return to work following acquired brain injury: Three descriptive case studies. *Work*, 36(4), 381-388.
- Partene i arbeidslivet. (2001). Intensjonsavtale om et mer inkluderende arbeidsliv 2001-2005. Oslo.
- Partene i arbeidslivet. (2005). Intensjonsavtale om et mer inkluderende arbeidsliv 2006-2009. Oslo.
- Partene i arbeidslivet. (2010). Intensjonsavtale om et mer inkluderende arbeidsliv: Mars 2010-31 desember 2013. Hentet fra: <http://www.regjeringen.no/upload/SMK/Vedlegg/2010/IA-avtale%2024022010.pdf>
- Possl, J., Jurgensmeyer, S., Karlbauer, F., Wenz, C. & Goldenberg, G. (2001). Stability of employment after brain injury: A 7-year follow-up study. *Brain Injury*, 15(1), 15-27.
- Schafft, A. (2008). Psykiske lidelser og arbeidsintegrering i Scandinavia: En kunnskapsstatus (No. 04.2008). Oslo: Arbeidsforskningsinstituttet.
- Sherer, M., Bergloff, P., Levin, E., High, W. M., Oden, K. E. & Nick, T. G. (1998). Impaired awareness and employment outcome after traumatic brain injury. *The Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 13(5), 52-61.
- Stergiou-Kita, M., Yantzi, A. & Wan, J. (2010). The personal and workplace factors relevant to work readiness evaluation following acquired brain injury: Occupational therapists perceptions. *Brain Injury*, 24(7-8), 948-958.
- St.meld.nr. 9. (2006-2007). Arbeid, velferd og inkludering.
- Twamley, E. W., Padin, D. S., Bayne, K. S., Narvaez, J. M., Williams, R. E. & Jeste, D. V. (2005). Work rehabilitation for middle-aged and older people with schizophrenia - A comparison of three approaches. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 193(9), 596-601.
- Vandiver, V. L., Johnson, J. & Christofero-Snyder, C. (2003). Supporting employment for adults with acquired brain injury: A conceptual model. *The Journal Of Head Trauma Rehabilitation*, 18(5), 457-463.
- van Velzen, J. M., van Bennekom, C. A. M., Edelaar, M. J. A., Sluiter, J. K. & Frings-Dresen, M. H. W. (2009). Prognostic factors of return to work after acquired brain injury: A systematic review. *Brain Injury*, 23(5), 385-395.
- van Velzen, J. M., van Bennekom, C. A. M., van Dormolen, M., Sluiter, J. K. & Frings-Dresen, M. H. W. (2011). Factors influencing return to work experienced by people with acquired brain injury: A qualitative research study. *Disability and Rehabilitation*, 33(23-24), 2237-2246.

- Verne, D., Mezzanato, T. & Caminiti, E. (2006). Return to work after brain injury. I J. L. Carrion, K. R. H. Wild & G. A. Zitnay (Red.), *Brain injury treatment: theories and practices*. (s. 527-549). London: Taylor & Francis.
- Wehman, P., Targett, P., West, M. & Kregel, J. (2005). Productive work and employment for persons with traumatic brain injury: What have we learned after 20 years? *The Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 20(2), 115-127.
- Aas, R. W. (2009). *Raskt tilbake: Kunnskapsbasert rehabilitering av sykmeldte*. Oslo: Gyldendal.