



International Research Institute of Stavanger

www.iris.no

Kjersti L. Ellingsen, Elisabeth Kiær, Randi W. Aas,
Kathrine Skoland, Astrid Solberg

Tilbudet Raskere tilbake for personer med ervervet hjerneskade

Pasientgrunnlag, innhold og nytteverdi


Rapport IRIS - 2010/186

Prosjektets tittel: Raskere tilbake
Oppdragsgiver(e): Sykehuset Innlandet
ISBN: 978-82-490-0715-8
Gradering: Åpen

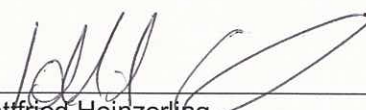
Stavanger, 18. januar 2011

for 
Kjersti L. Ellingsen
Prosjektleder

Sign.dato

 18/1-2011
for Randi Wågø Aas
Kvalitetssikrer

Sign.dato


Gottfried Heinzerling
Forskningsdirektør
Samfunns- og næringsutvikling

18.1.11
Sign.dato

Innhold

INNHold	3
SAMMENDRAG.....	5
1 INTRODUKSJON	7
1.1 Bakgrunn	7
1.2 Beskrivelse av tilbudet ”Raskere tilbake etter ervervet hjerneskade”.....	9
2 MÅL	11
3 MATERIALE OG METODE.....	12
3.1 Design.....	12
3.2 Informanter	12
3.3 Datainnsamling	12
3.4 Analyse	12
3.5 Etikk	12
4 RESULTATER.....	13
4.1 Pasientgrunnlag.....	13
4.2 Innhold og varighet av tilbudet	19
4.3 Tilbudets nytteverdi.....	21
5 DISKUSJON.....	26
5.1 Substansiell diskusjon	26
5.2 Metodiske begrensninger.....	28

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 *pasientgrunnlaget*, men også på *innholdet* og *nytteverdien* av tilbudet. 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, som ble hentet ut av personell ved sykehuset og overført anonymt til forskningsmiljøet. Journaldataene var fra 100 pasienter som hadde mottatt tilbudet *Raskere tilbake for personer med ervervet hjerneskade* i perioden april 2008 til mai 2010. Dette utgjorde 92 prosent av alle pasientene i perioden. Det ble gjennomført i hovedsak deskriptive analyser av dataene, men også enkelte analyser av forskjeller mellom grupper, tidspunkt og ytelser (Chi-square, målt ved P-verdi) ble gjort.

Resultater: Om *pasientgrunnlaget* viste resultatene at pasientgruppen besto av 56 prosent menn og 46 prosent kvinner, og gjennomsnittsalderen var 48,6 år. Kun tre prosent var uten et arbeidsforhold, og 70 prosent hadde full stilling hos sin hovedarbeidsgiver. Ti prosent var ikke sykmeldt ved henvisning, og blant de 90 prosent som var sykmeldte hadde cirka 50 prosent hadde vært sykmeldt inntil 8 uker og 40 prosent over 8 uker (langtidssykmeldt) før de ble henvist. For årene 2008, 2009 og 2010 ble en tydelig tendens avdekket som omhandlet at pasientene ikke hadde vært sykmeldt så lenge når de ble henvist i 2010, sammenlignet med de som ble henvist i 2008. Så mange som 66,3 prosent hadde hatt hjerneslag, mens en fjerdedel hadde hatt en traumatisk hjerneskade. 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. De fleste fikk tilbudet kort tid etter sykdommen eller skaden hadde inntruffet, og 60,6 prosent av gruppen fikk tilbud innen 3 måneder etter hendelsen.

Resultater om *Innholdet og varigheten* i tilbudet viste at mer enn en tredjedel (36,8%) fikk et tilbud som varte i mindre enn 6 måneder, og nesten samme andel (38,6%) fikk tilbud som varte lengre enn 6 måneder. Tilbudet til gruppen med hjerneslag hadde en høysignifikant lengre varighet enn de andre diagnosegruppene tilbud.

Pasientenes *nytteverdi* av tilbudet ble vurdert ved arbeidsstatus og prosentvis NAV-ytelser. Femtiseks prosent var i arbeid ved tilbudsavslutning, mot bare 23 prosent ved tilbudsstart. Denne endringen var signifikant. Videre sank den gjennomsnittlige andelen NAV-ytelse fra 84,5 prosent ved start, til 61,7 prosent ved avslutning. Denne forskjellen var også signifikant. Reduksjonen 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-ytelser størst blant pasientene med 'lette kognitive vansker'.

Konklusjon: Pasientene som fikk dette Raskere tilbake-tilbudet hadde ofte komplekse problemstillinger og høy grad av komorbiditet. En stadig økende gruppe pasienter fikk tilbudet kortere tid 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.

1 Introduksjon

1.1 Bakgrunn

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, p. 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 tilbake i arbeid tidlig 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, 2005s.10; 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 som har ervervede hjerneskader, og dermed mentale og intellektuelle funksjonsnedsettelse, representerer i følge ECON (2006) den gruppen 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 et al, 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.

En har sett 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 (ibid).

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 vekting på intervensjon både før og etter jobbplassering, 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 jobbplassering, 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, & P., 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 hjerneskadeførte 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 et al. (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 utskrivning. 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 Beskrivelse av tilbudet ”Raskere tilbake etter ervervet hjerneskade”

Ordnningen 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 30.09.10 gitt tilbud til 135 pasienter.

Kompetansen til teamet som jobber i prosjektet er tverrfaglig, og består av aktivtør, 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 intensiv arm- håndtrening (CI-terapi), intensiv kognitiv rehabilitering, synspedagogvurdering, logopedvurdering osv. 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 (utmattelse, vansker med språk, konsentrasjon, hukommelse og så videre). 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. 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	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 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 (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 (Bjorkdahl, 2010; Fadyl, 2009; Lunqvist, 2010). Å øke innsikt i egen situasjon har vært gjennomgripende

temaer i både i det individuelle tilbudet og i gruppetilbudet (Crossen, 1989; Lunqvist, 2010; Sherer, 1998).

Tabell 2. *Gruppebaserte tiltak for pasientene*

Gruppebaserte tiltak	Kort beskrivelse av form og innhold
Gruppe 1: Kognitiv rehabiliteringsopphold	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.

2 Mål

Målet med denne studien var å få kunnskap om tilbudet Raskere tilbake etter ervervet hjerneskade.

Det ble fokusert på følgende aspekter av tilbudet:

- I. Pasientgrunnet: Hvem og hvor mange har mottatt tilbudet, og hvilke diagnoser har disse?
- II. 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?
- III. Nytteverdien av tilbudet: 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?

3 Materiale og metode

3.1 Design

Det ble utført en analyse av pasientjournaldata fra personer som hadde mottatt tilbudet Raskere tilbake etter ervervet hjerneskade ved Sykehuset Innlandet.

3.2 Informanter

Informantene i studien var pasienter som hadde fått og avsluttet Raskere tilbake-tilbudet i perioden april 2008 til mai 2010. Utvalget besto av totalt 100 informanter, noe som utgjør cirka 92 prosent av det totale pasientantallet i perioden.

3.3 Datainnsamling

Dataene ble samlet inn av samarbeidspartnere (ansatte) ved sykehuset. Data fra pasientjournaler ble registrert, i tillegg til at pasienter fylte ut spørreskjemaer. 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.

3.4 Analyse

Dataene fra registreringskjemaet ble punchet inn i statistikkprogrammet PASW, version 18, og sjekket for feil en gang. 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. Sammenligning av diagnosegruppers tilbudsvarighet ble gjort ved å sammenligne gjennomsnittene, der en Pearsons Chi-square- test ble brukt for å se om denne varigheten var signifikant forskjellig mellom diagnosegruppene. 0-hypotesen som ble testet var at det var ingen forskjell i tilbudsvarighet. Signifikansnivået satt til 0.05 (dvs. 5 prosent) for å forkaste 0-hypotesen. Tilsvarende analyser ble også gjort for å se på forskjeller i arbeidsdeltagelse og NAV-ytelser før og etter tilbudet.

3.5 Etikk

Prosjektet er lagt frem for Regional etiske komité (REK), som vurderte prosjektet 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.

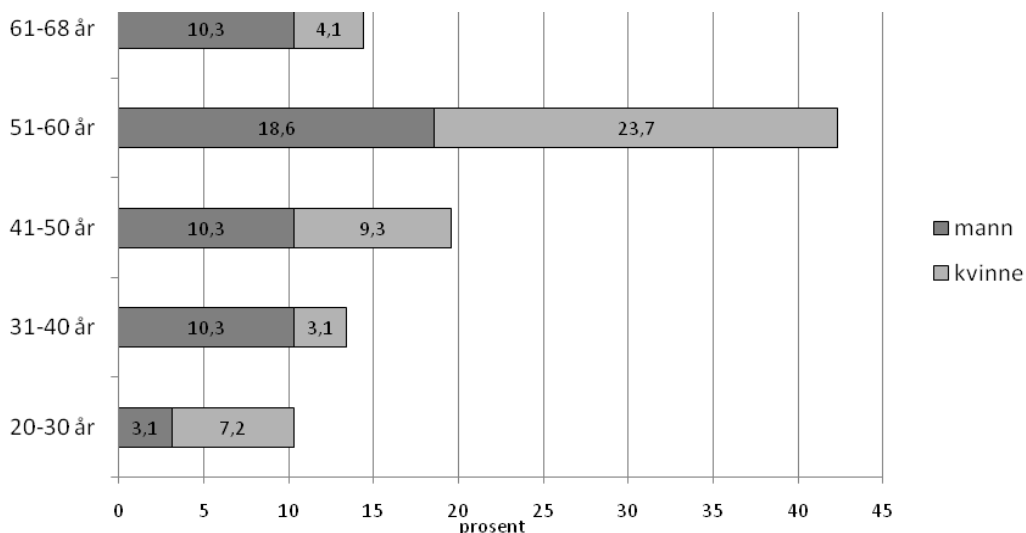
4 Resultater

I dette kapitlet vil resultatene bli presentert i denne rekkefølgen: (i) Raskere tilbake- tilbudets pasientgrunnlag (ii) Raskere tilbake- tilbudets innhold (iii) Raskere tilbake- tilbudets nytteverdi.

4.1 Pasientgrunnlag

4.1.1 Alder og kjønn

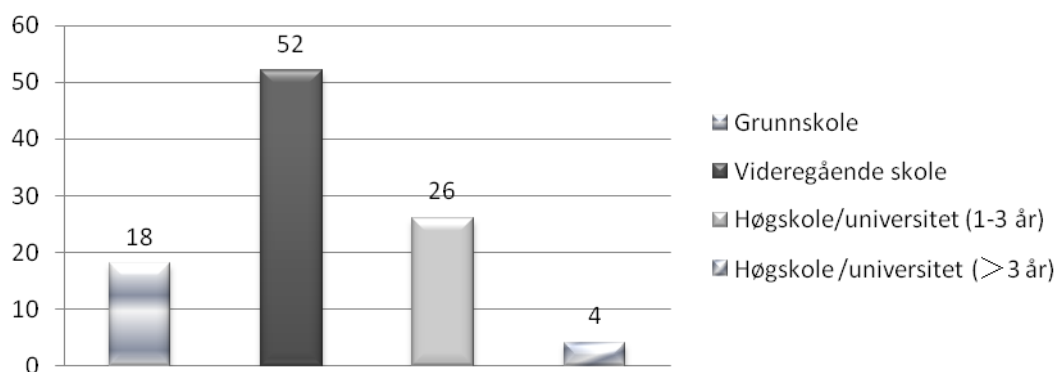
Den prosentvise fordelingen av alder og kjønn fremkommer i figur 1. Av de 100 pasientene i utvalget var 54 prosent menn og 46 prosent kvinner. Aldersspredningen var fra 20 til 68 år, med en gjennomsnittsalder på 48,6 år (SD: 11,7). Som det fremkommer av figur 1, utgjorde pasientene mellom 51-60 år den største gruppen (42,3%).



Figur 1. Pasientenes kjønns- og aldersfordeling (prosent)

4.1.2 Utdanningsnivå og type jobb

Når det gjelder utdanningsnivå (se figur 2) hadde 52 prosent av pasientene fullført videregående skole, mens en fjerdedel hadde 3-årig høyskoleutdanning. Nær en femtedel av utvalget hadde ikke utdanning utover 9-årig grunnskole.



Figur 2. Pasientenes utdanningsnivå (prosent)

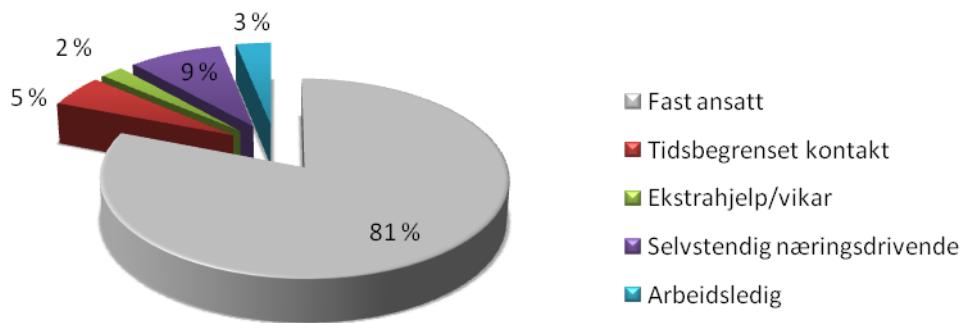
Pasientene hadde bakgrunn fra forskjellige yrker. Tabell 3 viser at de fire mest vanlige yrkene i pasientgruppen var håndverksyrker (20,6%) kontoryrker (19,6%), salg- og serviceyrker (17,6 %), samt helse- og omsorgsyrker (16,5%).

Tabell 3. Type yrke (prosent)

Yrker*	Andel (%)
Håndverkere	20,6
Kontoryrker	19,6
Salgs- og serviceyrker	17,5
Helse-og omsorgsyrker	16,5
Lederyrker	7,2
Høgskoleyrker	6,2
Operatører, sjåførere mv.	6,2
Akademiske yrker	2,1
Andre	2,1
Forsvaret	1,0
Elev/student	1,0
Total	100,0

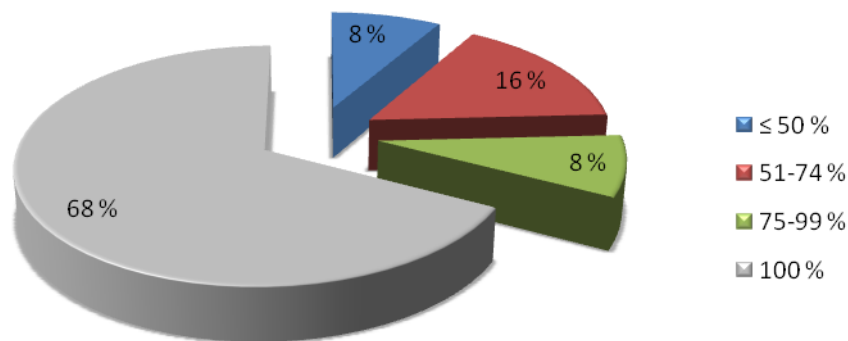
4.1.3 Yrkesdeltagelse

De fleste av pasientene (81%) hadde et fast ansettelsesforhold, mens ni prosent var selvstendig næringsdrivende. Kun tre prosent var uten arbeid (se figur 3).



Figur 3. Type ansettelsesforhold (prosent)

Når det gjelder stillingsprosent (se figur 4) hadde nær 70 prosent av pasientene full stilling hos sin primærarbeidsgiver.



Figur 4. Stillingsprosent hos hovedarbeidsgiver (prosent)

Rundt 10 prosent av pasientene hadde bjobb, 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.

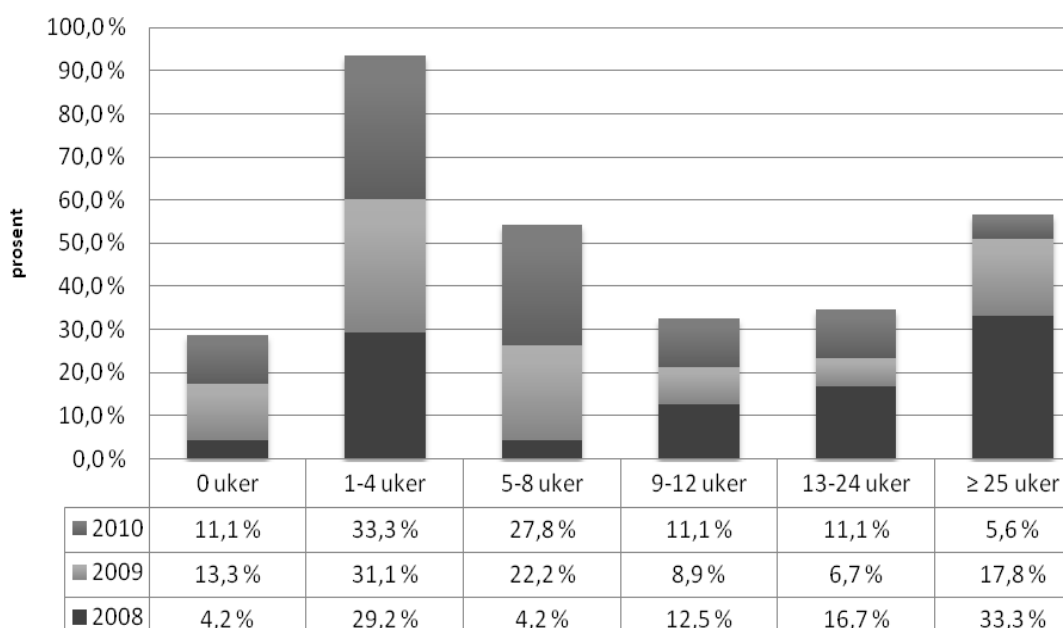
4.1.4 Sykefravær

Det var stor variasjon i hvor mange uker pasientene hadde vært sykmeldt før de fikk henvisning til Raskere tilbake. Tabell 4 viser at 10,3 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, en grense som ofte benyttes for langtidssykefravær.

Tabell 4. Varighet på sykemelding ved henvisningstidspunkt (prosent)

Varighet sykmelding	Andel (%)
0 uker	10,3
1-4 uker	31,0
5-8 uker	18,4
9-12 uker	10,3
13-24 uker	10,3
≥ 25 uker	19,5

Figur 5 viser sykemeldingslengde og henvisningstidspunkt i de tre årene 2008, 2009 og 2010. Man kan se en utvikling fra 2008 til 2010 i forhold til hvor lenge pasientene hadde vært sykmeldt før de ble henvist til tilbudet. Pasienter ble i 2010 henvist på et tidligere tidspunkt etter skaden, enn det de ble i 2008. I 2008 hadde over 60 prosent vært sykmeldt i over åtte uker før de ble henvist, mens tendensen i 2010 var at over 60 prosent hadde vært sykmeldt mindre enn åtte uker når de ble henvist.

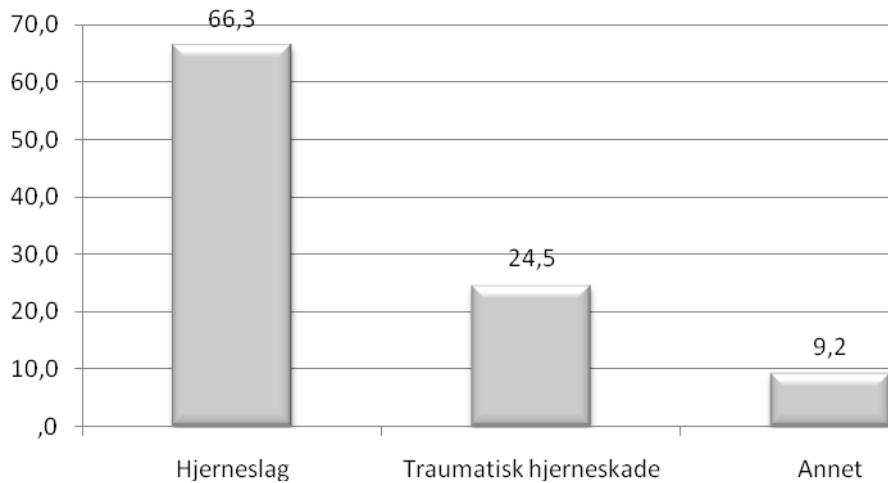


Figur 5. Varighet på sykemelding på henvisningstidspunkt, 2008-2010

4.1.5 Hvilke diagnoser og utfall har pasientene?

Den største andelen pasienter hadde diagnosen hjerneslag (se figur 6). Denne gruppen inkluderte også personer med diagnosen hjernehinneblødning. Diagnosegruppen *Annet* inneholdt diagnosene Multiple Skleroses (MS) og hjernehinnebetennelse. To tredjedeler

av pasientene hadde hatt hjerneslag, mens nærmere en fjerdedel hadde traumatisk hjerneskade.



Figur 6. 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. Nær tre fjerdedeler (74,7%) av pasientene opplevde å ha lette kognitive vansker som nedsatt oppmerksomhet, konsentrasjon og økt tretthet. Omtrent 50 prosent av pasientene hadde motoriske vansker. Under kategorien *Annet* var det hele 66 ulike problemer nevnt. Av disse var hypertensjon og nedsatt finmotorikk oftest nevnt (7% og 4%). Tre prosent av pasientene opplevde ryggproblemer og hjerteproblemer. Tabell 5 viser fordelingen av problemer etter sykdommen/skaden.

Tabell 5. Problemer etter sykdommen/skaden (prosent)

Problemer/utfall etter skade	Forekomst (%)
Lette kognitive vansker	74,7
Motoriske vansker	49,5
Smerteproblemer	22,2
Betydelige kognitive vansker	22,2
Synsvansker	14,1
Tale/kommunikasjonsvansker	13,1
Annet	57,6

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

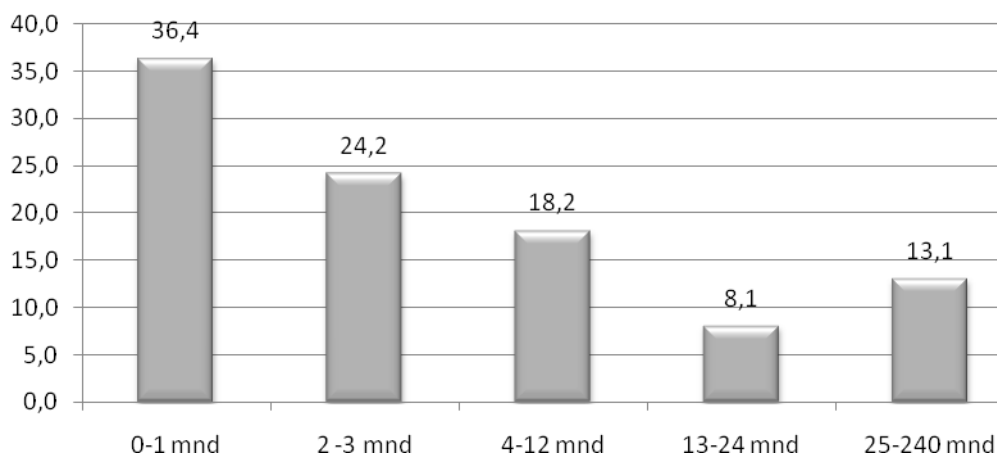
4.1.6 Tidspunkt for tilbud etter sykdomshendelsen

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 60,6 prosent av gruppen fikk tilbud innen 3 måneder etter hendelsen. Ytterligere 8 prosent fikk tilbud innen 4-6 måneder, mens for 31,3 prosent av pasientene var det gått mer enn 6 måneder.

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

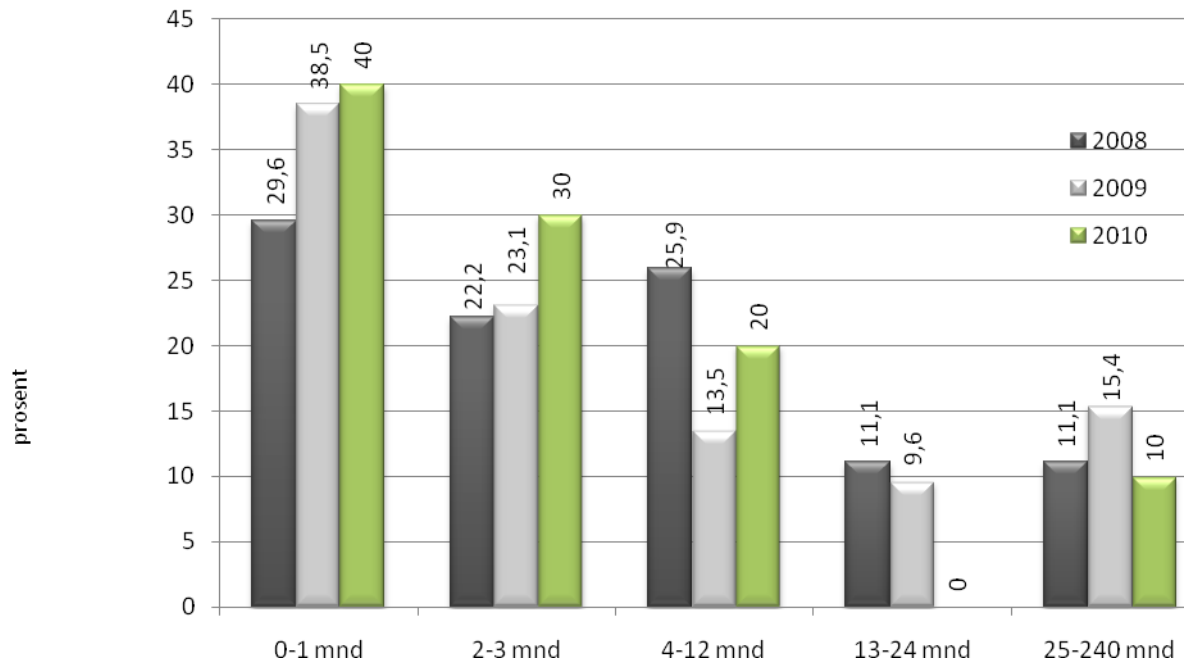
Tidspunkt for når tilbud ble gitt	Prosentandel
0-3 måneder	60,6
4-6 måneder	8,1
Over 6 måneder	31,3

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 36 prosent av pasientene fikk tilbudet innen en måned etter sykdommen eller skaden hadde inntruffet. Flesteparten (opp mot 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 (2008 og 2009). Man ser at andelen av pasienter som fikk tilbudet innen 1 måned, økte fra cirka 30 prosent i 2008 til 40 prosent i 2010. Figuren viser også at det i 2010 kun var 10 prosent som fikk tilbudet senere enn 12 måneder etter sykdom/skade, mens denne andelen var høyere i 2008.

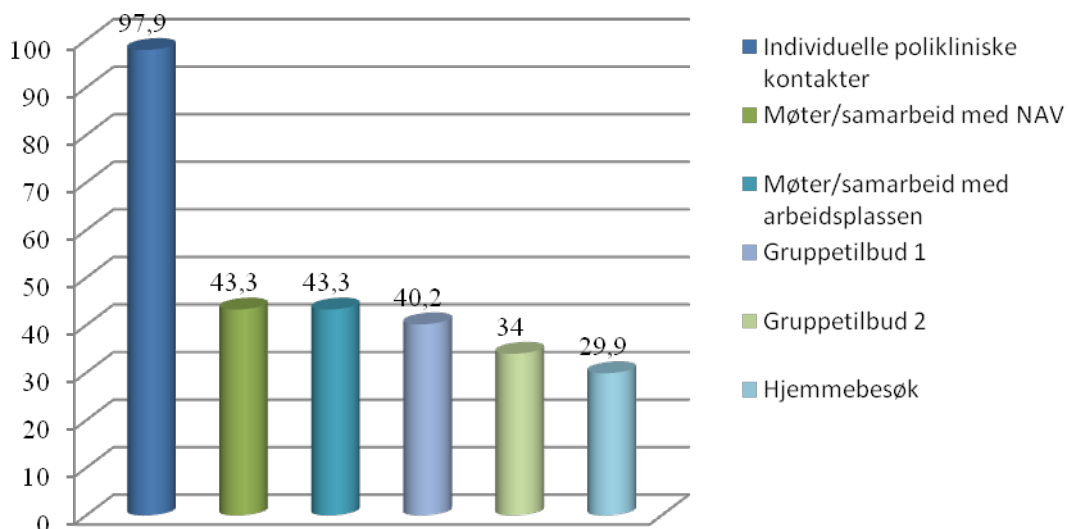


Figur 8. Tilbud mottatt etter sykdom/skade fordelt på årstall (prosent)

4.2 Innhold og varighet av tilbudet

4.2.1 Type tiltak

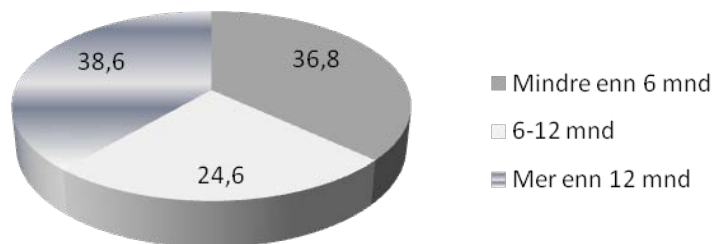
Flere ulike typer tiltak ble tilbudt pasientene (se figur 9), og de fleste mottok en kombinasjon av forskjellige tiltak. Det tiltaket som alle pasientene mottok, var *individuelle polikliniske kontakter*. Tiltakene *møter/samarbeid med NAV og arbeidsplassen* og *gruppetilbud 1* (kognitivt rehabiliteringsopphold) var det også over 40 prosent som mottok. Litt færre (34%) deltok i *gruppetilbud 2* (poliklinisk videreføring), mens under 30 prosent fikk tiltaket *hjemmebesøk*.



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

4.2.2 Varighet av Raskere-tilbake tilbudet

Hvor lenge pasientene hadde tilbudet varierte. Tilbudets lengde ble regnet fra henvisning ble godtatt, til saken ble avsluttet på sykehuset. Fordelingen i figur 10 viser en nokså jevn fordeling mellom de pasientene som deltok mindre enn 6 måneder og mer enn 12 måneder, mens et lavere antall (24,6%) deltok i 6-12 måneder.



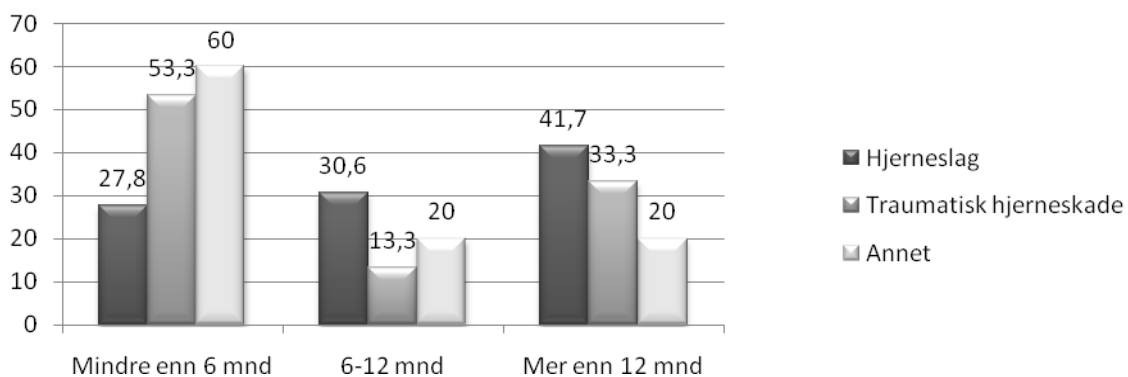
Figur 10. Varighet på Raskere-tilbake tilbudet (prosent)

Tabell 7 gir en mer detaljert oversikt over hvor lenge pasientene fikk tilbudet. Man ser at de aller fleste (>80 %) hadde en tilbudslengde på 12 måneder og mindre. Størst andel pasienter (29%) deltok i tilbudet mellom 7-12 måneder, men det var en nesten like stor gruppe som fikk tilbud i 2-3 måneder. Kun syv prosent fikk tilbud i en periode på 19-22 måneder.

Tabell 7. Varighet på tilbudet (prosent)

Varighet på tilbudet	Forekomst (%)
0-1 mnd	15
2-3 mnd	27
4-6 mnd	10
7-12 mnd	29
13-18 mnd	12
19-22 mnd	7

Når det gjelder varighet på tilbud fordelt på diagnosegruppe viser figur 11 at personer med hjerneslag hadde tilbud over lengst tid, mens personer med traumatisk hjerneskade og gruppen Annet, hadde tilbud over kortest tid (mindre enn 6 måneder). Sammenligner man hjerneslag med de andre for øvrig, ser vi en høysignifikant forskjell mellom varighet på tilbud i forhold til om man har hatt hjerneslag og de andre (P=0,008).

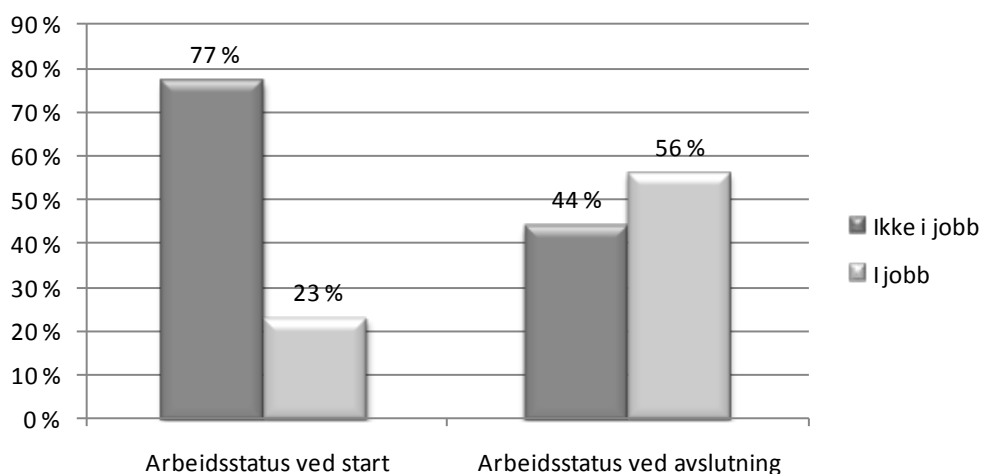


Figur 11. Varighet på tilbudet og diagnose (prosent)

4.3 Tilbudets nytteverdi

4.3.1 Sammenligning av pasientenes arbeidsstatus før og etter tilbud

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. 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 56 prosent av pasientene som var i jobb, mot 23 prosent i jobb ved tilbudsstart. Forskjellen var signifikant ($P=0,000$).

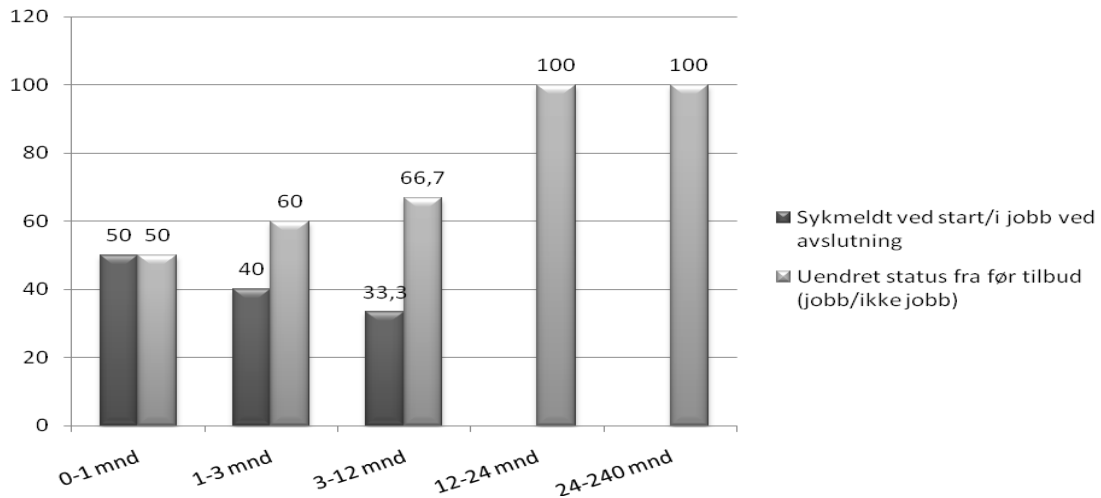


Figur 12. Arbeidsstatus ved start og avslutning av Raskere tilbake-tilbudet (prosent)

Ved starten av tilbudet hadde 90 prosent av de sykmeldte en sykmeldingsgrad på 100 prosent. Ved avslutning var omtrent halvparten av de sykmeldte 100 prosent sykmeldt. Fire prosent var aktivt sykemeldt ved start, og dette var redusert til en prosent ved avslutning.

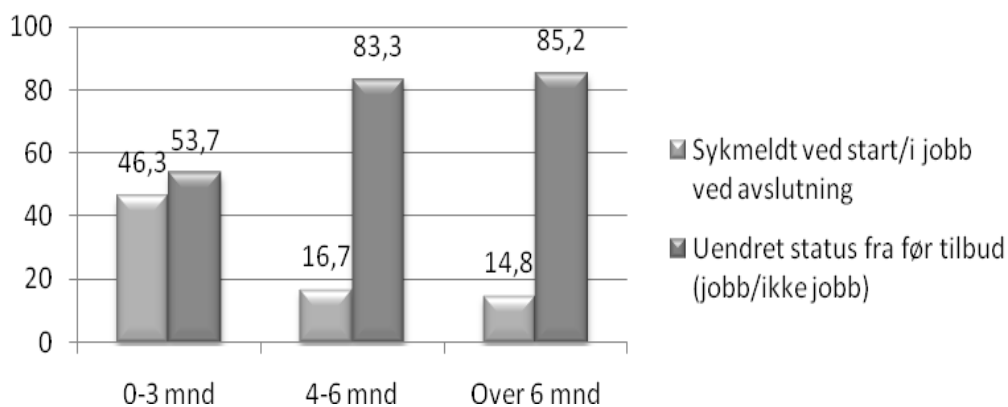
Figur 13 viser differansen mellom arbeidsstatus ved tilbudsstart og avslutning krysset med tidspunkt for tilbud etter skade/sykdom. For gruppen som fikk tilbudet innen 1 måned, hadde halvparten endret arbeidsstatus i positiv retning. Denne andelen med

positiv endret arbeidsstatus ble gradvis redusert noe frem til 12 måneder, og etter 12 måneder hadde ingen denne positive utviklingen.



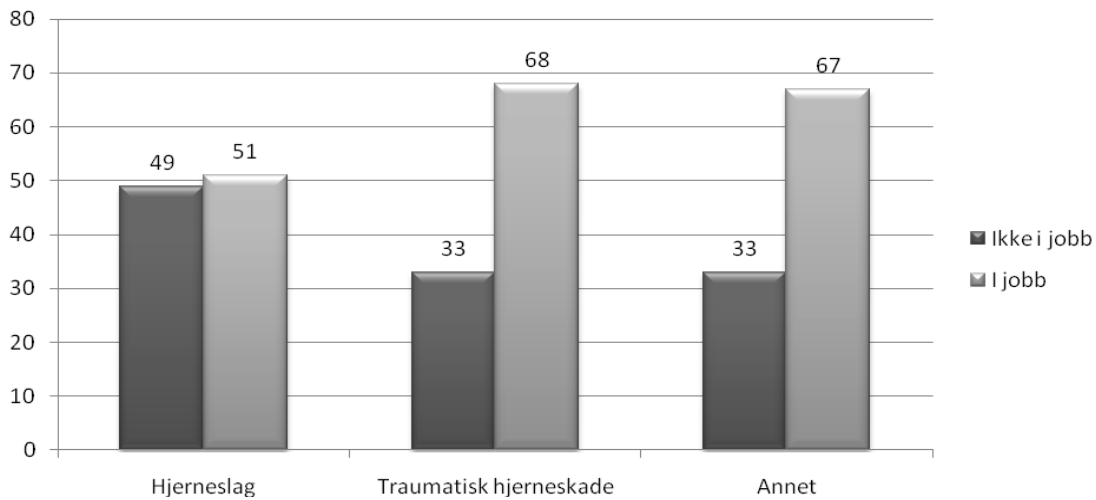
Figur 13. Differanse mellom arbeidsstatus ved start og arbeidsstatus ved avslutning og tidspunkt når tilbud ble gitt etter sykdom/skade (prosent)

Figur 14 viser en inndeling av tidspunkt for tilbud etter sykdom eller skade, kombinert med hvor stor andel av pasientene som var tilbake i jobb eller hadde uendret status fra før tilbudet. Man ser at blant dem som fikk tilbud tidlig (innen 3 måneder etter sykdom/skade) var det langt flere som kom i arbeid fra tilbudsstart til -avslutning enn blant dem som fikk tilbudet senere. Over 80 prosent av dem som fikk tilbudet etter 4 måneder etter sykdom/skade hadde en uendret arbeidsstatus ved tilbudsstart og -avslutning.



Figur 14. Arbeidsstatus og tid etter sykdom/skade (prosent)

Figur 15 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 både pasienter med traumatisk hjerneskade og for dem i annet-gruppen var det nesten dobbelt så mange som var i jobb i forhold til de som ikke var i jobb.

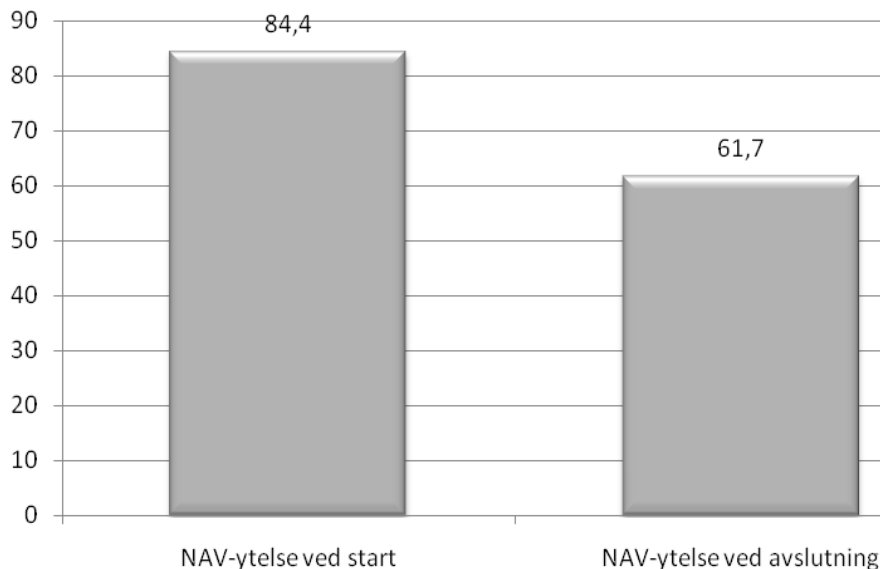


Figur 15. Arbeidsstatus ved avslutning av tiltak og diagnose (prosent)

4.3.2 NAV-ytelser før og etter tilbudet

Videre ble reduksjon i NAV-ytelse 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 uførestønning (nå arbeidsavklaringspenger), samt avtalefestet pensjon (AFP).

Ved oppstart av Raskere tilbake hadde pasientene i gjennomsnitt 84,4 prosent ytelse (SD: 31,0), mens den gjennomsnittlige andelen NAV-ytelse ved avslutning hadde sunket til 61,7 prosent (se figur 16). Denne forskjellen er signifikant ($P=0,000$).



Figur 16. Gjennomsnittlig NAV-ytelse i prosent ved start og ved avslutning av tiltaket (prosent)

Videre ble det undersøkt hvorvidt det var forskjeller mellom NAV-ytelser 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 8 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 (-32,4%), og etterfølges av personer med hjerneslag (-20,3%).

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

Diagnose	Gjennomsnittlig diff.	Antall pasienter (n)
Traumatisk hjerneskade	-32,38	21
Hjerneslag	-20,25	59
Annet	-15,00	6
Total	-22,85	86

Tabell 9 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 høysignifikant ($p=0,001$). 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 tre måneder ($p=0,021$).

Tabell 9. 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	-34,41	34
2-3 mnd	-25,00	20
4-12 mnd	-28,33	15
13-24 mnd	1,25	8
25-240 mnd	4,00	10
Total	-23,50	87

For å kunne si noe om sammenhengen mellom type *problem/utfall etter skade* samt type *skade* og redusert NAV-ytelse, angir tabell 10 hvor store prosentandeler som har hatt en reduksjon i NAV-ytelse i de ulike gruppene. I tabellen har kun grupper med flere enn 10

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 tale/kommunikasjonsvansker. Minst reduksjon i NAV-ytelse hadde gruppen smerteproblemer og betydelige kognitive vansker.

Tabell 10. Andel med redusert NAV-ytelse ved start og avslutning kombinert med problem/utfall etter hendelsen

Utfall/problem	% med redusert NAV-ytelse	Antall pasienter (n)
Lette kognitive vansker	45,0 %	63
Tale/kommunikasjonsvansker	33,3 %	45
Motoriske vansker	27,0 %	11
Synsvansker	21,5 %	14
Smerteproblemer	14,3 %	21
Betydelige kognitive vansker	14,3 %	21

5 Diskusjon

5.1 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 (reduisert NAV-ytelser).
- Tidspunkt, diagnose og problemområder hadde betydning for reduksjon i NAV-ytelse.

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 skjellettlidelser, har pasienter med ervervet hjerneskade et mye mer sammensatt sykdomsbilde (Bootes & Chapparo, 2002; Chappell, et al., 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 (Ellingsen & Aas, 2009). Med så mangeartede problemstillinger er det stort behov for at vurdering og tiltak tilbys ved et tverrfaglig team med spesialutdannet personell på flere områder (ibid). Når en vurderer oppnådde resultater, må disse forhold også tas med i betraktning.

Innholdet i tilbudet synes å være i overensstemmelse 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). Det kan synes som at gruppeaktivitetene som tilbys 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; Murphy, et al., 2006). 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.

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, Higham, & McLean, 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.

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 studier 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 (56 prosent), men det kan være en usikkerhet ved å sammenligne slike studier på grunn av ulikheter i pasientgrupper, tilbud og varighet på intervensjonen. Førøvrig er det å måle i jobb/ikke i jobb forbundet med mye variasjon, da det kan innebære fra 5 prosent til 100 prosent arbeidsdeltagelse, for eksempel. Derfor konstruerte vi en annen variabel i denne analysen, prosentvis NAV-ytelse. Denne sank betydelig i perioden. Målingene ble gjort rett etter avsluttet tilbud, og personer som har kommet tilbake i arbeid etter dette er derfor ikke inkludert i disse resultatene.

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. Halvparten av dem som kom tilbake i jobb fra full sykemelding, hadde fått tilbud fra Raskere tilbake etter en måned. Tidsaspektet kan likevel være noe annerledes for pasientgruppen med hjerneskade enn for den gruppen med muskel/skjelettlidelser og smertetilstander. For sistnevnte målgruppe er det godt dokumentert at lengre tids sykefravær synes å lede til økt kronifisering, og at sjansen for vellykket attføring avtar med sykemeldingsvarighet. Ved akutt oppstått hjerneskade pågår imidlertid en gradvis bedring i løpet av de første par år hos de fleste. Bjorkdahl (2010) fant at etter ett år var bare 23 prosent av pasientene som var i 25-100 prosent stilling i lønnet arbeid, mens antallet i arbeid hadde økt til 40 prosent etter 5 år. Det kan virke som utviklingen i tilbudet er hensiktsmessig med tanke på dette funnet. Når man sammenligner årene tilbudet har eksistert (2008 – 2010) 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.

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 (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.

5.2 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 kontrollgruppe ville vært viktig å gjennomføre.

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

Referanser

- Bjorkdahl, 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. [Article]. *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., et al. (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., & Kilgaard, J. (2009). Coordinated and tailored work rehabilitation: A randomized controlled trial with economic evaluation undertaken with workers on sick leave due to musculoskeletal disorders. *J Occup Rehabil*, 19(1), 81-93.
- Chappell, I., Higham, J., & McLean, A. M. (2003). An occupational therapy work skills assessment for individuals with head injury. *Can J Occup Ther*, 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.
- Crowther, R., Marshall, M., Bond, G. R., & P., H. (2001). Vocational rehabilitation for people with severe mental illness. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(2).
- Crosson, B., Barco, P. P., Velozo, C. A., Bolesta, M. M., P.V., C., & Werts. (1989). Awareness and Compensation in postacute head injury rehabilitation. . *The Journal of head trauma rehabilitation* 4, 46-54.
- ECON. (2006). *Virkemidler for å få flere med redusert arbeidsevne i jobb: erfaring fra 4 land [= Means to get more people with reduced ability into work: experience from four countries]* (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. 2010/049). 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.
- Jacobsen, A. (2005). *Personer med hjerneskade og arbeidets betydning for identitet og integrasjon*. . Hjerneskaldesenteret: Fyns Amt, Fyn.
- Johansson, U., & Tham, K. (2006). The meaning of work after acquired brain injury. *Am J Occup Ther*, 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 Closes head injury in the vocational rehabilitation process*. . Soutern Illinois University
- Kielhofner, G. (2008). *Model Of Human Occupation: Theory and application* (4 ed.). philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- 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.
- 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. [Article]. *Brain Injury*, 20(11), 1119-1129.
- Ose, S. O., Bjerkan, A. M., Pettersen, I., Hem, K., Johnsen, A., J., L., et al. (2009). *Evaluering av IA-avtalen (2001-2009)*. Trondheim: SINTEF.
- 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. from <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 Inj*, 15(1), 15-27.
- Schafft, A. (2008). *Psykiske lidelser ofg arbeidsintegrering i Scandinavia: en kunnskapsstatus* (No. 04.2008). Oslo: Arbeidsforskningsinstituttet.
- Sherer, M., Bergloff, P., Levin, E., High, W. M., Jr., Oden, K. E., & Nick, T. G. (1998). Impaired awareness and employment outcome after traumatic brain injury. *J Head Trauma Rehabil*, 13(5), 52-61.
- St.meld.nr. 9. (2006-2007). *Arbeid, velferd og inkludering [Work, welfare and inclusion]*.
- 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*.
- 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.
- Vandiver, V. L., Johnson, J., & Christofero-Snider, C. (2003). Supporting employment for adults with acquired brain injury: a conceptual model. *The Journal Of Head Trauma Rehabilitation*, 18(5), 457-463.
- Verne, D., Mezzanato, T., & Caminiti, E. (2006). Return to work after brain injury. In J. L. Carrion, K. R. H. Wild & G. A. Zitnay (Eds.), *Brain injury treatment: theories and practices*. (pp. 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? *J Head Trauma Rehabil*, 20(2), 115-127.
- Aas, R. W. (2009). *Raskt tilbake: kunnskapsbasert rehabilitering av sykmeldte*. Oslo: Gyldendal.