

Tilbake i arbeid etter hjerneskade?

Arbeidstakere og fagpersoners erfaringer

«Vil jeg komme tilbake til jobb?» Dette er et spørsmål som ofte stilles tidlig i rehabiliteringsfasen av personer som har fått en hjerneskade. Arbeidsdeltagelse kan etablere en sammenheng mellom tiden før og etter skaden, muliggjøre økonomisk stabilitet, samt gi struktur og rutiner til hverdagen. (Jacobsen 2005s. 10, Johansson and 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.

AV KJERSTI L. ELLINGSEN OG RANDI WÅGØ AAS

Flere studier har satt fokus på akutte prognostiske faktorer, for å avgjøre senere funksjonsevne i arbeid. De mest nevnte faktorer som predikerer arbeidsdeltagelse er alvorlighetsgrad av skaden, målt som lengde i koma ved hjelp av Glasgow Coma Scale, eller lengde på posttraumatisk amnesi (Cifu et al. 1997, Felmingham et al. 2001, Kreutzer et al. 2003). Andre studier trekker frem andre faktorer som: grad av funksjons, tidligere utdanning tidligere arbeidserfaring, samt alder på skadetidspunktet (Aldridge 2005, Gollaher et al. 1998, Greenspan et al. 1996, Gurka et al. 1999, Hansen and Finset 1998). I en kunnskapsoppsummering utført av Ownsworth og McKenna (2004) er det funksjonell status ved utskrivelse, eksekutive funksjoner, tidligere jobbstatus og generell kognitiv funksjon som fremheves som de viktigste prediktorer. Wehman og kolleger (2005) mener at vi må se utøver disse tidlige faktorene når vi skal vurdere arbeidspotensialet, da mange senere gjør fremskritt og oppnår høyere grad av arbeidsdeltagelse enn antatt, mens andre som en mente hadde gode forutsetninger fortsatt forblir utenfor arbeidslivet.

Boots og kolleger (2002) trekker frem kompleksiteten i det å få et nøyaktig bilde av personens arbeidskapasitet. De understreker viktigheten av at arbeidsrelaterte vurderinger blir gjennomført i aktuelle eller simulerte arbeidssituasjoner. Hvis en har vansker med abstrakt tenkning, vil en i følge Toglia (1992) ofte være avhengig av den situasjonen der stimuli skjer. En trenger heller ikke ha vansker på det kognitive perseptuelle området før oppgaven overskri-

der en bestemt terskel av kompleksitet. Diskusjonen om overførbarhet av læring av ferdigheter fra et institusjonsmiljø over til et annet miljø, aktualiseres (Hayden 1997, Kowalske et al. 2000).

Regjeringen og arbeidsgiver- og arbeidstakerorganisasjonene har for perioden 2001-2009 inngått en intensjonsavtale for å skape et mer inkluderende arbeidsliv (Partene i arbeidslivet 2005). De har i denne avtalen blant annet fokusert på å få inkludert langt flere arbeidstakere med redusert funksjonsevne (ibid). I 2008 ble en ny lov vedtatt som vern mot diskriminering på grunnlag av nedsett funksjonsevne, og mot diskriminering i form av mangelfull tilrettelegging (Barne og likestillingsdepartementet 2008).

Målgruppen i denne studien er personer med mild og moderat ervervet hjerneskade, som har hovedutfordringer knyttet til kognitiv funksjon. Kognitive funksjonsutfall kan gi problemer med å bearbeide informasjon (Keferl 2001). Evnen til abstrakt tenkning, problemløsning og læring er ofte redusert (Finset and Krogstad 2002, Keferl 2001). Tidligere studier har vist at tilbakeføring til arbeid for denne målgruppen er en komplisert prosess (Keferl 2001, Possel et al. 2001, Wehman et al. 2005). Vi vet så langt mindre om hvordan problemene arter seg i konkrete arbeidssituasjoner og miljøer. Spesielt kjenner vi lite til hva som er erfart som fremmede faktorer i prosessen tilbake til arbeid. Få studier har også fanget personer med ervervet hjerneskades sine egne erfaringer. Målet med denne studien var å få ny innsikt i hvilke faktorer som er erfart å påvirke arbeidsdeltagelse for personer med kognitive funksjonsutfall etter ervervet hjerneskade.

Materiale og metode

Studien ble designet som en kvalitativt eksplorerende studie. Tre fokusgruppeintervjuer ble benyttet til innsamling av data. To grupper bestod av fagpersoner fra spesialisthelsetjenesten. En gruppe bestod av arbeidstakere med kognitive funksjonsutfall etter traumatisk hjerneskade, anøxi-skade og hjerneslag, som hadde lyktes i å komme tilbake til jobb. De transkriberte intervjuene ble analysert ved hjelp av Giorgi's firetrinns fenomenologiske tilnærming



Kjersti Ellingsen er ergoterapeut og forsker ved Presenter. Ved kongressen holdt hun bl.a innlegget: Faktorer som oppleves å påvirke arbeidslivet for personer med kognitive funksjonsutfall etter ervervet hjerneskade. Denne artikkelen er et utdrag av rapporten: Arbeidsdeltagelse etter hjerneskade – hemmende og fremmede faktorer – av Kjersti Ellingsen og Randi Wågø Aas. Rapporten finnes på www.iris.no.

(Giorgi 1985). I første trinn ble alle intervjuene lest i sammenheng, for å få et helhetsinntrykk. Transkribert tekst ble deretter brutt opp i håndterbare enheter og diskriminert og sortert under foreløpige tema. I trinn tre ble det foretatt en meningskondensering og fortetting i henhold til Kvale (2004) og Malteruds (2003) anbefalinger. Tema relatert til hemmende og fremmende forhold ble identifisert separat. I siste trinn av analysen ble det foretatt en syntetisering til konsistente beskrivelser. Begrepsutvikling med endelig navn på tema og undertema ble så slutført.

Resultat

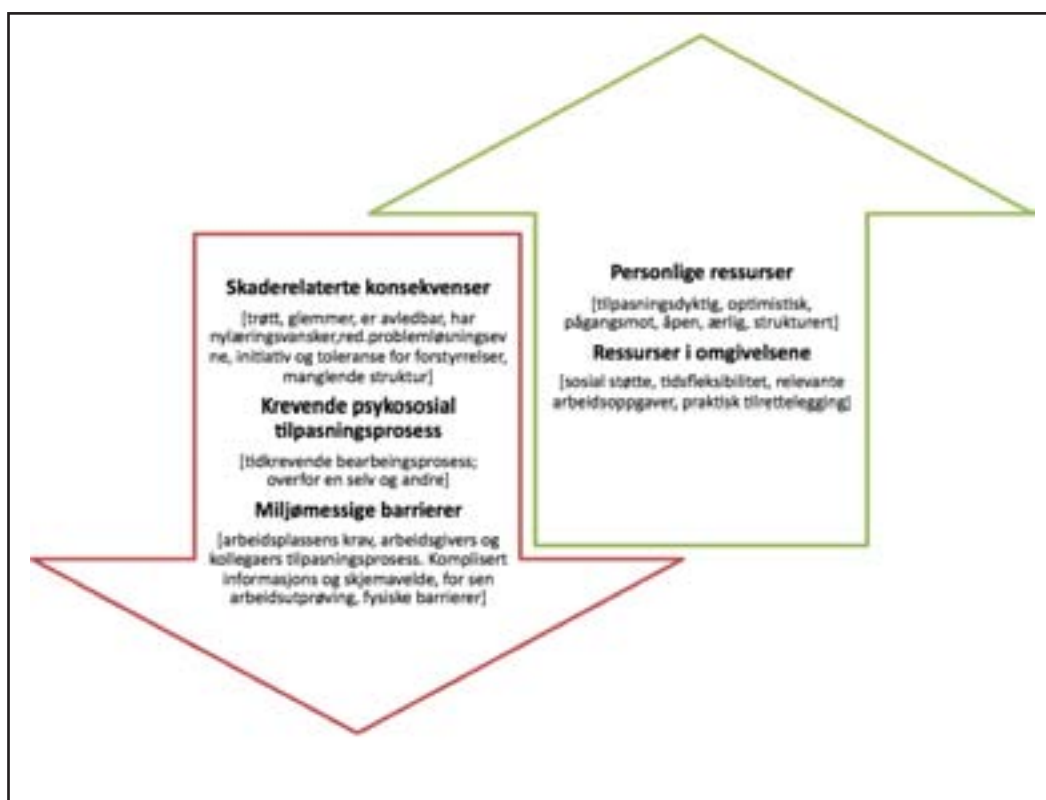
Deltagerne erfarte en stor bredde i hvilke faktorer som kunne fremme og hemme mulighetene for arbeidsdeltagelse. Disse omfattet både skaderelaterte konsekvenser, personlige ressurser, krevende psykososiale tilpasningsprosesser, samt miljømessige barrierer og ressurser. Figur 1 presenterer disse

resultatene, sortert i hovedtemaer og undertemaer. Flere faktorer kunne være hemmende eller fremmende alt etter hvilket fortegn en setter. Her er de presentert slik de ble nevnt av informantene i intervjuene.

Hemmende faktorer for arbeidsdeltagelse

Skaderelaterte konsekvenser: Flere skaderelaterte faktorer ble nevnt av både arbeidstakerne og fagpersonene, men temaet ble ikke omfattende vektlagt. Begge gruppene trakk frem at flere arbeidstakere med ervervet hjerneskade erfarte redusert kapasitet, og hadde derfor et stort behov for hvile. *Trettheten* påvirket både oppmerksomheten og andre sentrale funksjoner, slik at arbeidskapasiteten ble svekket utover dagen og kvaliteten på arbeidet ble redusert. *Oppmerksomhetsvansker* og at de var lettere avledbare og brukte mye energi på konsentrasjon ble også nevnt. Enkelte beskrev utfordringer knyttet til redusert hukommelse. De erfarte å glemme avtaler, hvor de var i dagsplanen, hvor avtaleboken var og hva kolleger hadde sagt. De måtte derfor spørre mye. Å lære nye ting ble beskrevet som en utfordring. Fagpersonene trakk i tillegg frem redusert *initiativ og problemløsningsevne* som hemmende faktorer. Den mest begrensede faktoren mente de imidlertid var redusert selvinnsikt.

Krevende psykososial tilpasningsprosess: Det var vektlagt i begge informantgruppene at det var en tidkrevende prosess å akseptere at funksjonsnivået og ressursene var endret. Da de fleste følgevirkninger var «skjulte», fikk flere overraskelser i møte med det virkelige liv. De ble heller



Figur 1: Faktorer som er erfart at hemmer og fremmer arbeidsdeltagelse for ansatte med ervervet hjerneskade

ikke utfordret nok i rehabiliteringsfasen. Kompleksiteten og variasjonen i konsekvensene av utfallene var store. De trengte derfor tid til å forstå hva som egentlig hadde skjedd med dem. De beskrev også at det tok tid å akseptere endringene, og at det var vanskelig «å slippe det gamle livet». Dette kunne for noen føre til at de stengte seg inne. Barrieren for å komme tilbake på jobb kunne derfor være stor. Jo lengre tid det gikk, desto vanskeligere ble det.

Miljømessige barrierer: Flere av arbeidstakerne var usikre på hvilke krav som var rettet mot dem. Noen mente det var for mange arbeidsoppgaver, og at de ikke hadde fått en vurdering av hva arbeidet og arbeidsoppgavene krevde, sett i forhold til deres egne ressurser og begrensninger. Hovedutfordringen var når en fikk store endringer av arbeidsoppgaver eller i arbeidsmiljøet. «Hvis du møter nye folk hver dag og må forholde deg til en ny verden, så hadde ikke jeg vært gammel i jobben» kommenterte en av arbeidstakerne. Fagpersonene trakk frem at det var en utfordring å finne oppgaver som var verdsatt i bedriften. Flere hadde erfart at stillinger med store krav til fleksibilitet, uforutsigbarhet, kreativitet, samarbeid og kundebehandling var de vanskeligste å komme tilbake til. Desto høyere stillinger arbeidstakerne hadde hatt før skaden, desto større var utfordringen.

Arbeidstakerne opplevde at de møtte velvilje hos arbeidsgiver og kolleger, men utfordringen var at disse hadde lite forståelse og manglende kunnskap i forhold til skadens konsekvenser. En utalte det slik: «kollegaene hadde ikke helt forståelse for hva det gikk i». De følte seg derfor også litt

mistenkeliggjort; «*jeg føler at jeg ikke blir helt tødd*». Etersom tiden gikk, opplevde noen at kolleger og arbeidsgiver hadde økende forventninger til dem, og ikke samme toleranse som i starten. En deltager sa følgende: «*Det er ikke bare positivt med tiden som går. Så lenge du ikke går med den kragen, så glemmer de rundt deg lett det du har vært gjennom, og forventer og setter større krav enn det jeg kan klare.*»

Arbeidstakerne var samstemte i forhold til at den største barrieren i forhold til å komme tilbake til jobb var møtet med «skjemaveldet» og systemet. De beskrev at de satt med en opplevelse av å være «tiltalt», og måtte forsvare at de ønsket å arbeide igjen. Det å forstå og få oversikt over alle skjemaene som de måtte fylle ut var en stor utfordring. De mente at mange gav opp, fordi det krevde for mye energi. Arbeidsutprøving kom etter informantenes mening for sent i prosessen. Det ble påpekt at overgangsfasen etter utskriving var ekstra sårbar. Krav til kompetansen til de som skulle bistå arbeidstakerne var påkrevd, da kompleksiteten i konsekvensene krevde en spesifikk tilnærming. Som fysiske barrierer i arbeidssituasjonen ble forstyrrelser i arbeidssituasjonen trukket frem, eksempelvis arbeid i åpne landskap. Krav om effektivitet og tempo ble også påpekt som en utfordring.

Fremmede faktorer for arbeidsdeltagelse

Personlige ressurser: Det å sette seg lave mål ble omtalt som viktig for å slippe å oppleve for mange nederlag. Ulikhet i vurderingen av hva som var det viktigste ved å være i arbeid, påvirket egne forventninger og grad av tilfredshet. For noen var det sosiale viktigst, mens for en annen var det å være til nytte og å oppleve «*å beherske tingene*» som var mest sentralt. Et positivt fokus, pågangsmot og tro på at det gikk bra ble omtalt som sentralt. Enkelte av arbeidstakerne nevnte det å være åpen og ærlig som en viktig faktor. De som fra før hadde gode rutiner, var strukturert og hadde orden, hadde enkelte fagpersoner erfart kunne ha en enklere tilbakeføringsprosess etter skaden. En kunne da tydeliggjøre det som fungerte bra før.

Ressurser i omgivelsene: **Sosial støtte:** Forståelse fra arbeidsgiver og kolleger ble fremhevet som svært viktig av både arbeidstakerne og fagpersonene. Det å få støtte på å begynne gradvis, ble trukket frem spesielt. Å bli tatt godt imot og møtt med velvilje ble vektlagt. Støtte fra familie og det sosiale nettverket utenfor arbeidsplassen, ble også trukket frem av begge gruppene som en sentral fremmede faktor.

Forutsetningen for å bli forstått, var at både arbeidsgiver og kolleger fikk nok informasjon. Det at denne ble gitt av både en selv og en fagperson, ble trukket frem som det ideelle. Flere av arbeidstakerne mente det hadde vært viktig for dem at de hadde hatt kontakt med arbeidsplassen i sykemeldingsperioden. Enkelte fagpersoner mente det kunne være en fordel at personene med ervervet hjerneskade fikk hjelp til «*hva som skulle sies til hvem*», og skrive opp på forhånd hva de ønsket å fortelle. Det ble også sett på som sentralt med informasjon fra fagpersoner om kognitiv svikt og konkret hvordan det kan arte seg i ulike arbeidssituasjoner. Spesifikk handlingsveiledning med

konkrete råd ville være en stor fordel.

En sentral fremmede faktor som en arbeidstaker trakk frem var viktigheten av at; «*der hele veien har vært noen som har fanget meg opp*». Med dette uttrykket siktet han til oppfølging over tid. Dette ble bekreftet av fagpersonene som også fremhevet at det burde være bedre kontinuitet i oppfølgingen. I tillegg ville et bedre samarbeid i overgangsfasene mellom rehabiliteringsinstitusjonene og arbeidslivet være en fordel.

Personlig assistanse/personhjelp ble trukket frem som den mest sentrale tilretteleggingen for personer med ervervet hjerneskade. Gruppedeltagerne siktet da til personassistanse med svært varierende type, form og grad. Det kunne være en kollega som fikk et spesielt ansvar, eller en fagperson utenfra som kunne ha veiledning eller opplæring i avgrensede perioder. Oppfølging fra det offentlige kunne også være veiledning til arbeidsgiver eller kollegaer. Kompetanse om kognitiv svikt ble fremhevet som sentralt hos den fagpersonen som skulle yte assistanse. Det ble nevnt noen generelle forhold som var vesentlige for at personassistanse skulle kunne fungere optimalt. En nøyaktig vurdering av person, arbeidsoppgaven og miljøet var en forutsetning, og at en fikk frem helt konkret hva personen klarer og ikke klarer. Et godt samarbeid mellom aktuell arbeidstaker og assistent, der relasjonen ble bygget på trygghet, gjensidig respekt og tillit var en viktig forutsetning. Det fremmet muligheten til å kunne gi ærlige og konstruktive tilbakemeldinger, der også feil ble påpekt.

Tidsfleksibilitet: Tilpasningsmulighet i forhold til tid, ble vektlagt av alle tre gruppene. Det gjaldt spesielt muligheten til å få begynne forsiktig og gradvis. Heksibilitet i forhold til å kunne ta pauser i løpet av dagen, og muligheten til å kunne ta de mest krevende oppgavene når en var mest opplagt, ble også trukket frem. For å finne den mest optimale arbeidsuke, var det en fordel med arbeidsutprøving. Arbeidstaker vurderte da etterpå egen kapasitet i forhold til energibruk, kvalitet på arbeidsutførelsen i løpet av dagen en hel uke, samt behovet for hvile. Det var en fordel om arbeidsgiver i tillegg kom med sin vurdering. Hvilken stillingsprosent som var mest gunstig måtte finnes frem til i samarbeid mellom arbeidsgiver og arbeidstaker.

Valg av relevante arbeidsoppgaver: En vesentlig faktor i det å finne relevante arbeidsoppgaver/funksjoner, var en nøyaktig vurdering av arbeidstakernes ressurser sett i forhold til de konkrete arbeidsoppgavene og miljøet. Flere fagpersoner hadde erfart at arbeidstakerens grad av valgfrihet og medvirkning hadde hatt stor betydning. Tilretteleggingen kunne bestå i at en kunne få mer tid til planlegging for utføring av arbeidsoppgavene eller at en fikk ansvaret for en mer avgrenset arbeidsoppgave. Det ble påpekt at de fleste arbeidstakerne kunne lære nye oppgaver og rutiner, hvis de bare fikk god nok opplæring. Det ble også poengtert at arbeidsoppgaven som skulle utføres, måtte gi mening for arbeidstakeren. At de fikk rølle oppgaver og følte at de var til nytte var sentralt. Arbeidsoppgavene som ble valgt burde derfor ikke være for enkle, men være innenfor realistisk mestringsnivå.

Praktisk -fysisk tilrettelegging: Struktur, orden, ro og forutsigbarhet ble trukket frem som sentralt for flere. For å

få arbeide uten forstyrrelser og avbrytelser var det en fordel med eget kontor. Å ha en fast timeplan lett synlig der arbeidet ble utført, hadde vært til hjelp for noen. Rutiner med avkryssing av når hver av arbeidsoppgave var utført kunne være nyttig. For andre kunne det være en fordel å kun få en oppgave om gangen.

Diskusjon

Denne studiens hensikt var å utforske hvilke faktorer som arbeidstakere og fagpersoner har erfart at påvirker personer med ervervet hjerneskade sine muligheter til arbeidsdeltakelse. Individuelle trekk ved personen og hvor personen var i en psykososial tilpasningsprosess ble viet mer oppmerksomhet enn de direkte konsekvensene av sykdommen/skaden. I tillegg ble betydningen av en rekke komponenter ved miljøet vektlagt. Tre funn vil bli diskutert: (1) selvinnsiktens kompleksitet, (2) behov for å endre og ikke bare senke krav, (3) behov for ulike typer og grad av sosial støtte.

(1) Selvinnsiktens kompleksitet: Fagekspertene i vår studie mente at redusert innsikt kunne være en meget begrensede faktor for arbeidsdeltakelse. Dette var spesielt hvis denne var av en alvorlig grad, som Crossen et al. (1989) benevner som svekket intellektuell innsikt. Det siktes her til personens evne til å forstå at en funksjon er redusert, og at han er i stand til å se hvilke konsekvenser reduksjonen har på utførelsen av en oppgave. Arbeidstakerne i vår studie beskrev at det gikk lang tid før de oppdaget følgevirkningene. De forklarte dette som et resultat av for lite informasjon, samt at de hadde levd for beskyttet i rehabiliteringsfasen. Da flere personer med kognitive utfall har vansker med informasjonsbearbeiding (Toglia 1992), kan dette forklare hvorfor informasjon ikke er nok. Funnt fra vår studie illustrerer viktigheten av å forsøke å fange kompleksiteten i begrepet selvinnsikt. Det er en utfordring å avgjøre hva som er årsak til hva. Er innsiktsproblematikken organisk betinget eller er det mer psykogene årsaker som fortrenghing eller benekting som ligger bak? I tillegg vil det ut fra resultat fra vår studie, være sentralt å vurdere om de har fått nok informasjon, erfaringer og tid til å ha mulighet til å forstå konsekvensene. En vurdering av hvor de er i tilpasningsprosessen vil derfor også være essensielt. Toglia and Kirk (2000) fremhever at forholdet mellom personens oppfattelse av egne evner, oppgavekrav, aktuell situasjon og konteksten må ses på som en dynamisk interaksjon. Forståelse for denne kompleksiteten, kan få betydning for valg av tilnærming ved iverksetting av intervensjon. I tillegg vil det kunne påvirke forventningene til om en personen vil kunne fungere i arbeidslivet.

(2) Behov for å endre og ikke bare senke krav: For å få bedre samsvar mellom arbeidets krav og personens kapasitet, har løsningen ofte vært å senke kravene ved at personer med kognitive funksjonsutfall har fått enklere arbeidsoppgaver. Resultat fra denne studien understreker at en ikke bare bør senke men også endre kravene. Hva som regnes for enkle arbeidsoppgaver kan variere sterkt fra person til person, blant annet ut fra utdanning, tidligere arbeid og skadetype og omfang. Å utføre enkle deloppgaver i et stort

arbeidsfelleskap, kan for en som har konsentrasjonsvansker bli en stor utfordring. Deltagelse blir i ICF definert som å engasjere seg i en livssituasjon (Sosial- og helsedirektoratet 2003,s.10) Hvis kravene senkes for mye, kan det gå ut over engasjement og meningen ved deltagelse i arbeidslivet, og derved motivasjonen. En av informantene i denne studien uttrykte følgende: «å være det femte hjulet på vognen var en pyton situasjon. Hadde det fortsatt tror jeg ikke jeg ville vært i jobb». Det å oppleve at en er til nytte kan være et sentralt aspekt som også kan påvirke grad av tilhørighet. Samme informant mente at for ham var det viktig å kunne fullføre et helt arbeidsoppdrag, og heller ha færre antall oppdrag i løpet av en dag. I følge Kielhofner et al. (1998) handler ulikhet i hvordan personer verdsetter arbeidet, om arbeidet gir mulighet for å dekke noen viktige psykologiske aspekter. Eksempler de nevner er struktur, sosial kontakt, og en følelse av å være kompetent og kreativ.

(3) Behov for ulike typer og grad av sosial støtte: Flere studier har bekreftet den positive effekten sosial støtte har på mulighet for arbeidsdeltakelse. West et al. (1995) fremhever betydningen av emosjonell støtte, men Mån og Svorai (1994) vektlegger viktigheten av instrumentell (praktisk) støtte. Emosjonell støtte i form av forståelse ble i vår studie trukket frem som spesielt essensielt for å kunne lykkes. Det gjaldt forståelse for selve følgevirkningene, men også for at de trengte tid for å kunne fungere optimalt. Johanson og Tham (2006) påpeker at denne målgruppen ofte trenger mer tilbakemelding enn andre, da de er usikre på egen kompetanse. I tråd med dette beskrev en av arbeidstakerne den usikkerheten hun følte i forhold til om hun klarte å oppdage det hvis hun gjorde feil. Den instrumentelle støtten de kan ha behov for kunne variere. En kunne ha hjelp av en liten påminning, mens en annen kunne ha nytte av at en person så gjennom arbeidet før det ble sendt ut. Noen kunne trenge hjelp ved innlæring av nye oppgaver etter endringer på arbeidsplassen. Andre kunne ha hjelp av hint og tips underveis, eller å ha noen å spørre om råd når det var behov for det.

Verne et al. (2006) mente at en grundig analyse av arbeidsdagen og de konkrete arbeidsoppgavene, var en forutsetning for å oppnå individuell tilpasning. En kunne da se tydeligere hvor arbeidstakeren kunne oppnå økt kompetanse, og i hvilken grad han trengte personassistanse eller annen tilrettelegging. De fremhevet videre viktigheten av at denne vurderingen måtte gjentas med jevne mellomrom. West (1995) hevdet at alle kan delta i arbeidslivet, hvis de bare har rett type-, mengde- og intensitet på støtte tilgjengelig. Personassistanse ble også av fagpersonene i vår studie nevnt som det mest sentrale tilretteleggingstiltaket for denne målgruppen. Verne et al. (2006) viste til gode resultater av et opplegg 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.

Hopp på og ta tiden til hjelp.
 Ta vare på de positive stegene og sett små konkrete mål.
 Vær åpen og ærlig.
 Prøv forsiktig og ikke gap over for mye.
 Ikke vær for stolt.
 Ha troen.
 En får seg noen på trynet på veien.
 Arbeidsgiver har svært mye å si, og det er viktig at de får nok informasjon.
 Det er det å ha forståelse for denne greien her.
 Du er helt avhengig av å ha litt vilje selv, og et støtteapparat rundt som har forståelse.

Tabell 1: Svar på avslutningsspørsmålet gitt til arbeidstakerne: Hvilke råd ville dere gitt til en person med ervervet hjerneskade som ønsker å komme tilbake i arbeid?

Implikasjon for praksis: Denne studien identifiserer et behov for at funksjons- og arbeidsevnevurdering med fordel kan utføres i relasjon til reelle arbeidsoppgavekrav og arbeidsmiljø, og at det bør skje tidligere i rehabiliteringsprosessen. I tillegg kan det synes som om det er et behov for en bedre overføring av kunnskap fra rehabiliteringsinstitusjoner og ut til arbeidslivet. Resultatene indikerer også mer kontinuitet og koordinering i oppfølgingen. Bruken av personassistanse som tilretteleggingsvirkemiddel kan med fordel utvikles og utnyttes bedre enn i dag, også for denne målgruppen. I en ny kunnskapsoppsummering (Fadyl and McPherson 2009), identifiseres de mest anvendte arbeidsrettede rehabiliteringsprogram for personer med traumatisk hodeskade. De sammenligner de tre mest anvendte tilnærminger: «*Case-coordination model*», «*Programbased vocational rehabilitation*» og «*Supported employment*». Selv om de hadde ulik vektning på intervensjon både før og etter jobbplassing, så hadde alle tre modellene fokus på støtte og intervensjon på arbeidsplassen. De to førstnevnte modellene hadde i tillegg tæning på arbeidsrelaterte ferdigheter på forhånd. Individuell oppfølging, kontinuitet og koordinering var tre begreper som også gikk igjen i alle tre tilnærminger. 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 virkningsfylt. En gir her i større grad individuell støtte og tæning i spesifikke situasjoner og miljøer (Corrigan and McCracken 2005, Twamley et al. 2005). Arbeidsrehabilitering for personer med psykiske lidelser benytter i dag prinsippene fra «*supported employment*» i utstrakt omfang (Bond et al. 2008, Crowther et al. 2001, Ose et al. 2009, Schafft 2008). Dette gir oss grunn til å undre på om fagfeltene arbeid og psykisk helse og arbeid for personer med ervervet hjerne-

skade, burde utveksle og tilføre hverandre kunnskap. □

Referanser

- Aldridge D (2005) *Music therapy and neurological rehabilitation: performing health*, J. Kingsley Publishers, London.
- Barne og likestillingsdepartementet (2008) LOV-2008-06-20-42 Act relating to a prohibition of discrimination based on the basis of disability
- Bond GR, Drake RE & Becker DR (2008) An update on randomized controlled trials of evidence-based supported employment. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 31, 280-290.
- Bootes K & Chapparo CJ (2002) Cognitive and behavioural assessment of people with traumatic brain injury in the work place: occupational therapists' perceptions. *Work*, 19, 255-268.
- Cifu DX, Keyser-Marcus L, Lopez E, Wehman P, Kreutzer JS, Englander J & High W (1997) Acute predictors of successful return to work 1 year after traumatic brain injury: a multicenter analysis. *Arch Phys Med Rehabil*, 78, 125-131.
- Corrigan PW & McCracken SG (2005) Place first, then train: An alternative to the medical model of psychiatric rehabilitation. *Social Work*, 50, 31-39.
- Crosson B, Barco PP, Velozo CA, Bolesta MM, P.V. C & Werts (1989) Awareness and Compensation in postacute head injury rehabilitation. *The Journal of head trauma rehabilitation* 4, 46-54.
- Crowther R, Marshall M, Bond GR & P. H (2001) Vocational rehabilitation for people with severe mental illness. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.
- Fadyl JK & McPherson KM (2009) Approaches to Vocational Rehabilitation After Traumatic Brain Injury: A Review of the Evidence. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 24, 195-212.
- Felmingham KL, Baguley IJ & Crooks J (2001) A comparison of acute and Postdischarge predictors of employment 2 years after traumatic brain injury. *Arch Phys Med Rehabil*, 82, 435-439.
- Finset A & Krogstad JM (2002) *Virkninger og behandling av ulike typer hodeskade*, Cappelen akademiske forlag, Oslo.
- Giorgi A (1985) *Phenomenology and psychological research*, Duplicatesne University Press, Pittsburg.
- Gollaher K, High W, Sherer M, Bergloff P, Boake C, Young ME & Ivanhoe C (1998) Prediction of employment outcome one to three years following traumatic brain injury (TBI). *Brain Inj*, 12, 255-263.
- Greenspan AI, Wrigley JM, Kresnow M, Branche-Dorsey CM & Fine PR (1996) Factors influencing failure to return to work due to traumatic brain injury. *Brain Inj*, 10, 207-218.
- Gurka JA, Felmingham K, Baguley IJ, Schotte DE, Crooks J & Marossky JE (1999) Utility of the functional assessment measure after discharge from inpatient Rehabilitation. *Journal of head trauma rehab*, 14, 247-256.
- Hansen H & Finset A (1998) Hvilke faktorer påvirker tilbakevending til utdanning og arbeid etter en alvorlig traumatisk hodeskade? *Nordisk tidskrift for spesialpedagogikk* 4, 272-282.
- Hayden ME (1997) Mild traumatic brain injury. A primer for understanding its impact on employee return to work. *Aaohn J*, 45, 635-643; quiz 644-635.
- 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, 60-69.
- Keferl JE (2001) *Perceived best practices with persons with mild*

- Closes head injury in the vocational rehabilitation process*, Michigan.
- Kielhofner G (2008) *Model Of Human Occupation: Theory and application*, Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia.
- Kielhofner G, Braveman B, Baron K, Fisher G, Hammel J & Littleton M (1998) The model of human occupation: understanding the worker who is injured or disabled. *Work*, 12, 37-47.
- Kowalske K, Plenger PM, Lusby B & Hayden ME (2000) Vocational reentry following TBI: an enablement model. *J Head Trauma Rehabil*, 15, 989-999.
- Kreutzer JS, Marwitz JH, Walker W, Sander A, Sherer M, Bogner J, Fraser R & Bushnik T (2003) Moderating factors in return to work and job stability after traumatic brain injury. *J Head Trauma Rehabil*, 18, 128-138.
- Kvale S (2004) *Det kvalitative forskningsintervju*, Gyldendahl akademisk, Oslo.
- Malterud K (2003) *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring*, Universitetsforl., Oslo.
- Mann WC & Svorai SB (1994) COMPETE: a model for vocational evaluation, training, employment, and community for integration for persons with cognitive impairments. *Am J Occup Ther*, 48, 446-451.
- Ose SO, Bjerkan AM, Pettersen I, Hem K, Johnsen A, J. L, Paulsen B, Mo TO & P.Ø. S (2009) Evaluering av IA-avtalen (2001-2009). SINTEF, Trondheim.
- Owensort T & Mc.Kenna K (2004) Investigation of factors related to employment outcome following traumatic brain injury: a critical review and conceptual model. *Disability and rehabilitation* 26, 765-784.
- Partene i arbeidslivet (2005) Intensjonsavtale om et mer inkluderende arbeidsliv 2006-2009. Oslo.
- 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, 15-27.
- Schafft A (2008) Psykiske lidelser og arbeidsintegrering i Scandinavia: en kunnskapsstatus. Arbeidsforskningsinstituttet, Oslo.
- Sosial- og helsedirektoratet (2003) Internasjonalt klassifikasjon av funksjon, funksjonshemming og helse.
- Togliola J & Kirk U (2000) Understanding awareness deficits following brain injury. *NeuroRehabilitation*, 20, 57-70.
- Togliola JP (1992) A dynamic interactional approach to cognitive rehabilitation. In *Cognitive rehabilitation: Model for intervention in Occupational Therapy*. (KATZ N ed.). Andover Medical, Boston.
- Twamley EW, Padin DS, Bayne KS, Narvaez JM, Williams RE & Jeste DV (2005) Work rehabilitation for middle-aged and older people with schizophrenia – A comparison of three approaches.
- Verne D, Mezzanato T & Caminiti E (2006) Return to work after brain injury. In *Brain injury treatment: theories and practices*. (CARRION JL, WILD KRH & ZITNAY GA eds.).
- 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, 115-127.
- West MD (1995) Aspects of the workplace and return to work for persons with brain injury in supported employment. *Brain Inj*, 9, 301-313.