

# Fokus på arbeidsdeltakelse i et intervensjonsprogram etter hjerneskade

AV INGER HELLEM OG RANDI WÅGØ AAS

## Abstract

**Purpose:** The aim of this study was to obtain new knowledge about whether and how work participation was a focus during a Norwegian intervention programme that was based on the US programme Lifestyle Redesign®. The programme lasted for eight months and contained nine modules. The modules were based on group sessions and included some individual follow-up during the period.

**Method:** The study had an exploratory design, with an inductive approach. Six semi-structured focus group interviews were conducted with three different informant groups; persons of working age with Acquired Brain Injury (ABI) (n = 3), relatives (n = 2), and programme occupational therapists (n = 1). The interviews were audio-taped and verbatim transcribed to text before analyzed. The analysis was based on conventional qualitative content analysis, emphasizing the expressed content, combined with quantitative content analysis.

**Results:** The condensed meaning units (n = 116\*) formed three topics: (1) Whether work participation was a topic in the programme, (2) which work-related topics were addressed, and (3) factors experienced as important for return to work. Topic 1 (n = 59\*) revealed that work was a latent theme, but not included in the intervention programme. As the informants were engaged in their own work participation, it became an underlying perspective in the group modules, but especially at the individual follow-up. Topic 2 (n = 40\*) showed that the work related topics revealed were such as expectations, structural, social and personal relationships, loss of work and work as part of the fundamental restructuring process. Topic 3 (n = 17\*) revealed that both the persons with acquired brain injury and their relatives stressed the following as key factors in the process of returning to work: working with their qualifications, taking initiatives, planning and maintaining social support.

**Conclusion:** Work participation became a latent theme during the implementation of the intervention programme because the participants with acquired brain injury were concerned with their own participation in work. The study identified several work-related issues that were important for work participation and return to work that can be used for development of a new module or longitudinal topic in a intervention programme based on the US programme Lifestyle Redesign for persons with (Acquired brain injury) ABI.

**Keywords:** Work Participation, employment, acquired brain injury, stroke, occupational therapy, occupational rehabilitation, Lifestyle Redesign®

\*meaning units



*Inger Hellem arbeider ved Diakonhjemmet Høgskole Rogaland. E-post: inger.hellem@diakonhjemmet.no*



*Randi Wågø Aas arbeider ved PreSenter, International Research Institute of Stavanger (IRIS) og Høgskolen i Oslo og Akershus, Fakultetet for helsefag.*

**Oppgitte interessekonflikter:** Ingen

## Introduksjon

### Arbeidsdeltakelse etter ervervet hjerneskade

Deltakelse i arbeidslivet representerer vanligvis en vesentlig del av hverdagslivet for personer i yrkesaktiv alder. Arbeidsdeltakelse knyttes opp mot faktorer som økonomisk trygghet, opplevelse av mening, identitet, sosial interaksjon og samfunnsdeltakelse. Arbeid bidrar også til innhold, struktur og rutiner i hverdagen (Yuill & McMillan, 1998). Ervervet hjerneskade som følge av for eksempel hjerne slag eller traumatisk skade kan påvirke sensomotoriske, kognitive, adferdsmessige og emosjonelle funksjoner (Leòn-Carriòn, von Wild & Zitnay, 2006). Senere i forløpet kan det oppstå sekundærproblematikk som depresjon og andre psykiske følgetilstander (Wehman, Targett, West & Kregel, 2005).

Utfordringer knyttet til tilbakeføring til arbeid har vært et fokusområde i ulike modeller og programmer for kognitiv rehabilitering (Leòn-Carriòn et al., 2006, Wilson, 1997, Wehman & Goodall, 1990, Ben-Yishay, Silver, Piasetsky & Rattok, 1987, Prigatano, 1986). Arbeidsdeltakelse har vært ansett som et av de viktigste resultatmålene i forhold til psykososial funksjon (Kreutzer, Bruce, Leininger, Sherron & Groah, 1990, Verne, Mezzanato & Caminiti, 2006). Steadman-Pare, Colantonito, Ratcliff, Chase og Vernich, (2001) fant i en retrospektiv kohortstudie betydningen engasjement i arbeid har for opplevelse av livskvalitet, også flere år etter traumatisk hjerneskade. Flere kunnskapsoppsummeringer innen dette feltet framholder at spesielt kognitive utfall, personlighetsendringer og emosjonelle følgervirkninger ofte medfører vansker med å vende tilbake til arbeid eller etablere et nytt arbeidsforhold (Shames, Treger, Ring & Giaquinto, 2007, Nightingale, Soo & Tate, 2007, Kreutzer et al., 2003, Yasuda, Wehman, Targett, Cifu & West, 2001). Shames et al. (2007) hevder at det er vanskelig å forutsi tilbakeføring til arbeid etter hjerneskade ut fra skadeomfang, da også andre faktorer, som innsikt, akseptering av følgervirkninger og motivasjon, innvirker på denne prosessen.

I en kunnskapsoppsummering om arbeidsdeltakelse for personer med ervervet hjerneskade vektlegger Wehman et al. (2005) den innsikten som utvikles over tid gjennom erfaringer i reelle situasjoner. Tidligere studier har også påvist at personer som kommer tilbake i arbeid etter traumatisk hodeskade, i mindre grad opplever sekundærproblemer som depresjon og stoffmisbruk (Wehman et al., 2005). En fenomenologisk studie som omhandlet betydningen av arbeid etter ervervet hjerneskade, viste at den sosiale dimensjonen ved arbeid ble viktigere etter hjerne-skade (Johansson & Tham, 2006). Personer med ervervet hjerneskade erfarte at arbeidsidentiteten ble truet, man strevde med å komme tilbake til en normal tilstand. Arbeidsdeltakelse ble ansett som et bevis på suksess (Johansson & Tham, 2006). I en kvalitativ studie, basert på yngre slagpasienters erfaringer med å komme tilbake til arbeid, framholdes fellestrekk mellom prosessen for tilbakeføring til arbeid og prosesser i helsefremmende arbeid som vektlegger mobilisering av empowerment ved å

øke individets kontroll over situasjonen. Faktorer som motivasjon, vilje, tro på egen mestring og ytre støtte forsterket den enkeltes evne og mulighet til å vende tilbake til arbeid (Medin, Barajas & Ekberg, 2006).

### Arbeidsfokus i intervensjonsprogram basert på Lifestyle Redesign

Lifestyle Redesign<sup>®</sup>-programmet er en aktivitetsbasert intervensjon med fokus på å utvikle og innarbeide helsefremmende aktiviteter og vaner i hverdagen. Intervensjonsprogrammet har bakgrunn i tradisjonell ergoterapi og aktivitetsvitenskap (Jackson, Calson, Mandel, Zemke & Clark, 1998). I det modulbaserte gruppetilbudet vektlegges deltakelse i personlige og meningsfulle aktiviteter som er forankret i den enkeltes hverdag (Clark et al., 2001). Programmet tilpasses den aktuelle målgruppen og lokale forhold gjennom en behovsevaluering, og innholdet utvikles i samarbeid med deltakerne og representanter fra den aktuelle målgruppen (Mandel, Jackson, Zemke, Nelson, & Clark 1999). Det anvendes didaktisk presentasjon, likemannsutveksling, personlig utforskning og aktivitetserfaring i kombinasjon med noe individuell støtte og oppfølging. Gjennom å bli bevisst på og anerkjenne egne muligheter, lærer deltakerne om hvordan de kan få en aktivitetsbalanse i hverdagen og ta valg som fremmer opplevelse av mening, tilfredshet og helse (Jackson et al., 1998). Denne Lifestyle Redesign-prosessen støttes både i gruppen og gjennom individuell veiledning av ergoterapeut (Mandel et al., 1999).

Clark et al. (1997) påviste gjennom den randomiserte og kontrollerte «The Well Elderly Study» at Lifestyle Redesign<sup>®</sup>-programmet bidro til å redusere risiko for helseplager hos eldre, og deltakerne profiterte på flere ulike helse-, funksjons- og livskvalitetsområder. En oppfølgende studie viste at den positive helsegevinsten ved denne intervensjonen hadde langtidseffekt (Clark et al., 2001). En undersøkelse fra 2002 viste også at intervensjonen var kostnadseffektiv, ved en trend mot at lavere utgifter til helsetjenester oppveide utgifter med intervensjonsprogrammet (Hay et al., 2002). Intervensjonsprogrammer inspirert av Lifestyle Redesign (LR) er senere tilpasset i forhold til eldre i Norge (Svendsen & Otterholdt, 2006), Danmark (Kragbæk 2008) og England (Craig & Montain, 2007).

I Norge er det også blitt gjennomført en modellutprøving av et gruppetilbud basert på Lifestyle Redesign<sup>®</sup> programmet, tilpasset personer i yrkesaktiv alder med kognitive vansker som følge av ervervet hjerneskade. Vår studie omhandler arbeidsfokus ved gjennomføringen av programmet i denne modellutprøvingen. Intervensjonsgruppene var ledet av ergoterapeuter i spesialisthelsetjenesten som hadde lang erfaring med hjerneskaderehabilitering, både individuelt og gruppebasert. Gruppene møttes to timer per uke i en periode på åtte måneder, og deltakerne fikk også noe individuell oppfølging i denne perioden (Bohlander, Grue, & Karlberg-Hansson, 2007). Som en del av behovsevalueringen for å tilpasse programmet til målgruppen ble det gjennomført to fokusgruppeintervjuer på hvert sted med aktuelle deltakere i programmet, og intervensjonsprogrammet fikk ni moduler (se tekstboks 1).

### Tilpasset Lifestyle Redesign program for personer med ervervet hjerneskade

*A: Ni moduler som danner temaene for gruppetilbudet:*

1. *Aktivitet & helse*
2. *Identitet & aktivitet*
3. *Hjem, familie & aktivitet*
4. *Tid & aktivitet*
5. *Sosial kontakt & aktivitet*
6. *Aktivitetstilbud & tjenester*
7. *Økonomi & aktivitet*
8. *Helse gjennom fysisk & mental aktivitet*
9. *Mat & aktivitet*

*B: Individuell oppfølging av deltagerne:*

1. *Individuelt tilpasset oppfølging*
2. *Basert på COPM og individuelle mål*
3. *Omfattet eksempelvis hjemmebesøk, samarbeid med kommunehelsetjenesten og oppfølgingsbehov i forhold til arbeid.*

COPM= Canadian Occupation Performance Measure

#### **Tekstboks 1: Tilpasset Lifestyle Redesign® program for personer med ervervet hjerneskade**

Brukerrepresentanter deltok i arbeidsgrupper i forkant av hver modul, og innholdet i programmet kunne justeres dersom det oppstod nye behov underveis (Bohlander et al., 2007). Erfaringene fra denne modellutprøvingen viste at en kombinasjon av undervisning i aktuelle temaer, erfaringsutveksling med likemenn, aktivitetserfaring, personlig utforskning, og det at deltakerne møttes regelmessig over en lengre tidsperiode, var viktige faktorer for å etablere endring av vaner hos personer med kognitive følgerknninger etter en ervervet hjerneskade. Deltakerne fikk en større forståelse for egne ressurser og hjelp til å strukturere hverdagen (Bohlander et al., 2007).

Det finnes imidlertid ingen publiserte forskningsstudier som omhandler utprøving av LR®-programmet i forhold til personer med ervervet hjerneskade ved søk i Medline, Cinahl, PsycINFO og Academic Search Elite (søk gjort 06.06.11). Kvalitative studier har påpekt behov for økt oppmerksomhet på tilbakeføring til arbeid i rehabiliteringsforløpet etter ervervet hjerneskade (Lock, Jordan, Bryan, & Maxim, 2005, Corr & Wilmer, 2003). Det er nå et behov for mer kunnskap om hvilke erfaringer de ulike målgruppene har når det gjelder arbeidsdeltakelse med et slikt intervensjonsprogram. Målet med denne studien var derfor å utvikle ny kunnskap angående om og hvordan personer med ervervet hjerneskade, deres pårørende og ergoterapeutene som ledet programmet, opplevde at det ble rettet oppmerksomhet mot arbeidsdeltakelse ved gjennomføringen av dette intervensjonsprogrammet.

#### **Design**

Denne studien hadde et eksplorerende design, med en induktiv tilnærming, der datainnsamlingen ble gjennomført ved hjelp av seks fokusgruppeintervjuer med tre ulike informantgrupper; personer med ervervet hjerneskade (n = 3), pårørende (n = 2) og ergoterapeuter (n = 1).

#### **Informanter**

Rekrutteringsgrunnlaget fra modellutprøvingen omfattet seksten hjemmeboende kvinner og menn i yrkesaktiv alder med ervervet hjerneskade, deres nærmeste pårørende og tre ergoterapeuter/gruppeledere. De fordelte seg på tre intervensjonsgrupper som ble gjennomført geografisk spredt i Norge i perioden 2006 - 2007. Målgruppen var personer med kognitive utfall knyttet til oppmerksomhetsfunksjoner, hukommelse, utholdenhet, emosjonelle endringer og/eller reguleringsvansker etter ervervet hjerneskade. Det skulle være minst to år siden sykdom/skade oppstod. Eksklusjonskriterier var progredierende tilstander, alvorlig psykiatrisk lidelse, rusmisbruk og omfattende språkvansker (Bohlander et al., 2007).

Rekrutteringen til denne studien ble foretatt via ergoterapeutene som ledet de tre intervensjonsgruppene. De sendte en skriftlig invitasjon til alle som hadde gjennomført programmet (n = 16). Fjorten deltakere fra programmet returnerte skriftlig samtykke om å delta, mens én ikke ønsket å delta grunnet krevende livssituasjon, samt én på grunn av omfattende hukommelsesvansker. Tre av deltakerne fra intervensjonsgruppene meldte senere forfall til fokusgruppeintervjuer grunnet henholdsvis sykdom, krevende livssituasjon og ferie. Basert på skriftlig samtykke fra noen av deltakerne, ble det i neste omgang sendt invitasjon til deres pårørende (n = 6), hvorav fem samtykket i å delta i studien, og fire faktisk deltok i fokusgruppeintervjuer. Studiens tre informantgrupper bestod derved av personer med ervervet hjerneskade (n = 11), pårørende (n = 4) og ergoterapeuter (n = 2). Informantgruppen med pårørende bestod av to kvinner og to menn. Tabell 1 viser bakgrunnsdata for informantgruppen med personer med ervervet hjerneskade. Aldersfordeling var 30 - 49 år (n = 2), 50 - 59 år (n = 8) og over 60 år (n = 1).

#### **Fokusgruppeintervjuer**

Fokusgruppeintervjuer ble valgt for å få fram ulike erfaringer og perspektiver. Synergieffekten i gruppene, ved at deltakerne inspirerte hverandre, kunne bidra til flere aspekter og videre refleksjon rundt temaet (Krueger & Casey, 2000, Halkier, 2005). Innspill fra andre deltakere kunne også gi påminning for personer med kognitive funksjonsutfall til å gjenkalle informasjon og hendelser.

Det ble utarbeidet en temaguide for hver informantgruppe hvor introduksjonsspørsmål, overgangsspørsmål, nøkkelspørsmål og avsluttende spørsmål knyttet til forskningsspørsmålet, var kort skissert. Alle fokusgruppeintervjuene (n = 6) ble ledet av samme moderator, som vektla at gruppene skulle få snakke og diskutere mest mulig fritt rundt temaet. Fokusgruppeintervjuene hadde en tidsram-

		♂	♂	♀	♀	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♂
Diagnose	Hjerneslag				x	x		x			x	
	TBI & multitraume	x								x		x
	Anoxi & hypoxi						x		x			
	Andre		x	x								
Arbeids- og/ eller trygdestatus	Ordinært arbeid						x		x*			
	Arbeidsdeltakelse kombinert med trygdeytelse	x	x									x
	Medisinske rehabiliteringspenger				x				x		x	
	Yrkesrettet attføring		x									
	Uførepensjon	x			x	x				x		x

Note: \*deltid

Tabell 1: Oversikt over informantgruppen av deltakere med ervervet hjerneskade (n=11).

me på to timer. Spesielt av hensyn til informantgruppen med personer med kognitive funksjonsutfall, ble det gjort avtale om tidspunkt for pause, og deltakerne hadde papir og penn tilgjengelig. Fokusgruppene med personer med ervervet hjerneskade og pårørende ble gjennomført i de samme lokalene som intervensjonsgruppene hadde funnet sted. Dette kunne bidra til forutsigbarhet og gjøre det lettere for informantene med ervervet hjerneskade å finne fram. Det var ingen indikasjoner på at lokalene ville vekke negative minner som kunne påvirke fokus i gruppene. Deltakerne kjente hverandre fra intervensjonsgruppene, noe som kunne bidra til en trygg og åpen dialog. Ved gjennomføring av fokusgruppeintervjuet med ergoterapeutene ble det valgt andre, og for dem nøytrale, lokaler. I alle fokusgruppeintervjuene ble det stilt følgende spørsmål: «*Hvordan har dere opplevd at det å komme tilbake til arbeid ble tatt opp i programmet?*». Avslutningsvis fikk deltakerne mulighet til å tilføre opplysninger og gi tilbakemelding. En bachelorstudent deltok som observatør i hver av fokusgruppene med deltakerne fra programmet, og disse tre studentene transkriberte deler av dette materialet.

### Analyse av data

Det ble anvendt konvensjonell kvalitativ innholdsanalyse med fokus på manifest innhold (Hsieh & Shannon, 2005). Under hele analyseprosessen ble det rettet oppmerksomhet mot forhold ved gruppeinteraksjonen, som for eksempel om det var synspunkter som dominerte, skapte enighet eller konflikt. Dette kan ifølge Stevens (1996) påvirke påliteligheten til data. Analysen, som var inspirert av Graneheim og Lundman (2004), ble gjennomført i følgende trinn:

- (1) Lydopptak ble gjennomgått sammen med observasjonsnotater, og materialet ble transkribert til tekst ord for ord,
- (2) teksten ble gjennomlest flere ganger i sin helhet,
- (3) relevant tekst ble så kondensert, og

- (4) temaer og temabeskrivelser på tre nivåer ble dannet nært opptil informantenes egne utsagn.

Materialet som var transkribert av studenter, ble i etterkant kvalitetssikret av forsker. Temaene som kom fram i analysen, ble sett i sammenheng med de tre informantgruppens perspektiv, og resultatene ble skrevet ut som temabeskrivelser hvor de ulike aktørenes erfaringer ble tatt med. Analysen ble kombinert med en kvantitativ innholdsanalyse ved å foreta en kvantifisering av meningsnetene, for å belyse rapporteringsprofilen mellom informantgruppene. Analyseprosessen trinn 3 - 4 er illustrert i tabell 2.

### Forskningsetiske vurderinger

Studien ble klarert med personvernombudet for forskning ved Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD) desember 2007 og vurdert som ikke framleggspliktig av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, Vest-Norge (REK Vest) i januar 2008. Forskningsetiske prinsipper benyttet i studien bygger på Vancouverkonvensjonen (ICMJE, 2008). Personlig integritet, informert samtykke og konfidensialitet ble vektlagt ved rekruttering, datainnsamling, analyse og formidling av resultater. Det ble innhentet samtykke til å benytte bakgrunnsdata fra registreringskjemaet fra modellutprøvingen. For at databasen ikke skulle kunne koples til navn, ble et register oppbevart i et arkiv på Universitetet i Stavanger. Det var ikke forventet at temaene som skulle belyses, ville medføre risiko for alvorlig psykisk påkjenning. Det var likevel avklart mulighet for poliklinisk oppfølging ved de respektive rehabiliteringsinstitusjonene som informantene var tilknyttet, men det oppstod ikke situasjoner hvor dette ble tatt i bruk.

### Resultater

Erfaringer som omhandlet om og hvordan tre informant-

Transkribert tekst	Kondensert meningsenhet	Temabeskrivelse	Tema
Person med ervervet hjerneskade:  "Det er jo halve sosiallivet mitt altså, og det har vi jo vært inne på hvor viktig det var dette med kolleger og sånn (ja) ... Men det har jo vært framme dette her jeg synes det var gjevt (ja) det med å ha en plass å være og høre til og liksom ha kolleger"	Snakket om hvor viktig det er med kolleger  Tok opp at det er gjevt å ha en plass å være og høre til	Relasjonelle aspekt: Kollegafellesskap  Relasjonelle aspekt: Arbeidstilhorighet	Tema II: Arbeidsrelaterte emner som ble omtalt i gruppene

Tabell 2: Eksempler fra analyseprosessen.

gruppene opplevde at det ble rettet oppmerksomhet mot arbeid og arbeidsdeltakelse ved gjennomføringen av intervensjonsprogrammet, dannet grunnlag for å komme fram til tre temaer med undertemaer, som presentert i tabell 3. De ulike aktørenes erfaringer knyttet til hvert tema, er tatt med i de påfølgende temabeskrivelsene.

### Tema I: Arbeidsdeltakelse var kun et latent tema i det tilpassede Lifestyle Redesign®-programmet

Arbeid fremkom verken som et emne i behovsevalueringen eller ble et fokus ved utarbeidelse av mål, gruppetema og moduler. Deltakerne med ervervet hjerneskade var opptatt av arbeid, også i en videre betydning av samfunnsmessig deltakelse, og snakket om dette i gruppene. Arbeidsdeltakelse ble et underliggende perspektiv som var tilstede i gruppemodulene.

Personer med ervervet hjerneskade opplevde ikke at det var et klart uttrykt mål å komme tilbake i arbeid, men at programmet først og fremst hadde fokus på «livskvalitet» og å komme i gang med aktiviteter i hverdagen. En deltaker med ervervet hjerneskade uttrykte: «Jeg føler ikke at prosjektet prøvde å få oss tilbake til jobb igjen» og en annen sa: «Hadde det gjort det, hadde vi nok snakket mer om det». Deltakerne var opptatt av å komme tilbake i arbeid, og så dette i sammenheng med å jobbe med seg selv og finne nye muligheter for å delta i samfunnet. En deltaker med ervervet hjerneskade uttrykte: «Jeg vil heie fram mer fokus på at folk skal komme tilbake til arbeid». De erfarte at dette burde det vært snakket mer om i gruppene, men også at dette var et tema som lå bakenfor eller under de andre temaene, og at det ble snakket om individuelt. En person med ervervet hjerneskade uttrykte: «Det var jo alltid noe som lå underliggende».

De pårørende opplevde at det handlet mest om å kunne organisere hverdagen, fungere best mulig ut fra forutsetningene, og at det var lite fokus på arbeid.

Ergoterapeutene erfarte at arbeid som tema ikke kom fram i behovsevalueringen og planleggingsfasen før programmet ble iverksatt. Etter hvert tok deltakerne opp arbeidsrelaterte emner i gruppene utenom de oppsatte temaene, og de relaterte seg til seg selv som deltaker i arbeidslivet. De erfarte at arbeidstemaet på en indirekte måte kom inn og var til stede i gruppemoduler som Identitet & akti-

vitet og Tid & aktivitet. En av ergoterapeutene sa: «Det har vært tilstede egentlig hele veien, i alle temaer (...) deltakerne har vært så opptatt av det». Tidsramme og ulike ståsteder gjorde at det ikke underveis ble utviklet et felles gruppetema om arbeid, men det ble et fokus for flere ved den individuelle oppfølgingen.

Arbeidsdeltakelse ble sentralt for flere av deltakerne i programmet ved individuelle vurderinger ved bruk av kartleggingsredskapet Canadian Occupation Performance Measure (COPM), og omfattet individuelt tilpasset oppfølging ved at ergoterapeut deltok på samarbeidsmøter med NAV og bisto ved avklaring av uføregrad.

Personer med ervervet hjerneskade erfarte at arbeidsdeltakelse ble tatt opp individuelt ut fra den enkeltes ståsted, og at de fikk hjelp til å avklare riktig og realistisk uføregrad. De uttalte at «Det ble tatt opp individuelt ut fra hver enkelt sitt ståsted» og «Det har vel vært egentlig å sette på plass det at en skal få en uføregrad som stemmer mer til person».

De pårørende formidlet at ergoterapeuten deltok i samarbeidsmøte med NAV. En av de pårørende gav uttrykk for at: «Blant annet var hun (navn på ergoterapeut som ledet gruppen) med ut på NAV og hjelp til».

Ergoterapeutene erfarte at betydningen av arbeidsdeltakelse først og fremst kom fram ved individuelle vurderinger ved bruk av COPM. De framholdt at arbeid ble et aktuelt fokus for flere som en del av den individuelle oppfølgingen som omfattet instrumentell støtte på samarbeidsmøter med NAV.

### Tema II: De arbeidsrelaterte emnene som ble omtalt i gruppene

Dette temaet omhandlet aspekter som ytre press og forventninger, strukturelle, sosiale og relasjonelle forhold knyttet til arbeid og samfunnsdeltakelse, tap av arbeid, og at arbeidsdeltakelse må ses i sammenheng med en grunnleggende omstillingsprosess som innebar erkjennelse og tilpasning.

Personer med ervervet hjerneskade opplevde press om samfunnsbidrag gjennom media, og hadde utvekslet felles erfaringer om hvor krevende det var å forholde seg til hjelpeapparatet, som de kalte «systemet». De beskrev at betydningen av å ha tilhørighet til en arbeidsplass, fellesskap

Tema	Temabeskrivelse	Undertema
Tema I	Om arbeidsdeltagelse som tema i det tilpassede LR-programmet	Arbeidsdeltagelse var ikke et tema verken når programmet ble utviklet eller som et eksplisitt mål for programmet.
		Arbeidsdeltakelse ble et underliggende latent perspektiv i intervensjonsgruppene fordi deltagerne tok opp dette temaet.
Tema II	Om de arbeidsrelaterte emnene som ble omtalt	Arbeidsdeltagelsesfokuset utviklet seg gjennom den individuelle oppfølgingen, på grunn av oppfølgingsbehov i forhold til arbeid.
		Opplevelse av ytre press og forventninger om samfunnsbidrag og at det var krevende å forholde seg til systemet.
		Strukturelle aspekt omhandlet at arbeid bidrar til struktur og døgnrytme.
		Sosiale aspekt omhandlet arbeidets betydning for sosial deltakelse.
		Relasjonelle forhold omhandlet arbeidstilhørighet og kollegafelleskap
Tema III	Om de faktorene som ble knyttet til tilbakeføringsprosessen til arbeid	Tap av arbeid omhandlet sorgprosess, savn, opplevelse av å stå utenfor arbeidslivet, rolleendring og innvirkning på identitet og livskvalitet.
		Arbeidsdeltakelse må ses i sammenheng med en grunnleggende omstillingsprosess som innebar en betydelig omveltning på alle plan, erkjennelse av følgerknninger og en tidkrevende tilpasningsprosess i forhold til familieliv og hverdagen med energitilpasning og kompenserende strategier.
		• Å jobbe med forutsetningene omhandlet å oppnå bedre funksjon i hverdagen for å muliggjøre arbeidsdeltakelse på sikt.
		• Komme i gang omfattet betydningen av en indre motiverende faktor, samt ta det første steget ut av huset, møte andre og komme i gang med sosial deltakelse utenfor hjemmet.
		• Å ha en tilbakeføringsplan omfattet også eventuelt å finne nye arbeidsalternativer dersom en tilbakeføring til tidligere arbeid ikke er aktuelt.
		• Sosial støtte omfattet felles erfaringer, tilsvarende utfordringer, sosialt samhold og støtte i en tilbakeføringsprosess.

Tabell 3: Oversikt over hovedresultatene.

med kolleger, savn av kolleger og arbeidets innvirkning på struktur og døgnrytme hadde vært samtaletemaer i gruppene. I tillegg til deltakelse i ordinært arbeidsliv hadde de også snakket om betydningen av å utvikle seg og finne meningsfulle oppgaver som kunne være nyttige og gi viktige samfunnsbidrag. Dette måtte ses i sammenheng med en grunnleggende og tidkrevende omstillingsprosess, som også omfattet erkjennelse av endringer etter hjerneskaden og tilpasning i hverdagen og familielivet. En av dem uttrykte: «*Det er en voldsom omveltning som har skjedd på alle mulige plan. Det virker inn på alt.*» En annen vektla betydningen av å «*Bli kjent med seg selv på en annen måte og akseptere det først og fremst.*» De vektla arbeidsplassens betydning for arbeidsdeltakelse.

Ergoterapeutene erfarte at flere som stod utenfor arbeidslivet, uttrykte en stor sorg i forhold til tap av arbeid og roller knyttet til dette, noe som også innvirket på opplevelse av livskvalitet. En av ergoterapeutene sa følgende om samtalen de hadde hatt om dette i intervensjonsgruppen: «*Å relatere seg til ikke å være arbeidsaktiv var en stor sorg.*»

### Tema III: Faktorer av betydning for tilbakeføringsprosessen til arbeid

Faktorer relatert til det å komme tilbake til arbeid om -

handlet å jobbe med forutsetningene, komme i gang, ha en tilbakeføringsplan og opprettholde sosial støtte.

Personer med ervervet hjerneskade erfarte at funksjonsbedring og det å komme i gang med sosial kontakt utenfor hjemmet, kunne bidra til å gjøre arbeidsdeltakelse mulig på lengre sikt. En av deltakerne i programmet uttrykte i forhold til arbeidsdeltakelse betydningen av å: «*Få deg til å fungere bedre så det på sikt kan være en mulighet.*»

De pårørende erfarte at intervensjonsprogrammet bidro til at deltakerne kom seg ut og traff andre, ble kjent med følgerknninger og fikk hjelp til å tilpasse seg hverdagen ved bruk av struktur og rutiner, noe som var viktig for at arbeidsdeltakelse skulle kunne bli mulig på sikt. De var opptatt av at det måtte foreligge et bakenforliggende ønske om å komme tilbake i jobb. De vektla det sosiale samholdet som hadde oppstått mellom deltakerne i intervensjonsgruppene, og det positive ved å møte andre i tilsvarende situasjon og se at en ikke er alene. Ergoterapeutene erfarte at gruppedeltakerne gav hverandre støtte i forhold til situasjoner knyttet til utfordringer i arbeidsforhold.

### Rapporteringsprofil

For å kunne vite mer om datamaterialet og reise eventuelle hypoteser ut fra hva de ulike aktørene var opptatt av, ble

	Tema I N (%)	Tema II N (%)	Tema III N (%)	Sum
Personer med ervervet hjerneskade	29 (49)	29 (72)	7 (41)	65
Pårørende	5 (9)	2 (5)	7 (41)	14
Ergoterapeuter	25 (42)	9 (23)	3 (18)	37
Sum	59 (100)	40 (100)	17 (100)	116

Note: Antallet og prosentvis fordeling gjelder meningsenheter, det vil si hvor mange ganger ulike temaer ble tatt opp av informantene.

Tabell 4: Rapporteringsprofil i datamaterialet (antall og prosent).

det også gjort en kvantitativ innholdsanalyse der meningsenheterne ble kvantifisert. Det ble identifisert 116 meningsenheter, som dannet grunnlaget for å komme fram til de tre temaene. Tabell 4 viser en oversikt over rapporteringsprofilen mellom de tre informantgruppene. Over femti prosent av de kondenserte meningsenheterne var basert på erfaringer fra personer med ervervet hjerneskade. Personer med ervervet hjerneskade beskrev flest av de arbeidsrelaterte emnene, men også at arbeid var et underliggende perspektiv. De pårørende beskrev oftere faktorer som ble relatert til en tilbakeføringsprosess til arbeid. Ergoterapeutene snakket mest om at arbeidsdeltakelse var et latent tema i gruppemodulene, og at det ble fokus for flere ved den individuelle oppfølgingen.

## Diskusjon

### Substansiell diskusjon

Målet med denne studien var å utvikle ny kunnskap om hvordan, og om, det ble rettet oppmerksomhet mot arbeidsdeltakelse ved gjennomføringen av et intervensjonsprogram som var basert på LR. Utgangspunktet for diskusjonen har vært å se resultatene i sammenheng, og seks funn fra vår studie vil bli diskutert her:

- (1) Arbeidstemaet lå latent, men var ikke inkludert i det tilpassede LR<sup>®</sup>-programmet,
- (2) den individuelle oppfølgingen bidro til et arbeidsfokus,
- (3) tap av arbeid innebar en sorgprosess,
- (4) arbeidsdeltakelse ble knyttet til en krevende omstillingsprosess, og
- (5) motivasjon, mestring og sosial støtte var sentralt i tilbakeføringsprosessen til arbeid.
- (6) Deltakere i programmet, pårørende og ergoterapeutene snakket mest om ulike temaer.

(1) *Arbeidstemaet lå latent, men var ikke inkludert i det tilpassede Lifestyle Redesign<sup>®</sup>-programmet:* Både deltakere i intervensjonsprogrammet og ergoterapeutene som ledet gruppene, fremholdt at arbeidsdeltakelse var et underliggende perspektiv ved gjennomføringen av intervensjons-

programmet. Det kan diskuteres om arbeidsdeltakelse som temaområde allerede lå latent i behovsevalueringen, eller om dette var et fokus som vokste fram underveis. Arbeid anses som en av hovedarenaene for aktivitetsdeltakelse i voksenlivet (Yuill & McMillan 1998). Ut fra den betydningen som knyttes til arbeidsdeltakelse i dagens samfunn, kunne en forventet at et intervensjonsprogram som har fokus på å reetablere vaner og aktiviteter i hverdagen, også ivaretok arbeidsarenaen. Personer med ervervet hjerneskade ga i vår studie uttrykk for at de ville snakket mer om arbeid dersom arbeidsdeltakelse hadde vært inkludert som et mål med intervensjonsprogrammet. Studien viste at fokus på arbeid vokste fram under gjennomføringen av intervensjonsprogrammet fordi deltakerne med ervervet hjerneskade var opptatt av egen arbeidsdeltakelse. Dette understøtter at arbeid er et aktuelt fokusområde å inkludere i intervensjonsprogrammer som er basert på Lifestyle Redesign for personer i denne målgruppen, og kanskje alle målgrupper i yrkesaktiv alder. Om det bør være en egen modul, eller om arbeidsdeltakelsestemaet bør inngå i alle eller de fleste modulene, må vurderes nøye med dem som har erfaring fra å lede slike programmer.

Flere tidligere studier har påpekt behov for større vektlegging av arbeidsdeltakelse i rehabiliteringsforløpet etter ervervet hjerneskade (Johanson & Tham, 2006, Wehman et al., 2005, Lock et al., 2005, Corr & Wilmer 2003). Det anses å være av stor betydning at ergoterapeutiske intervensjonsprogrammer bidrar til å fremme mulighet for arbeidsdeltakelse for denne målgruppen, noe som også støttes i fagets teoretiske forankring og den kanadiske modellen for aktivitetsutøvelse og engasjement, CMOP-E (Townsend & Polatajko, 2008).

(2) *Den individuelle oppfølgingen bidro til et arbeidsfokus:* Alle informantgruppene erfarte at arbeidstemaet ble sentralt ved den individuelle oppfølgingen de fikk i tillegg til gruppetilbudet. Både personene med ervervet hjerneskade og de pårørende var opptatt av at ergoterapeuten hadde hjulpet til ved avklaring av en realistisk uføregrad på samarbeidsmøter med NAV. I en randomisert kontrollert studie gjennomført av Ownsworth et al. (2008), fremholdes

at den individuelle komponenten i intervensjonsprogrammer for personer med ervervet hjerneskade spesielt så ut til å bidra i forhold til å oppnå fremgang på målspesifikke områder. Kanskje indikerer dette funnet at den individuelle komponenten i slike programmer bør styrkes fordi de synes å fremme konkrete aktivitetssituasjoner? Ergoterapeutene fremholdt i tillegg at betydningen av arbeidsdeltakelse spesielt hadde fremkommet i de individuelle vurderingene som ble gjort basert på kartleggingen der verktøyet COPM ble brukt. Tidligere studier har vist at COPM nettopp kan være et nyttig verktøy ved hjemmebaserte rehabiliteringstilbud for personer med ervervet hjerneskade (Jenkinson, Ownsworth, & Shum, 2007).

(3) *Tap av arbeid innebar en sorgprosess:* Et annet sentralt funn i studien var knyttet til de arbeidsrelaterte temaene som personer med ervervet hjerneskade snakket om i intervensjonsgruppene. Selv om alle informantgruppene hevdet at det var lite fokus på arbeid i modellutprøvingen, fant vi flere aspekter ved arbeidsdeltakelse som var basert på erfaringene fra deltakerne, men også fra ergoterapeutene. Disse aspektene var knyttet til strukturelle, sosiale og relasjonelle forhold ved arbeidsdeltakelse, samt tap av arbeid. Ergoterapeutene opplevde at sorgprosessen over tap av arbeid influerte på deltakernes opplevelse av livskvalitet, noe som også samsvarer med tidligere studier som har vist sammenhenger mellom arbeidsdeltakelse og opplevelse av livskvalitet i senforløpet etter ervervet hjerneskade (Steadman-Pare et al., 2001). Deltakelse i arbeidslivet kan bidra til å fremme helse (Medin et al., 2006) og forebygge sekundærproblematikk som depresjon (Wehman et al., 2005). Disse faktorene støtter opp under en økt oppmerksomhet mot arbeidsdeltakelse tidligere i rehabiliteringsforløpet, ut fra mål om å opprettholde eksisterende arbeidsforhold, etablere nytt arbeidsforhold eller annen samfunnsmessig deltakelse, noe som ytterligere aktualiseres sett i et lengre tidsperspektiv. Dette funnet indikerer at et fremtidig program bør gi god plass og tidlig oppmerksomhet til det vanskelige temaet tap av verdifull og meningsfull deltakelse i arbeidslivet.

(4) *Arbeidsdeltakelse ble knyttet til en krevende omstillingsprosess:* Et annet aspekt i vår studie var at arbeidsdeltakelse må ses i sammenheng med det informantene med ervervet hjerneskade beskrev som en grunnleggende og tidkrevende omstillingsprosess på alle plan, som innebar erkjennelse og tilpasning. Dette støttes også av tidligere forskning (Shames et al., 2007, Ellingsen & Aas, 2009). Ved en videreutvikling av et aktivitetsbasert intervensjonsprogram for denne målgruppen anses det som spesielt interessant å merke seg at tidligere studier har vist at innsikt utvikles over tid gjennom deltakelse i aktiviteter i reelle settinger (Wehman et al., 2005). Dette kan tilpasses metodikken i LR-programmet hvor blant annet personlig utforskning står sentralt (Mandel et al. 1999).

(5) *Motivasjon, mestring og sosial støtte var sentralt i tilbakeføringsprosessen til arbeid:* Betydningen av å gjenvinne tro på seg selv og egne muligheter ble vektlagt som sentralt for

tilbakeføring av både personer med ervervet hjerneskade og pårørende. Andre viktige forhold var likemannsutvekslingen og den sosiale støtten i gruppene, noe ergoterapeutene også vektla. At det måtte foreligge et bakenforliggende ønske om å komme tilbake til arbeid, ble fremholdt av de pårørende. Disse funnene støtter opp om tidligere studier som har påpekt at motivasjon, vilje, tro på egen mestring og sosial støtte er faktorer som forsterker mulighet for tilbakeføring til arbeid (Medin et al., 2006). Ved en videreutvikling av programmet for denne målgruppen kan det være relevant å se disse faktorene i sammenheng med elementer i en LR-prosess, hvor forståelse av aktivitetens potensial og kraft, egenanalyse av aktivitet og aktivitetsendring inngår (Mandel et al., 1999). I vår studie ble funksjonstilpasning i hverdagen, samt det å ha kommet i gang med sosiale aktiviteter, fremholdt som viktige faktorer i en tilbakeføringsprosess til arbeid av både personer med ervervet hjerneskade og pårørende.

(6) *Deltakerne i programmet, pårørende og ergoterapeutene snakket mest om ulike temaer:* Selv om erfaringene fra de ulike aktørene i stor grad bekreftet og utfylte hverandre, fant vi noen forskjeller knyttet til hvilke temaer de snakket mest om i fokusgruppene. Dette kan også ses i sammenheng med at de hadde hatt ulike roller og perspektiver ved planleggingen og gjennomføringen av programmet. Personer med ervervet hjerneskade snakket mest om de arbeidsrelaterte emnene og gav uttrykk for at dette var noe de ville snakket mer om. Ergoterapeutenes erfaringer knyttet til at både tidsramme og deltakernes ulike ståsteder i forhold til arbeidsdeltakelse ikke tillot at arbeid ble inkludert som en egen modul underveis, bør tas i betraktning ved en videre tilpasning av programmet til denne målgruppen. Dette understreker også betydningen av en grundig behovsvaluering ved tilpasning av programmet til nye målgrupper. Det gir også noen indikasjoner på at økt oppmerksomhet mot arbeidsdeltakelse bør få konsekvenser for gruppesammensettingen. I tillegg peker det på noen utfordringer knyttet til at deltakerne skal være med å bestemme tema, noe som står sentralt i utforming og gjennomføring av programmet (Mandel et al., 1999). De pårørende bidro med flere faktorer av betydning i en tilbakeføringsprosess til arbeid, og for at arbeidsdeltakelse skulle bli mulig på sikt. Dette indikerer kanskje at de pårørende også bør involveres ved en videre tilpasning av et intervensjonsprogram for denne målgruppen.

### Studiens metodiske begrensninger

For å tilstrebe et adekvat, tilstrekkelig og variert utvalg inkluderte denne studien informanter som representerte ulike roller fra tre geografiske steder. Alle stedene var representert med minimum to av informantgruppene, der personer med ervervet hjerneskade alltid deltok. Det ble valgt en tekstnær analyse for å få fram informantgruppens perspektiver, også med tanke på forskerens forforståelse og tilknytning til programmet. Det anses som en styrke at erfaringene fra informantgruppene med personer med ervervet hjerneskade, pårørende og ergoterapeuter i stor grad bekreftet og utfylte hverandre. Forskjeller var primært



knyttet til at deltakerne hadde ulike ståsteder i forhold til arbeid. Et felles ønske om å komme tilbake til arbeid, samt et ønske om økt fokus på arbeid i programmet, så ut til å skape konsensus i gruppene.

Ved en videreføring må en ta hensyn til at personer med ervervet hjerneskade er en vid målgruppe som spenner fra milde til alvorlige skader, med ulike omfang av følgevirkninger. Dette er viktig når det vurderes i hvilken grad resultatene er overførbare til personer med annet skadeomfang og følgevirkninger, samt om de vil ha forutsetninger for å kunne delta i denne type intervensjonsprogrammer.

### Implikasjoner for praksis og videre forskningsbehov

Resultatene fra denne studien viste at arbeidsdeltakelse var et latent tema under gjennomføringen av intervensjonsprogrammet, fordi deltakerne med ervervet hjerneskade var opptatt av egen arbeidsdeltakelse. Dette støtter en videreutvikling og tematisk utvidning av tilpassede LR<sup>®</sup>-programmer for personer i yrkesaktiv alder med ervervet hjerneskade. De arbeidsrelaterte emnene som kom fram, kan brukes til å utvikle en egen modul om arbeid, eller bidra til å utvikle et langsgående tema som gjør at arbeidsdeltakelse blir et tema i alle eller de fleste modulene. Ergoterapeutenes erfaringer om at deltakerne snakket mest om arbeid i modulene som omhandlet Identitet & aktivitet samt Tid & aktivitet, indikerer også at innholdet i disse to modulene spesielt bør tas i betraktning ved videre utvikling. Dette må også ses i sammenheng med hva som kommer fram i behovsevalueringen som gjøres for å tilpasse programmet til den aktuelle målgruppen og lokale forhold (Mandel et al., 1999).

Det er behov for mer kunnskap om hvordan kombinasjonen av gruppemodulene og den individuelt baserte intervensjonen må være for å kunne bidra til å muliggjøre og fremme arbeidsdeltakelse for personer med ervervet hjerneskade. Forskning innen arbeidsrettet rehabilitering viser at programmer som innebærer et tidlig fokus på reell kontekst («place-then-train», ikke «train-then-place»), der en klinisk intervensjon kombineres med en arbeidsplassintervensjon, er det mest effektive. (Loisel et al., 1997, van Oostrom et al., 2009).

Implementering av et videreutviklet program bør skje forskningsbasert (Aas, 2011) og bygges på det etter hvert betydelige kunnskapsgrunnlaget for kunnskapstranslasjon (Graham et al., 2006) og implementeringsforskning (Kitson et al., 2008). På sikt vil det være aktuelt å prøve ut et tilpasset intervensjonsprogram for denne målgruppen gjennom en randomisert kontrollert studie.

### Takk

Vi vil rette en stor takk til alle informantene som har vært villige til å dele sine erfaringer. En spesiell takk til ergoterapeut Frans Bohlander som lot oss få knytte denne studien opp mot den norske modellutprøvingen. Vi vil også takke Norsk Ergoterapeutforbund, Diakonhjemmet Høgskole Rogaland, IRIS og Høgskolen i Oslo for økonomiske bidrag til fokusgruppeintervjuer og publisering. □

### Referanser

- Ben-Yishay, Silver, S. M., Piasetsky, E., & Rattok, J. (1987). Relationship between employability and vocational outcome after intensive holistic cognitive rehabilitation. *J Head Trauma Rehabil*, 2, 35-48.
- Bohlander, F., Grue, G., & Karlberg-Hansson, P. (2007). *Aktiv hverdag og endring av livsstil*. Prosjektrapport. Upubliseret manuskript.
- Clark, F., Azen, S. P., Carlson, M., Mandel, D., LaBree, L., Hay, J., Zemke, R., Jackson, J., & Lipson, L. (2001). Embedding Health-Promoting Changes Into the Daily Lives of Independent-Living Older Adults: Long-Term Follow-Up of Occupational Therapy Intervention. *Journal of Gerontology: PSYCHOLOGICAL SCIENCES*, 56B(1), 60-63.
- Clark, F., Azen, S. P., Zemke, R., Jackson, J., Carlson, M., Mandel, D., Hay, J., Josephson, K., Cherry, B., Hessel, C., Palmer, J., & Lipson, L. (1997). Occupational Therapy for Independent-Living Older Adults. A Randomized Controlled Trial. *JAMA*, 278(16), 1321-1326.
- Corr, S., & Wilmer, S. (2003). Returning to Work after Stroke: an Important but Neglected Area. *British Journal of Occupational Therapy*, 66(5), 186-192.
- Craig, C., & Mountain, G. (2007). *Lifestyle Matters. An Occupational Approach to Healthy Ageing*. UK: Speechmark Publishing Ltd.
- Ellingsen, K. L. & Aas, R. W. (2009). Work participation after acquired brain injury: Experiences of inhibiting and facilitating factors. *International Journal of Disability Management Research*, 4, 1-11.
- Graham, I. D., Logan, J., Harrison, B., Straus, S. E., Tetroe, J., Caswell, W. & Robinson, N. (2006). Lost in knowledge translation: Time for a map? *The Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 26, 13-24.
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105-112.
- Halkier, B. (2005). *Fokusgrupper*. Fredriksberg: Samfundslitteratur & Roskilde Universitetsforlag.
- Hay, J., LeBree, L., Luo, R., Clark, F., Carlson, M., Mandel, D., Zemke, R., Jackson, J. & Azen, S.P. (2002). Cost-Effectiveness of Preventive Occupational Therapy for Independent-Living Older Adults. *JAGS*. 50(8), 1381-1288.
- Hsieh, H., & Shannon, S. E. (2005). Three Approaches to Qualitative Content Analysis. *Qualitative Health Research*, 15(9), 1277-1288.
- ICMJE (2008). International Committee of Medical Journal Editors. *Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: Writing and Editing for Biomedical Publication. Publication Ethics: Sponsorship, Authorship, and Accountability*. (Updated October 2008). Hentet 9. desember 2008, fra <http://www.icmje.org/icmje.pdf>
- Jackson, J., Carlson, M., Mandel, D., Zemke, R., & Clark, F. (1998). Occupation in Lifestyle Redesign: The Well Elderly Study Occupational Therapy Program. *The American Journal of Occupational Therapy*. Vol. 2, No. 5, 326-336.
- Jenkinson, N., Ownsworth, T., & Shum, D. (2007). Utility of

- the Canadian Occupational Performance Measure in community-based brain injury rehabilitation. *Brain Injury*, 21(12), 1283–1294.
- Johansson, U., & Tham, K. (2006). The Meaning of Work After Acquired Brain Injury. *The American Journal of Occupational Therapy*, Vol. 60, 60-69.
- Kitson, A. L., Rycroft-Malone, J., Harvey, G., McCormack, B., Seers, K. & Titchen, A. (2008). Evaluating the successful implementation of evidence into practice using the PARIHS framework: theoretical and practical challenges. *Implementation Science: IS*, 3, 1-1.
- Kragbæk, S. (2008). *Fornylse av Livsstil. Lifestyle Redesign® Programme i et dansk perspektiv. En aktivitetsvidenskabelig tilgang til vellykket aldring*. Hentet 10.12.08 fra [http://www.etf.dk/fileadmin/bruger\\_upload/dokumenter/FAG\\_FORSKNING/Sundhedsfremme/Lifestyle\\_Redesign\\_et\\_dansk\\_perspektiv.pdf](http://www.etf.dk/fileadmin/bruger_upload/dokumenter/FAG_FORSKNING/Sundhedsfremme/Lifestyle_Redesign_et_dansk_perspektiv.pdf)
- Kreutzer, J. S., Marwitz, J. H., 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*, Vol. 18, No. 2, 128-138.
- Kreutzer, J. S., Bruce, E., Leininger, B. E., Sherron, P. D., & Groah, C. H. (1990). Managing Psychosocial Dysfunction. In Wehman, P., & Kreutzer, J. S. (Edt.) *Vocational Rehabilitation for Persons with Traumatic Brain Injury*. (p. 35-67). USA: Aspen Publishers, Inc.
- Krueger, R. A., & Casey, M. A. (2000). *Focus Groups. A practical guide for applied research*. (3rd ed). USA: Sage Publications, Inc.
- Leòn-Carriòn, J., von Wild, K. R. H., & Zitnay, G. A. (Edt.). (2006). *Brain Injury Treatment. Theories and Practices*. London: Taylor & Francis.
- Lock, S., Jordan, L., Bryan, K., & Maxim, J. (2005). Work after stroke: focusing on barriers and enablers. *Disability & Society*, 20(1), 33-47.
- Loisel, P., Abenhaim, L., Durand, P., Esdaile, J. M., Suissa, S., Gosselin, L., Simard, R., Turcotte, J. & Lemaire, J. (1997). A population-based randomized clinical trial on back pain management. *Spine*, 22, 2911-2918.
- Mandel, D. R., Jackson, J. M., Zemke, R., Nelson, L., & Clark, F. A. (1999). *Lifestyle Redesign. Implementing the Well Elderly Program*. USA: The American Occupational Therapy Association, Inc.
- Medin, J., Barajas, J., & Ekberg, K. (2006). Stroke patients' experiences of return to work. *Disability and Rehabilitation*. 28(17), 1051-1060.
- Nightingale, E. J. Soo, C. A., & Tate, R. L. (2007). A Systematic Review of Early Prognostic Factors for Return to Work After Traumatic Brain Injury. *Brain Impairment*, 8(2), 101-142.
- Owensworth, T., Fleming, J., Shum, D., Kuipers, P., & Strong, J. (2008). Comparison of individual, group and combined intervention formats in a randomized controlled trial for facilitating goal attainment and improving psychosocial function following acquired brain injury. *J Rehabil Med*, 40, 81-88.
- Prigatano, G. P. (1986). *Neuropsychological Rehabilitation after Brain Injury*. USA: The Johns Hopkins University Press.
- Shames, J., Treger, I., Ring, H., & Giaquinto, S. (2007). Return to work following traumatic brain injury: Trends and challenges. *Disability and Rehabilitation*, 29(17), 1387-1395.
- Steadman-Pare, D., Colantonio, A., Ratcliff, G., Chase, S., & Vernich, L. (2001). Factors Associated with Perceived Quality of Life Many Years After Traumatic Brain Injury. *J Head Trauma Rehabil*, 16(4), 330-342.
- Stevens, P. E. (1996). Focus Groups: Collecting Aggregate-Level Data to Understand Community Health Phenomena. *Public Health Nursing*, 13(3), 170-176.
- Svendsen, L. & Otterholdt, M. (2006). *Eldre gjensker livsstil*. Oslo: Kirkens bymisjon.
- Townsend, E. A., & Polatajko, H. J. (Edt.). (2008). *Menneskelig Aktivitet II. En ergoterapeutisk vision om sundhed, trivsel og retfærdighed muliggjort gennem betydningsfulde aktiviteter*. København: Munksgaard Danmark.
- Van Oostrom, S. H., Driessen, M. T., De Vet, H. C. W., Franche, R.-L., Schonstein, E., Loisel, P., Van Mechelen, W. & Anema, J. R. (2009). Workplace interventions for preventing work disability. *Cochrane Database Of Systematic Reviews* (Online), CD006955.
- Vernè, D., Mezzanato, T., & Caminiti, E. (2006). Return to work after brain injury. I In Leòn-Carriòn, J., von Wild, K. R. H. & Zitnay, G. A. (2006). *Brain Injury Treatment. Theories and Practices*, (p.469-483). 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*, Vol. 20, No. 2, 115-127.
- Wehman, P., & Goodall, P. (1990). Return to Work: Critical Issues in Employment. In Wehman, P., Kreutzer, J. S. (Eds). *Vocational Rehabilitation for persons with Traumatic Brain Injury* (p.1-17). USA: Aspen Publishers, Inc.
- Wilson, B. (1997). Cognitive Rehabilitation: How it is and how it might be. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 3, 487-496.
- Yasuda, S., Wehman, P., Targett, P., Cifu, D., & West, M. (2001). Return to Work for Persons with Traumatic Brain Injury. *Am. J. Phys. Med. Rehabil*. Vol. 80, No. 11, 852-864.
- Yuill, C. & McMillan, I. (1998). Work. I Jones, D., Blair, S. E. E., Hartery, T. & Jones R. K. (Edt.). *Sociology & Occupational Therapy. An integrated approach*, (p. 143-156). UK, Churchill Livingstone.
- Aas, R. W. (2011). *Workplace-based sick leave prevention and return to work. Exploratory studies*. Ph.D. Thesis, Karolinska Institutet.