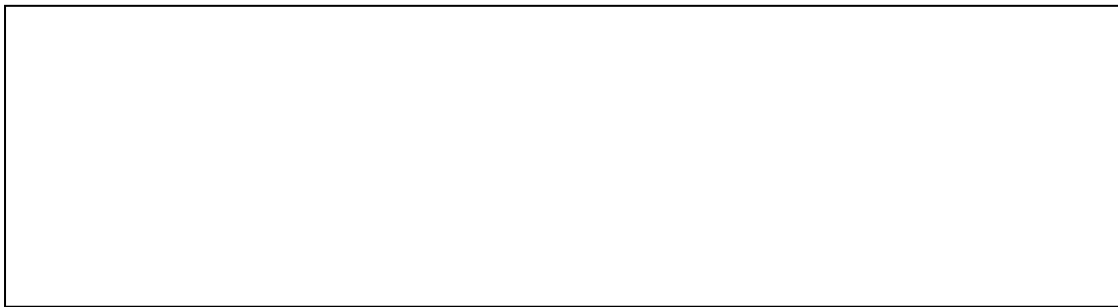


Masteroppgave

Masterstudium i rehabilitering og habilitering
mai 2020

Biografisk brudd etter mild traumatisk hodeskade og erfaringer med overgangen tilbake til arbeid

En kvalitativ studie



Kandidatnavn: Kjersti Sagstad / kandidatnummer: 602
Emnekode: MAREH5900

Antall ord: 16718

Fakultet for helsevitenskap
OSLO METROPOLITAN UNIVERSITY
STORBYUNIVERSITETET

Sammendrag

Formål: Å bidra med kunnskap om hvordan mennesker som har fått en mild traumatisk hodeskade erfarte og opplevde prosessen tilbake til arbeid. En stor andel av dem som opplever en traumatisk hodeskade er i arbeidsfør alder, og arbeidsdeltakelse er en viktig målsetting for rehabiliteringen. Det å være i arbeid er viktig for både selvet, sosial interaksjon, livskvalitet og økonomi.

Metode: Det ble gjennomført individuelle intervjuer med fire kvinner og to menn (29-61 år). Intervjuene ble analysert med bruk av stegvis-deduktiv induktiv metode (SDI).

Resultater: Oppstarten i arbeidet ble referert til som å «*stå i det*». Informantene beskrev en opplevd krise, viktigheten av å ta valget om å starte og betydningen av tilstedeværelse på arbeidsplassen. Opptrappingsfasen uttrykkes som en «*berg-og-dal-bane*» med en endret opplevelse av tid og en redusert kapasitet, samt viktigheten av å bli sett og verdsatt på arbeidsplassen. Gjenintegrert i arbeidet ble sitert som «*tilbake – med enkelte planer lagt på hyllen*», og informantene formidlet at erfaringene hadde ført til endrede prioriteringer og planer.

Konklusjon: Arbeidsdeltakelse betraktes som viktig for strukturering og oppfattelse av tid. Det er tidkrevende å orientere seg i en ny situasjon, få erfaring med egen mestring og skape balanse i hverdagen. Det er viktig å legge til rette for sosial interaksjon og bruk av sosiale ferdigheter i oppgaveutførelsen på arbeidsplassen. Arbeidssituasjonen er ikke umiddelbart synlig og observerbar for omgivelsene og den enkeltes opplevelse av nåværende og fremtidig arbeidsevne er betydningsfull i prosessen tilbake til arbeid. En viktig følelse i arbeidsdeltakelsen oppstod gjennom engasjement i sosiale relasjoner, lik «å gjøre», som førte til trivsel og selvfølelse, lik å «være». Det som utføres i arbeidet, og dets innflytelse på selvfølelsen vil sammen påvirke prosessens endring og utvikling. I et utviklingsperspektiv vil denne prosessen fortsette, og en slik prosess endrer fokus etter hvert som man beveger seg gjennom den.

Nøkkelord: Mild traumatisk hodeskade, arbeidsrettet rehabilitering, arbeidsdeltakelse, sosial interaksjon, overgang, biografisk brudd, «å gjøre, være og bli».

Abstract

Purpose: To contribute knowledge about lived experiences regarding return to work following mild traumatic brain injury. Most brain injuries occur in people of working age, and employment participation is a key rehabilitation goal. Employment participation is important for self, social interaction, quality of life and economy.

Methods: Individual interviews were conducted with four women and two men (aged 29–61) and analysed using a stepwise-deductive inductive method.

Result: When starting the process of returning to work, referred to as “*hang in there*”, the informants described an experienced crisis, the importance of making the decision to return, and the value of being present at work. In the process, expressed as a “*roller coaster*”, they expressed having reduced capacity and a changed perception of time. To be seen and valued at the workplace was significant. Reintegrated at workplace was cited as “*back – with some plans put aside*”, the newly acquired knowledge led to some changed priorities and plans for further work.

Conclusions: Work participation is important for structure and time perception. It is time-consuming to orient in a new situation, gain experience with own proficiency and create balance in daily life. Facilitating social interaction and the use of social skills in task performance is important. A sense of being through occupational engagement arose in social relationships and self-exploration that enhanced feelings of self-worth. Occupation includes what has been done, and its influence on self-worth will together affect the process's change and development. From a developmental perspective, the process of development in adapting to the new work situation will continue, and focus will change as the individual moves through the process.

Keywords: Mild traumatic brain injury, return to work, work participation, social interaction, transition, biographical disruption, “doing-beeing-becoming”.

Forord

Fire års deltids- studie nærmer seg slutten, og produktet er en artikkel med kappe. Arbeidet har først og fremst vært lærerikt og givende, men også faglig, etisk og personlig utfordrende.

Aller først vil jeg takke deltagerne i studien som gav av sin til, delte av sin erfaring, og var positiv til at deres bidrag kan hjelpe andre i tilsvarende situasjon.

Jeg vil rette en stor takk til mine veiledere som har vært en uvurderlig støtte i arbeidets fremdrift og sluttresultat. Deres kunnskap og engasjement var viktig oppmuntring og drivkraft. Hovedveileder Unni Sveen, professor i ergoterapi ved Institutt for ergoterapi og ortopediingeniørfag ved OsloMet og Avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering ved Oslo universitetssykehus Ullevål, medveileder Emilie Isager Howe, psykolog og phd-stipendiat ved avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering, Oslo universitetssykehus og med. fak. Universitetet i Oslo, og metodeveileder Marte Feiring, professor i folkehelse og rehabilitering, ved Masterstudiet i rehabilitering og habilitering ved OsloMet.

Jeg ønsker også å rette en takk til en faglig og engasjert prosjektgruppe, fra hovedstudien, ledet av Nada Andelic, overlege og professor, Avd. for fysikalsk medisin og rehabilitering, Oslo universitetssykehus og CHARM, Universitetet i Oslo, som har bidratt med refleksjoner underveis.

Og sist, men ikke minst takk for støtte og tålmodighet fra min nærmeste familie. Skippertaket er over for denne gang og nå ønsker jeg hverdagen velkommen tilbake.

Slik denne oppgaven handler om endring, har også en master-periode over 4 år, gitt meg mange refleksjoner om endringer som har påvirket eget liv underveis; planlagte og ikke planlagte, store og små, glade og triste. Endringer som må håndteres mens livet skjer.

«It has been said that the only certainty in life is change»

Innholdsfortegnelse

1. Innledning	1
Hensikten med oppgaven	1
2. Bakgrunn.....	2
Arbeidsrettet rehabilitering	3
Arbeidets betydning.....	3
Traumatisk hodeskade (TBI).....	4
Teoretiske rammer; overgang, biografisk brudd og «gjøre-være-å bli»	5
3. Metode	7
Generering av empiriske data.....	7
Bearbeiding av rådata	9
Koding med empirinære koder.....	10
Kodegruppering.....	10
Utvikling av konsepter.....	12
Metodevurdering	12
4. Resultater	13
Start i arbeid: «stå i det»	13
Opptrapping i arbeid: en «berg-og-dal-bane»	14
Gjenintegret i arbeid: «tilbake - med enkelte planer lagt på hyllen»	14
5. Diskusjon	15
Arbeidsrettet rehabilitering	15
Metoderefleksjon for konseptuell generaliserbarhet	18
6. Oppsummering.....	18
Referanse	19
7. Artikkel.....	21
Appendiks/vedlegg	42

1. Innledning

Forskningen viser at engasjement i meningsfylt arbeid bidrar til erkjennelse av kompetanse, evne og verdi (1), og har en positiv effekt på helse og livskvalitet (1, 2). En stor andel av dem som opplever en traumatisk hodeskade (på engelsk, traumatic brain injury, TBI) er i arbeidsfør alder (3), og arbeidsdeltakelse er en viktig målsetning for rehabiliteringen (4). Arbeidsrettet rehabilitering handler om veien tilbake til arbeid etter sykdom, skade eller helseplager som har ført til funksjonsnedsettelse. Personens eget perspektiv anses som sentralt for at arbeidsrettet rehabilitering skal være vellykket (5).

Sykmelding og utfordringer med å komme tilbake til arbeid etter en ulykke kan erfares som en uventet overgang (6). Videre kan det oppleves som en form for «brudd» som endrer hverdagens struktur, beskrevet som et «biografisk brudd» (1, 7). Hvordan mening skapes gjennom det som gjøres har betydning for opplevelsen av å mestre og å håndtere ulike overganger i livet. Det er derfor viktig å forstå hvordan forskjellige overgangssituasjoner «gjøres» eller foregår, og hvordan de tillegges mening, både i helsefremmende og rehabiliterende arbeid (8).

De fleste mennesker som får en MTBI, gjenopptar arbeidet sitt innen tre til seks måneder etter skaden, mens en liten gruppe, 5–20 prosent, opplever utfordringer utover denne perioden (9). Etter en MTBI opplever noen utfordringer med å beholde arbeidsforholdet over tid (10), og enkelte returnerer til endret eller tilrettelagt arbeid (4, 11). Litteraturen anbefaler at videre forskning på arbeidsdeltakelse etter TBI i større grad fokuserer på tverrsektorielt samarbeid med tanke på å øke tilbakeføring til arbeid (3). Det oppfordres også å kartlegge erfaringer og opplevelser hos enkeltpersoner med TBI for bedre å forstå motivasjon og utfordringer i prosessen tilbake til arbeid. (11). Forskning om personer med mild TBI (MTBI) har ofte behov for spesiell oppmerksomhet i denne prosessen, ettersom det kan være en uoverensstemmelse mellom objektive funksjonsnedsettelse og subjektivt opplevde plager (4).

Hensikten med oppgaven

Denne oppgaven er inndelt i to hoveddeler, en kappe og en artikkel. Kappen bygger videre på artikkelen, og vil bli presentert først i oppgaven. Artikkelen med navnet «*Biografisk brudd etter mild traumatisk hodeskade og erfaringer med overgangen tilbake til arbeid*» (kapittel 7) er planlagt publisert i det fagfelleverderte tidsskriftet *Ergoterapeuten*. Artikkelens problemstilling dreier seg om hvordan seks personer som har fått en MTBI, erfarte og

opplevde veien tilbake til eget arbeid. Studien hadde som mål å bidra med kunnskap til fagpersoner som arbeider med denne gruppen, slik at de kan få en bedre forståelse av og derfor yte en bedre tjeneste til mennesker som har opplevde en slik skade og skal tilbake til arbeid. Kappens problemstilling er mer overordnet, med søkelys det å oppleve utfordringer som ikke nødvendigvis er synlig for omgivelsene, et tema som kan overføres til andre tilstander som i hovedsak betinges av pasientens subjektive opplevelser. I kappen beskrives innledningsvis arbeidsrettet rehabilitering, arbeidets betydning, TBI og presentasjon av det teoretiske rammeverket som omhandler biografisk brudd, overgang, og «å gjøre- være- å bli» (doing- being- and becoming). Metodedelen vil være utvidet fra artikkelen til å beskrive prosessen med å innhente empirien og bearbeide empirien, samtidig som den inneholder egne refleksjoner i prosessens gang. Metodedelen gjennomføres ved bruk av Stegvis-deduktiv induktiv metode, som er utarbeidet av Tjora (12). Videre presenteres resultatene før en endelig diskusjon som omhandler empirisk belysning av problematikken. Til sist i oppgaven presenteres artikkelen (kapittel 7).

Denne studien er forankret i forskningsprosjektet: Combined cognitive and vocational interventions after mild to moderate traumatic brain injury (13).

2. Bakgrunn

Som bakgrunn gis først en kort beskrivelse av litteratursøk for temaene som er valgt som hensiktsmessig for problemstillingen; arbeidsrettet rehabilitering, arbeidets betydning og TBI. Søkeprosessen startet med litteratur som kommer frem i hovedprosjektets første artikkel (13). Det ble deretter søkt etter bestemte tema innen studiens tematikk, samt gjort manuelle søk i pensumlister og litteraturlister. Videre ble det søkt etter originalstudier som var omtalt i litteratur og forskningsartikler. Etter resultatene ble framskrevet ble det gjort ytterligere søk etter aktuelle tema som kom frem, for eksempel viktighet av sosial deltakelse i jobb etter MTBI. Søkeprosessen var et arbeid som ble gjort i starten av oppgaveprosessen og danner grunnlag for tema og problemstilling. Videre ble søkeprosessen en gjentakende oppgave da aktuelle tema kom frem i funn som førte til nye søk for å undersøke om eksempelvis andre studier underbygget det aktuelle funnet. Avslutningsvis ble en ny søkeprosess gjennomført for eventuelle nyere referanser til bruk i oppgaven.

Arbeidsrettet rehabilitering

I rehabiliteringsfeltets kulturhistorie var den første praksisen pedagogisk orientert med røtter tilbake til abnormskolen. Den andre var en sykdoms- og behandlingsorientert praksis representert ved etterbehandling og arbeidsterapi i hospitaler og sanatorier, og er forløperen for det som i dag kalles medisinsk rehabilitering. Den tredje praksis var yrkesorientert og ble i hovedsak formet ut fra arbeidslivet etter andre verdenskrig med arbeidsplassen som arena. Disse tre virksomhetene hadde skolen, sykehuset og arbeidsplassen som sine arenaer. Dagens praksis er samfunnsorientert rehabilitering og inkluderer elementer fra de tre forløperne og har lokalsamfunnet som sin hovedarena (14).

I hovedprosjektet, som denne studien er en del av, kombineres perspektiver fra rehabiliterings- og arbeidslivsforskning (13). Fagområdet for arbeidsrettet rehabilitering er komplekst og involverer både helsetjenesten, NAV og arbeidsplassen (5). Denne studien utføres i Norge der det er et velferdssystem med ytelser knyttet til sykemelding. Eksempelvis betyr det at redusert arbeidsdeltakelse, ved bruk av 100 prosent eller gradert sykemelding, ikke vil ha økonomiske konsekvenser for arbeidstaker eller arbeidsplass det første året. Dette antas å ha påvirkning på prosessen tilbake til jobb, men dens eventuelle påvirkning er utenfor oppgavens fokus.

Denne studien er begrenset til seks personers individuelle erfaringer på arbeidsplassen som arena. Kunnskapen de formidler kan bidra med nyttig fagkunnskap nyttig for både helse relatert oppfølging, arbeidsplassoppfølging og arbeidsplassen.

Arbeidets betydning

Arbeidsdeltakelse er ikke bare viktig økonomisk, men også relatert til livskvalitet, selvfølelse og sosial interaksjon (4). For en yrkesaktiv person fyller arbeid en tredjedel av det voksne livet i 40 år (5). Hernes (2010) beskriver viktigheten for at personer som er syke eller har en funksjonsnedsettelse bør gis bistand til å oppnå eller beholde arbeid, fordi det blant annet virker terapeutisk, helende og rehabiliterende. Arbeid bidrar til bedre helse og reduserer sannsynligheten for varige funksjonsnedsettelse (15).

Arbeid har mange kjennetegn som ivaretar viktige funksjoner for en person. Arbeid bidrar til strukturering av tiden med rytme og regelmessige vaner. Det er en kilde til sosial samhandling og felles opplevelser, som gir tilhørighet, forankring og sosialt nettverk. Arbeid knytter personen sammen med mål og formål utover individet selv. Det gir oppgaver, en følelse av felles løft, lagdeltakelse, samt følelse av samfunnsproduktivitet. Vider er det viktig for

personlig status, identitet, selvrespekt og bidrar til følelse av likeverd. Arbeidets betydning for sosialt nettverk anses å ha økt over tid (15).

Rehabilitering som fagfelt har etterstrebet å kunne gi en prognose for sine pasienter og deres familie som ønsker å vite hva som vil være realistisk å forvente av fremgang i behandlingen. Det har vært vanskeligere å estimere en prognose når det gjelder tilbakeføring til arbeid fordi psykososiale, økonomiske og kulturelle faktorer ser ut til å spille mye større rolle i en vellykket tilbakeføring til arbeid (4).

Traumatisk hodeskade (TBI)

Libeson et al. (2018) beskriver at TBI kan føre til kognitive vansker som begrenser arbeidsdeltakelsen, med hukommelse og tretthet som hyppigst rapporterte vansker. Angst, depresjon og humørforstyrrelse beskrives også. Arbeidsgiverstøtte rapporteres som viktig for arbeidsdeltakelse (11). Skadens usynlighet og vedvarende symptomer kan påvirke evnen til å utføre arbeid, og mangel på råd og veiledning rapporteres som utfordrende i prosessen tilbake til arbeid etter en mild til moderat TBI (3).

TBI defineres som en endring i hjernefunksjon, eller andre tegn til patologi i hjernen, forårsaket av ytre krefter (16). TBI deles inn i mild, moderat og alvorlig etter vurdering av bevisstetsnivået med Glasgow Coma Scale (GCS) i akutt fase. GCS vurderer motorisk respons, verbal respons og åpning av øynene på en skala fra 3-15. MTBI tilsvarende GCS skår 13-15, moderat TBI GCS skår 9-12 og alvorlig TBI skår 3-8 (17). Forekomsten av TBI er vanskelig å vurdere siden ikke alle pasienter med de lettere skadene søker medisinsk behandling. En norsk populasjonsbasert studie som kartla forekomst av sykehusbehandlet TBI i Oslo viste at hovedandelen av TBI er milde; 86 prosent hadde mild, 8 prosent moderat og 6 prosent alvorlig TBI. De hyppigste årsakene var fall- og trafikkulykker. TBI påvirker i størst grad unge menn i yrkesaktiv alder og går dermed utover deres evne til å mestre arbeidslivet (18). Betydelige samfunnskostnader knyttes til blant annet mild og moderat TBI med kostnader både i akutt fasen, rehabiliteringsfasen og langsiktige konsekvenser etter skaden (19). Post concussion syndrome (PCS) er et begrep brukt for å beskrive en samling av kognitive, emosjonelle og somatiske symptomer som kan oppstå som følge av en TBI. Tilstanden er klassifisert som PCS i Verdens helseorganisasjons klassifikasjonssystem for sykdom, 10 utgave (ICD-10) (World Health Organization, 1992). PCS synes å være mer vanlig som følge av en MTBI enn som følge av moderat til alvorlig TBI (20). Gruppen som får PCS har ofte premorbid (tidligere) eller komorbide (samtidige) forhold, som depresjon,

angst, dårlig helse, kronisk smerte eller svak psykososial støtte eller andre mestringsressurser (17).

De fleste mennesker med en MTBI opplever en rask bedring og kan gjenoppta sine tidligere aktiviteter (4). Mennesker som utsettes for en MTBI anbefales å vende tilbake til normal aktivitet, eksempelvis arbeid, skole, fritid, så snart som mulig etter skade. En gradvis gjenopptakelse av aktivitet, i takt med opplevd bedring, viser seg å være gunstig.

For mange personer med TBI er det en utfordring å beholde arbeidsforholdet over tid (21). Type yrke kan også påvirke tilbakeføring til arbeid. Litteraturen viser at personer i ikke-manuelle yrker (white collar) har større sannsynlighet for å komme tilbake til arbeid enn de med manuelt arbeid (blue collar) (22). Sosial interaksjon på arbeidsplassen ser også ut til å være positivt relatert til det å komme tilbake i arbeid (23).

Oppsummert, ser det ut til at faktorene som påvirker tilbakeføring til arbeid er mange, sammensatte og lite forstått.

Teoretiske rammer; overgang, biografisk brudd og «gjøre-være-å bli»

Overgang (på engelsk kalt transition) er en hendelse (eller fravær av en hendelse) som resulterer i endring av relasjoner, rutiner, antagelse og roller (6). Begrepet overgang og overgangsfenomenet setter søkelys på hendelser i livet som fører til endring. Å bevege seg gjennom en overgangsfase krever å «slippe taket» ved aspekter av selvet, tidligere roller og lære nye roller. Overganger er plassert konseptuelt i en utviklingsramme som et vendepunkt, eller som en periode mellom to stabilitetsperioder. Overgang krever håndtering og mestring (6).

Det uttales at det eneste sikre i livet er forandring, og at det dermed ikke er overaskende at mye vitenskapelig innsats har blitt investert i utviklingen av teori knyttet til overgang som tema. Spesielt i samfunnsvitenskap er det utviklet en rekke overgangsmodeller. I en litteraturstudie presenteres sammenfattet syv tema for overgang i et ergoterapi-perspektiv; overgangskvaliteter, erfaring med overgang, roller og overgang, miljø og overgang, arbeid og overgang, faktorer som fremmer overgang og faktorer som hemmer overgang (24).

Schlossbergs overgangsmodell (transitionsmodel) beskriver tre ulike forhold av betydning for individer i en overgang. Det første handler om hva slags overgang det er, var den ventet, uventet eller var det fravær av hendelse (noe som var ventet, men ikke skjer) og betydningen dette har for den enkelte. Det andre forholdet som har betydning for overgangsprosessen,

handler om mestringsressurser. Det kan dreie seg om hvilke ressurser den enkelte har ut fra sin personlighet og tidligere erfaring (self), og i hvilken situasjon overgangen oppstår i, om den for eksempel faller sammen med andre vanskeligheter i livet (situation). Videre er det av betydning hvilken form for støtte den enkelte har tilgjengelig, eksempelvis sosial støtte (support), og hvilke strategier den enkelt tar i bruk i situasjonen, for eksempel om vedkommende benekter eller forsøker å tilpasse seg situasjonen (strategies). Det tredje forholdet handler om å styrke mestringsressursene hos den enkelte slik at vedkommende kan få kontroll over situasjonen, i tillegg til innvirkning overgangen kan ha på individets liv i forhold til relasjoner, rutiner, forventning og roller (6).

Vår biografi eller aktivitetshistorie formes gjennom det vi foretar oss i et livsløp, og er konstant foranderlig innenfor den kulturelle og sosiale kontekst vi lever i. Dramatiske og uforutsigbare hendelser kan endre en persons erfaring og biografi og kan utgjøre et biografisk brudd (8). Brudd oppstår når tilstanden fører til at hverdagspraksis ikke lenger kan utføres vane- og rutinemessig og tap av det forutsigbare og håndterbare (25). Utførelse av arbeid og aktivitet kan endre konsekvenser og betydning av et biografisk brudd (1). Det å skape kontinuitet etter et brudd i livet beskrives som en kompleks prosess som utspiller seg i samspill med omgivelsene (8). En kvalitativ studie om MTBI viste hvordan opplevde begrensninger i arbeidsdeltakelse og sosialt liv i en definert periode førte til revurderinger av verdier med hensyn til yrke og livet generelt (26).

Wilcocks (1999) beskriver yrkesdeltakelsens forhold til god helse og velvære som sammensatt. En måte å se på det, som appellerer til et bredt spekter av mennesker, er en dynamisk balanse mellom de tre dimensjonene av «å gjøre, være og bli» (engelsk; doing, being and becoming). Den første dimensjonen «å gjøre» er den aktive delen av utførelsen, som er lettest observerbar og den mest kjente dimensjonen. Mindre kjent er utførelsens dimensjon av «å være», som handler om det subjektive (self) i betydning av selvfølelse, å være reflektert, en følelse av indre ro og å være i øyeblikket. Siste dimensjonen «å bli» inneholder forestillingen om fremtiden og uttrykkes som å erfare, lære, utvikle, endre og å bli bedre (27). «Å gjøre» er viktig i gjenskaping etter et biografisk brudd, det å fylle livet med mening er sentralt. Evnen til «å gjøre» gir struktur, bekreftelse av kompetanse og økt opplevelse av egenverd gjennom en følelse av å være pålitelig og dyktig (1). Wilcock (1999) drøfter omkring dilemma om at vi i vår tid kan ha et overbærende fokus på å prestere i form av «å gjøre» og mindre fokus på viktigheten av «å være». Videre beskrives det at noen av

dagens stressrelaterte tilstander kan ses sammen med manglende forståelse av viktigheten av «å være». Arbeidslivets overbærende fokus på bar «å gjøre» mye kan være helsebegrensende, og underbygger viktigheten av å «gjøre» det som er meningsfylt for den enkelte (27).

3. Metode

I metodedelen presenteres hvordan stegvis-deduktiv induktiv metode (SDI), og brukt som metode i gjennomføring av studien. Modellen kjennetegnes av systematikk og tilrettelegger for god framdrift i en kvalitativ studie (12). I tråd med SDI modellen ble det startet med generering av empiriske data, dernest bearbeiding av rådata, som ble fulgt opp med empirinær koding som ble samlet i kodegrupper og avsluttet med utvikling av konsepter (modellering). SDI-modellen kan føre til utvikling av teorier, men siste trinnet modellen er ikke aktuelt for denne oppgavens omfang. Studien har intervju som metode for å innhente empiri knyttet til erfaringer og opplevelser i overgangen tilbake til arbeid etter en MTBI, slik Brinkmann et al. (2012) beskriver at intervju kan få fram personers opplevelser av bestemte hendelser og situasjoner. Først presenteres generering av empiriske data.

Generering av empiriske data

Første steg i SDI-modellen er generering av empiriske data. Her beskrives hva som ble utført for å bringe frem mest mulig relevant og pålitelig informasjon gjennom utvikling av intervjuguide, rekruttering av informanter og gjennomføring av intervju.

Intervjuguiden som ble laget til denne studien (vedlegg 1) ble inspirert av Tjora (2017) og strukturert med oppvarmings-, refleksjons- og avrundings spørsmål. I studien opplevdes oppvarmings spørsmålene hensiktsmessige for å starte samtalen og skape en relasjon for dialogen. De bidro også med informasjon om bakgrunnsvariabler og gav en skildring av arbeidsplassen. Tema til refleksjonsspørsmål går i dybden på opplevelser og erfaringer i prosessen tilbake til arbeid, i intervjusituasjonen opplevdes informantene engasjerte og snakket om positive og utfordrende opplevelser i deres egen prosess. I hovedsak ble funnene i denne studien bygget på opplysninger som informantene gav på refleksjonsspørsmålene. Som avrundings spørsmål ble informantene spurt det var andre forhold, utover det som var blitt snakket om som de mente var viktig i prosessen tilbake til arbeid, og de ble takket deltakelsen i studien

Rekrutteringen av informantene til studien foregikk ved at formelle brev ble sendt ut med informasjon og forespørsel om deltakelse (vedlegg 2). Ferdig frankert konvolutt med

returadresse var lagt ved for å returnere samtykke (vedlegg 2) om deltakelse var ønskelig. Utvalget er basert på et strategisk utvalg (12), på bakgrunn av at det ble valgt informanter fra hovedstudien (13) som kunne uttale seg om egne opplevelser og erfaringer om prosessen tilbake til eget arbeid slik studiens tema var. I studien ble forespørsel om deltakelse fulgt opp pr. telefon etter en uke, hvis ikke samtykke var mottatt i retur. Alle seks informanter responderte positivt til å delta i studien, og fem av seks ble purret opp en gang pr. telefon.

Individuelle intervjuer ble gjennomført for å samle inn data til studien. Alle informanter ble intervjuet med samme intervjuguide (Vedlegg 1). Tid og sted for intervju ble avtalt med informantene pr. telefon. Tre intervjuer ble utført på informantenes egen arbeidsplass, to intervjuer på intervjuers arbeidsplass og ett intervju ble foretatt via telefon. Intervjuene hadde en planlagt tidsramme på 45-60 minutter. Tidsrammen på gjennomføringen av ansikt-til-ansikt intervju varierte fra 34 minutter til 50 minutter og telefonintervjuet 16 minutter.

Slik Tjora (2017) beskriver ble det i studien brukt lydopptaker under intervjuet for å kunne utføre detaljert analyse ved bruk av SDI-modellen. Ved oppstart av intervju ble alle informantene spurt om det var greit å gjøre lydopptak av samtalen noe alle var positive til. De ble også informert om hensikten med lydopptak for at intervjuer skal ivareta all informasjon til videre analyse og de ble informert om sikker oppbevaring av dataene (vedlegg 1). Som intervjuer gav lydopptaker en ideell mulighet til å ha oppmerksomhet rettet mot informanten og det informanten formidlet. Dette bidro til at intervjuer kunne følge intervjuguiden hensiktsmessig, intervjuer kunne rette all oppmerksomhet på det som ble formidlet og eksempelvis ikke spørre opp igjen om ting som allerede var sagt. Avslutningsvis formidlet flere informanter at det var positivt å reflektere om prosessen de hadde vært igjennom. Lydfilene ble lastet opp på PC og kryptert med programmet AcCrypt. PC var ikke koblet opp til nettverk (uten internettilgang) når disse filene ble jobbet med.

Informantene i studien var seks deltakere som hadde gjennomgått en MTBI. Alle hadde gjennomført intervensjonen fra hovedstudien og gjennomgått tilbakeføring til arbeid i minst én måned. Det var fire kvinner og to menn i alderen 29 til 61 år, med en gjennomsnittsalder på 38. Tidspunktet for intervju var 8 til 16 måneder etter skadetidspunktet. Utdanningsnivået var hos to deltakere tilsvarende videregående nivå, og hos fire deltakere over bachelornivå. I samarbeid med veilederne i studien ble informantene i denne studien vurdert opp mot utvalget i hovedstudien og anslått til å være tilsvarende utvalget i hovedstudien.

Som beskrevet i artikkelen tok studien utgangspunkt i de forskningsetiske retningslinjene for samfunnsvitenskap utarbeidet av nasjonal forskningsetisk komité (kapittel 7).

Bearbeiding av rådata

Trinn to i SDI-modellen omhandler bearbeiding av rådata, her beskrives transkribering og anonymisering av de utførte intervjuene. I prosessen fikk to veiledere utdelt hvert sitt transkriberte intervju til gjennomlesing for å kvalitetssikre transkribering og anonymisering.

Transkribere betyr, ifølge Kvale et al. (2015) å transformere, skifte fra en form til en annen, oversette fra talespråk til skriftspråk. Transkripsjon benevnes som en svekkende, dekontekstualisert gjengivelse av intervjusamtaler (28). Ved fullført intervju ble hver samtale transkribert fortløpende ved bruk av lydopptaker. Lydens hastighet ble justert ned for å gjøre tempo på lyd og skrivning mer lik. Ved fullført transkribering ble hvert intervju lyttet og lest igjennom på nytt for å kvalitetssikre, høre helhet og eksempelvis korrigere komma, punktum og avsnitt i teksten. Jeg har forholdt meg relativt detaljert til datamaterialet og skrevet ned alt som ble sagt, det ble gjenkjennbart slik Kvale et al. (2015) beskriver at en velformulert muntlig setning kan virke usammenhengende og være preget av gjentakelser når det transkriberes direkte (28). For leservennligheten har jeg kuttet ut små korte “ehh” og betraktet dem som et muntlig ord. Men “ehhh” som etterfølges av stillhet eller som varer over tid, er tatt med i skriftliggjøringen for å bygge oppunder undring, pauser og lignende. I transkriberingen har jeg valgt å skrive bokmål og ikke dialekt, for leservennlighet, men det kan også betraktes som en del av anonymiseringen. Transkriberte filer ble kryptert, med programmet AcCrypt. PC var ikke koblet opp til nettverk (uten internettilgang) når disse filene ble jobbet med.

Skriftlig gjennom informasjonsbrev (vedlegg 2) og muntlig ved intervjuet (vedlegg 1) ble informantene informert om og lovet full konfidensialitet. Anonymisering føltes som et en viktig oppgave for å ivareta tilliten som informant gav ved å dele sine personlige hendelser og opplevelser. I anonymiseringen opplevdes det enkelt å forholde seg til regelen om å erstatte ord som personnavn, stedsnavn og navn på arbeidsplass. I anonymiseringen var det beskrivelser utover dette som måtte anonymiseres for å sikre at informanten anonymitet, det kunne for eksempel være navn på arbeidsoppgaver og spesielle hendelser. Disse navnene og hendelsene var ikke av betydning for innhold i analysen, og dermed anonymisert.

Slik det kommer frem av informasjonsbrev ble alle opplysningene behandlet uten navn eller andre direkte gjenkjennende opplysninger. En kode knyttet den enkelte informant til sine

opplysninger gjennom en navneliste. Kode og navneliste ble oppbevart separat. Lydfil fra intervjuer og transkriberte intervjuer ble lagret med kode på prosjektets område ved OUS sin forskningsserver. Papirutskrifter av intervjuer var aidentifisert, og oppbevart nedlåst i skap hvor bare prosjektmedarbeidere har tilgang. Deltakerne i denne studien har rett innsyn i hvilke opplysninger som ble registrert om seg, og har videre rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysninger som ble registrert. Opplysningene vil senest bli slettet 5 år etter prosjektslutt i hovedprosjektet, som er satt til 30 desember 2022 (vedlegg 2).

Koding med empirinære koder

Koding er tredje steget i SDI-modellen, og føreste seg i analysen. I tråd med Tjora (2017) ble det bare laget ett nivå av empirinære koder som var «tett på» deltakernes utsagn for å ivareta det særskilte i materialet. Slik det beskrives i metoden skapte den empirinære kodingen et stort antall koder. Underveis leste to veiledere igjennom empirinære koder fra hvert sitt intervju for å diskutere og kvalitetssikre prosessen med koding.

I studien ble alle intervjuene lastet opp i tekstanalyse-verktøyet NVivo 12 Pro. Intervjuene ble systematisk gjennomgått og kodet induktivt fra empirien, det vil si informantenes ordlyd ble beholdt i kodingen. NVivo 12 Pro opplevdes som et nyttig verktøy for å beholde oversikt over den enkeltes kodes tilhørighet i det enkelte intervju. Det gav oversikt over antall koder fra hvert enkelt intervju, og intervjuene samlet. Programmet opplevdes som en god hjelp i å administrere, systematisere og finne koder. Analysen endte opp med totalt 382 empirinære koder. Et slikt tallrikt antall koder opplevdes som krevende å systematisere videre. Den tekstnære kodingen opplevdes som en ressurs videre i analysen med å lettere huske kodens sammenheng og opprinnelse uten å måtte gå tilbake til tekstmaterialet for å «forstå» kodens mening og sammenheng. Her var det en fordel at samme person har gjennomført intervjuene, transkribert dem og så kodet dem, det gir god kjennskap til det empiriske materialet som en ressurs i å håndtere og bearbeide materialet i prosessen videre.

Kodegruppering

Det fjerde trinnet i SDI-modellen innebærer gruppering av koder tematisk for å begynne å forme en struktur for analysen. I studien ble det slik Tjora (2017) beskriver gjort kodegruppering induktivt og koder som hadde felles tematisk sammenheng ble samlet i grupper. I tillegg ble koder som ble ansett som irrelevant skilt ut i en restgruppe. I studien handlet intervjuet om erfaringer og opplevelser tilbake til arbeid etter MTBI, en prosess med en forholdsvis klar start og en prosess som pågår fremover i tid. Det ble naturlig å samle

koder i grupper relatert til prosessen og felles temaer. I første steg i kodegruppering ble kodene samlet i 4 grupper på NVivo 12 Pro; oppstart og opptrapping i jobb, oppgaver, (sosialt) arbeidsmiljø og planer for fremtidig yrkesdeltagelser. Det var en krevende prosess å dele opp, forkorte og sammenfatte empirien. Når prosessen ses tilbake på, opplevdes den induktive tilnærmingen som viktig for nettopp å ivareta historiene som fortelles.

I prosessen ble kodegrupperingen gjort over to etapper, og tidslinjen ble ansett som viktig å ivareta i historiene med en start, en opptrapping og en plan for veien videre. Tre kodegruppene, med tilhørende 382 koder, ble flyttet fra NVivo 12 Pro til et Word-dokument. I denne prosessen ble koder «forkortet» da den empirinære kodingen førte med seg lengre setninger, noen koder ble flytte fra en gruppe til en annen, alternativt at noen koder tilhørte flere kodegrupper. Videre ble beslektede (like) koder slått sammen. Når koder var delt opp i en prosess, ble de samlet i 8 tema plasser tilhørende prosessen.

Eksempel på koder gruppert i kodegrupper relatert til prosessen:

Koder	Kodegrupper	Prosesen
<i>«fastlegen pressa meg til å starte»</i>	Valget	Start i arbeid
<i>«tøff start, og du må bare på en måte bli sparka i rompa»</i>	Krisen	Start i arbeid
<i>«møte opp på jobb og vise at her er jeg, forklare og prøve om det går»</i>	Tilstedeværelsen	Start i arbeid
<i>«leder kom og spurte hvordan det går»</i>	Bli sett	Opptrapping i arbeid
<i>«jeg har lagt alle de planene litt på hylla»</i>	Prioritering	Gjenintegrert i arbeid
<i>«ikke lyst til at jobb skal ta så mye av livet»</i>	Veien videre	Gjenintegrert i arbeid

I denne prosessen var det viktig å ikke ha snevre kodegrupper som kan føre til mange grupper å forholde seg til. Eksempelvis snakket informantene om at det var viktig å være på jobben på tross av at oppgaver var utfordrende. I kodegruppen ble det valgt å ha fokus på tilstedeværelsen og ikke på oppgaver som ble utført i tråd med hva som opplevdes som betydningsfullt for deltakerne. Slik Tjora (2017) beskriver starter kodegrupperingen en forsiktig abduktiv tilnærming som også tar inn i seg teorier og tidligere forskning. Et eksempel var at informantene snakket for eksempel om det å ta pause, men ble valgt å ikke ha

oppmerksomhet på tilretteleggingen da tidligere forskning har fremskaffet mye kunnskap om det.

Utvikling av konsepter

Utvikling av konsepter er femte trinn i SDI-modellen. Slik Tjora (2017) beskriver tar det teoretiske større styring på dette stadiet. Som beskrevet i kodegrupperingen, starter grupperingen empiri-nær, men tar også innover seg eksisterende forskning gradvis. Selv om SDI modellen er trinnvis vil man tidvis jobbe på ulike nivå samtidig. I studien ble det å jobbe på ulike nivå samtidig mest tydelig på slutten, og prosessen som var begynt å ta form i kodegruppering (forrige trinn) ble på dette nivå samlet i en prosessmodell. Innledende tekst er vektlagt å være empiri-nær, og er hentet fra sitater fra informanter slik som prosessen start i arbeid tilhører sitatet «stå i det». Undertema handler om hva har de snakket om som viktig i den aktuelle fasen.

En skjematisk oversikt over empiri-nære tema som danner grunnlag for diskusjon:

Start i arbeid:

Opptopping i arbeid:

Gjenintegrert i arbeid:

«Stå i det»	«Berg-og-dal-bane»	«Tilbake med enkelte planer lagt på hyllen»
➤ <i>Krisen</i>	➤ <i>Tid</i>	
➤ <i>Valget</i>	➤ <i>Bli sett</i>	➤ <i>Prioritering</i>
➤ <i>Tilstedeværelsen</i>	➤ <i>Kapasitet</i>	➤ <i>Veien vider</i>

Metodevurdering

I artikkelen (kapittel 7) gis en kort redegjørelse for hvordan oppgaven tar hensyn til de forskningsetiske retningslinjene for samfunnsvitenskap utarbeidet av den nasjonale forskningsetiske komité.

SDI-modellen underbygger pålitelighet med tydelige krav til datagenerering, empiri-nær analyse og teorier som gjøres relevant i siste fasen (12). SDI-modellen opplevdes viktig for å opprettholde systematikk og trinnvis fremgang. Sammen med modellens trinnvise fremgang ble det som førstegangsforsker nyttig å planlegge veiledning relatert til de ulike fasene i modellen og sammen med veiledere reflektere over utført fase og planlegge for neste fase.

Tjora (2017) beskriver forskerens forkunnskap og posisjon som viktig for pålitelighet og at i all forskning vil forskeren ha ett eller annet engasjement i tema det forskes på. Mitt

engasjement i arbeidsrettet rehabilitering bygger på min utdanning og praksis som ergoterapeut. I ergoterapi vektlegges blant annet aktivitetsutførelsen, tilrettelegging av aktiviteter og inkluderende omgivelser som er relevante temaer i studien. Slik Tjora (2017) beskriver er redegjørelsen for egen posisjon og engasjement viktig og i studien jeg bidratt med arbeidsrettet oppfølging. Det ble valgt å ikke intervju personer som jeg hadde fulgt opp fordi jeg allerede hadde skapt en relasjon til disse menneskene som kunne preget samtalen, skapt forventninger og kunne innebære å forske på egen rolle i den arbeidsrettede oppfølgingen. I studien opplevdes fagkunnskapen nyttig i utvikling av intervjuguide, og bidro til en trygghet som intervjuer i samtalen. Informantene ble informert om min faglige erfaring og praksis, og gav uttrykk for at de var positive til å snakke med en som hadde kunnskap og forståelse. Med egen forkunnskap med i studien var SDI-modellens induktive tilnærming med empiri-nær koding med på å begrense påvirkningen av egne faglige forventninger og teorier.

4. Resultater

I studien ble åtte tema ble analysert frem, valgt presentert i en prosessmodell (figur 1). Ved oppstart i arbeid beskrev informantene en opplevd krise, viktigheten av å ta valget om å starte og betydningen av tilstedeværelsen på arbeidsplassen. De beskrev en endret opplevelse av tid og en redusert kapasitet, samt viktigheten av å bli sett og verdsatt på arbeidsplassen. Informantene formidlet at erfaringene hadde ført til noen endrede prioriteringer og planer (figur 1). Temaene er overlappende og ble beskrevet som en ikke-lineær prosess, samtidig som det er en utvikling i prosessen. Resultatene utdypes i artikkelen (kapittel 7).

Når informantene snakket om å starte i jobb, formidlet de også at å være sykemeldt ble opplevd som utfordrende i hverdagen; «med en gang man blir sykemeldt så har man plutselig 8 timer i løpet av en dag hvor man er vant til å gjøre ting.» Sykemeldt var noe som ikke tilhørende til ens identitet; «jeg kjente ikke meg igjen i rollen som sykemeldt». Resultatene handler det overgangen fra å være sykemeldt til å starte tilbake i arbeid etter en MTBI.

Start i arbeid: «stå i det»

«Du må faktisk tåle å være syk, du må tåle å stå i det, du må tåle at akkurat nå er ikke livet så bra.»

Ved oppstart i arbeid beskrev informantene en ny opplevd krise, viktigheten av å ta valget om å starte og betydningen av tilstedeværelsen på arbeidsplassen. De formidlet mange følelser når det ble snakket om å starte i arbeid. De fortalte om en krevende periode for å mestre arbeidet.

Å ta valget om å starte i arbeid ble fremstilt å enten være styrt av ressurser i omgivelsene eller individuelle ressurser. I starten ble tilstedeværelsen på arbeidsplassen fremstilt som mer viktig enn selve arbeidsoppgavene og produktiviteten.

Opptrapping i arbeid: en «berg-og-dal-bane»

«Det ble litt sånn svingstang, litt sånn opp og ned (...) jeg var nok litt sånn overivrig i starten, men så etter hvert, innså jeg at det er bedre å være en uke for lenge på et prosenttrinn enn å gå på smellen, på nytt og på nytt.»

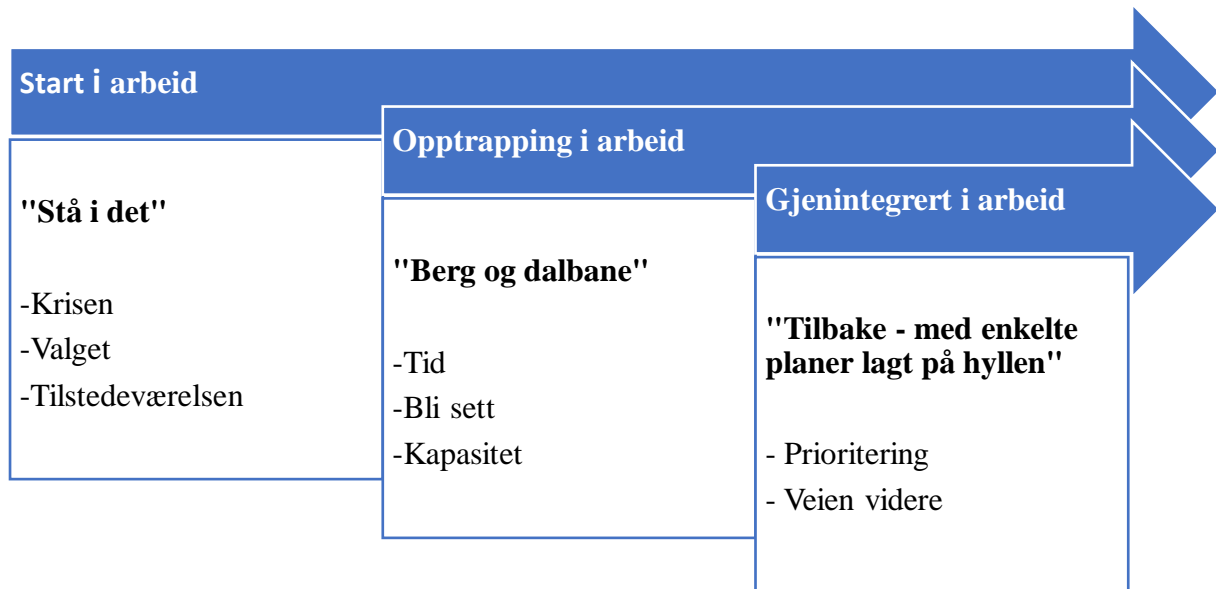
Ved opptrapping i arbeid formidlet informantene at tiden gikk overraskende sakte og forventninger og planer relatert til tidsbruk passet ikke lenger. Å bli sett, tatt i betraktning og ivaretatt av ledere og medarbeidere ble beskrevet som betydningsfullt. Kapasiteten opplevdes redusert og begrensende for arbeidsdeltakelse og deltakelse i hverdagslivet generelt. Prosessen ble beskrevet som å gå frem og tilbake, ikke-linjer, og at arbeidet krevde mye av deres energi.

Gjenintegrert i arbeid: «tilbake - med enkelte planer lagt på hyllen»

«Det er mulig at jeg ikke kan jobbe like mye som det jeg har gjort før. Eller i hvert fall være veldig bevisst på, hvis jeg jobber mye, så går det utover noe annet i større grad enn før.»

Nye opplevelser og erfaringer, gjennom det harde arbeidet med å komme seg tilbake i jobb, førte for noen til endrede prioriteringer. Noen beskrev nye grenser forhold til hvor stor del av deres liv arbeidsrollen skulle få, noen integrerte nye rutiner i arbeidsutførelsen mens andre kom tilbake til gamle rutiner etter hvert som de opplevde fremgang i prosessen. Prosessen førte for noen til endrede holdninger til arbeidsplassen, og de videre planer for arbeidslivet.

Modell for formulerte opplevelser og erfaringer i prosessen tilbake til arbeid



Figur 1. Tema analysert frem på bakgrunn av empirien. Temaene er overlappende, og ble beskrevet som en ikke-lineær prosess, samtidig som det er en utvikling i prosessen

5. Diskusjon

I artikkelen diskuteres resultatene ut fra teori om biografisk brudd og overgang, og annen relevant forskning (kapittel 7). I kappen er diskusjonen mer overordnet i forhold til kontrasten mellom det objektive og det subjektive, og det å ha vansker som ikke nødvendigvis er synlig for andre. Funnene handlet mye om det som ikke er umiddelbart synlig, som for eksempel tanker, følelser og verdier som beskrives med stor betydning i prosessen tilbake til arbeid etter MTBI. Utfordringer relatert til det som ikke umiddelbart er synlig for andre er kjent også i en rekke andre sykdomstilstander.

Arbeidsrettet rehabilitering

Fagområdet innen arbeidsrettet rehabilitering er komplekst og preges av lovreguleringen, arenaene, aktørene, tiltakene og virkemidlene. En av grunnene til kompleksiteten er at fagområdet involverer både helsetjenesten, NAV (trygden) og arbeidsplassen (5). TBI er en utfordring helsevesenet på grunn av ulikheten (heterogenitet) i årsak til skade, alvorlighetsgrad, prognose, behandling og utfall (20). Arbeidsrettet rehabilitering bør bestå av helhetlige og skreddersydde tiltak rettet mot den det gjelder, arbeidsgiver og arbeidsplassen (29). Informantene beskrev viktighet av at arbeidsgiver tok kontakt, at medarbeidere gav tilbakemelding på oppgaver som var utført og det å ha en fagperson eller nærpersion å samtale med i prosessen. Kommunikasjon og samarbeid mellom interessenter innen både helsefag,

arbeidsrettet oppfølging, ansatte, arbeidsgivere og den det gjelder er avgjørende for en vellykket tilbakeføring til arbeid (3, 4).

Opplevelsen av å bli sett og verdsatt beskrev informantene som viktig i prosessen tilbake til arbeid. Samtidig ble forståelsen fra omgivelsene beskrevet som ulik, en forståelse som også kunne endre seg over tid. Studier har beskrevet at det er knyttet ulik status til forskjellige former for sykdom og funksjonsnedsettelse, både blant helsepersonell og blant dem det angikk (30, 31). Et flertall av de nederst rangerte tilstandene som i hovedsak betinges av pasientens subjektive symptomer, som for eksempel psykiske lidelser, er assosiert med troverdighetsspørsmål, skam og skyld (30). Sykefravær hos personer med MTBI kan skape skyldfølelse som forsterkes av at konsekvensene ikke nødvendigvis er synlig for andre (26). Tidlig informasjon og veiledning i prosessen tilbake til arbeid kan bidra til støtte og trygghet samt forebygge sekundære symptomer som for eksempel angst (3, 26).

Brukermedvirkning og brukerinvolvering er avgjørende for avklaring av arbeidssituasjonen. Spesielt viktig anses det å få innsikt i motivasjon for arbeidsdeltakelse og tanker om egen situasjon, mestring, frykt og framtid (5). I studien beskriver informantene en emosjonell og utfordrende start som ble beskrevet som en krise. De opplevde redusert mestring sammenlignet med før skaden og noen beskrev opplevelsen av frykt for å gjøre feil i utførelsen av arbeidsoppgaver. De fortalte om en kontinuerlig bedring gjennom prosessen ved at de for eksempel kunne påta seg flere oppgaver, og de formidlet en stor motivasjon og vilje til å komme tilbake til arbeidsplassen sin. Det finske arbeidsmiljøinstituttet har forsøkt å kartlegge fenomenet arbeidsevne, et selvrapporteringsverktøy som den ansatte selv fyller ut. Verktøyet vektlegger faktorer som forskningen har vist er viktig for arbeidsdeltakelse, som egen opplevelse av nåværende og fremtidig arbeidsevne, arbeidskrav, antall sykdommer og mentale ressurser. Betydningen av egenrapporteringen fra den ansatte anses som viktig for å vurdere fremtidig arbeidsdeltakelse (32). Medisinske diagnoser gir større aksept, godkjenning og sosiale rettigheter enn diffuse symptomer som følgetilstander etter en skade som for eksempel en MTBI (32). Forholdet mellom hodeskadens alvorlighetsgrad og symptomer som PCS er ikke entydig (18). Ikke entydig samsvar, eller fravær av samsvar, mellom subjektive opplevelser og objektive funn beskrives i tilstander som for eksempel psykiske lidelser som angst, og depresjon (30, 31). NAV skal gi økonomisk bistand når sykdom eller skade er en medvirkende årsak til nedsatt funksjons- og arbeidsevne. Frem til 1970 årene var det krav om «objektive registrerbare» symptomer. Dette førte til at en rekke tilstander ikke ble inkludert i vurderingen av økonomisk bistand. Endringen inkluderer sykdommer og skader som er

vitenskapelig basert og alminnelig anerkjent i medisinsk praksis (15). Ofte er det vanskelig å skille hva som påvirker arbeidsevnen. Arbeidsevne betraktes relasjonelt, som et forhold mellom individets kompetanse og ressurser, og de omgivelsene som er relevante i det enkelte tilfelle (33). Det kan være fysiske, psykiske og sosiale forhold, eller en blanding av disse som gjør det vanskelig å delta i arbeidslivet (5). Arbeidssituasjonen er ikke umiddelbart synlig og observerbar for omgivelsene og den enkeltes opplevelse av nåværende og fremtidig arbeidsevne er betydningsfull i prosessen tilbake til arbeid.

Ifølge Wilcock (1999) er yrkeserfaring et dynamisk samspill mellom tre dimensjoner; «å gjøre» er de observerbare handlingene, «å være» handler om følelser og anseelse, og «å bli» dreier seg om fornyelse, fremgang og endring (27). Informantene beskrev at det å kunne «gjøre» noe på arbeidet førte til en følelse av tilhørighet og trivsel i hverdagen. Tilhørighet og trivsel kan ses som dimensjonen «å være». Litteraturen fremstiller det å se for seg mennesket uten «å gjøre» som umulig. «Å gjøre» eller «ikke gjøre» er sterke faktorer for å fremme eller begrense velvære (27). Tilsvarende beskrev informantene fraværet av- eller begrensningen av «å gjøre» arbeidet som en krise, og dermed begrensende for velvære. Og motsatt ble det formidlet at det å «gjøre» arbeid var det viktigste i livet, som i dimensjonen «væren», og arbeid opplevdes å fremme velvære.

Utover de synlige handlingene «å gjøre» ligger opplevelsen av «å være», som spenner fra gleden av øyeblikket til den dypere opplevelsen av selvfølelse som oppleves gjennom engasjement (27). Viktigheten av «å gjøre», og dens innflytelse på «å være» kom frem i informantenes beskrivelse av hvor viktig det var å møte opp og vise seg på jobb. Det å klare litt var så mye bedre enn å ikke klare noe, slik at også de små oppgavene ble beskrevet som å gi en følelse av velvære og anseelse. Ved oppstart i arbeid beskrev informantene viktigheten av tilstedeværelsen, sosial deltakelse, og å bli sett og verdsatt. Selv om det var utfordrende å ta på seg arbeidsoppgaver, opplevdes tilstedeværelsen på jobben som avgjørende, «å være» var viktigere enn «å gjøre» oppgaver i en definert periode. Hammell (2004) beskriver at «å gjøre» kan være dominerende og overskygge viktigheten av «å være» (1). Det kan være helsebegrensende å bare fokusere på «å gjøre» og forsømme behovet for «å være» (27). En viktig følelse av å «være» gjennom yrkesdeltakelsen, oppstod gjennom engasjement i sosiale relasjoner som førte til trivsel og selvfølelse.

«Å bli» formuleres som det transformative potensialet i utførelsen, der utvikling og endring kan skapes (27), som for eksempel gjennom arbeidsdeltakelse. Noen informanter fortalte at nye opplevelser og erfaringer i prosessen tilbake til arbeid førte til endring av enkelte

holdninger til arbeidsplassen og de videre planene for arbeidslivet. «Å bli» har forestillingen om å være fremtidsrettet, og er avhengig av hva folk «gjør» og «er» i nåtiden (27). En studie viste at arbeidet fikk en endret betydning etter en ervervet hodeskade, og noen hendelser som før ble sett på som selvfølgeligheter fikk endret betydning som noe meningsfullt (34). «Å bli» indikerer ideen om en prosess og endring over tid, og foreslår at gjennom å reflektere over verdier, ta valg og delta i aktiviteter bestemmer vi hva vi vil bli. Dette gjør at biografisk brudd blir et kapittel av en livshistorie og ikke forblir et sentralt tema (1). Slik informantene i studien var i en prosess tilbake til arbeid, en prosess som endrer fokus etter hvert som man beveger seg gjennom den. Wilcock (1999) beskriver den pågående prosessen med «å bli» gjennom handling som helsefremmende. En forståelse av handling som helsefremmende inkluderer alt som folk gjør, forholdet mellom hva de gjør med hvem de er som person, og som gjennom handlingen er i en konstant tilstand av endring og utvikling (27).

Metoderefleksjon for konseptuell generaliserbarhet

Konseptuell generalisering er et mål med SDI-modellen. Som førstegangs forsker føles det utfordrende å generelt uttrykke konseptuell generaliserbarhet i egen forskning. Men ut ifra Tjoras (2017) forklaring av generaliserbarhet har det vært en spennende prosess å se hvordan det på bakgrunn av empirisk tilnærming har kommet frem tema som for eksempel; endret opplevelse av tid og viktighet av sosialisering. Tema som fremtrer i studien, oppnår en større gyldighet og generaliserbarhet ved å finne tidligere forskning og teorier som støtter funnene. I studien var den en spennende prosess å søke og finne andre studier som støttet for eksempel sosialiseringens betydning ved prosessen tilbake etter en MTBI. I tråd med Tjoras (2017) beskrivelse, ble det erfart at det var hensiktsmessig å legge datainnsamlingen tidlig i prosjektet for å ha mulighet til å justere teori og perspektiver underveis, sett i forhold til at det som framsto som interessant i den empiriske analysen.

6. Oppsummering

Arbeidssituasjonen er ikke umiddelbart synlig og observerbar for omgivelsene. Den enkeltes opplevelse av nåværende og fremtidig arbeidsevne er betydningsfull i prosessen tilbake til arbeid. En viktig følelse av å «være» i arbeidsdeltakelsen oppstod gjennom engasjement i sosiale relasjoner som førte til trivsel og selvfølelse. Det som utføres i arbeidet, og dets innflytelse på selvfølelsen, vil sammen påvirke prosessens endring og utvikling.

Referanser

1. Hammell KW. Dimensions of Meaning in the Occupations of Daily Life. *Canadian Journal of Occupational Therapy*. 2004;71 (5), s. 296-305.
2. Schafft A. Å få seg en jobb : arbeidsrettet rehabilitering ved psykiske helseproblemer. Oslo: Kommuneforlaget. 2009.
3. Gilworth G, Eyres S, Carey A, Bhakta BB, Tennant A. Working with a brain injury: Personal experiences of returning to work following a mild or moderate brain injury. 2008;40 (5).
4. Shames J, Treger I, Ring H, Giaquinto S. Return to work following traumatic brain injury: Trends and challenges. *Disability & Rehabilitation*. 2007, Vol 29 (17), s.1387-95.
5. Aas RW. Arbeidsrettet rehabilitering, komplekse situasjoner med mange arenaer og aktører. I: Solvang PK, Slettebø Å, redaktøren. Rehabilitering : individuelle prosesser, fagutvikling og samordning av tjenester. Oslo: Gyldendal akademisk. 2012. s. 211-31.
6. Anderson ML, Goodman JM, Schlossberg NKM. Counseling adults in transition linking Schlossberg's theory with practice in a diverse world, fourth edition. 4th ed. S.l: Springer Publishing Company. 2012.
7. Bury M. Chronic illness as biographical disruption. *Sociology of Health & Illness*. 1982;4(2): s. 167-82.
8. Lund A, Sveen U, Asbjørnslett M, Raanaas KR. Livsfaser, overganger og brud i relation til aktivitet. In: Kaae Kristensen H, Schou ASB, Mærsk JL, editors. Nordisk aktivitetsvidenskab. København: Munksgaard; 2017.
9. Boussard CN-d, Holm LW, Cancelliere C, Godbolt AK, Boyle E, Stålnacke B-M, et al. Nonsurgical Interventions After Mild Traumatic Brain Injury: A Systematic Review. Results of the International Collaboration on Mild Traumatic Brain Injury Prognosis. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 2014;95 (3): S. 257-64.
10. Kristman VL, Cote P, Hogg-Johnson S, Cassidy JD, Eerd DV, Vidmar M, et al. The Burden of Work Disability Associated with Mild Traumatic Brain Injury in Ontario Compensated Workers: A Prospective Cohort Study, *The Open Occupational Health & Safety Journal*. 2010;2 (1): s. 1-8.
11. Libeson L, Downing M, Ross P, Ponsford J. The experience of return to work in individuals with traumatic brain injury (TBI): A qualitative study. *Neuropsychological rehabilitation*. 2018:1.
12. Tjora AH. Kvalitative forskningsmetoder i praksis. 3. utg. Oslo: Gyldendal akademisk; 2017.
13. Howe EI, Langlo K-PS, Terjesen HCA, Røe C, Schanke A-K, Sjøberg HL, et al. Combined cognitive and vocational interventions after mild to moderate traumatic brain injury: study protocol for a randomized controlled trial. 2017;18 (1).
14. Feiring M. Fra abnormskole til samfunnsorientert rehabilitering. In: Solvang PK, Slettebø Å, editors. Rehabilitering : individuelle prosesser, fagutvikling og samordning av tjenester. Oslo: Gyldendal akademisk; 2012. s. 36-51.
15. Hernes T. Et bakteppe. In: Saglie T, Haavorsen P, Heum I, Hernes T, editors. Arbeidsinkludering : om det nye politikk- og praksisfeltet i velferds-Norge. Oslo: Gyldendal akademisk; 2010. s. 13-41.
16. Menon DK, Schwab K, Wright DW, Maas AI. Position Statement: Definition of Traumatic Brain Injury. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 2010;91(11): s. 1637-40.
17. VA/DoD Clinical Practice Guideline for Management of Concussion/Mild Traumatic Brain Injury. *Journal of rehabilitation research and development*. 2009;46 (6): CP1.

18. Andelic N, Sigurdardottir S, Brunborg C, Roe C. Incidence of Hospital-Treated Traumatic Brain Injury in the Oslo Population. *Neuroepidemiology*. 2008;30 (2): s. 120-28.
19. Gustavsson A, Svensson M, Jacobi F, Allgulander C, Alonso J, Beghi E, et al. Cost of disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology*. 2011; 21 (10): s. 718-79.
20. Sigurdardottir S, Andelic N, Roe C, Jerstad T, Schanke A-K. Post-concussion symptoms after traumatic brain injury at 3 and 12 months post-injury: A prospective study. *Brain Injury*, 2009, Vol 23 (6); s. 489-497.
21. Ponsford JL, Spitz G. Stability of employment over the first 3 years following traumatic brain injury. [Gaithersburg, MD] : s. E1-11.
22. Walker WC, Marwitz JH, Kreutzer JS, Hart T, Novack TA. Occupational categories and return to work after traumatic brain injury: a multicenter study. [S.l.] 2006. s. 1576-82.
23. Ruffolo CF, Friedland JF, Dawson DR, Colantonio A, Lindsay PH. Mild traumatic brain injury from motor vehicle accidents: Factors associated with return to work. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 1999;80 (4): s. 392-8.
24. Crider C, Calder CR, Bunting KL, Forwell S. An Integrative Review of Occupational Science and Theoretical Literature Exploring Transition. *Journal of Occupational Science*. 2014;22 (3): s. 1-16.
25. Romsland GI. Mestring og mulighet. In: Solvang PK, Slettebø Å, editors. *Rehabilitering : individuelle prosesser, fagutvikling og samordning av tjenester*. Oslo: Gyldendal akademisk; 2012.
26. Sveen U, Sjøberg HL, Østensjø S. Biographical disruption, adjustment and reconstruction of everyday occupations and work participation after mild traumatic brain injury. A focus group study. *Disability and Rehabilitation*. 2016;38 (23): s. 2296-304.
27. Wilcock AA. Reflections on doing, being and becoming. *Australian Occupational Therapy Journal*. 1999;46 (1): 1-11.
28. Kvale S, Brinkmann S, Anderssen TM, Rygge J. *Det kvalitative forskningsintervju*. 3. utg., 2. oppl. ed. Oslo: Gyldendal akademisk; 2015.
29. Scaratti C, Leonardi M, Sattin D, Schiavolin S, Willems M, Raggi A. Work-related difficulties in patients with traumatic brain injury: a systematic review on predictors and associated factors. 2017. s. 847-55.
30. Grue J, Johannessen LEF, Rasmussen EF. Prestige rankings of chronic diseases and disabilities. A survey among professionals in the disability field. *Social Science & Medicine*. 2015; 124: 180-6.
31. Album D, Westin S. Do diseases have a prestige hierarchy? A survey among physicians and medical students. *Social Science & Medicine*. 2008;66 (1): s. 182-8.
32. Aas RW. *Begrepene. Raskt tilbake : kunnskapsbasert rehabilitering av sykmeldte*. Oslo: Gyldendal akademisk; 2009. s. 52-64.
33. Brage S, Hernes T. *Medisin, helse og NAV*. In: Saglie T, Haavorsen P, Heum I, Hernes T, editors. *Arbeidsinkludering : om det nye politikk- og praksisfeltet i velferds-Norge*. Oslo: Gyldendal akademisk; 2010. s. 230-56.
34. Johansson U, Tham K. The meaning of work after acquired brain injury. *European Journal Of Public Health*. 2006;16 (10).

7. Artikkel

Biografisk brudd etter mild traumatisk hodeskade og erfaringer med overgangen tilbake til arbeid

En kvalitativ studie

Abstract

Purpose: To contribute knowledge about lived experiences regarding return to work (RTW) following mild traumatic brain injury (MTBI), considering transition theory and biographical disruption.

Methods: Individual interviews were conducted with four women and two men (aged 29–61) and analysed using a stepwise-deductive inductive method.

Result: When starting RTW, the informants described an experienced crisis, the importance of making the decision to return, and the value of being present at work. In the process, they expressed having a changed experience of time and reduced capacity. To be seen and valued at the workplace was significant. The newly acquired knowledge led to some changed priorities and plans for further work.

Conclusions: Work participation is important for structure and time perception. It is time-consuming to orient in a new situation, gain experience with own proficiency and create balance in daily life. Facilitating social interaction and use of social skills in task performance is important. Performance creates emotions important for further development. From a developmental perspective, the development in adapting to the new work situation will continue and focus changes as the individual moves through the process.

Keywords: Mild traumatic brain injury, return to work, work participation, social interaction, transition, biographical disruption.

1. Innledning

Kunnskap om traumatisk hodeskade (på engelsk; traumatic brain injury, TBI) er nødvendig for å forebygge funksjonsbegrensninger og utvikle effektive rehabiliteringstjenester (1). En stor andel av dem som opplever en slik skade, er i arbeidsfør alder (2), og arbeidsdeltakelse er en viktig målsetting for rehabiliteringen (3). Å være i arbeid har en positiv effekt på helse og livskvalitet (4) og bidrar til erkjennelse av kompetanse, evne og verdi (5). Manglende tilbakeføring til arbeid fører til betydelige økonomiske og psykososiale konsekvenser for den enkelte, for familien og samfunnet (3). Arbeidsrettet rehabilitering handler om veien tilbake til arbeid etter sykdom, skade eller helseplager som har ført til funksjonsnedsettelse.

Personens eget perspektiv anses som sentralt for en vellykket arbeidsrettet rehabilitering (6).

TBI kategoriseres som mild, moderat og alvorlig. Den største andelen kategoriseres som mild TBI (MTBI) (7). En norsk populasjonsbasert studie kartla forekomsten av sykehusbehandlet TBI i Oslo og viste at 86 prosent var milde skader med fall- og trafikkulykker som hyppigste årsak (8).

De fleste mennesker som får en MTBI, gjenopptar arbeidet sitt innen tre til seks måneder etter skaden, mens en liten gruppe, 5–20 prosent, opplever utfordringer utover denne perioden (9).

Personer som får en MTBI, anbefales å vende tilbake til normal aktivitet så snart som mulig etter skade. Gradvis gjenopptakelse i takt med opplevd bedring anses å være gunstig. Etter en slik skade opplever mange kognitive symptomer, men de fleste blir symptomfrie innen få uker. Hos en mindre gruppe (ca. 10 prosent) (10) fortsetter symptomene, og kan eventuelt tilta, i måneder eller år etter skaden (7).

Alder, utdanningsnivå, yrkesstatus, skadens alvorlighetsgrad samt funksjonell og emosjonell status kan predikere arbeidsdeltakelse etter TBI (11, 12). Andre faktorer med betydning for

arbeidsdeltakelse etter skaden er støtte fra familie, arbeidsgiver og fagpersoner.

Tilrettelegging og støtte på arbeidsplassen er også viktig (2, 13, 14).

Enkelte arbeidstakere som er tilbake i jobb etter en mild til moderat hodeskade, beskriver vedvarende plager med konsentrasjon, hukommelse og eksekutiv fungering, som for noen førte til redusert selvtillit (2). Etter en MTBI opplever noen utfordringer med å beholde arbeidsforholdet over tid (15), og enkelte returnerer til endret eller tilrettelagt arbeid (3, 13). Sykefravær hos personer med milde skader kan skape skyldfølelse som forsterkes av at konsekvensene av skaden ikke nødvendigvis er synlige for andre (16). Tidlig informasjon og veiledning i prosessen tilbake til arbeid kan bidra til støtte og trygghet samt forebygge sekundære symptomer som for eksempel angst (2, 16).

Det er et komplekst samspill mellom premorbide, skaderelaterte, personlige og miljømessige faktorer som påvirker prosess og overgang tilbake til arbeid (3). Arbeidsrettet rehabilitering bør bestå av helhetlige og skreddersydde tiltak rettet mot ansatte, arbeidsgivere og arbeidsplasser (17). Kommunikasjon og samarbeid mellom interessenter innen helsefag, arbeidsrettet oppfølging, ansatte og arbeidsgivere er avgjørende for en vellykket tilbakeføring til arbeid (2, 3). Personer med MTBI har ofte behov for spesiell oppmerksomhet i denne prosessen, ettersom det kan være en uoverensstemmelse mellom objektive funksjonsnedsettelse og subjektivt opplevde plager (3).

Overgang og biografisk brudd

Overgangsteori omfatter livshendelser som innebærer forandringer (18), slik konsekvensene av en MTBI kan innebære forandringer i en definert periode. En overgang (på engelsk kalt transition) skjer når det oppleves at en hendelse fører til endring av relasjoner, rutiner, ansvarsforhold og roller. En overgang anses som en prosess som på et tidspunkt blir en del av livet (18). Livet består av en rekke hendelser som fører til forandringer, og mye vitenskapelig

innsats er investert i utvikling av teori knyttet til begrepet overgang (19). I livet oppstår uventede og ventede overganger. Noen overganger har med kronologisk alder å gjøre, som ved overgang fra skole til arbeid, andre skyldes dramatiske hendelser som en ulykke (20). Det å oppleve endring kan føre til en krise og påvirke selvtilliten. Endring kan også påvirke andre enn personen som er direkte berørt, som for eksempel medarbeidere og arbeidsplassen (21). Schlossberg et al. (2012) presenterer en overgangsmodell som omfatter både forventede og uventede overganger, identifisering av overgangen og overgang som en prosess (18).

Opplevelsen av å få en MTBI kan også anses som en hendelse som kan påvirke individets biografi. Dramatiske og uforutsigbare hendelser, som en skade, kan endre personens erfaring og biografi og utgjøre et biografisk brudd (20). Et biografisk brudd betyr ifølge Bury (1982) at individets forventninger og livsplaner må revurderes, og at strukturen i hverdagslivet blir uforutsigbar. En skade med påfølgende funksjonsnedsettelse kan anses som en svært forstyrrende opplevelse, som endrer adferd og forventninger. Den innebærer en grunnleggende nytenkning av personens biografi og selvoppfatning, og involverer mobilisering av ressurser (22). Individets biografi eller yrkeshistorie formes gjennom handlinger i et livsløp, og er konstant foranderlig innenfor den kulturelle og sosiale konteksten (20). Arbeidsutførelse beskrives som mer enn den observerbare handlingen, og kan oppfattes som et gjensidig samspill gjennom de tre dimensjonene «å gjøre, være og bli» (5, 23).

Intensjonen med denne studien var å skaffe kunnskap om hvordan mennesker som har fått en MTBI, erfarte og opplevde veien tilbake til eget arbeid. Studien hadde som mål å bidra med kunnskap til fagpersoner som arbeider med denne gruppen, slik at de kan få en bedre forståelse av og derfor yte en bedre tjeneste til mennesker som har opplevd en slik skade og skal tilbake til arbeid.

2. Metode

Denne studien benyttet en kvalitativ tilnærming. I tråd med Tjora (2017) ble det gjennomført dybdeintervju for å studere meninger, holdninger og erfaringer i prosessen tilbake til arbeid etter en MTBI. Innhentede data ble analysert med stegvis-deduktiv induktiv metode (SDI) (24). Slik SDI-modellen ble tolket i denne studien, ble det jobbet etappevis fra rådata til konsepter. Transkriberte intervju ble lastet opp i tekstanalyseverktøyet NVivo 12, kodet induktivt fra empirien, dernest gruppert i kodegrupper etter tema og fellestrekk. Teorien tar større styring i siste fase med utvikling av konsepter. Åtte kodegrupper ble analysert frem og strukturert i en prosessmodell (tabell 1).

Denne studien var en del av en randomisert kontrollert intervensjonsstudie av personer med mild til moderat TBI. Intervensjonen i hovedstudien kombinerte perspektiver fra rehabiliterings- og arbeidslivsforskningen i et ti ukers gruppebasert kognitivt rehabiliteringsprogram og seks måneders individualisert arbeidsrettet oppfølging. Deltakerne var personer som åtte uker etter skaden ikke var tilbake i arbeid mer enn 50 prosent (25).

I denne studien ble seks deltakere med MTBI inkludert. Alle hadde gjennomført intervensjonen fra hovedstudien og gjennomgått tilbakeføring til arbeid i minst én måned. Det var fire kvinner og to menn i alderen 29 til 61 år, med en gjennomsnittsalder på 38, og tidspunktet for intervju var 8 til 16 måneder etter skadetidspunktet. Utdanningsnivået var hos to deltakere tilsvarende videregående nivå, og hos fire deltakere over bachelornivå.

Studien tok utgangspunkt i de forskningsetiske retningslinjene for samfunnsvitenskap utarbeidet av nasjonal forskningsetisk komité. Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk har gitt forhåndsgodkjenning (saksnummer hos REK sør-øst: 2016/2038). Informantene ble skriftlig og muntlig informert om den kvalitative studien, konfidensialitet,

frivillighet, rett til å trekke seg fra studien og sletting av opplysninger etter hovedstudien avsluttet. De signerte samtykkeerklæring.

3. Resultater

Åtte tema ble analysert frem, valgt presentert i en prosessmodell (figur 1). Ved oppstart i arbeid beskrev informantene en opplevd krise, viktigheten av å ta valget om å starte og betydningen av tilstedeværelsen på arbeidsplassen. De beskrev en endret opplevelse av tid og en redusert kapasitet, samt viktigheten av å bli sett og verdsatt på arbeidsplassen.

Informantene formidlet at erfaringene hadde ført til noen endrede prioriteringer og planer (figur 1).

Temaene er overlappende og ble beskrevet som en ikke-lineær prosess, samtidig som det er en utvikling i prosessen.

Starte i arbeid: «stå i det»

«Du må faktisk tåle å være syk, du må tåle å stå i det, du må tåle at akkurat nå er ikke livet så bra.»

Krisen

Én informant skrev at det å ikke mestre jobben som før, var «det tøffeste jeg har vært igjennom i hele mitt liv». En annen fremhevet at «det var ganske vanskelig å starte». Å begynne å jobbe igjen opplevdes som inderlig krevende, utfordrende og tidvis altoppslukende i hverdagen. Én person fremhevet at «jeg tror kanskje ikke at det er så mange som hadde orket å ofre så mye som jeg ofret, for å komme tilbake til jobb». Det ble uttrykt sterke emosjoner, som frykt for å være irritabel og opplevelsen av depresjon, samt en følelse av krise knyttet til det å ikke mestre arbeidet. Som en deltaker sa det: «Jobb er (...) kanskje akkurat nå i denne perioden i livet mitt (...) 90 prosent av min identitet.» Arbeidsdeltakelse bidro til å

komme ut, møte mennesker, følelse av samfunnsdeltakelse og trivsel i hverdagen. Det «å gjøre» førte til tilhørighet i et arbeidsmiljø og følelsen av å få noe tilbake.

Valget

Noen informanter følte at fastlegen, medarbeidere og nærpersoner påvirket valget om å begynne å arbeide, på tross av at de selv var kritiske. «*Jeg vil si at det er press fra legen min. (...) Jeg syns han hadde veldig lite forståelse for hva jeg gikk igjennom.*» Andre fortalte at de tok valget selv på tross av at personer rundt dem var tvilende. «*Jeg følte meg rastløs, så jeg sa til legen min at jeg ønsker ikke være hjemme (...). Han anbefalte det ikke, men sa at jeg kunne prøve.*» Flere var usikre på om det fantes noen «riktig tid» for å begynne å jobbe igjen. «*Fastlegen kunne nok ha ventet litt. Men på den andre siden vet jeg ikke helt om det er et tidspunkt som ville vært perfekt å starte på, uansett.*» Råd og støtte fra nærpersoner og fagpersoner ble formidlet som viktig. «*Og det tror jeg, at noen (fagpersoner) bare må si at det er noe skikkelig dritt å starte (...) men det blir bedre.*» Deltakelse i den kognitive intervensjonsgruppen, med mennesker i samme situasjon som hadde begynt i jobb, opplevdes av noen som en inspirasjon og av andre som selvpålagt press til selv å starte i jobb.

Tilstedeværelsen

Ved oppstart i jobb beskrev informantene sosial deltakelse, hverdagsrutiner og det å komme seg ut av huset som viktigst. Én person beskrev viktigheten av å møte opp og vise seg på jobb, nesten late som å jobbe, og komme og gå når det passet: «*Det var ikke så veldig mange timene (...), mest for å komme innom og si hei og drikke kaffe. Føle seg nyttig da, og ikke gro fast hjemme.*» Selv om det var utfordrende å ta på seg arbeidsoppgaver, opplevdes tilstedeværelsen på jobben som avgjørende. En deltaker beskrev starten som stille og rolig, der vedkommende kunne gå litt «utenpå andre» uten press om produktivitet, og når personen var klar, kunne oppgaver og ansvar økes. En annen hadde frykt for å gjøre feil i oppgavene, men det var fortsatt viktig for personen å være til stede på arbeidsplassen. De fleste uttrykte at

de selv kunne bestemme hvor mye og hva de skulle gjøre, og at det handlet mye om å prøve seg frem og se hvordan det gikk: *«(...) føle at arbeidsgiver da, forstod situasjonen man var i, og at man fikk den forståelsen og den tiden man trengte.»* Andre lot til å ha møtt mindre forståelse på arbeidsplassen, én person uttrykte at *«arbeidsgiver skulle forstått alvor et litt tidligere»*.

Opptrapping i arbeid: en «berg-og-dal-bane»

«Det ble litt sånn svingstang, litt sånn opp og ned (...) etter hvert innså jeg at det er bedre å være en uke for lenge på et prosenttrinn enn å gå på smellen på nytt og på nytt.»

Tid

Informantene beskrev opplevelsen av at tiden gikk overaskende sakte. Forventninger og planer relatert til tidsbruk passet ikke lenger, og tiden tæret på tålmodigheten. *«Blir ikke fortere frisk av at jeg driver og pusher meg (...) bare se hvordan det går, bare bruke en del tid på det.»* Tid var tema i samtaler med legen, arbeidsgiveren og fagfolk, som i vurderinger av riktig tid for å øke arbeidsmengden og av tidsrammen for å være tilbake slik som før. Det kunne være avvik mellom egne og andres forventninger til tid og tidsbruk. Noen ønsket å bruke mer tid og andre mindre tid enn hva omgivelsene forventet. Det var ingen oppskrift på hvordan progresjonen tilbake til arbeid skulle være. Det var nødvendig å prøve seg frem og erfare hvor mye tid man trengte for å utføre en oppgave, og når det kunne være på tide å øke arbeidsmengden.

Bli sett

Å bli sett, tatt i betraktning og ivaretatt av ledere og medarbeidere ble beskrevet som betydningsfullt. Ledere ble beskrevet som tilstedeværende og behjelpelige, eksempelvis ved at de hilste på, hadde regelmessige samtaler og faste møtetidspunkter eller spurte hvordan situasjonen opplevdes. Slik én person hadde fått høre: *«Dette skal vi som arbeidsplass hjelpe*

deg gjennom, dette skal du ikke håndtere alene.» Medarbeidere ble også beskrevet som hjelpsomme og støttende. Én informant beskrev det som spesielt viktig å bli kontaktet og få tilbakemelding i perioden vedkommende jobbet fra hjemmekontor. En person som vanligvis satt i åpent kontorlandskap, fikk eget kontor som en del av tilretteleggingen. Eget kontor førte til fravær av den spontane dialogen, kontakten og samarbeidet med medarbeidere som er naturlig i et åpent landskap. På grunn av mistriivsel ble arbeidssituasjonen igjen endret til delvis tilbake i åpent kontorlandskap. En annen deltaker fortalte at medarbeidere gav positive tilbakemeldinger om oppgavene som var utført den aktuelle dagen vedkommende var på jobb. Det ble ekstra viktig å bli sett for det som konkret ble utført, uten å bli sammenlignet med tidligere prestasjoner. Det å bli sett, ivaretatt og inkludert bidro til at informantene følte seg velkommen tilbake, og ble viktig for motivasjonen og viljen til å øke arbeidsmengden. Deltakere oppgav at redusert arbeidstid også medførte begrenset faglig og sosial samhandling. *«Fra å være en som hørte ting først i gangene, til å bli en som fikk høre ting sist.»* Noen uttrykte at opplevelsen av å bli sett og forstått endret seg med tiden. Én deltaker fremhevet at i begynnelsen var slitenheten eller blåveisen synlig, og det bidro til forståelse. Etter som tiden gikk, var ikke skaden synlig lenger, og da opplevdes omgivelsenes forståelse som endret. *«Folk bruker seg selv som eksempel; ja sliten, hvem er ikke det av og til? Men det føles bare som at, gud, du skjønner ikke, du aner ikke hva du snakker om.»*

Kapasitet

De fleste hevdet at de selv hadde større forventninger om å øke stillingsandelen enn hva andre hadde. I samtaler ble de spurt om å vurdere egen helse, om de var klar for å jobbe mer, og de fikk råd om å gjøre det. Noen informanter mente at deres egen indre driv var den viktigste pådriveren for å øke arbeidsmengden, mens andre beskrev ytre krefter som viktigst. Å lære gjennom erfaring ble viktig i opptrappingen, både for vedkommende selv og for dem som gav råd. Én informant beskrev at det tok ganske lang tid å innse at *«jeg blir ikke fortere frisk av at*

jeg driver og pusher meg og prøver å være på jobb, for jeg merker jo at jeg blir veldig, veldig sliten av det. (...) fastlegen min sa hele tiden at du skal egentlig føle på at du har et overskudd på den prosent du er, før du går opp». Noen deltakere fortalte at hver opptrappingsperiode krevde all deres daglige kapasitet. Tiden etter jobb ble brukt til å sove, og noen hadde nærpersoner som hjalp dem i hjemmesituasjonen. «Når jeg var 20 prosent på jobb, startet med det, så lå jeg i sengen resten. Da hadde jeg ikke noe liv. (...) Og så klarte jeg litt sånn ved siden av etter hvert. Og så kom jeg til 30 prosent, og så var det tilbake igjen til at det eneste jeg gjorde var å gå på jobb i 30 prosent, ellers så lå jeg hjemme og sov.»

«Utenforstående» faktorer kunne påvirke opplevd press og stress i forbindelse med forventningene om å øke innsatsen på jobb – for eksempel kunne sommertiden på noen arbeidsplasser medføre mer arbeid, høyere tempo og større krav til forutsigbarhet, mens sommeren på andre arbeidsplasser var en stille og rolig periode.

Gjenintegrert i arbeid: «tilbake – med enkelte planer lagt på hyllen»

«Det er mulig at jeg ikke kan jobbe like mye som det jeg har gjort før. Eller i hvert fall være veldig bevisst på, hvis jeg jobber mye, så går det utover noe annet i større grad enn før.»

Prioritering

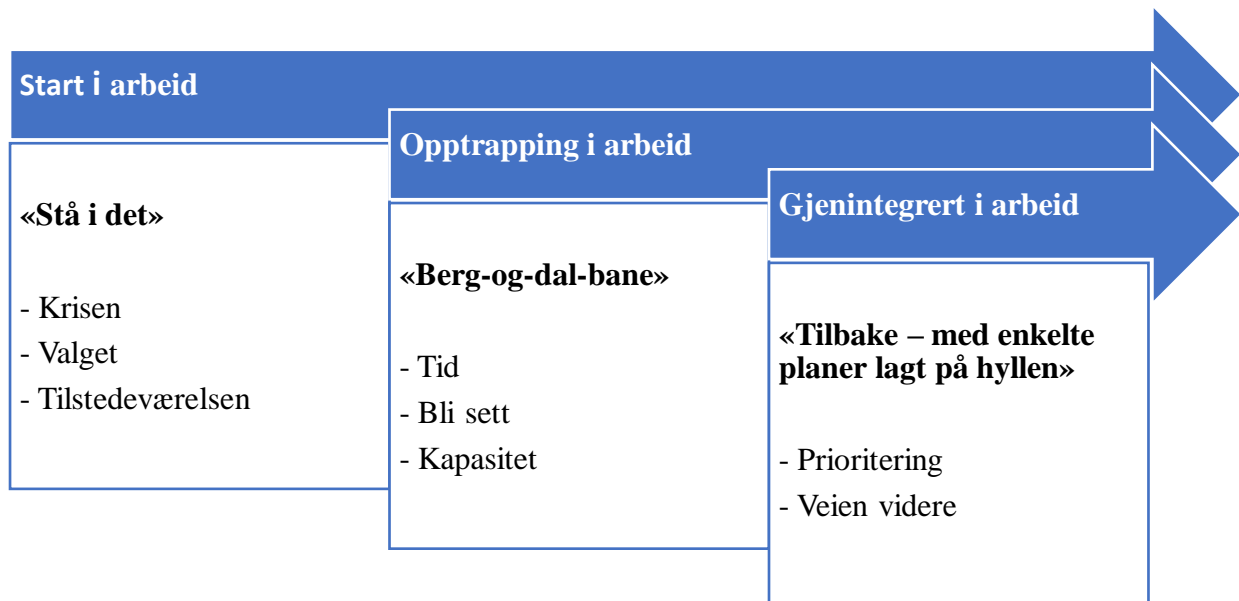
Nye opplevelser og erfaringer gjennom det harde arbeidet med å komme seg tilbake i jobb, førte for noen til endrede prioriteringer. Som én person formulerte det: «Jeg klarer ikke så mye som det jeg har gjort før. Og så er det vel også en kombinasjon av at jeg har fått litt andre prioriteringer i livet mitt.» Noen informanter beskrev at jobben ikke skulle få ta så mye tid og kapasitet. Nye grenser mellom jobb og fritid kunne bety at arbeidsoppgaver nå skulle gjøres i arbeidstiden, og at arbeidsrelaterte spørsmål på telefon, SMS, e-post osv. etter arbeidstid skulle begrenses. Noen beskrev at de jobbet mer etter hvert som de ble friskere, og at gode tilretteleggingsråd, som for eksempel det å ta pauser, ble glemt til fordel for gamle vaner. Én formidlet at «glemmer det litt selv også, for man vil jo, man vil jo egentlig bare

være frisk, vil jo være den man var». En annen person opplevde å tenke litt annerledes rundt det å være på jobb, og beholdt noe tilrettelegging og innarbeidet nye vaner. *«Vi har blitt terpet på det der med pauser, det er ikke nødvendigvis fordi jeg føler behovet for det med tanke på hodet, men at det på en måte har blitt mer sånn, kanskje fått litt mer sånn ro på arbeidsplassen.»*

Veien videre

Noen informanter rapporterte at nye opplevelser førte til endring av enkelte holdninger til arbeidsplassen og de videre planene for arbeidslivet. Én person som hadde vært på utkikk etter nytt arbeid, beskrev at det å erfare arbeidsgivers støtte i en vanskelig tid, førte til en stolthet og et ønske om å fortsette tilhørigheten. *«Hvordan arbeidsgiver responderte på at jeg var sykemeldt så lenge, fikk meg til å tenke at det her stedet er ikke sånn at jeg skal slutte bare for å slutte (...) jobben min har noen kvaliteter som kom til syne da, nå i denne prosessen (...) og jeg er blitt litt mer tilfreds med stedet jeg er.»* En annen person hevdet å ha vært en som hele tiden jaktet etter nye stillinger, og hadde hatt hyppige jobbskifter for å utvikle kompetansen og karrieren. Nye erfaringer hadde ført til at vedkommende nå prioriterte trivsel i sin nåværende jobb, og jakten etter noe nytt ble nedprioritert. Én informant uttrykte at situasjonen hadde ført til tap av noen planer og muligheter i bedriften. Videre ble andre planer revurdert og endret slik at det nå ville ta lengre tid å oppnå målet, eller målet ble begrenset med tanke på omfang og prestisje. En deltaker omtalte seg selv som lite ambisiøs karrieremessig, men hadde alltid tenkt at det viktigste var å ha god helse og trivsel i livet – og at dette var blitt enda viktigere nå. En annen person opplevde fortsatt utfordringer med å prestere i jobben, og denne erfaringen hadde ført til et ønske om å bytte yrke. Det å bytte ut noe man har gjort over lang tid, ble beskrevet som vanskelig. *«Jeg har gjort dette i ti år, så det er liksom ikke bare å endre jobb.»*

Modell for formulerte opplevelser og erfaringer i prosessen tilbake til arbeid



Figur 1. Tema analysert frem på bakgrunn av empirien. Temaene er overlappende og ble beskrevet som en ikke-lineær prosess, samtidig som det er en utvikling i prosessen.

4. Diskusjon

Hensikten med studien var å undersøke hvordan seks mennesker, som har gjennomgått en MTBI, erfarte og opplevde prosessen med å vende tilbake til eget arbeid. Resultatene vil diskuteres ut fra teori om overgang og biografisk brudd.

Liten skade – stor overgang

Det er viktig å vurdere hvilken eller hvilke arenaer som påvirkes av overgangen (18).

Konteksten for studien var arbeidsdeltakelse og overgangen tilbake til arbeid etter en sykemeldingsperiode som følge av en MTBI. Informantene beskrev det som en krise å være sykemeldt. Enkelte av dem var sykemeldt for første gang i livet, og situasjonen var ukjent.

For noen ble ikke utfordringene synlige før ved oppstart i jobb, noe som samsvarer godt med en studie som avdekket at vanskene etter en MTBI ofte ikke viste seg før tidligere aktiviteter gjenopptas (26). I lys av dette kan det oppleves som én overgang å bli sykemeldt, og som en

ny overgang å komme tilbake i jobb. Konteksten for overgangen påvirker prosessene, og overgangen kan involvere roller på tvers av områdene: selv, venner, familie, arbeid, helse og økonomi (18). Arbeidsdeltakelse er et hovedmål for rehabilitering (3) og påvirker roller på mange områder – det er viktig for både selvet, sosial interaksjon, livskvalitet og økonomi.

MTBI anses som en uventet hendelse, og følgene av skaden kan representere en uventet overgang ved oppstart i arbeid. Når man skal undersøke en overgang, er det viktig å identifisere hvilken type overgang(er) som har oppstått eller oppstår (18). I overgangen tilbake til arbeid opplevde noen informanter valget om å starte i jobb som selvstyrt, mens andre opplevde å følge en oppfordring fra andre. Samtidig var det usikkerhet knyttet til om det finnes noe riktig tidspunkt å gjenoppta arbeidet sitt på. Oppstart i arbeid ble beskrevet som vanskelig og uten en fastlagt plan. Erfaringene kan forstås i lys av beskrivelsen av kjennetegn ved uventede overganger: Overgangen er ikke selvvalgt, vedkommende er ikke forberedt og har ingen fastlagt plan, og assistanse kan være hensiktsmessig. En uventet overgang kan, i større grad enn en planlagt overgang, føre til en krise (18). Informantene formidlet at oppstart i arbeid var emosjonelt utfordrende og preget av uforutsigbarhet med manglende kjennskap til egen mestringsevne. Én studie fremhever sosial støtte, forberedelse og kontinuitet mellom arbeid og erfaring før, under og etter overgangen som viktig for en god overgang (19). Tilsvarende fremhever andre studier støtte, tilpasning av arbeidssituasjonen og arbeidsrettet oppfølging som betydningsfullt i prosessen med å komme tilbake til arbeid etter TBI (2, 13, 14). I en uventet overgang kan sosial støtte og arbeidsrettet oppfølging bidra med forberedelse og planlegging av en forsiktig start, hensiktsmessige tilpasninger og forutsigbarhet i en ukjent situasjon.

Oppfattelse av tid, nyorientering, endret kapasitet og sosial interaksjon

Arbeidsdeltakelse er viktig for strukturering og oppfattelse av tid. Tid kan deles inn i objektiv tid, som klokketid, og subjektiv tid, som erfaringsbasert oppfatning av tempo og varighet (27). Informantene i studien rapporterte om en endret oppfatning av tid. Endringen ble beskrevet som usikkerhet knyttet til hvor lang tid tilfriskningsprosessen ville ta, men var også relatert til at dagene uten arbeid førte til mange timer uten faste aktiviteter. Arbeid bidrar til strukturering av tiden med rytme og regelmessige vaner (28). Tidsbruk styres i stor grad av vaner som påvirker hva som gjøres, når det gjøres og hvordan det gjøres (29). En studie som omhandler arbeidets betydning etter ervervet hjerneskade, beskriver at arbeidsdeltakelse bidro til betydelig struktur i hverdagen generelt (30).

Det tar tid å orientere seg i en ny situasjon. I starten av en overgang er det viktig å bruke tid på å orientere seg for å bli kjent med det «nye» i situasjonen, spesielt når overgangen er uventet og ikke gir mulighet til forberedelse eller planlegging (18). Informantene i denne studien uttrykte at det var viktig å erfare hvilke arbeidsoppgaver og arbeidsmengder de behersket. Uten en oppskrift eller mal for hva de skulle gjøre, måtte de prøve og feile. En studie viser hvordan mennesker som gjennomgår overganger, oppfatter seg selv som forskjellig fra den de var før, og hvordan normalitet etterstrebes (31). Arbeidsdeltakelse kan gi mulighet til hensiktsmessig håndtering av og innsikt i følgetilstander etter TBI (32). Selvoppfatning og situasjonsforståelse påvirkes av aktivitetsnivået (29). En gradvis tilnærming beskrives som hensiktsmessig i overgangen, for å tilpasse forventninger og adferd til situasjonen (19). Når en endret arbeidssituasjon oppstår, uten mulighet til forberedelse, er det viktig å gi tid til å håndtere og skaffe seg innsikt i situasjonen.

Redusert kapasitet opplevdes utfordrende i prosessen tilbake til arbeid. Balansen mellom aktiviteter og livsarenaer kan utfordres i nye situasjoner (18). Informantene i studien beskrev at spesielt i starten tok arbeidet all deres kapasitet og førte til begrenset eller fraværende deltakelse på andre livsarenaer. Tilsvarende fant en studie om MTBI at arbeidsdeltakelse ofte gikk på bekostning av andre livsarenaer (16). Informantene beskrev også at kapasiteten deres utviklet seg og krevde nye tilpasninger. Kielhofner (2008) beskriver hvordan kapasitet og vaner påvirkes av aktivitetsnivået. Integrerte vaner bidrar til tempo og effektivitet og frigjør oppmerksomhet for andre formål (29). Redusert kapasitet kan gjøre det mer utfordrende å finne balansen i arbeidshverdagen og mellom arbeidsdeltakelse og andre livsarenaer.

Sosial interaksjon anses som betydningsfull i prosessen tilbake til arbeid. Arbeid er en kilde til sosial samhandling og felles opplevelser (28). Ved oppstart i arbeid beskrev informantene at sosial deltakelse, som å bli inkludert i formelle og uformelle samtaler om arbeidsoppgaver og begivenheter, var avgjørende. Dette bekreftes i en studie som viser at sosial interaksjon var viktig i prosessen tilbake til arbeid etter en MTBI (33). En annen studie fremhever at arbeidets sosiale betydning hadde blitt tydeligere etter en ervervet skade, og at arbeidet også hadde en positiv påvirkning på det sosiale livet i hverdagen generelt (30). Tre ferdigheter er nødvendige ved utførelse av aktiviteter. En av disse er ferdighet i kommunikasjon, som er evnen til å formidle seg og koordinere sosiale handlinger for å fungere sammen med andre mennesker (29). Flere informanter i denne studien opplevde at tilrettelegging som eget kontor, hjemmekontor og redusert arbeidstid førte til begrenset faglig og sosial interaksjon og følelse av ensomhet. Det opplevdes som viktig å bli sett og ivaretatt både på kontoret og på hjemmekontoret, via direkte kontakt og indirekte via tekstmeldinger og e-post. Libeson et al. (2018) fant at en støttende arbeidsgiver var viktig for arbeidsopptak etter en TBI (13). Det å tilhøre et sosialt støttende nettverk kan underbygge evnen til å gjøre og bidra til gleden og

meningsfullheten ved å gjøre (5). I utførelsen av arbeidsoppgaver er det viktig å tilrettelegge for sosial interaksjon og kommunikasjonsferdigheter.

Brudd på hverdagens struktur – arbeid som rekonstruksjon

Nye erfaringer og opplevelser kan lede til revurdering av egen biografi, planer og begivenheter som tidligere ble tatt for gitt. Biografiske brudd kan forstyrre strukturene i hverdagen (22). Etter et biografisk brudd er arbeidsdeltakelse viktig for å kunne rekonstruere livet (5). Informantene oppgav at det å være på arbeidsplassen var viktig for å beholde struktur og mening i dagen, på tross av at arbeidsoppgavene opplevdes som vanskelige. Et biografisk brudd kan føre til brudd også i hverdagens selvfølgeligheter, og krever mobilisering av ressurser (22). Deltakerne hadde tatt egen arbeidsevne og -deltakelse for gitt, og beskrev at bruddet førte til kjedsomhet, rastløshet og følelsen av ikke å kjenne seg selv igjen. Noen beskrev situasjonen som sin tøffeste opplevelse, som de ikke hadde klart å takle uten stor indre driv og støtte fra nærpåsoner og arbeidsplassen. Tilsvarende beskriver en studie personlig motivasjon som en viktig ressurs i prosessen tilbake til arbeid etter TBI (13). En annen studie fremhever interne ressurser som håp, optimisme og viljestyrke, sammen med eksterne ressurser som støtte og muligheter fra personer i omgivelsene, som viktige for egen mestring og utvikling etter TBI (34). Biografisk brudd kan føre til revurdering av forventninger, fremtidsplaner og biografi (22). Som yrkesaktiv er jobben en stor del av ens egen biografi (6). Noen informanter oppgav de var tilbake i full stilling, andre hadde som mål å komme tilbake i full stilling, men like fullt mente de at de nå hadde endrede verdier og prioriteringer relatert til jobb. En studie om arbeidets betydning etter en ervervet hjerneskade viser at arbeidet hadde fått en ny og mindre sentral rolle i livet sammenlignet med før skaden (30). En annen studie beskriver endrede karriereambisjoner etter en TBI (13). Noen informanter oppgav at jobbrollen ikke skulle få ta så mye tid på bekostning av andre livsarenaer, og ønsket et tydeligere skille mellom jobbrollen og andre roller. Tilsvarende blir

det beskrevet i en studie om MTBI, at opplevde begrensninger i arbeidsdeltakelse og sosialt liv i en definert periode kan føre til revurdering av verdier med hensyn til yrke og livet generelt (16).

Vi skaper i stor grad vår egen utvikling gjennom det vi gjør (29). Det vi gjør, former biografien vår (20). Ifølge Wilcock (1999) er yrkeserfaring et dynamisk samspill mellom tre dimensjoner: «Å gjøre» er de observerbare handlingene, «å være» handler om følelser og anseelse, og «å bli» dreier seg om fornyelse, fremgang og endring (23). «Å gjøre» kan overskygge viktigheten av «å være» (5). Informantene beskrev at det å klare å møte opp på arbeid, «å gjøre», hadde stor betydning for selvfølelsen, «ens væren», og dermed også for prosessen tilbake til arbeid, «å bli». Hammel (2004) hevder at «å bli» representerer det å ha forestillinger om fremtiden og utforske nye muligheter og ønsker (5). En studie viste at integrering av et fremtidsfokus var viktig for gjenopptagelse av hverdagsaktiviteter etter MTBI (16). Flere deltakere opplyste at de var tilbake i jobb, noen beskrev at det ikke var helt som før, og enkelte ønsket å endre på noe i tiden fremover. En studie fant at arbeidet ble ansett som mål for rehabiliteringen, men også som en motivasjonsfaktor for å fortsette kampen tilbake til personens tidligere liv, et «normalt» liv (30).

Metodiske refleksjoner

Tjora (2017) beskriver at SDI-modellen, som er benyttet i denne studien, underbygger pålitelighet med tydelige krav til datagenerering, empirinær analyse og teorier som gjøres relevante i siste fase (24). Dette er en kvalitativ intervjustudie med et strategisk utvalg av seks informanter. Studien ble gjennomført av én person innenfor en gitt tidsramme. Forfatterens forkunnskaper som ergoterapeut med praksis relatert til temaet kognisjon og arbeid, har påvirket utformingen av intervjuguiden og oppleves å ha bidratt positivt i dialogen.

Informantene gav utrykk for at det var positivt at intervjueren forstod situasjonen deres. Samtidig er det viktig at forkunnskapen ikke dominerer, men at informantenes stemme kommer tydelig frem. Utvalget er variert både med hensyn til kjønn, alder og type arbeid. Informantene har bidratt med et rikholdig datamateriale basert på egne opplevelser, erfaringer og refleksjoner på arbeidsplassene sine. Troverdigheten er søkt ivaretatt ved å tilstrebe nøyaktighet i alle trinn i forskningsprosessen, ved å benytte samme intervjuguide, gjennom grundig transkribering og ved jevnlig veiledning underveis. To veiledere har lest utdrag fra transkribering, koding og kodegruppering underveis for å kvalitetssikre refleksjoner og metodiske valg i prosessen. Det at samme person har gjennomført alle trinn i analyseprosessen, har bidratt til god oversikt over materialet. I samsvar med SDI-modellen ble det etterstrebet å skille mellom empirinære beskrivelser, tolkninger og beskrivelser som bygger på teori og tidligere forskning. Ingen av informantene har trukket seg fra studien. En begrensning i studien er tidsperspektivet. En studie som favner en større tidsramme, ville ha gitt kunnskap om prosessen over tid og endringer som den enkelte opplever.

Konklusjon

Etter en MTBI som uventet overgang har den skadde ingen ferdig plan for den nye situasjonen. Det kan være behov for tilpasninger, en sakte tilnærming og assistanse i prosessen tilbake til arbeid. Oppstart i arbeid kan oppleves som en krise, mens tilstedeværelsen på arbeidsplassen kan være betydningsfull. Arbeidsdeltakelse betraktes som viktig for strukturering og oppfattelse av tid. Det er tidkrevende å orientere seg i en ny situasjon, få erfaring med egen mestring og skape balanse mellom ulike livsarenaer. I prosessen tilbake til arbeid anses det som viktig å tilrettelegge for sosial interaksjon og bruk av sosiale ferdigheter. Relasjonen mellom observerbare handlinger, handlingenes betydning for den enkelte og fremtidsfokus er viktig i prosessen med å forme og utvikle sin egen biografi. I et utviklingsperspektiv vil denne prosessen fortsette over tid. Informantene i

studien var i en prosess tilbake til arbeid, og en slik prosess endrer fokus etter hvert som man beveger seg gjennom den.

Referanser

1. Ponsford JL, Downing MG, Olver J, Ponsford M, Acher R, Carty M, et al. Longitudinal Follow-Up of Patients with Traumatic Brain Injury: Outcome at Two, Five, and Ten Years Post-Injury. *Journal of Neurotrauma*. 2014;31 (1), s. 64–77.
2. Gilworth G, Eyres S, Carey A, Bhakta BB, Tennant A. Working with a brain injury: Personal experiences of returning to work following a mild or moderate brain injury. 2008;40 (5).
3. Shames J, Treger I, Ring H, Giaquinto S. Return to work following traumatic brain injury: Trends and challenges. *Disability & Rehabilitation*. 2007, Vol 29 (17), s. 1387–95.
4. Schafft A. Å få seg en jobb: arbeidsrettet rehabilitering ved psykiske helseproblemer. Oslo: Kommuneforlaget, 2009.
5. Hammell KW. Dimensions of Meaning in the Occupations of Daily Life. *Canadian Journal of Occupational Therapy*. 2004;71 (5), s. 296–305.
6. Aas RW. Arbeidsrettet rehabilitering, komplekse situasjoner med mange arenaer og aktører. I: Solvang PK, Slettebø Å, redaktører. Rehabilitering: individuelle prosesser, fagutvikling og samordning av tjenester. Oslo: Gyldendal akademisk. 2012.
7. VA/DoD Clinical Practice Guideline for Management of Concussion/Mild Traumatic Brain Injury. *Journal of rehabilitation research and development*. 2009;46 (6): CP1.
8. Andelic N, Sigurdardottir S, Brunborg C, Roe C. Incidence of Hospital-Treated Traumatic Brain Injury in the Oslo Population. *Neuroepidemiology*. 2008;30 (2), s. 120–28.
9. Boussard CN-d, Holm LW, Cancelliere C, Godbolt AK, Boyle E, Stålnacke B-M, et al. Nonsurgical Interventions After Mild Traumatic Brain Injury: A Systematic Review. Results of the International Collaboration on Mild Traumatic Brain Injury Prognosis. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 2014;95 (3), s. 257–64.
10. Voormolen DC, Cnossen MC, Polinder S, von Steinbuechel N, Vos PE, Haagsma JA. Divergent Classification Methods of Post-Concussion Syndrome after Mild Traumatic Brain Injury: Prevalence Rates, Risk Factors, and Functional Outcome. [Larchmont, NY] 2018, s. 1233–41.
11. Saltychev M, Eskola M, Tenovuo O, Laimi K. Return to work after traumatic brain injury: Systematic review. Taylor & Francis. 2013, s. 1516–27.
12. Willemse-van Son AHP, Ribbers GM, Verhagen AP, Stam HJ. Prognostic factors of long-term functioning and productivity after traumatic brain injury: a systematic review of prospective cohort studies. London, England. 2007, s. 1024–37.
13. Libeson L, Downing M, Ross P, Ponsford J. The experience of return to work in individuals with traumatic brain injury (TBI): A qualitative study. *Neuropsychological rehabilitation*. 2018:1.
14. Bonnetterre V, Pérennou D, Trovatiello V, Mignot N, Segal P, Balducci F, et al. Interest of workplace support for returning to work after a traumatic brain injury: A retrospective study. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*. 2013;56 (9-10), s. 652–62.
15. Kristman VL, Cote P, Hogg-Johnson S, Cassidy JD, Eerd DV, Vidmar M, et al. The Burden of Work Disability Associated with Mild Traumatic Brain Injury in Ontario Compensated Workers: A Prospective Cohort Study. *The Open Occupational Health & Safety Journal*. 2010;2 (1), s. 1–8.
16. Sveen U, Sørberg HL, Østensjø S. Biographical disruption, adjustment and reconstruction of everyday occupations and work participation after mild traumatic brain injury. A focus group study. *Disability and Rehabilitation*. 2016;38 (23), s. 2296–304.

17. Scaratti C, Leonardi M, Sattin D, Schiavolin S, Willems M, Raggi A. Work-related difficulties in patients with traumatic brain injury: a systematic review on predictors and associated factors. 2017, s. 847–55.
18. Anderson ML, Goodman JM, Schlossberg NKM. Counseling adults in transition linking Schlossberg's theory with practice in a diverse world, fourth edition. 4th ed. S.l.: Springer Publishing Company. 2012.
19. Crider C, Calder CR, Bunting KL, Forwell S. An Integrative Review of Occupational Science and Theoretical Literature Exploring Transition. *Journal of Occupational Science*. 2014;22 (3), s. 1–16.
20. Lund A, Sveen U, Asbjørnslett M, Raanaas KR. Livsfaser, overganger og brud i relation til aktivitet. I: Kaae Kristensen H, Schou ASB, Mærsk JL, redaktører. *Nordisk aktivitetsvidenskab*. København: Munksgaard. 2017.
21. Blair SEE. The Centrality of Occupation during Life Transitions. *The British Journal of Occupational Therapy*. 2000;63 (5), s. 231–7.
22. Bury M. Chronic illness as biographical disruption. *Sociology of Health & Illness*. 1982;4 (2), s. 167–82.
23. Wilcock AA. Reflections on doing, being and becoming. *Australian Occupational Therapy Journal*. 1999;46 (1), s. 1–11.
24. Tjora AH. *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. 3. utg. Oslo: Gyldendal akademisk. 2017.
25. Howe EI, Langlo K-PS, Terjesen HCA, Røe C, Schanke A-K, Sjøberg HL, et al. Combined cognitive and vocational interventions after mild to moderate traumatic brain injury: study protocol for a randomized controlled trial. 2017;18 (1).
26. Raskin SA, Mateer CA. *Neuropsychological management of mild traumatic brain injury*. New York: Oxford University Press. 2000.
27. Livneh H. The Concept of Time in Rehabilitation and Psychosocial Adaptation to Chronic Illness and Disability: Part II. *Rehabilitation Counseling Bulletin*. 2013;56 (2), s. 71–84.
28. Hernes T. *Et bakteppe*. I: Saglie T, Haavorsen P, Heum I, Hernes T, redaktører. *Arbeidsinkludering: om det nye politikk- og praksisfeltet i velferds-Norge*. Oslo: Gyldendal akademisk. 2010.
29. Kielhofner G. *Habituation: Patterns of Daily Occupations. Model of human occupation*. 5th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health. 2008, s. 51–67.
30. Johansson U, Tham K. The meaning of work after acquired brain injury. *European Journal Of Public Health*. 2006;16 (10).
31. Raanaas RK, Lund A, Sveen U, Asbjørnslett M. Re-creating self-identity and meaning through occupations during expected and unexpected transitions in life. *Journal of Occupational Science*. 2019;26 (2), s. 211–8.
32. Pühr A, Fossum B, Hansen B, Thoresen AT. Return to work after acquired brain injury. *Tilbakeføring til arbeid etter ervervet hjerneskade*. 2011;48 (8).
33. Ruffolo CF, Friedland JF, Dawson DR, Colantonio A, Lindsay PH. Mild traumatic brain injury from motor vehicle accidents: Factors associated with return to work. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 1999;80 (4), s. 392–8.
34. Levack WMM, Kayes NM, Fadyl JK. Experience of recovery and outcome following traumatic brain injury: a metasynthesis of qualitative research. *Disability & Rehabilitation*. 2010, Vol 32 (12), s. 986–999.

Intervjuguide (oppbygging inspirert av A. Tjora)

Presentasjon

-Presentere meg selv; navn, jeg har erfaring som jobbspesialist i prosjektet du har deltatt i. Min rolle her i intervjuet er masterstudent ved OsloMet, masteroppgave

-Takke for at du stiller opp til intervju

Rammene

-Anonymitet, konfidensialitet

-Ingen navn vil bli brukt i oppgaven

-Det blir tatt opptak av samtalen så jeg ikke glemmer noe. Intervjuet skriver jeg inn i et dokument hvor all personlig informasjon slettes og makuleres.

-Frivillighet. Du kan på hvilket som helst tidspunkt trekke deg uten å måtte begrunne dette nærmere.

Samtykkeerklæring leses opp og underskrives av informanten.

Innledning

Som du har blitt informert om tidligere så skal jeg skrive en oppgave hvor jeg forsøker å finne ut om hva som oppleves viktig i prosessen tilbake til eget arbeid etter en hodeskade. Derfor er jeg interessert i å høre om alle dine opplevelser, erfaringer og meninger om dette. Du velger hva du vil dele, det er viktig at du føler deg trygg på å fortelle det du vil. Gi gjerne lange og detaljerte svar eller historier. Jeg vil også poengtere at det ikke finnes noe gale svar.

Oppvarmingsspørsmål

1. Vil du starte med å presentere deg selv og fortelle kort om skaden?
2. Hva jobber du med?
-Yrke, Stilling
3. Omtrent hvor mange ansatte er det på din arbeidsplass?
-Liten / stor bedrift
4. Hvor lenge har du vært ansatt på din nåværende arbeidsplass?
5. Omtrentlig hvor lenge gikk du sykemeldt etter skaden før du startet tilbake til ditt arbeid?

Refleksjonsspørsmål

Type overgang

6. Hva er det ved arbeidet ditt som gjør det meningsfylt for deg?
 - a. Er det noe ved arbeidsoppgavene?
 - b. Er det noe ved arbeidsmiljøet?
 - c. Er det ifht lønn og utviklingsmuligheter?
7. Hva var det som var mest viktig for deg ifht å komme tilbake til arbeidet etter sykemeldingen?
8. Når du valgte å starte på arbeid igjen: hva var det som gjorde at du begynte akkurat da?
 - a. Var det noe andre sa eller gjorde som påvirket deg? Eks oppmuntring fra venner/familie, arbeidsgiver, lege eller andre
 - b. Var det endringer/noe ved deg selv som gjorde det viktig å begynne? Eks bedring av helse, viktighet av å gjøre, motivasjon, lyst, ønske,
9. Når du nå er tilbake i jobb; hva kan være avgjørende for at du eventuelt velger å øke stillingsprosenten?
 - a. Tenker du/oplever du at det påvirkes eller styres av andre personer eller omgivelsene? Eks andres forventninger, andres råd, oppgavers krav og økonomi?
 - b. Tenker du/oplever du at det påvirkes eller styres av egne valg og opplevelser? Eks; mestring, glede, egen plikt, egne forventninger, bedring av helse

Mestringsstrategier (situasjon, støtte, strategier og selvet)

10. Hvordan opplevde du det å begynne i arbeid igjen?
 - a. Var det noe som var spesielt positivt?
 - b. Var det noe som var spesielt utfordrende?
 - c. Er det noe du tenker skulle vært gjort annerledes?
11. Når du startet tilbake i ditt arbeid;
 - a. Hvordan opplevde du dine egne og andres forventninger til deg?
 - i. (Opplevdes forventningene for stor/for liten/eller passe?)
 - ii. (Likhhet/ulikhet mellom egne og andres forventninger?)
12. Hvordan opplever du at leder/medarbeidere legger til rette og bidrar positivt i din prosess tilbake til arbeid? (Kan du beskrive en situasjon? Gi eksempler?)
13. Er /var det annen støtte, utenom arbeidsplass, du vil trekke frem som var viktig i din prosess tilbake til arbeid? (Kan du beskrive en situasjon? Gi eksempler?)
14. Hva i jobbsituasjonen ser du kan tilpasses som vil være til hjelp for deg?
15. Hvilke endringer i hvordan du gjør ting, ser du at du selv kan foreta/har du selv foretatt?
16. Hvilke endringer i hvordan du gjør ting, tenker du må gjøres (er gjort) sammen med arbeidsgiver?
 - a. Er det eksempelvis endringer relatert til oppgaver, roller, ansvar og sosial deltakelse?
17. Hvilken betydning hadde det for deg å begynne tilbake i arbeid etter skaden?
 - a. Eksempel; Selvfølelse, meningsfullhet, struktur, motivasjon, mestring og roller
18. Hva opplever du som ok og hva kunne du likt å se endret?

Overgangsprosessen

19. Er det noen ting du vil trekke frem som særlig viktig i prosessen tilbake til arbeid?
20. Hvordan har du inkludert og informert arbeidsgiver/medarbeidere i din prosess tilbake til arbeid?
21. Når du nå er tilbake til ditt arbeid; Er det blitt endringer, planlagte eller (selv) opplevde, i forhold til arbeidsoppgaver, ansvar eller sosialt arbeidsmiljø nå sett i forhold til før skaden?
(Roller? Relasjoner? Rutiner? Forventninger?)

Fortid, nåtid og fremtid;

22. Med de erfaringene du har gjort deg;
 - Hvordan ser du for deg din fremtidige yrkeskarriere
(«hvor er du i din arbeidskarriere om 5 år» er det svaret likt/annerledes nå enn før skaden?)
 - Er det noen endringer, nå sammenlignet med før skaden, ifht og prioriterer arbeid i din hverdag
 - Har din motivasjon for arbeid endret seg?
23. Hva betyr arbeidsplassen for deg i dag? (eks selvfølelse, meningsfullhet, motivasjon og mestring)
 - a. Er det noe som er annerledes i dag sammenlignet med før skaden?

Avrundingsspørsmål

24. Vi er på slutten av intervjuet nå; er det andre forhold som vi ikke har snakket om som du tenker har vært viktig i din prosess tilbake til arbeid?
 - a. Noe du tenker var spesielt bra/viktig?
 - b. Noe du tenker kunne vært gjort annerledes/bedre?

Jeg vil avslutningsvis takke deg for at du stilte opp til intervju og delte av din erfaring. Takk for at du tok deg tid til dette det har jeg satt stor pris på.



FORESPØRSEL OM DELTAKELSE I FORSKNINGSTUDIE

Kombinert kognitiv og arbeidsrettet behandling etter mild og moderat traumatisk hodeskade – Erfaring og opplevelser i prosessen tilbake til eget arbeid etter å ha opplevd en mild eller moderat traumatisk hodeskade.

BAKGRUNN

Dette er en forespørsel til deg om å delta i en tilleggsstudie i forskningsprosjektet: «*Effekten av kombinert kognitiv og arbeidsrettet behandling etter traumatisk hodeskade: en randomisert kontrollert studie med kvalitativ prosessevaluering*». Hovedprosjektet har til hensikt å undersøke effekten av et sammensatt behandlingstiltak der et kognitivt rehabiliteringsprogram kombineres med aktiv støtte på arbeidsplassen, og hvor man gjennom tiltak på arbeidsplassen søker å hjelpe personer tilbake til ordinært arbeidsliv.

Utvidelsen av prosjektet har som mål å få kunnskap om og synliggjøre deltakernes opplevelser og erfaringer i prosessen tilbake til eget arbeid etter en mild eller moderat traumatisk hodeskade. Deltakernes opplevelser og erfaringer tilbake til eget arbeid vil kunne bidra til verdifull kunnskap som vil være nyttig for ytterligere tilrettelegging av arbeidsrettet oppfølging og tilbud for personer med milde og moderate hodeskader.

Prosjektet ledes av Avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering ved Oslo universitetssykehus Ullevål (OUS). OUS har derfor ansvar for å behandle dataene i forskningsprosjektet.

HVA INNEBÆRER UTVIDELSEN AV STUDIEN?

Tilleggsstudien innebærer at du inviteres til et intervju for å dele dine erfaringer med å være tilbake i arbeid. Intervjuet vil foregå etter at du har startet i arbeid igjen og har fullført ti ukers kognitiv trening (kognitiv intervensjon). Videre at du har avsluttet oppfølgingen med jobbspesialisten din i 6 måneder (arbeidsrettet intervensjon). Du vil få spørsmål om hvilke erfaringer og opplevelser du har hatt i forbindelse med å starte i arbeid, relatert til hvordan du opplever det å komme tilbake (overgangen) og til hvordan opplevelsen etter en traumatisk hodeskade eventuelt påvirker dine fremtidsplaner (biografi) for arbeidssituasjonen din.

Intervjuet vil vare i 45 til 60 minutter, og vil bli foretatt av Kjersti Sagstad som er masterstudent, ergoterapeut og jobbspesialist. Når vi har mottatt ditt samtykke vil hun ta kontakt med deg for å avtale tid og sted for intervjuet.

MULIGE FORDELER OG ULEMPER

Du vil få muligheten til å snakke om dine erfaringer med en fagperson (masterstudent), de samlede erfaringene fra studien vil senere kunne hjelpe andre med milde og moderate hodeskader. Det vil ikke være helseisiko forbundet med studien. Intervjuet vil eventuelt oppleves trettende for noen. Det vil derfor bli lagt inn pauser i intervjuet dersom det er behov for det, og tidspunktet kan tilpasses den enkeltes behov.

HVA SKJER MED INFORMASJONEN OM DEG?

Informasjonen som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte, gjenkjenne opplysninger. En kode knytter deg til dine opplysninger gjennom en navneliste. Kode og navneliste oppbevares separat. Det er kun autorisert personell, knyttet til prosjektet, som har adgang til navnelisten. Det vil ikke være mulig å identifisere deg i resultatene av studien når disse publiseres. Intervjuet vil tas opp på lydfil, som lagres med kode på prosjektets område ved OUS sin forskningsserver. Transkriberte utskrifter av intervjuene vil også lagres på forskningsserveren. Papirutskrifter av intervjuer vil være avidentifisert, og oppbevares nedlåst i skap hvor bare prosjektmedarbeidere har tilgang.

Hvis du sier ja til å delta i utvidelsen av studien, har du rett til å få innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg. Du har videre rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene vi har registrert. Opplysningene blir senest slettet 5 år etter prosjektslutt i hovedprosjektet, som er satt til 30.12.2022.

FRIVILLIG DELTAKELSE

Det er frivillig å delta i studien. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på neste side. Du kan når som helst og uten å oppgi grunn trekke ditt samtykke. Dette vil ikke få konsekvenser for din videre behandling. Dersom du trekker deg fra prosjektet kan du kreve å få slettet innsamlede opplysninger, med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser eller brukt i vitenskapelige publikasjoner. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til prosjektet, kan du kontakte:

PhD/overlege Nada Andelic (prosjektleder), tlf. 22 11 86 87, epost: NADAND@ous-hf.no, eller

Professor i ergoterapi Unni Sveen (hovedveileder), tlf. 67 23 66 15, epost: unnsve@oslomet.no

FORSIKRING

Pasientskadeloven er gjeldene.

GODKJENNING

Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk har vurdert prosjektet, og har gitt forhåndsgodkjenning (saksnummer hos REK sør-øst: 2016/2038)

Som beskrevet ledes prosjektet av Avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering ved Oslo universitetssykehus Ullevål (OUS). OUS har derfor ansvar for å behandle dataene i forskningsprosjektet.

Etter ny personopplysningslov har dataansvarlig og prosjektleder et selvstendig ansvar for å sikre at behandlingen av dine opplysninger har et lovlig grunnlag. Dette prosjektet har rettslig grunnlag i EUs personvernforordning artikkel 6a og artikkel 9 nr. 2 og ditt samtykke.

Du har rett til å klage på behandlingen av dine opplysninger til Datatilsynet

KONTAKTOPPLYSNINGER

Dersom du har spørsmål til prosjektet kan du ta kontakt med:

PhD/overlege Nada Andelic (prosjektleder), tlf. 22 11 86 87, epost: NADAND@ous-hf.no, eller

Professor i ergoterapi Unni Sveen (hovedveileder), tlf. 67 23 66 15, epost: unnsve@oslomet.no

Personvernombudet ved Oslo Universitetssykehus Ullevål: personvern@oslo-universitetssykehus.no

Samtykke for deltakelse i studien

Jeg er villig til å delta i studien

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Bekreftelse på at informasjon er gitt deltakeren i studien

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien

(Signert, rolle i studien, dato)



Region:	Saksbehandler:	Telefon:	Vår dato:	Vår referanse:
REK sør-øst	Elin Evju Sagbakken	22845502	04.01.2019	2016/2038/REK sør-øst

Deres dato:	Deres referanse:
01.01.2019	A

Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser

Nada Hadzic-Andelic
Pb 4950 Nydalen

2016/2038 Traumatisk hodeskade: Kognitiv og arbeidsrettet intervensjonsstudie

Forskningsansvarlig: Oslo Universitetssykehus **Prosjektleder:**
Nada Hadzic-Andelic

Vi viser til søknad om prosjektendring datert 01.01.2019 for ovennevnte forskningsprosjekt. Søknaden er behandlet av leder for REK sør-øst på fullmakt, med hjemmel i helseforskningsloven § 11.

Vurdering

REK har vurdert følgende endringer i prosjektet:

Utvidelse av hovedprosjektet: Utvidelsen av prosjektet har som mål å få kunnskap om og synliggjøre deltakernes opplevelser og erfaringer i prosessen tilbake til eget arbeid etter en mild eller moderat traumatisk hodeskade.

Deltakernes opplevelser og erfaringer tilbake til eget arbeid vil kunne bidra til verdifull kunnskap som vil være nyttig for ytterligere tilrettelegging av arbeidsrettet oppfølging og tilbud for personer med milde og moderate hodeskader.

Prosjektet ledes av Avdeling for fysikalsk medisin og Rehabilitering ved Oslo universitetssykehus Ullevål (OUS). OUS har derfor ansvar for å behandle dataene i forskningsprosjektet.

Masterstudent Kjersti Sagstad er fra NAV og er tilknyttet prosjektet som jobbspesialist. Hennes masteroppgave vil ha fokus på opplevelsen av overgang og biografisk brudd i relasjon til arbeidslivet, etter en mild til moderat TBI som forårsaket en uventet overgang i arbeidslivet.

Deltakerne som rekrutteres har gjennomført intervensjonen som evalueres i hovedprosjektet, det vil si; det kognitive gruppebaserte rehabiliteringsprogrammet ved OUS, og 6 måneders Supported Employment, gitt av jobbspesialister fra NAV.

Deltakerne skal ha begynt tilbakeføring til arbeid og vært i arbeid i minst 1 måned. Deltakere vil bli forespurt om å delta etter avsluttet intervensjon, det vil bety minimum 6 måneder etter inklusjon i hovedstudien.

Komiteens leder har vurdert søknaden og ha ingen innvendinger til de søkte endringer.

Komiteens leder setter i midlertid som vilkår for godkjenning at informasjonsskrivet knyttet til tilleggsstudien revideres i tråd med ny mal på REKs nettsider, slik at informasjonen som gis til deltakerne er

Besøksadresse:
Gullhaugveien 1-3, 0484 Oslo

Telefon: 22845511
E-post: post@helseforskning.etikkom.no
Web: <http://helseforskning.etikkom.no/>

All post og e-post som inngår i saksbehandlingen, bes adressert til REK sør-øst og ikke til enkelte personer

Kindly address all mail and e-mails to the Regional Ethics Committee, REK sør-øst, not to individual staff

forenlig med ny personopplysningslov.

Vedtak

Komiteen godkjenner med hjemmel i helseforskningsloven § 11 annet ledd at prosjektet videreføres i samsvar med det som fremgår av søknaden om prosjektendring under forutsetning av at ovennevnte vilkår oppfylles og i samsvar med de bestemmelser som følger av helseforskningsloven med forskrifter.

Vi gjør samtidig oppmerksom på at etter ny personopplysningslov må det også foreligge et behandlingsgrunnlag etter personvernforordningen. Det må forankres i egen institusjon.

Dersom det skal gjøres ytterligere endringer i prosjektet i forhold til de opplysninger som er gitt i søknaden, må prosjektleder sende ny endringsmelding til REK.

Opplysningene skal oppbevares aidentifisert, dvs. atskilt i en nøkkel- og en datafil. Av dokumentasjonshensyn skal opplysningene oppbevares i 5 år etter prosjektslutt. Opplysningene skal deretter slettes eller anonymiseres.

Prosjektet skal sende sluttmelding til REK, se helseforskningsloven § 12, senest 6 måneder etter at prosjektet er avsluttet.

Klageadgang

Komiteens vedtak kan påklages til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag, jf. helseforskningsloven § 10 tredje ledd og forvaltningsloven § 28. En eventuell klage sendes til REK sør-øst A. Klagefristen er tre uker fra mottak av dette brevet, jf. forvaltningsloven § 29.

Vi ber om at alle henvendelser sendes inn på korrekt skjema via vår portal:

<https://helseforskning.etikkom.no>. Dersom det ikke finnes passende skjema kan henvendelsen rettes på epost til: post@helseforskning.etikkom.no.

Vennligst oppgi vårt referansenummer i korrespondansen.

Med vennlig hilsen

Knut Engedal
Professor dr. med.
Leder

Elin Evju Sagbakken
Seniorrådgiver og komitésekretær

Kopi til: esmeland@rr-research.no; oushfdlgodkjenning@ous-hf.no