

Magnus Langen

Hvordan kan ergoterapeuter bidra til arbeidsrettet rehabilitering for voksne med traumatisk hjerneskade?

Bacheloroppgave i Ergoterapi

Veileder: Linda Stigen

Mai 2019

Magnus Langen

Hvordan kan ergoterapeuter bidra til arbeidsrettet rehabilitering for voksne med traumatisk hjerneskade?

Bacheloroppgave i Ergoterapi
Veileder: Linda Stigen
Mai 2019

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for helsevitenskap i Gjøvik



NTNU

Kunnskap for en bedre verden

FORORD:

Dette prosjektet ble utarbeidet på NTNU Gjøvik. Å skrive bachelor alene har vært spennende og utfordrene. Spennende fordi det ga meg mye kunnskap i et spennende felt for ergoterapi. Utfordrene fordi det krevde høy innsats, spesielt i begynnelsen og i skriveprosessen. Å skrive bachelor alene er ikke noe som anbefales. Selv om det trengs høy innsats, er spennende og lærerrikt. Takk til utdanningen og mulighetene til å kunne utdype meg i ulike og spennende temaer.

Jeg vil rette en stor takk takk til min veileder Linda Stigen for at jeg skal holde mote oppe med god støtte, tilbakemeldinger og hjelp for dette prosjektet. Dettetter takk vil jeg gi en stor takk til medstudentene på NTNU Gjøvik som har vært med på å motivere, komme med innspill, komme med kunnskap og råd til prosjektet. Spesiell takk til Eldar Myrhol, Belinda Støbak og Amund Holtklampen som har gitt meg masse gleder og til å holde motivasjonen oppe. Tilslutt vil jeg gi en stor takk til familie og venner som har vært med på å oppmuntre meg fra første dag.

Gjøvik, 6.mai 2019

Innhold:

Sammendrag	4
Abstract	5
1.0 Innledning.....	6
1.1 Studiens bakgrunn og forskningsspørsmål	6
1.2 Formålet og studiens disposisjon.....	6
1.3 Begrepsavklaring.....	7
2.0 Teori	8
2.1 Traumatisk hjerneskade og arbeidsrettet rehabilitering.....	8
2.2 Brukermedvirkning	8
2.3 Tverrfaglig samarbeid	9
2.4 Ergoterapeuters kjernekompetanse.....	9
2.5 Bakgrunn	10
3.0 Metode.....	11
3.1 Litteraturstudie som metode	11
3.2 Reliabilitet og validitet	13
3.3 Analyse av data	13
3.4 Forskningsetikk	14
4.0 Resultat.....	15
4.1 Trening av kognitive ferdigheter	15
4.1.1 Glasgow Coma Scale.....	15
4.1.2 Kognitiv rehabilitering	15
4.2 Aktivitetstrening.....	16
4.2.1 Modeller	16
4.2.2 Målsetting og trening.....	17
4.2.3 ADL og IADL	17
4.2.4 Jobbtrening	18
4.2.5 Fysisk aktivitet	19
4.3 Nettverk.....	19
4.3.1 Familie og venner	19
4.3.2 Arbeidsgiver	19
4.4 Andre funn.....	20
5.0 Diskusjon.....	20
5.1 Kognitive rehabilitering	20
5.2 Aktivitetstrening.....	21

5.2.1 Modeller	21
5.2.2 Målsetting og trening.....	22
5.2.3 ADL og IADL	23
5.3 Tilbake i arbeid.....	24
5.3.1 Holistisk tilnærming	24
5.3.2 Rutiner	24
5.3.3 Smerter og vansker	24
5.3.4 Motivasjon og selvtillit.....	25
5.4 Fysisk aktivitet	25
5.5 Nettverk	26
5.5.1 Pårørende.....	26
5.6 Andre funn.....	27
5.6.1 Økonomi	27
5.6.2 Teknologi.....	27
5.7 Metodekritikk	28
6.0 Konklusjon	29
7.0 Referanseliste	31
Vedlegg 1: PICO-skjema.....	33
Vedlegg 2: Inklusjons- og eksklusjonskriterier	35
Vedlegg 3: Søkehistorie	35
Vedlegg 4: Sitatsøk-tabell	37
Vedlegg 5: Sammendragstabell.....	38
Vedlegg 6: Kategoritabell	41
Vedlegg 7: Tematabell	43

Sammendrag

Tittel:	Hvordan kan ergoterapeuter bidra til arbeidsrettet rehabilitering for voksne med traumatisk hjerneskade?
Forfatter:	Magnus Langen Kandidatnummer: 473232
Veileder:	Linda Stigen
Nøkkelord:	Traumatisk hjerneskade, Arbeidsrettet rehabilitering, Ergoterapi, Litteraturstudie

Antall ord: 9723	Antall vedlegg: 7	Publiserings avtale: Nei
<p>Bakgrunn: Traumatisk hjerneskade er en skade som oppstår i hjernen som kommer av fysiske påvirkninger. Spesifikk vurdering av personen, arbeidsplassen, omgivelser, utdanning, alder, oppførsel, nevropsykologisk, fysisk og psykisk status, samt støtte fra arbeidsplassen er med på å få klienten tilbake i arbeid.</p> <p>Metode: Metoden som blir brukt for denne oppgaven er en litteraturstudie, hvor det blir brukt en tematisk analyse.</p> <p>Mål: Målet for studien er å finne ut av ergoterapeutens bidrag til arbeidsrettet rehabilitering og traumatisk hjerneskade.</p> <p>Resultat: <u>Trening av kognitive ferdigheter:</u> Kognitive begrensninger varierer fra hukommelsestap, til tap av innsikt og selvtilit. Ergoterapeuter kan hjelpe klienter til å forbedre læring og hukommelse ved å forbedre selvbevisstheten. <u>Aktivitetstrening:</u> Ergoterapeuters bidrag til arbeidsrettet rehabilitering er viktig for at klienten skal komme tilbake i arbeid. Dette form for bruk av modeller (MOOSE, MOHO og CO-OP) for arbeidsrettet rehabilitering. Andre tiltak ble gjort som aktivitet i dagliglivet (ADL) trening, jobbtrening og fysisk aktivitet.</p> <p><u>Nettverk:</u> Støtte av familie og venner er viktige faktorer for å komme tilbake i arbeid. Ved å ha samarbeide med pårørende og arbeidsgiver skal være viktige faktorer for å nå mål og komme tilbake i arbeid. <u>Andre funn:</u> Strukturerede rutiner, fysiske og praktiske ferdigheter er samfunn økonomisk. Teknologi i rehabilitering sammenheng skal forbedre eksekutive funksjoner, metakognitive strategier og hukommelsestrening.</p> <p>Konklusjon: Ergoterapeuten bidrar med bruk av modeller, kognitiv og fysisk trening, samt ulike kartleggingsverktøy. Studiene viser at mange kommer tilbake i jobb, men viser ikke hvilke tiltak som hadde best effekt på å få klienten tilbake til arbeid.</p>		

Abstract

Title:	How can an occupational therapist contribute to vocational rehabilitation for adults with traumatic brain injury?
Author:	Magnus Langen Candidatenummer: 473232
Supervisor:	Linda Stigen
Keywords:	Traumatic brain injury, Vocational rehabilitation, Occupational therapy, systematic literature review

Number of words: 9723	Number of attachment: 7	Publication: No
<p>Background: Traumatic brain injury is damage to the brain caused by physical harm. Specific consideration of the person, workplace, surroundings, education, age, behaviour, neurophysiological, physical and mental status in addition to support from the workplace are important factors to assess when getting back to work.</p> <p>Method: The method used for this thesis is a literature study, where a thematic analysis is used.</p> <p>Goal: The goal for this study is to assess occupational therapist's contribution to work-oriented rehabilitation and rehabilitation of traumatic brain injuries.</p> <p>Results: <u>Training of cognitive skills:</u> Cognitive limitations varies from memory loss to loss of self-knowledge and self-confidence. Occupational therapists can help clients improve their learning and memory by boosting their self-consciousness. <u>Activity Training:</u> Occupational therapist's contribution to vocational rehabilitation is an important factor when a client is trying to get back to work after. Vocational rehabilitation models (MOOSE, MOHO and CO-OP), ADL, job training and physical activity. <u>Network:</u> Support from family and friends are important factors when getting back to work. Coordinating with relatives and employer are important factors in achieving goals and getting back to work. <u>Other findings:</u> Structured routines, physical and practical skills will save money for society. Technology used for rehabilitation purposes improves executive functions, metacognitive strategies and memory training.</p> <p>Conclusion: Occupational therapists contributes with the use of vocational rehabilitation models, cognitive and physical training together with various tools used to asses the brain injury. Studies show that many do successfully get back to work, but they do not show what measures are the most effective when doing so.</p>		

1.0 Innledning

1.1 Studiens bakgrunn og forskningsspørsmål

Traumatisk hjerneskade kan rammes alle, men risikoen varierer i forhold til både kjønn og aldersgruppe. Forekomsten er høyest i en alder av 15-24 år og 75+ år. Traume er fortsatt den største risikoen for død hos personer under 40 år.

Arbidsrolle har stor betydning for personens opplevelse. Arbeid er en viktig og verdifull aktivitet. En del av den ergoterapautiske intervensjon er rettet mot personen med nevrologiske lidelser fastholdes eller integreres på arbeidsmarkedet. Den ergoterapautiske intervensjonen kan inneholde arbeids liggende oppgaver av forskjellige typer, som utvalgte arbeidsprosesser eller deloppgaver, arbeidsrettetplassinnretning, bruk av kompensatoriske hjelpemidler og strategier, gradering gjennom tilpassing av arbeidsrutiner og -oppgaver samt ferdigheter i relasjon til kommunikasjon og samarbeid. Til tross for relativt lav arbeidsledighet i Norge er det mange som sliter med å få seg jobb og å beholde jobben på grunn av redusert arbeidsevne. Personer med varige funksjonsnedsettelse er i større grad enn befolkningen ellers, utenfor arbeidslivet (Bergholt, Jensen og Kristensen, 2015; Jacobsen *et al.*, 2015; Ergoterapeuten, 2017a).

Hensikten med studien er å tilegne kunnskap om hvordan ergoterapeuter kan bidra til arbeidsrettet rehabilitering for voksne mennesker med traumatisk hjerneskade, dermed hvilke tiltak ergoterapeuter kan iverksette. Ut ifra studiene har ergoterapi en viktig rolle for mennesker med traumatisk hjerneskade. Det er derfor et viktig område å få frem i ergoterapeuters rolle i arbeidsrettet rehabilitering.

Forskningsspørsmålet blir som følger: «*Hvordan kan ergoterapeuter bidra til arbeidsrettet rehabilitering for voksne med traumatisk hjerneskade?*»

1.2 Formålet og studiens disposisjon

Formålet med studien er å undersøke hvordan ergoterapeuter kan bidra til arbeidsrettet rehabilitering for mennesker med traumatisk hjerneskade. I denne studien har det blitt valgt å fokusere på voksne fra alderen 16 år eller eldre med traumatisk hjerneskade. Studien vil følge IMRaD struktur og refereringen i Haavard stil. I denne studien har det blitt valgt å skrive om traumatisk hjerneskade i arbeidsrettet rehabilitering sammenheng. Det er et område som forsket mye på ut ifra funn på forskningsartikler. Det er få studier som nevner ergoterapi og konkret hva en ergoterapeuts bidrag til arbeidsrettet rehabiliteringen var. Det finnes ulike ergoterapautiske tiltak som kan igangsettes for en person med traumatisk hjerneskade.

I studien kommer teori om traumatisk hjerneskade, arbeidsrettet rehabilitering, brukermedvirkning, ergoterapeutens kompetanse og bakgrunn av studier. I metodekapittelet beskrives metoden som skal brukes og hvilken analyse metode som blir brukt i studien. Etter fulgt i resultatkapittelet hvor

analysene av valgte studier. Studienes funn og resultater blir drøftet i diskusjonskapittelet. Studien avsluttes med en oppsummering og konklusjon av hva studiene har fortalt.

1.3 Begrepsavklaring

Begrepsavklaringen gjør rede for ord og begreper som blir brukt i studien:

Traumatisk hjerneskade (TBI)	Skade som oppstår i hjernen som kommer av fysiske påvirkninger (Bergholt, Jensen og Kristensen, 2015)
Arbeidsrettet rehabilitering	Gjenopprettingsprosess for god helse hos personer som følge av skade eller sykdom (Burton, Kendall og Waddel, 2008).
Kartleggingsverktøy	Systematisert spørreskjemaer som er hjelpemidler for å sikre innhenting av relevant informasjon (Helsedirektoratet, u.å.-a).
Kognitive vansker	Vansker med konsentrasjon, oppmerksomhet, språk, følelser, erkjennelse og problemløsning (Kristensen og Birkmose, 2015).
Aktivitet i dagliglivet (ADL)	Aktivitet i daglig livet (ADL) er en samlebetegnelse på en rekke ulike hverdagslige, og praktiske aktiviteter (Tuntland, 2011).
Eksekutive funksjoner	Et samlebegrep for kognitive funksjoner som innebærer evnen til problemløsning, planlegging og gjennomføring av oppgaver og regulering av atferd (Kristensen og Birkmose, 2015)
Brukermedvirkning	Brukermedvirkning handler om pasienten/brukeren har rett til å medvirke valg utforming og anvendelse av tilbud, både ved planlegging og gjennomføring (Helsedirektoratet, u.å.-b)
Meningsfull aktivitet	En aktivitet eller en sett av aktiviteter, hvor utøves med en vis konsekvens av regelmessighet som gir struktur, og som tilegnes verdi og mening for enkeltpersonens eller kultur (Polatajko og Townsend, 2013).
Velferdsteknologi	Velferdsteknologi er teknologisk assistanse som bidrar til økt trygghet, sikkerhet, sosial deltagelse, mobilitet og fysisk og kulturell aktivitet, og styrker den enkeltes evne til å klare seg selv i hverdagen til tross for sykdom og sosial, psykisk eller fysisk nedsatt funksjonsevne (Nakrem og Sigurjónsson, 2017).
Tverrfaglig samarbeid	Tverrfaglig samarbeid er flere yrkesgrupper som samarbeider for å ivareta pasient/brukeren (Falk-Kessler, 2014).

Rehabilitering	Rehabilitering er en målrettet og tidsbestemt samarbeidsprosess mellom en borger, pårørende og fagperson (Wæhrens, Winkel og Jørgensen, 2015).
----------------	--

2.0 Teori

2.1 Traumatisk hjerneskade og arbeidsrettet rehabilitering

Traumatisk hjerneskade (Traumatic brain injury - TBI) er en skade som oppstår i hjernen som kommer av fysiske påvirkninger. Den som rammes kan oppleve fysiske, kognitive og/eller psykososiale vansker (Wæhrens og Andersen, 2015). Hos unge voksne er det trafikkulykker som er den mest dominerende årsaken til traumatisk hjerneskade, og fallulykker er ofte den meste dominerende for eldre. Personen kan oppleve betydelige endringer i aktivitet i dagliglivet og i sosial deltakelse som for mange vedvarer i flere år etter skaden. Det finnes tre forskjellige tilstander av hjerneskader: Lett, moderat og alvorlig hjerneskader. De blir klassifisert med *Glasgow Coma Scale* (GCS) skår i den akutte fasen (Lindstad, Andelic og Sveen, 2016). GCS er et skåre-system for vurdering av nevrologisk utfall og bevissthetsnivået til klienten. Systemet er slik at jo lavere tallet er, jo mer alvorlig er skaden. En skår på 12-15 representerer lett skade. En GCS på 13 kan vurderes som lett eller moderat avhengig av klassifikasjonen som benyttes. GCS 9-12 moderat og GCS 3-8 alvorlig skade (Andelic *et al.*, 2008).

I følge Burton, Kendall og Waddel (2008) finnes det ulike definisjoner på arbeidsrettet rehabilitering. I denne studien har det blitt valgt denne definisjonen:

«Arbeidsrettet rehabilitering er en metode som gjør at folk med sykdom eller skade som forstyrrer deres evne til å jobbe, kan returneres til jobb. Det er gjenopprettingsprosessen for god helse hos personer som følge av skade eller sykdom. I sammenheng med dette har rehabilitering som mål å gjenopprette personen til sin optimale arbeidsevne.» (Burton, Kendall og Waddel, 2008, s. 104).

2.2 Brukermedvirkning

Brukermedvirkning handler om pasienten/brukeren har rett til å medvirke valg utforming og anvendelse av tilbud, både ved planlegging og gjennomføring. For at retten til brukermedvirkning skal bli reell, er det avgjørende at pasienten/brukeren får tilstrekkelig og tilpasset informasjon, slik at vedkommende så langt som mulig kan få innsikt i egen helsetilstand. Det er viktig å legge til rette for god kommunikasjon, og helsepersonellet bør forsikre seg om at pasienten har mottatt og forstått den informasjonen som gis. Empowerment

oversettes med «å vinne større makt og kontroll over». Det betyr å kunne påvirke beslutninger som har konsekvenser for helsen, og delta aktivt i arbeidet for et sunnere samfunn lokalt og globalt. Tilpasset informasjon må gis for hver ny fase i behandlingen, og det bør legges opp til at informasjon kan gis i en dialogsituasjon hvor pasienten får stille spørsmål, og komme med innspill og forslag, slik at en opplever en gjensidig forståelse og respekt. Retten til brukermedvirkning er lovfestet og finnes i pasient- og brukerrettighetsloven (Helsedirektoratet, u.å.-b; Mæland, 2016).

2.3 Tverrfaglig samarbeid

Tverrfaglig samarbeid er en samarbeidsform som er brukt i helsesektoren. Rehabilitering krever en samarbeidsform fordi oppgavene er sammensatt og krever ulike syn på situasjonen. Tverrfaglig samarbeid har en betydning for rehabilitering av mennesker med traumatisk hjerneskade. Det er spesielt viktig å være klar over hvilke krav som stilles til medarbeider. Et av det viktigste med et tverrfaglig samarbeid er kommunikasjon med teamet. Presist språk og delening av informasjon er viktig for å videreformidle opplysninger til klienten og pårørende (Wæhrens, Winkel og Jørgensen, 2015).

2.4 Ergoterapeuters kjernekompetanse

Ergoterapeuter er eksperter på meningsfull aktivitet og deltakelse. Ergoterapeuter fremmer aktivitetsutførelse, tilrettelegging av aktiviteter og utvikler inkluderende omgivelser for at flest mulig skal oppleve deltakelse og tilhørighet. Ergoterapeutens rolle for å aktivere den individuelle er å muliggjøre meningsfulle aktiviteter hos klienten. Meningsfulle aktiviteter er meget personlig. Personen skaper meninger og det vises gjennom ytre omgivelser og bidrar til å finne lidenskap, engasjement, samt mening i hverdagen. Ergoterapi fokuserer på premisser om at enkeltpersoners sunnhet og trivsel støttes av deltakelse i kulturelt og personlig meningsfulle aktiviteter. Alle mennesker har behov for meningsfulle aktiviteter for at en person skal kunne engasjere seg. Formålet med ergoterapi er personers deltakelse og inkludering i samfunnet. Ergoterapeuter har kjernekompetanse om aktiviteters påvirkning på helse, identitet og sosialt nettverk. Disse faktorene kan fremme eller hemme mestring av hverdagslivet. Personen, aktivitet og omgivelser står sentralt i ergoterapi. Ergoterapeuters personsentrerte praksis har som mål å myndiggjøre den eller de det gjelder, for å oppnå aktivitet og deltakelse. Utgangspunktet er derfor personers ønsker for aktivitet og deltakelse. Aktiviteter kan være sammensatte og komplekse, som for eksempel å utføre kontorarbeid. Aktiviteter kan forenkles og graderes for å tilpasses den enkelte person eller gruppe. Aktiviteter er et mål, men kan også være et virkemiddel til å bedre sansemotoriske-, kognitive

og kommunikasjonsferdigheter. Omgivelsene kan ha både en fremmende og hemmende virkning for personers aktivitet, deltakelse og inkludering i et samfunn (Ergoterapeuten, 2017a; Polatajko og Townsend, 2013).

2.5 Bakgrunn

Shames *et al.* (2007) sier i sin studie at ergoterapeutens bidrag til rehabiliteringen var testing ved bruk av ulike kartleggingsverktøy som *Rivermead Behavioural Memory Test (RBMT)*, *Rivermead Perceptual Assessment Battery (RPAB)*, og *Assessment of Motor and Process Skills (AMPS)*. Denne studien ble støttet av Stergiou-Kita, Dawson og Rappolt (2011) sin studie om ergoterapeutiske tiltak ved bruk av samme kartleggingsverktøy som var med på å finne ut hvorfor klienten mislyktes med å komme tilbake til arbeid.

Spesifikk vurdering av personen, arbeidsplassen og omgivelsene, utdanning, alder, oppførsel, nevropsykologisk, fysisk og psykisk status, og arbeidsplassens støtte er viktige faktorer å vurdere for å komme tilbake i arbeid. Ergoterapeuten har en viktig rolle med kognitiv trening, opplæring, sosiale evner og kommunikasjons evner. Undervisning av familie og venner samt identifisere og strukturere kommunikasjonsevner er viktig. Utvikle deltakelse i felles aktiviteter og fremme ferdigheter. Dette vil hjelpe klienten med å komme tilbake til deres sosiale liv og samfunnet (Stergiou-Kita, Dawson og Rappolt, 2011).

I Soeker (2016) var det brukt MOOSE modellen av ergoterapeuter i deres rehabiliteringsprogram. Modellen fokuserer på arbeidsrettet rehabilitering for å komme seg tilbake i jobb. Studien sier at modellen skal ha god effekt på at bruker kommer tilbake i arbeid. Bruk av modell i rehabiliteringsforløpet blir støttet av Tyerman (2012) hvor det har blitt brukt modeller for arbeidsrettet rehabilitering, der mer enn halvparten kom tilbake i full jobb. Videre i studien sies det at spesialist hjerneskade programmer har kostnadseffekter. I Elliott, Torrence og DeCristofaro (2011) sin studie skal det være opp imot 72% suksess på å komme tilbake i jobb ved å ha arbeidsrettet rehabilitering. I Tyerman (2012) sies at støttet tilbake i arbeid ved hjelp av en ergoterapeut på et spesialist traumatisk hjerneskade team, var det opp imot 75% av 40 mennesker som kom tilbake i arbeid.

Studiene som har blitt nevnt ovenfor viser det kommer finnes ulike tiltak å gi i arbeidsrettet rehabilitering av ergoterapeuter for voksne med traumatisk hjerneskade. Studiene forteller at ergoterapeuten har et stort fagfelt med et stort spekter av forskjellig tiltak som kan iverksettes.

3.0 Metode

3.1 Litteraturstudie som metode

Metoden som har blitt valgt for å besvare forskningsspørsmålet er systematisk litteraturstudie.

Det vil si en grundig studie av artikler og avhandlinger av høy kvalitet innenfor et tema (Malterud, 2017). Det er visse kriterier som må følges for en slik studie:

- Oppgitt søkestrategi
- Brukte søkeord, databaser og antall treff
- Kvalitetsvurdering av studier
- Metode for analyse og bearbeiding av datainnsamling
- Inklusjons- og eksklusjonskriterier

(Aveyard, 2014; Malterud, 2017)

Valg av metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. I en systematisk litteraturstudie kan det benyttes kvalitative og kvantitative studier. En kvalitativ metode innhenting av data med mange opplysninger om få undersøkelsesenheter hvor hensikten er å gå i dybden på et tema. Kvantitativ metode er å innhente et lite antall opplysninger om mange undersøkelsesenheter, hvor hensikten er å gå i bredden. I denne studien har det blitt valgt kvalitativ metode (Aveyard, 2014; Dalland, 2017).

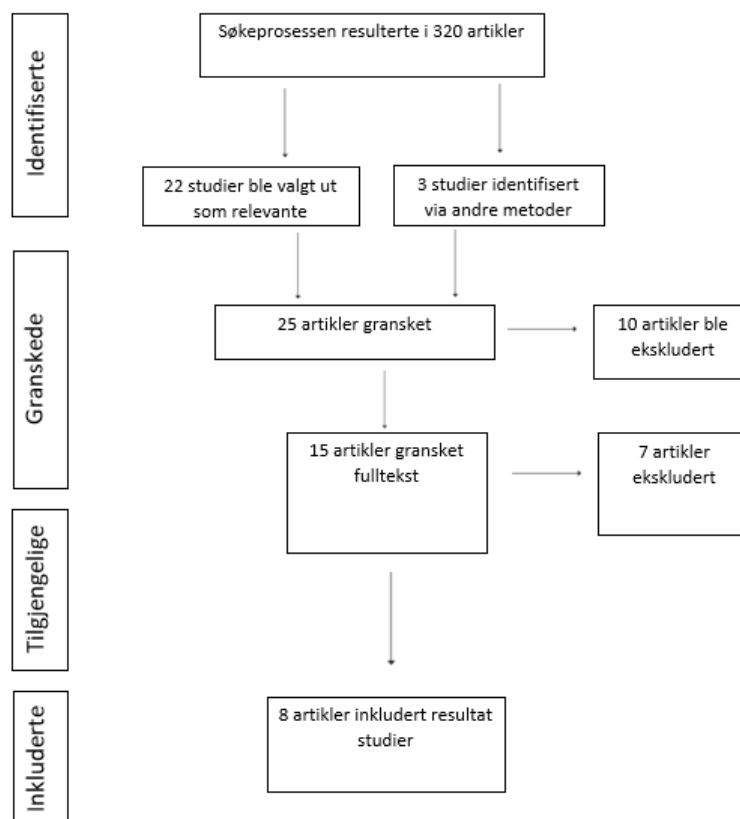
For å finne kunnskapsfeltet om hva ergoterapeuter bidrar med i arbeidsrettet rehabilitering etter TBI, har det blitt søkt på studier i ulike databaser. Det har blitt brukt MEDLINE, CINAHL, Academic Search Complete og EMBASE databaser. Det har også gjort søk i tidsskriftet WORK. De viktigste søkeordene var «occupational therapy», «vocational rehabilitation» og «traumatic brain injury» som ga best treff rettet mot forskningsspørsmålet (Vedlegg 3: Søkehistorie). I den tidlige søkeprosess fasen, ble et stort overordnet søk gjort for å finne kunnskap ergoterapeuters bidrag til rehabilitering på institusjoner, førerkortvurderinger, målsetninger og selvinnsikt. Deretter er det fokusert på studier som handler om arbeidsrettet rehabilitering. Dette ble gjort for å finne kunnskapsfeltet for ergoterapi og hjerneskade.

Det teoretiske rammeverket er det valgt å benytte det sosial-konstruksjonistiske verdensbildet og aktivitetsvitenskap. Det sosial-konstruksjonistiske verdensbildet er en kvalitativ metode hvor teorien baserer seg på mennesker som danner meninger og får opplevelser gjennom verden de lever i. Forskere stiller så åpne spørsmål som mulig for å skape et bredest mulig bilde. I et slikt verdensbilde er forståelsen, flere deltakers meninger, sosial og historisk

konstruksjon og teori generasjon viktig i dette verdensbilde (Creswell, 2009).

Aktivitetsvitenskap er en grunnleggende vitenskap som baserer seg på en rekke allerede eksisterende vitenskapelige disipliner. Den studerer forholdet mellom menneskets helse og aktiviteter, og deres evne til å delta i hverdagsaktivitet (Bukhave og Kristensen, 2015).

Flytdiagrammet PRISMA har blitt brukt i studien for å beskrive prosess for valgte studier. Den skal ha en beskrivelse av søkestrategiens beslutningsprosess i studien (Forsberg og Wengström, 2015). Søkeprosessen startet 03.03.19 og avsluttet 03.04.19 som resulterte 320 artikler (Vedlegg 3: Søkehistorie). Ved bruk av et PICO-skjema gir det en oversikt over hva som skal identifiseres i studien. PICO-skjemaet blir også brukt for å spisse temaet og søkeord (Vedlegg 1: PICO-Skjema). 22 av studiene ble funnet i databaser, hvor 2 studier ble funnet av sitat søk av artikkel (Vedlegg 5: Sitatsøk) og 1 studie via fagperson. 25 artikler ble gransket og 10 ble ekskludert fra studien på grunn av inklusjons- og eksklusjonskriterier (Vedlegg 2: inklusjons- og eksklusjonskriterier), og sjekklister. 15 artikler ble gransket fulltekst grundig og resulterte med 6 artikler til vitenskapelig teorigrunnlag, og 9 studier ble inkludert i analysering. Her er den visuelle fremstillingen av PRISMA flytdiagram:



Figur 1: PRISMA flytdiagram

3.2 Reliabilitet og validitet

Et grunnleggende spørsmål i all forskning er datas pålitelighet. Reliabilitet betyr påliteligheter. Reliabilitet knytter seg til nøyaktigheten av undersøkelsens data, hvilke data som brukes, den måten de samles inn på, og hvordan de bearbeides. Det finnes forskjellige måter å knytte reliabilitet på. En mulighet er å gjenta den samme undersøkelsen på samme gruppe på to forskjellige tidspunkter. Dette betegnes som test-retest-reliabilitet. En annen fremgangsmåte er at flere forskere undersøker samme fenomen. Hvis flere forskere kommer fram til samme resultat, tyder det på høy reliabilitet. (Johannessen, Tufte og Christoffersen, 2016).

I forskningslitteraturen brukes begrepet validitet. Det skiller mellom forskjellige former for validitet, blant annet begrepsvaliditet, intern validitet og ytre validitet. Begrepsvaliditet dreier seg om relasjonen mellom det generelle fenomenet som skal undersøkes, og de konkrete dataene. Hvordan en kan bestemme om indikatorer er valide eller ikke, vil i noen tilfeller være å bruke sunn fornuft. I andre tilfeller er det ikke like lett å avgjøre om indikatorer er valide, og det må gjennomføres systematiske validitetstester. Validitet må ikke oppfattes som noe absolutt, men enkelte kvalitetskrav må være tilnærmet oppfylt. Begrepsvaliditet er et typisk målingsfenomen, som dreier seg om hvorvidt det er samsvar mellom det generelle fenomenet som skal undersøkes, og målingen/operasjonaliseringen. Validitet handler om at en undersøker det en faktisk skal undersøke. (Johannessen, Tufte og Christoffersen, 2016).

3.3 Analyse av data

For å analysere data blir det brukt tematisk syntese som har tre viktige punkter ved å analysere: konsentrere om likheter mellom studiene, redusere mulighetene for å få frem analytiske kontraster, og motsetninger i materiale. Ved bruk av metoden får en oversikt over eksisterende forskning som kan bidra til å svare på forskningsspørsmålet. Det er derfor viktig at kriteriene er oppfylt for at det skal kunne kalles systematisk: Oversikten må ha en oppgitt søkestrategi, oversikten må inneholde klare inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier, og oversikten må ha kvalitetsvurdert de inkluderte studiene og/eller oversiktene (Aveyard, 2014; Malterud, 2017). Ved å ha inklusjons- og eksklusjonskriterier vil det utelukke studier som ikke er relevant i forhold til forskningsspørsmålet. Dette vil hjelpe for å velge riktig studier som kan inkluderes, og studier som kan ekskluderes (Vedlegg 2: inklusjons- og

eksklusjonskriterier). Samtidig vil det hjelpe å holde en strategi på søking av litteratur som er direkte relatert til forskningsspørsmålet (Aveyard, 2014).

For å analysere studiene lages det tabeller som er basert på Aveyard (2014). Først ble en sammendragstabell (Vedlegg 6: Sammendragstabell) laget hvor det deles opp i kategoriene: forfatter, årstall, metode, funn og en kritisk vurdering. Formålet med sammendragstabellen er at den hjelper med å vurdere om studiene som er valgt skal inkluderes i resultatkapittelet, og gi en bedre oversikt over studiene. Den gir også en oversikt av resultatene og skaper en struktur. Når studiene har blitt kritisert, blir en kategoritabell (Vedlegg 7: Kategoritabell) laget for å få en oversikt over ulike kategorier som kommer frem i studiene. 22 kategorier ble funnet i de 8 studiene. Formålet med kategoritabellen er å få oversikt over hvilke studier som omhandler eller handler om samme kategori, som gjør det enklere å vite om studiene er rettet mot forskningsspørsmålet. En tematabell (Vedlegg 8: Tematabell) ble laget for å begrense kategoriene og rette det mot forskningsspørsmålet og ergoterapi. Ved bruk av tematabellen er det med på studiens struktur i resultat og diskusjonskapitelet. Tematabellen viser det blir delt opp i tre hovedkategorier: Trening av kognitive ferdigheter, Aktivitetstrening og Andre funn.

3.4 Forskningsetikk

Forskningsetikk handler om vurdering av forskning i forhold til samfunnets normer og verdier. Vurdering omfatter alle sider ved forskning, fra planlegging av problemstilling til hvilke metoder som brukes, samt hvordan resultatene kan tenkes anvendt og rapporteres. For å unngå plagiering og feilsitering vil refereringen følge retningslinjene til Harvard (Dalland, 2017). Her kommer yrkesetiske retningslinjer for ergoterapi inn som sier noe om: «*ivareta etiske krav og hensyn i sin forskningsvirksomhet*» (Ergoterapeuten, 2017b).

Forskning er av stor betydning – for enkeltmennesker, for samfunnet, og for global utvikling. Forskning er også betydelig en maktfaktor på alle disse nivåene. Av begge grunner er det vesentlig viktig at forskningen foregår på måter som er etisk forsvarlig. I følge De nasjonale forskningsetiske komiteene (2016) for medisin og helsefag, så skal det være 14 retningslinjer. Alle 14 retningslinjene er viktig å tenke over, men særlig retningslinje 7, 8 og 12 kan tenkes å være de viktigste ved forskningen:

7. Redelighet. Forskeren har ansvar for egen forsknings troverdighet. Fabrikking, forfalskning, plagiering og likende alvorlige brudd på god vitenskapelig praksis er ikke forenlig med slik troverdighet.

8. God henvisningsskikk. Forskeren skal følge henvisningsskikk som sikrer krav til etterprøvbarehet og gir grunnlag for videre forskning

12. Samfunnsansvar. Forskere har et selvstendig ansvar for at forskningen vil kunne komme forskningsdeltakere, relevante grupper eller samfunnet til gode, og for å unngå at den gjør skade. Beslutninger om forskning skal ta hensyn til kunnskap om at utvikling av et forskningsfelt kan føre til etisk uakseptable konsekvenser for enkeltmennesker, dyr, samfunn eller miljøet. Det er maktpåliggende at forskeren i offentlige diskusjoner tydelig skiller mellom profesjonelle ekspertkommentarer og personlige meninger og ikke misbruke sin autoritet.

4.0 Resultat

I denne delen beskrives analyse av studiene hvor det blir delt inn i 4 kategorier: trening av kognitive ferdigheter, Aktivitetstrening, Nettverk, og Andre funn.

4.1 Trening av kognitive ferdigheter

4.1.1 Glasgow Coma Scale

Ut ifra tematabellen (Vedlegg 8: Tematabellen) viser den at 5 av studiene har brukt kartleggingsverktøyet *Glasgow Coma Scale* (GCS). Studiene har brukt kartleggingsverktøyet til å finne ut hvor stor skaden er for klienten som har fått traumatisk hjerneskade. De vil derfor finne ut om hjerneskaden er mild, moderat eller en alvorlig hjerneskade for å kunne vite hvilke tiltak som skal iverksettes. Det vil si at det er et viktig kartleggingsverktøy å bruke for å kartlegge klienter med traumatisk hjerneskade (Phillips *et al.*, 2010; Soeker, Rensburg og Travill, 2012; Radford *et al.*, 2013; Stephens, Berryhill og Williamson, 2015; Soeker, 2017).

4.1.2 Kognitiv rehabilitering

Deltakerne refererte ofte til manglende evne til å konsentrere seg i lange perioder, noe som ble erfart på arbeidsplassen. Kognitive begrensninger varierte fra minnetap, til tap av kontakt med virkeligheten, tap av innsikt og selvillit (Soeker, Rensburg og Travill, 2012). Individuer med traumatisk hjerneskade har vansker med å lære og huske på grunn av de sliter med å være aktive deltakere under sin egen rehabiliteringsperiode. Ergoterapeuter skal oppmuntre klienten med traumatisk hjerneskader til å bruke etablerte strategier for å forbedre læring og hukommelse. Musikkbasert terapi skal vise seg å forbedre kognitiv funksjon ved å endre og bearbeide hjernefunksjon (Stephens, Berryhill og Williamson, 2015). Soeker, Rensburg og Travill (2012) sier at klientens tap av funksjoner har ulike innvirkninger på hvordan personen selv føler seg, hjemme, på jobb, og rundt andre mennesker. Klienten får en følelse å «miste

seg selv» i en slik situasjon. I studien har de fokus på klienter med fysiske, kognitive og psykososiale tap av funksjoner, og hvordan det påvirker dem på jobb og i privatlivet.

Det skal sies at å forbedre selvoppmerksomhet er viktig for å forbedre andre kognitive områder. Det er vanligvis en effektiv strategi å gjøre i en rehabiliteringsprosess hvor ergoterapeuten setter mål med klienten for å få en klientfokusert tilnærming. De har funnet ut at det ikke er vellykket å sette kognitive mål for klienten med traumatisk hjerneskade som mangler selvbevissthet. En lovende tilnærming er å bruke en kombinasjon av video og en verbal tilbakemelding for å forbedre selvbevisstheten for klientene uten å utløse følelsesmessige engstelse. Bruk av video/verbal tilbakemelding, gjennomføre en fem trinns basert selvbevissthets prosess, og gruppebaserte økter er bevisst basert intervensjoner som kan påvirke selvbevisstheten til en klient med traumatisk hjerneskade. Bruken av Attention process training (APT) viser seg å bedre oppmerksomheten til klienter med traumatisk hjerneskade ved gradvis å øke oppmerksomhetskravene etterhvert under treningen (Stephens, Berryhill og Williamson, 2015).

En positiv effekt er konstruksjons- og trygghetstrening for å hindre skade. Treningen får klienten tilbake til jobb raskere, og klienten vil få det bedre på arbeidsplassen.

Å gjennomføre treningen alene gir derimot ikke tilstrekkelig innvirkning på helsen i motsetning til å gjøre det med noen. Det sies at det ikke er alle som får slik trening, da det utgjør en risiko for å få skade og sykemelding. Ved å ha konstruksjons- og trygghetstrening får arbeiderens holdninger og oppfatninger mer respekt for arbeidshelse og sikkerhet. For de som hadde problemer med å komme tilbake i jobb hadde kognitive vansker (Sharma *et al.*, 2019).

4.2 Aktivitetstrening

4.2.1 Modeller

I Désiron *et al.* (2011) kommer det frem at ergoterapeutenes bidrag til arbeidsrettet rehabilitering er viktig for å få klienten tilbake i arbeid. Ergoterapeuter brukte en modell kalt Model of Human Occupation (MOHO) som baser seg på arbeidsrettet påvirkninger. MOHO har vist seg å ha en positiv innvirkning på arbeidsrettet tiltak for personer med skader. Det kommer også fram i studien at det er sjeldent er en ergoterapeut innblandet i arbeidsrettet rehabilitering.

I Soeker (2017) en studie fra Sør-Afrika, var det brukt kartleggingsverktøyet *Montreal*

Cognitive Assessment (MOCA) for å avgjøre klientens kognitive funksjon, og *Model of Occupational Self Efficacy* (MOOSE) som er en modell for arbeidsrettet rehabilitering. MOOSE-modellen inneholder fire faser. I trinn 1 og 2 har ergoterapeuten fokus på klientens kognitive og fysiske funksjon og kommunikasjon. I fase 3 og 4 har ergoterapeuten fokus på klientens funksjonelle evner i jobbsammenheng. Bruk av modellen hadde en effekt på 70% som kom tilbake i jobb. Ved å samtidig bruke MOCA, kunne de måle kognitiv effekt av rehabiliteringsperioden. De 30% som ikke kom tilbake i jobb var fordi arbeidsgiveren ikke hadde flere ledige stillinger.

I Stephens, Berryhill og Williamson (2015) var det brukt Cognitive Orientation to Occupational Performance model (CO-OP). Det er en modell som hjelper enkelt personers til å bruke metakognitive strategier for å identifisere sterke og svake kognisjonsområder.

4.2.2 Målsetting og trening

Forbedring av selvbevissthet er viktig for å forbedre andre kognitive utfall. Det er vanligvis en effektiv strategi for terapeuter i en rehabiliteringsprosess å sette mål med klienten for en klient-sentrert tilnærming. Rehabiliteringen skal være klient-sentrert med fokus på arbeidsmål for å minimere produktivitetsnedgangen til klienten og økonomien generelt (Soeker, Rensburg og Travill, 2012; Stephens, Berryhill og Williamson, 2015).

Goal management training (GMT) brukes i en rekke kliniske institusjoner. GMT inneholder en fem-trinns prosess for å identifisere et mål, definere oppgaven for å nå målet, oppfølging og lære trinnene i oppgaven, samt utføre oppgaven, og deretter vurdere om oppgaven ble fullført korrekt eller ikke. I studien foreslår forfatteren bruk av GMT som feilfri læring. Feilfri læring oppstår når en terapeut veileder deltaker gjennom de ovennevnte trinnene, og gir hint og hjelp for å hindre feil eller gjetting. Ergoterapeuter kan forbedre eksekutive funksjoner, inkludert bruk av metakognitive strategier ved bruk av GMT (Stephens, Berryhill og Williamson, 2015).

4.2.3 ADL og IADL

Ifølge Phillips *et al.* (2010) sin tabell var ergoterapeutens fokus aktiviteter i dagliglivet (activities of daily living - ADL). Det inkluderte å kle på seg og ordne seg på badet som viktige aktiviteter. Ergoterapeutens rolle i forhold til ADL-trening blir støttet av Soeker (2017) som i sin studie sier at ergoterapeutiske intervensjoner av en ergoterapeut for fokuset er på funksjonelle ferdigheter ved bruk av ADL. Her vil ergoterapeutens fokus være blant annet hukommelse og kognitiv funksjon. En slik trening vil være med å forbedre klientens omgivelser og rutiner.

I Phillips *et al.* (2010) gjorde ergoterapeuten IADL (Instrumental activities of daily living – IADL) trening oppgaver som var å lage seg mat og drikke, hjemmearbeid, økonomi oversikt, handle, bruk av telefon, lage avtaler og fritidsaktiviteter. Stephens, Berryhill og Williamson (2015) sin studie ble IADL-trening gjort for å forbedre oppmerksomheten for klienten. Ved først å sette mål, og deretter arbeidsoppgave løsning, forberede klienten på utfordringer, og hvor mye støtte klienten trenger for å lykkes.

Personer som sliter med traumatisk hjerneskade har ofte vansker med fremtidshukommelsen, som å huske hvordan å utføre aktiviteter på en bestemt måte. Fremtidshukommelsen vil vises i ADL-treningen (Stephens, Berryhill og Williamson, 2015). I Soeker, Rensburg og Travill (2012) viste resultatene at 29% hadde oppfattet å ha dårlig psykososial helse. Personer som hadde vanskeligheter med ADL ferdigheter hadde større sannsynlighet for ha dårlig psykososial helse.

4.2.4 Jobbtrening

Ifølge Radford *et al.* (2013) sier de i sin studie at ved å hjelpe deltakerne til å etablere rutiner med å gradvis øke aktivitetsnivå, er det mulig å utvikle ferdigheter som er nødvendige for arbeid, som kan være for eksempel bruk av datamaskiner for å øke konsentrasjonen, gå daglige turer for å øke fysisk utholdenhet, eller matlaging for å øve på multi-tasking.

Returnere tilbake i et arbeidsprogram beskrives normalt i tre faser: strategier for å hjelpe dagliglivet, veiledning i arbeidslivet og støtte for vedlikehold av arbeid. I studien fant de ut at det hadde blitt gjort en internasjonal utdanningsprogramstudie for kognitiv tilnærming, hvor av 94 deltakere deltok, var det 63% som kom tilbake i arbeid (Soeker, Rensburg og Travill, 2012). I Colantonio *et al.* (2016) konkluderer med at det burde være et arbeidsrettet program som fokuserer på suksessen med å komme tilbake i arbeid. En annen viktig faktor er klientens motivasjon og selvsikkerhet som har en sammenheng med å komme tilbake til jobb.

Kognitive faktorer som å tenke, konsentrere seg, nevropsykologiske faktorer som smerter, hodepine og trøtthet, var hovedfaktorene som gjorde at klienten ikke kom tilbake i jobb.

Ved å ha et arbeidsrelatert program for klienten med kognitive faktorer, vil det være større sannsynlighet for å lykkes med å komme tilbake i arbeid. Désiron *et al.* (2011) sin litteraturstudie, gir tilstrekkelig bevis for at rehabiliteringsprogram som inkluderer ergoterapeuter har effekt for å bidra tilbake i arbeid. I sin studie ser de at det er bevist at arbeidsrettet rehabilitering ved bruk av ergoterapeut hjelper, men ingen av funnene konkretiserte hva som ga best effekt i programmet. Holistisk tilnærming vil øke suksessen med å returnere tilbake i arbeid med 25% ifølge Désiron *et al.* (2011). Denne studien blir

støttet av Soeker, Rensburg og Travill (2012) som i sin studie fant at ved å ha holistisk kognitiv program, hvor 94 deltok, var det 63% som kunne delta tilbake i arbeid. Holistisk arbeidsprogram beskrives normalt i tre faser: strategier for hjelp i dagliglivet, veiledning i arbeidslivet og støtte for vedlikehold av arbeidet. I følge Stephens, Berryhill og Williamson (2015) skal kognitiv forberedning være den viktigste for holistisk faktor.

4.2.5 Fysisk aktivitet

I Soeker, Rensburg og Travill (2012) sin studie kom det frem at de fysiske tapene ofte påvirket den individuelle evnen til å engasjere seg i arbeid som selvomsorg, fritidsaktiviteter og arbeidsaktiviteter. De fysiske begrensningene varierte fra manglende evne til å gå, selvomsorg, delta i fritidsaktiviteter og jobbaktiviteter. I Radford *et al.* (2013) var gå-trening viktig for å kunne trene den fysiske kognisjonen.

4.3 Nettverk

4.3.1 Familie og venner

Mennesker med traumatisk hjerneskade kan slite med å gjenkjenne ansikter, som påvirker evnen til et sosialt liv (Stephens, Berryhill og Williamson, 2015). Kontakt med klienten og klientens pårørende er viktig når ergoterapeuten skal oppnå rehabiliteringsmål. Informere venner og pårørende om traumatisk hjerneskade og dens innvirkning på arbeid eller utdanning, slik at pårørende får en forståelse av klientens situasjon. Det er derfor viktig å finne akseptable strategier for å redusere innvirkningen av skaden (Radford *et al.*, 2013). Colantonio *et al.* (2016) sin studie sier viktige faktorer som hjalp klienten tilbake i arbeid var støtte fra familie og venner. Støtte fra familie og venner gjør at klienten stresser mindre og skal også være en stor og viktig faktor for å komme tilbake i arbeid.

4.3.2 Arbeidsgiver

Et funn i Radford *et al.* (2013) var at en forbindelse med arbeidsgiver er viktig for å gi råd om virkningen av traumatisk hjerneskade, planlegge og strukturere tilbake i arbeid for klienten. Studien blir støttet av Colantonio *et al.* (2016) som sier i sin studie at støtte av helsepersonell, arbeidsrettet tilpasning, samarbeid med arbeidsgiver, gradvis tilbake til arbeid og er viktige faktorer for å komme tilbake i jobb.

4.4 Andre funn

I Radford *et al.* (2013) hadde ergoterapeutene fokuset på strukturerte rutiner, fysiske og praktiske ferdigheter ut ifra klientens tilstand og ønsker. Ergoterapeutenes arbeidsrettede rehabiliteringstiltak er basert på yrkesetiske retningslinjer og 10 års erfaring med traumatisk hjerneskade. Tiltakene sparte samfunnet økonomisk og fikk klienten raskt - og værende i jobb.

Assistive technology (AT) kan forbedre daglige gjøremål som trening og utdanning for mennesker som har traumatisk hjerneskade. Det er viktig å merke seg at hverdagsteknologi kan være vanskelig for de med traumatisk hjerneskade, selv den teknologien de har brukt før. Det er viktig at ergoterapeuter tar dette problemet med klienten når det gjelder ny og gammel teknologi.

For å forbedre eksekutive funksjoner kan bruk av matakognitive strategier, hukommelsestrening, og Virtual Reality (VR) trening brukes for å forberede dem på å bli reintegrert i samfunnet (Stephens, Berryhill og Williamson, 2015).

5.0 Diskusjon

Resultat av studiene viser at det finnes ulike tiltak som kan iverksettes når det gjelder arbeidsrettet rehabilitering for voksne med traumatisk hjerneskade. Forskningsspørsmålet som er nevnt tidligere «*Hvordan kan ergoterapeuter bidra til arbeidsrettet rehabilitering for voksne med traumatisk hjerneskade?*» blitt gitt svar på gjennom funnene. Funnene vil bli knyttet opp mot hverandre og drøftet i denne delen av studien.

5.1 Kognitive rehabilitering

Fra studiene viser det at 5 av 8 studier har nevnt bruk av GCS. I studiene blir den brukt som ett viktig redskap for å finne ut hvor stor hjerneskaden er. GCS er med på vurdering av bevissthetsnivået og for å gi en diagnose av klienten. Kartleggingsverktøyet er derfor viktig å bruke for identifisere klientens skade (Wæhrens og Andersen, 2015).

Kognitive vansker som å konsentrere seg i lengere perioder, skaper vansker på arbeidsplassen. Musikkbasert terapi skal vise seg å ha en kognitiv innvirkning på kognitive funksjoner. Å ha kognitive begrensinger som fra tap av hukommelse, miste kontakt med virkeligheten, oppmerksomhetsvansker samt tap av innsikt og selvtillit, gjør det vanskelig å komme tilbake i arbeid. Det er derfor viktig å etablere gode strategier for å forbedre læring og hukommelse (Soeker, Rensburg og Travill, 2012; Stephens, Berryhill og Williamson, 2015). Kognitiv

trening vil derfor være en viktig rolle for å komme tilbake i arbeid. Kognitiv trening defineres som guidet øvelse i en oppgavesammenheng, hvor det retter seg mot spesifikke områder som hukommelse, språk, oppmerksomhet eller eksekutive funksjoner (Sørensen og Johannsen, 2015). Konsentrasjons- og oppmerksomhetsvansker blir ofte oversett, særlig hvis person har motoriske eller andre kognitive vansker. Tegn på oppmerksomhetsproblemer er når klienten står i aktivitet, hvor det ikke er naturlig å pause, og det blir mange og lange pauser i arbeidet. Ved å ha lange pauser og unaturlig stopp i en aktivitet gjør at klienten ikke kan gjennomføre sine arbeidsoppgaver (Kristensen og Birkmose, 2015; Kristensen og Nielsen, 2011).

Bruk av Attention process training (ATP) hjelper med å bedre oppmerksomheten ved at ATP øker kravene under trening, og ved å gi verbal tilbakemelding underveis øker selvbevisstheten. Trening med klienten har større effekt på trening, enn at klienten trener alene (Stephens, Berryhill og Williamson, 2015; Sharma *et al.*, 2019). Når klienten står alene med ansvar for selvtrening, kan klienten risikere å ikke oppnå ønskende rehabiliteringsresultater, ferdigheter og førlighet. Det vil påvirke klienten negativt.

Selvtreningen bør ses som et supplement til den egentlige gjenopptreningen i gjenopptreningsforløpet. Terapeuten må nøye vurdere om klienten er villig til å samarbeide til et selvtreningsprogram. Vurdering burde bli tatt ut ifra klientens kognitive funksjon (Tibæk, Zeeman og Mortensen, 2015).

5.2 Aktivitetstrening

5.2.1 Modeller

Bruken av modeller skal ha en god og positiv effekt på klientens arbeidsprosess tilbake i arbeid (Désiron *et al.*, 2011; Stephens, Berryhill og Williamson, 2015; Soeker, 2017). Bruken av MOHO i arbeidsrettet påvirkninger skal ha en positiv innvirkning på klienten (Désiron *et al.*, 2011). MOHO består av seks trinn: Trinn 1: Utvikling av spørsmål til å styre innsamlingen av opplysninger, Trinn 2: Innsamling av opplysninger om eller med klienten, Trinn 3: Skapelse av en begrepsmessig forståelse av klienten, som omfatter både de sterke sider og utfordringer, Trinn 4: identifikasjon av målsettinger og planer for klientens engasjement og for ergoterapeutiske strategier, Trinn 5: Iverksette og revisjon av terapien, Trinn 6: Innsamling av opplysninger til vurdering av resultater. Modellen fokuserer på mennesket i sin helhet i aktivitet. I denne sammenhengen vil fokuset være å få voksne med traumatisk hjerneskade tilbake til arbeid. Å ha modellen i tankene vil hjelpe ergoterapeuten til å identifisere klienten behov og tiltak (Kielhofner, 2015).

Ved å bruke en kombinasjon av MOCA og bruk av MOOSE viste det seg i Soeker (2017) sin studie at 70% av klientene kom tilbake i arbeid. Grunnen til at så mange kom tilbake i jobb kan være på grunn av at modellen fokuserer på både kognitive og fysiske funksjoner. Ved hjelp av MOCA går det an å finne ut hva slags kognitive funksjon som klienten trenger å trene på.

MOOSE fokuserer også på jobb sammenhengende ferdigheter også, noe som gjør klienten mer bevisst og klar til å komme tilbake i arbeid. MOOSE-modellen inneholder fire trinn: Trinn 1: En sterk personlig tro på funksjonelle ferdigheter, Trinn 2: Bruk av selvtillit, Trinn 3: Kompetanse gjennom arbeidsmessig engasjement, Trinn 4: Egen vurdering. Modellen fokuserer direkte på arbeidsrettet rehabilitering hvor ergoterapeut og klienten selv har en rolle (Soeker, 2016).

CO-OP modellen hjelper med å identifisere de svake og sterke kognisjons områder. Ved bruk av CO-OP modellen kan det være enklere å sette bevisste mål for hva klienten skal trene eller bli bedre på når det gjelder kognisjonstrening. Modellen går ut på at klienten selv skal se sine svake og sterke sider (Stephens, Berryhill og Williamson, 2015). Dette kan være en positiv og negativ faktor. Å se sine sterke sider kan skape motivasjon og selvsikkerhet for klienten. Dermed kan utførelsen av rehabilitering ha en effekt. Svake sider med modellen er at den kan skape nedsatt selvtillit og motivasjon som gjør utførelsen av rehabilitering negativt dårligere. Det kan dermed sies at det kan også skape en motivasjon for klienten når klienten vet sitt eget ståsted. Om klienten blir positivt eller negativt påvirket er ulikt fra person til person.

Modellene som er nevnt ovenfor, har mange likhetstrekk som International Klassifikasjon av Funksjonsevne, Funksjonsevnenedsettelse og Helbredstilstand (ICF). ICF-modellen er en grafisk fremstilling av det dynamiske forholdet mellom en persons funksjonsevne, funksjonsevnenedsettelse og kontekstuelle faktorer. ICF fokuserer på en sunn menneskelig funksjonsevne sett fra en ergoterapeutisk synsvinkel som skal inneholde betydningsfulle aktiviteter. ICF kan også sammenlignes med CMOP-E modellen (Polatajko og Townsend, 2013). Tyerman (2012) sier i sin studie at ved bruk av modeller for arbeidsrettet rehabilitering, kommer mer enn halvparten tilbake i full og i værende jobb. Det kan derfor sies at bruk av modeller i arbeidsrettet rehabilitering skal ha en positiv effekt på klienten i praksis.

5.2.2 Målsetting og trening

Ved å sette mål sammen med klienten, og gi veiledning og støtte underveis, er en viktig og effektiv strategi for terapeut og klient til å lykkes i rehabilitering sammenheng (Soeker,

Rensburg og Travill, 2012; Stephens, Berryhill og Williamson, 2015). Stephens, Berryhill og Williamson (2015) sier ved bruk av GMT viser det at det blir enklere å nå målet og feilfri trening. GMT skal forbedre eksekutive funksjoner, og ved å fokusere på dette i arbeidssammenheng, kan det øke muligheten for å komme tilbake i jobb ved bruk av GMT. GMT sies derfor å ha en god effekt i praksis.

For at rehabiliteringen skal ha en suksess fra klientens synsvinkel, er det viktig at klienten er aktivt involvert i å sette mål for rehabiliteringen. Klienten og et tverrfaglig team samarbeider for å sette mål for rehabiliteringsperioden. Målsetting hjelper for klientens motivasjon og for pårørende. Ikke minst så hjelper det tverrfaglige teamet til å fokusere på klientens behov. For at hvert delmål skal være bra, burde målene være SMART: spesifikke, målbare, akseptabelt, realistiske og tidsbegrenset. Dette er viktig for å nå måloppnåelse (Lundkvist og Fredriksen, 2015).

Ved å jobbe tverrfaglig gir flere synspunkter på situasjonen fra forskjellige faggruppers perspektiver med ulik kompetanse. Det er viktig å dele informasjon slik at alle faggrupper har den samme kunnskapen om klienten. Opplysninger vil være viktig for å kunne gi best mulig profesjonell hjelp fra andre tverrprofesjonelle yrker (Falk-Kessler, 2014). I Tyerman (2012) sies at ved støtte tilbake i arbeid ved hjelp av en ergoterapeut på et spesialist traumatisk hjerneskade team, var det opp imot 75% av 40 mennesker som kom tilbake i arbeid. Tverrfaglig samarbeid står sentralt i yrkesetiske retningslinje for ergoterapi som sier «*fremmer samarbeid med kolleger og andre samarbeidspartnere.*» (Ergoterapeuten, 2017b). Viktigheten av ergoterapeuter på et tverrfaglig team i arbeidsrettet rehabilitering sies som en viktig og betydningsfull rolle.

5.2.3 ADL og IADL

Å utføre ADL-oppgaver stiller krav til det fysiske, kognitive og psykososiale funksjoner (Wæhrens og Andersen, 2015). Ved å ha ADL-trening vil det hjelpe klienten med å forberede klientens omgivelser og rutiner. Det å kunne ha gode rutiner hjelper klienten med å huske bedre (Phillips *et al.*, 2010). Det å ha gode rutiner gjør at rutinene blir automatiske bevegelser. For eksempel å gå til badet etter å ha stått opp fra sengen. Ved å ha vansker med ADL-ferdigheter, er det stor sannsynlighet at det påvirker de psykososiale ferdighetene sier Soeker, Rensburg og Travill (2012). Grunnen til dette kan være fordi psykososiale er sinnets evne til bevisst eller ubevisst, og må derfor justere kroppen til det sosiale miljøet (Schell *et al.*, 2014, s. 1240).

IADL er oppgaver som er avgjørende for å kunne leve uavhengig. For eksempel å lage mat eller handle (Stephens, Berryhill og Williamson, 2015). Trening av IADL-oppgaver har et stort

ergoterapeutisk fokus i rehabiliteringsforløpet, særlig etter utskrivelse av sykehuset. Konkret tenkning og nedsatt fleksibilitet viser seg i ADL-situasjon hvor klienten har vansker med å overføre en situasjon til en annen. ADL viser klientens styrker og svakheter (Jacobsen *et al.*, 2015; Kristensen og Nielsen, 2011).

I realiteten vil de fleste ADL-instrumentene inneholde de samme aktivitetene uansett hvilken person det anvendes på. Ulempen med å bruke egenproduserte skjemaer er at de ikke er standardiserte og vitenskapelige utprøvd med tanke på reliabilitet og validitet. Det anbefales derfor å bruke anerkjente, veletablerte ADL-instrumenter (Tuntland, 2011).

5.3 Tilbake i arbeid

5.3.1 Holistisk tilnærming

Det å ha holistisk tilnærming skal ha en positiv effekt med å komme tilbake i arbeid (Désiron *et al.*, 2011; Soeker, Rensburg og Travill, 2012; Stephens, Berryhill og Williamson, 2015). Ergoterapeuter har en unik styrke når det gjelder holistisk tilnærming for personen. Det handler om å se og forstå personens bakgrunn og skjønne personens behov og ønsker (Lysack og Adamo, 2014). Når alt kommer til alt kan motivasjonen for en oppgave påvirke omfanget av den fysiske innsatsen hvor det blir tildelt en oppgave. Den fysiske funksjonsnedsettelsen kan dempe lysten til å gjennomføre. MOHO-begrepene forsøker for å unngå å dele mennesker inn i avskilte fysiske og mentale grupperinger (Kielhofner, 2015).

5.3.2 Rutiner

Å etablere rutiner til arbeid er viktig for å kunne huske ulike oppgaver bedre (Radford *et al.*, 2013). Rutiner gir struktur på forutsetninger i livet. Noen omgivelser krever en fast rutine hvor det krever et spesifikt handlemønster. Rutiner og vaner hjelper med å holde et fast aktivitetsmønster. Personens hverdagsliv definerer aktivitetsmønsteret (Kielhofner, 2015). Ved gradvis å øke aktivitetsnivå vil være hensiktsmessig for å gjøre klientens funksjon bedre. Den ergoterapeutiske intervensjonen tar utgangspunkt i en analyse av personens mål og forutsetninger for å utføre arbeidsoppgaver samt av omgivelsenes muligheter og begrensninger slik at oppgaven kan tilpasses personens akutte utviklingsmuligheter. Ergoterapeuten finner en riktig balanse mellom personens ressurser og arbeidsoppgaver, slik at personen kan lære seg nye hensiktsmessige kompensatoriske strategier og teknikker for å utføre arbeidsoppgaver eller arbeidsfunksjoner (Jacobsen *et al.*, 2015).

5.3.3 Smerter og vansker

Å ha smerter som hodepine, konsentrasjonsvansker er faktorer som gjør at klienten ikke kommer tilbake i arbeid (Colantonio *et al.*, 2016). Dette påvirker klienten på en slik måte at

personen sliter seg ut og dermed mister motivasjonen til å dra på jobb på grunn av utmattelse. Hvis klienten går på jobb og er utslitt etter jobb, vil ikke klienten orke å gjøre noen meningsfulle aktiviteter som betyr noe for han. For eksempel fritidsaktivitet eller å være sosial med familien. Et arbeidsrelatert program for klienten vil hjelpe med å oppnå en balanse mellom hvor mye klienten kan gjøre på jobb. En balanse er derfor viktig for å kunne forebygge overbelastning. Gradering av arbeidets oppgaver skal derfor være viktig. En annen ting som er viktig å bemerke er at det er tidskrevende og krever langvarig oppfølging. Det er også avgjørende om arbeidets betydning blir positivt fremmet for personen. For at arbeidet skal være støttende i forhold til selvoppfattelse, identitet og utvikling, må det være en balanse mellom arbeidskrav og personens fysiske, sosiale, intellektuelle og emosjonelle kapasitet (Jacobsen *et al.*, 2015).

5.3.4 Motivasjon og selvtillit

Det at klienten er tilfreds med egen jobbsituasjon har en positiv innvirkning på motivasjonen til å komme seg tilbake i jobb etter traumatisk hjerneskade. Motivasjon og det ha troen på seg selv, at en skal klare det, har en sterk tilknytning til hverandre og er med å påvirke rehabiliteringsprosessen. Motivasjon og aktiv deltakelse er avgjørende forutsetninger for at klienten oppnår et godt resultat i rehabiliteringen (Colantonio *et al.*, 2016).

Arbeid er en viktig og betydningsfull aktivitet for noen. Arbeidet hjelper ikke bare enkeltpersonen, men også familie, arbeidsgivere, venner og samfunnet. For personen som rammes mistes det tidsrutiner, kontakt med kollegaer og selvrealisering. Prosessen ved å komme tilbake på jobb kan ha stor positiv betydning for opplevelsen av subjektivt velvære og livskvalitet. Manglende arbeidsdeltakelse betyr mye for mange, og en følelse av nedsatt selvtillit kan oppstå (Wæhrens og Andersen, 2015). En metode som brukes for å motivere klienter er å anvende motiverende intervju (MI). Dette er en samtalemetode hvor klienten blir oppfordret til å overtale seg selv til å bestemme endring og dermed finne en vei til ønsket endring. Motiverende samtale er en effektiv og empatisk metode for motivasjon og mestring. Det øker sannsynligheten for endring og god relasjon mellom terapeut og bruker. I tillegg er det et viktig verktøy, ettersom terapeuten fremstår som lyttende, respekt- og forståelsesfull, samt støttende og være til rådighet når det er behov (Helsedirektoratet, 2017; Kristensen og Nielsen, 2011).

5.4 Fysisk aktivitet

I de fleste studiene er det lite fokus på fysisk trening av klienten. Det blir nevnt fysisk trening i MOOSE modellen, og i Soeker, Rensburg og Travill (2012) hvor de fysiske tapene påvirker

klientens evne til å engasjere seg i arbeid som selvomsorg, fritidsaktiviteter og jobbaktiviteter. En nedsatt og hemmet funksjonsevne hos nevrologiske klienter medfører ofte til kondisjons- og utholdenhets svekkelse. Det får en innflytelse på klientens fysiske som kognitive formål (Kristensen og Birkmose, 2015). Det å kunne gjøre de mest meningsfulle aktivitetene gjør noe med klienten, som tidligere nevnt i denne studien. Noen studier nevner kort om fysisk aktivitet, men blir ikke utdypet mer om. Grunnen til dette kan være fordi det er en mer fysioterapeutisk oppgave. Fysioterapeutens primære oppgave under rehabiliteringsforløpet for traumatisk hjerneskade er vurdering og behandling av kroppsfunksjoner og bevegelsesaktivitet. Ergoterapeuten sin primær oppgave er å gjøre det mulig for klienten til å delta i meningsfulle aktiviteter igjen (Bergholt, Jensen og Kristensen, 2015).

5.5 Nettverk

5.5.1 Pårørende

Uansett tilstand sier studiene at de nærmeste har en stor innvirkning på klientens motivasjon og utførelse. Å få støtte av klientens nærmeste påvirker motivasjonen og medfører mindre stress for personen viser studiene. Pårørende og klientens nærmeste har en viktig rolle for at personen skal komme tilbake i jobb (Radford *et al.*, 2013; Stephens, Berryhill og Williamson, 2015; Colantonio *et al.*, 2016). I startfasen har pårørende behov for å vite hva hjerneskade er og hvordan rehabiliteringsprosessen foregår. Behovet for å vite hva hjerneskaden kommer til å bety for den som rammes sitt funksjonsnivå, og hvilke betydninger det vil få for deres familie og livssituasjon. Pårørende må forstå hva konsekvensene er for den rammede ved å la pårørende danne seg et bilde av hvordan rehabiliteringsforløpet skal foregå, og hva slags tidsperspektiv de skal forholde seg til. Undervisningsprogram eller kurs i grupper med andre pårørende kan gi nyttig informasjon og samtidig hjelpe til en bedre forståelse. Et godt pårørendesamarbeid kjennetegnes ved at den pårørende ser at den rammede utvikler nye måter å leve på, klarer å se framover, lage nye planer for livet, og leve det forandrede livet (Norup, Greve og Larsen, 2015).

I følge Norges lov om pasient- og brukerrettighetsloven § 3-3. *Informasjon til pasientens eller brukerens nærmeste pårørende: «Dersom pasienten eller brukeren samtykker til det eller forholdene tilsier det, skal pasientens eller brukerens nærmeste pårørende ha informasjon om pasientens eller brukerens helsetilstand og den helsehjelp som ytes»* (Lovdata, 2018a).

5.5.2 Arbeidsgiver og kollegaer

Støtte av helsepersonell, arbeidsrettet tilpasning, samarbeid med arbeidsgiver og gradvis

tilbake til arbeid er viktige faktorer for å komme tilbake i jobb (Radford *et al.*, 2013; Colantonio *et al.*, 2016). Å informere kollegaer og samarbeide med arbeidsgiver har også en betydning når det er snakk om å komme tilbake i arbeid. Et samarbeid og informasjon om klientens sykdom er viktig for å forstå personen sin situasjon. Det er viktig at leder og nærmeste kolleger får informasjon om personens hjerneskade, og hvordan kollegaen er på jobben, slik at personen får den rette støtten og ikke møtes av andres forestillinger og fordommer omkring handicapet (Wæhrens og Andersen, 2015). I følge helsepersonelloven i Norge § 28. *Opplysninger til arbeidsgiver: «Departementet kan gi forskrift om adgangen til å gi opplysninger om en arbeidstakers helseforhold videre til arbeidsgiveren, i den grad opplysningene gjelder arbeidstakerens skikkethet til et bestemt arbeid eller oppdrag»* (Lovdata, 2018b).

5.6 Andre funn

5.6.1 Økonomi

Tiltakene til Radford *et al.* (2013) sparte samfunnet økonomisk. Årsaken kan være ergoterapeutens kompetanse på 10 år om traumatisk hjerneskade. Ved å ha lang erfaring om en spesifikk skade kan det muligens være lettere å gjøre mer effektive tiltak enn en ergoterapeut med lite erfaringer. Derfor kan det belaste samfunnet mer økonomisk. Tyerman (2012) sier at spesialist hjerneskade program viser seg å ha kostnadseffekter.

5.6.2 Teknologi

Stephens, Berryhill og Williamson (2015) sier det er viktig å bemerke seg at hverdagsteknologi kan være vanskelig for mennesker med traumatisk hjerneskade, selv den teknologien de har brukt før. Det er viktig at ergoterapeuten og klienten tar problemet sammen når det gjelder ny og gammel teknologi.

Bruk av teknologi i rehabilitering har sine positive og negative sider. Teknologi kan bidra til at klienten blir mer selvstendige og uavhengige av andre, uansett hvilket utgangspunkt personen har. Teknologien kan føre til at klienten blir tryggere, oppleve større sikkerhet, og få økt livskvalitet. Velferdsteknologi kan også skape utfordringer, utrygghet, usikkerhet og problemer. Det er klient selv som må avgjøre om hvilke teknologien som gir økt selvstendigheten og gjør hverdagen enklere. I noen tilfeller sammen med ergoterapeut ut i fra kognitiv funksjon (Nakrem og Sigurjónsson, 2017). Velferdsteknologi defineres slik:

«Med velferdsteknologi menes først og fremst teknologisk assistanse som bidrar til økt trygghet, sikkerhet, sosial deltagelse, mobilitet og fysisk og kulturell aktivitet, og styrker den

enkeltes evne til å klare seg selv i hverdagen til tross for sykdom og sosial, psykisk eller fysisk nedsatt funksjonsevne.» (Nakrem og Sigurjónsson, 2017, s. 18)

5.7 Metodekritikk

Ved bruk av litteraturstudie som metode er det viktig med kritisk vurdering av artiklene med hensyn til kvalitet og resultat. Alle forskningsartikler er på engelsk og må oversettes fra engelsk til norsk. Det kan føre til misforståelser på grunn av feiltolkninger og at viktige poeng og funn fra studien ikke blir oppdaget. En annen fare med bruk av denne metoden er feilsitering av studier. Dette er en tydelig svakhet ved å bruke denne litteraturstudie.

Studiene og funnene har blitt gjort i andre land enn Norge, og er kanskje ikke like relevante i norsk helsevesen. Norge har et eget helsesystem hvor norske statsborgere betaler for helsetjenester via skatt, og derfor bare betaler en liten egenandel ved behandling. Andre land kan derfor ha et annet helsesystem som har andre lover og regler som gjør at tiltakene som blir gjort kan være forskjellige fra tiltakene i Norge. Om resultatene i valgte studier kan overføres til det norske helsesystemet er fortsatt uvisst.

Det som kunne blitt gjort på en annen måte er valg av studier. Forskningsstudiene som er valgt for denne studien har kommet med mange nyttige funn. Et ønske var om studiene hadde enda bedre funn på hva som hadde best effekt for å få klienten tilbake i arbeid. Søkeprosessen kunne da ha blitt bedre. Selv om det var brukt ulike databaser og søkeord som ga gode treff, betyr ikke det nødvendigvis at det var de beste studiene for forskningsspørsmålet. Ved å kunne bruke andre databaser og andre søkeord, kunne det komme opp andre treff på studier som kunne være mer relevant for forskningsspørsmålet.

Å skrive bachelor på egenhånd har sine fordeler og ulemper. Fordelen med å skrive bachelor alene er at en ikke er avhengig av en annen person, og derfor kan bestemme selv når en skal jobbe, hvor lenge, når ting skal bli gjort, frister som må holdes, og ikke minst er det veldig lærerikt. Det er lettere å holde fokus på arbeidet, og en slipper irrelevante diskusjoner om ulike temaer.

Ulempen med å jobbe alene er at man mister litt det sosiale, ingen å diskutere med, mye arbeid som må gjøres på egen hånd. Litteraturstudie som metode vil derfor være enklere enn å ha intervju som metode når en skriver bachelor alene. Kort oppsummert så handler litteraturstudie om å finne forskningsartikler. Å søke og finne artikler vil derfor være enklere enn intervju studie, som handler om å intervju andre mennesker. Å intervju mennesker og samtidig notere ned viktig informasjon som skal bli resultat i studien, vil derfor være en

vanskelig oppgave for en person. Studien vil ikke være umulig å gjennomføre, men studien kan ha svakheter.

6.0 Konklusjon

Forskningsspørsmålet «*Hvordan kan ergoterapeuter bidra til arbeidsrettet rehabilitering for voksne med traumatisk hjerneskade?*» svares med at ergoterapeuter har en rekke muligheter til å bidra til arbeidsrettet rehabilitering. Kognitiv rehabilitering har en sentral rolle for ergoterapeuters bidrag. Studiene viser til å trene opp kognitive ferdigheter, hukommelsestrening og strukturerte rutiner. Ved å etablere gode rutiner og gradvis øking tilbake i arbeid, viser studiene til å øke suksessen med å få voksne med traumatisk hjerneskade tilbake i arbeid. Ved å ha en holistisk tilnærming vil sjansen med å komme tilbake i jobb øke.

Bruken av modeller viser studiene til å ha høy effekt på å få klienten tilbake på arbeid. Å sette mål med klienten og trene på målene, sier studiene har en effekt på klienten selv og pårørende for å komme tilbake i arbeid. En måte å trene på målene er å gjøre ADL-trening. Ved å ha nedsatt ADL-ferdigheter, viser studiene at det blir vanskelig å klare seg selv i hverdagen på grunn av kognitive vansker som hukommelsesvansker og/eller dårlig rutiner. Ved å ha nedsatt ADL-ferdigheter er sjansen for dårlig psykososial helse stor.

Nettverket rundt personen skal ha en påvirkning på klientens suksess tilbake i arbeid. Pårørende hjelper klienten med støtte, motivere og gjør at klienten stresser mindre. Å informere pårørende er viktig for at pårørende skal få vite om klientens skade og ikke minst være med å lage strategier for klienten i hjemmet. Arbeidsgiver og kollegaer støtte skal også ha innvirkning på klientens motivasjon med å komme tilbake i arbeid. Ved å ha støtte fra arbeidsgiver, helsepersonell og arbeidstilpasning er viktig faktorer for å klienten tilbake i arbeid.

Andre funn i studien viser hvor lengre tid arbeidsprosessen tar, hvor mye mer samfunnet belastes økonomisk og minsker klientens suksess til å nå målet. Spesialiserte arbeidsprogram vil ha kostnads effekter, og det vil også hjelpe klienten med å komme raskere tilbake arbeid. Bruk av teknologi i rehabilitering har sine positive og negative sider. Teknologi kan hjelpe klienten med klare seg mer selvstendig og øke livskvaliteten. Teknologien kan også gjøre klienten utrygg og forvirret.

Denne studien har bidratt til å se ulike perspektiver for ulike lands bruk av ergoterapautiske rehabiliteringstiltak for personer med traumatisk hjerneskade. Funnene gir gode implikasjoner for videre forskning. Selv om det finnes en rekke treningstiltak, modeller og kartleggingsverktøy som er med på å gi arbeidsrettet rehabilitering, viser studiene at mange kommer tilbake i jobb ved forskjellige tiltak, men studiene nevner ikke hvorfor akkurat det tiltaket gjorde at klientene kom tilbake i arbeid. Det kan derfor sies ut ifra denne studien at det trengs mer forskning på ergoterapeutens rolle i arbeidsrettet rehabilitering for voksne med traumatisk hjerneskade.

7.0 Referanseliste

- Andelic, N. *et al.* (2008) Ny norsk versjon av Glasgow Outcome Scale Extended, *Ergoterapeuten*, 51(2), s. 20-26. Tilgjengelig fra: <https://www.ergoterapeuten.no/fag-og-vitenskap/fagartikler>.
- Aveyard, H. (2014) *Doing a literature review in health and social care*. 3. utg. England: Open university press.
- Bergholt, B., Jensen, J. og Kristensen, K. S. (2015) Traumatisk hjerneskade, i Wæhrens, E. E., Winkel, A. og Jørgsen, H. S. (red.) *Neurologi og neurorehabilitering*. 2. utg. Danmark: Munksgaard, s. 159-171.
- Bukhave, E. B. og Kristensen, A. (2015) Aktivitetsvidenskab, i Wæhrens, E. E., Winkel, A. og Jørgensen, H. S. (red.) *Neurologi og neurorehabilitering*. 2. utg. Danmark: Munksgaard.
- Burton, A. K., Kendall, N. A. og Waddell, G. (2008) *Vocational Rehabilitation: what works, for whom, and when?* TSO. Tilgjengelig fra: https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/209474/hwwb-vocational-rehabilitation.pdf.
- Colantonio, A. *et al.* (2016) Return to work after work-related traumatic brain injury, *NeuroRehabilitation*, 39(3), s. 389-399. doi: 10.3233/NRE-161370.
- Cornwell, P. *et al.* (2014) Development of self-awareness after severe traumatic brain injury through participation in occupation-based rehabilitation: Mixed-methods analysis of a case series, *American Journal of Occupational Therapy*, 68(5), s. 578-588. doi: 10.5014/ajot.2014.010785.
- Creswell, J. W. (2009) *Research Design - qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*. 3. utg. Los Angeles, California: Sage Publications.
- Dalland, O. (2017) *Metode og oppgaveskriving*. 6. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- De nasjonale forskningsetiske komiteene (2016) *Generelle forskningsetiske retningslinjer*. Tilgjengelig fra: <https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/generelle-forskningsetiske-retningslinjer/> (Hentet: 24.04.19).
- Désiron, H. A. *et al.* (2011) Occupational therapy and return to work: a systematic literature review, *BMC Public Health*, 11(1), s. 615. doi: 10.1186/1471-2458-11-615.
- Elliott, L., Torrence, C. B. og DeCristofaro, C. (2011) Empowering the primary care provider to optimally manage mild traumatic brain injury, *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 23(12), s. 638-647. doi: 10.1111/j.1745-7599.2011.00658.x.
- Ergoterapeuten (2017a) *Ergoterapeutens kjernekompetanse*. Tilgjengelig fra: <https://www.ergoterapeutene.org/ergoterapi/> (Hentet: 02.05.19).
- Ergoterapeuten (2017b) *Yrkesetiske retningslinjer*. Tilgjengelig fra: <https://ergoterapeutene.org/ergoterapi/yrkesetiske-retningslinjer/> (Hentet: 24.03.19).
- Falk-Kessler, J. (2014) Professionalism, Communication, and teamwork, i Schell, B. A. B., *et al.* (red.) *Williard and Spacman's occupational therapy* 14. utg. Philadelphia: Lippincott Williams og Wilkins, s. 452-465.
- Forsberg, C. og Wengström, Y. (2015) *Att göra systematiska litteraturstudier*. 4. utg. Sverige: Natur & kultur.
- Helsedirektoratet (2017) *Motiverende intervju som metode*. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/motiverende-intervju/motiverende-intervju-som-metode#mi-p%C3%A5virker-helserelatert-atferd> (Hentet: 24.04.19).
- Helsedirektoratet (u.å.-a) 6.1 *Definisjon av utredning*. Tilgjengelig fra: <https://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/rop/6-utredning/6.1-definisjon-av-utredning> (Hentet: 14.03.19).
- Helsedirektoratet (u.å.-b) 2.2 *Brukermedvirkning som lovfestet rettighet*. Tilgjengelig fra: <https://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/psykoselidelser/brukermedvirkning/brukermedvirkning-som> (Hentet: 25.04.19).
- Jacobsen, A. *et al.* (2015) Ergoterapeutisk intervention, i Wæhrens, E. E., Winkel, A. og Jørgsen, H. S. (red.) *Neurologi og Neurorehabilitering*. 2. utg. Danmark: Munksgaard, s. 419-442.

- Johannessen, A., Tufte, P. A. og Christoffersen, L. (2016) *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. 5. utg. Oslo: abstrakt forlag.
- Kielhofner, G. (2015) *MOHO, modellen for menneskelig aktivitet*. 2. utg. København, Danmark: Munksgaard.
- Kristensen, H. K. og Nielsen, G. E. (2011) *Ergoterapi og hjerneskade*. 4. utg. København: Munksgaard.
- Kristensen, H. K. og Birkmose, D. (2015) Kognitive vanskeligheter, i Wæhrens, E. E., Winkel, A. og Jørgsen, H. S. (red.) *Neurologi og neurorehabilitering*. 2. utg. Danmark: Munksgaard, s. 93-119.
- Lindstad, M. Ø., Andelic, N. og Sveen, U. (2016) Utvikling av strategier for å håndtere kognitive vansker. En kvalitativ studie om erfaringer fem år etter traumatisk hjerneskade, *Ergoterapeuten*, 59(2), s. 40-49. Tilgjengelig fra: <https://www.ergoterapeuten.no/arkiv> (Hentet: 10.02.19).
- Lovdata (2018a) *Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)*. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63> (Hentet: 25.04.19).
- Lovdata (2018b) *Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven)*. Tilgjengelig fra: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64#KAPITTEL_5 (Hentet: 25.04.19).
- Lundkvist, C. B. og Fredriksen, K. (2015) Den fysioterapeutiske undersøgelse, i Wæhrens, E. E., Winkel, A. og Jørgsen, H. S. (red.) *Neurologi og neurorehabilitering*. 2. utg. Danmark: Munksgaard, s. 355-373.
- Lysack, C. L. og Adamo, D. E. (2014) Social, Economic, and Political Factors that influence occupational performance, i Schell, B. A. B., et al. (red.) *Williard and Spackman's occupational therapy*. 12. utg. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins s. 188-201.
- Malterud, K. (2017) *Kvalitativ metasynthese som forsknings metode i medisin og helsefag*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Mæland, J. G. (2016) *Forebyggende helsearbeid - folkehelsearbeid i teori og praksis*. 4. utg. Oslo: Universitetsforlaget.
- Nakrem, S. og Sigurjónsson, J. B. (2017) *Velferdsteknologi i praksis : perspektiver på teknologi i kommunal helse- og omsorgstjeneste*. Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Norup, A., Greve, M. og Larsen, J. S. (2015) De pårørendes rolle og behov i neurorehabiliteringen, i Wæhrens, E. E., Winkel, A. og Jørgsen, H. S. (red.) *Neurologi og neurorehabilitering*. 2. utg. Danmark: Munksgaard, s. 311-318.
- Phillips, J. et al. (2010) Return to work after traumatic brain injury: recording, measuring and describing occupational therapy intervention, *British Journal of Occupational Therapy*, 73(9), s. 422-430. doi: 10.4276/030802210X12839367526138.
- Polatajko, H. J. og Townsend, E. A. (2013) *Menneskelig aktivitet II: en ergoterapeutisk vision om sundhed, trivsel og retfærdighed muliggjort gennem betydningsfulde aktiviteter*. København: Munksgaard.
- Radford, K. et al. (2013) Return to work after traumatic brain injury: cohort comparison and economic evaluation, *Brain Injury*, 27(5), s. 507-520. doi: 10.3109/02699052.2013.766929.
- Schell, B. A. B. et al. (red.) (2014) *Williards and Spackman's occupational therapy*. 14. utg. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Shames, J. et al. (2007) Return to work following traumatic brain injury: trends and challenges, *Disability and Rehabilitation*, 29(17), s. 1387-1395. doi: 10.1080/09638280701315011.
- Sharma, B. et al. (2019) Work-related traumatic brain injury: A brief report on workers perspective on job and health and safety training, supervision, and injury preventability, *Work*, 62(2), s. 319-325. doi: 10.3233/WOR-192866.
- Soeker, M. S., Rensburg, V. og Travill, A. (2012) Individuals with traumatic brain injuries perceptions and experiences of returning to work in South Africa, *Work*, 42(4), s. 589-600. doi: 10.3233/WOR-2012-1414.
- Soeker, M. S. (2016) The experiences of occupational therapists regarding the use of the Model of Occupational Self Efficacy, *Work*, 55(3), s. 689-701. doi: 10.3233/WOR-162440.

- Soeker, S. (2017) The use of the Model of Occupational Self Efficacy in improving the cognitive functioning of individuals with brain injury: A pre-and post-intervention study, *Work*, 58(1), s. 63-72. doi: 10.3233/WOR-172603.
- Stephens, J. A., Berryhill, M. E. og Williamson, K.-N. C. (2015) Cognitive rehabilitation after traumatic brain injury: a reference for occupational therapists, *OTJR: occupation, participation and health*, 35(1), s. 5-22. doi: 10.1177/1539449214561765.
- Stergiou-Kita, M., Dawson, D. R. og Rappolt, S. G. (2011) An integrated review of the processes and factors relevant to vocational evaluation following traumatic brain injury, *Journal of occupational rehabilitation*, 21(3), s. 374-394. doi: 10.1007/s10926-010-9282-0.
- Sørensen, L. V. og Johannsen, P. (2015) Rehabilitering af personer med demens, i Wæhrens, E. E., Winkel, A. og Jørgsen, H. S. (red.) *Neurologi og neurorehabilitering*. 2. utg. Danmark: Munksgaard, s. 269-282.
- Tibæk, S., Zeeman, P. og Mortensen, R. S. (2015) Neurofysioterapi - intervention, i Wæhrens, E. E., Winkel, A. og Jørgsen, H. S. (red.) *Neurologi og neurorehabilitering*. 2. utg. Danmark: Munksgaard.
- Tuntland, H. (2011) *En innføring i ADL, teori og intervensjon*. 2. utg. Oslo: Høyskoleforlaget.
- Tyerman, A. (2012) Vocational rehabilitation after traumatic brain injury: models and services, *NeuroRehabilitation*, 31(1), s. 51-62. doi: 10.3233/NRE-2012-0774.
- Wæhrens, E. E. og Andersen, B. (2015) Redskaber til evaluering af neurorehabilitering, i Wæhrens, E. E., Winkel, A. og Jørgsen, H. S. (red.) *Neurologi og neurorehabilitering*. 2. utg. Danmark: Munksgaard, s. 477-505.
- Wæhrens, E. E., Winkel, A. og Jørgensen, H. S. (2015) Tværfaglig rehabilitering, i Wæhrens, E. E., Winkel, A. og Jørgsen, H. S. (red.) *Neurologi og neurorehabilitering*. 2. utg. Danmark: Munksgaard, s. 224-237.

Vedlegg 1: PICO-skjema

Pasients/ populations/ problem	Intervention/ initiativ/ action	Comparison	Outcome
HVEM?	HVA?	ALTERNATIVER?	RESULTAT/ EFFEKT?
Beskriv brukergruppen	Hvilke tiltak vurderes?	Hvilke alternativer finnes til tiltakene?	Hvordan kan tiltakene påvirke utfallet? Hvilke utfall er interessante?

<p>Kvinner og menn med traumatisk hjerneskade</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Voksne menn og kvinner ➤ Bosatt i Europa, 	<p>Forebyggende tiltak ved hjelp av ergoterapeut</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Modeller ➤ Kartleggingsverktøy ➤ Kartlegging ➤ Trening av mobilitet <p>Søkeord:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Occupational therapy 2. Occupational therapist 3. Brain injury 4. Vocational rehabilitation 5. Return to work 6. Brain injuries, traumatic (rehabilitation) 7. Brain injuries (rehabilitation) 8. Treatment outcomes 9. Goals and objectives 10. Traumatic brain injury 11. Adult 	<p>Hva slags rehabilitering kan ergoterapeuten gi?</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Kartleggingsverktøy ➤ Kartlegging ➤ Fysisk ➤ Kognitiv ➤ Kommunikasjon ➤ Aktivitet i dagliglivet (ADL) ➤ Hjelpemidler 	<p>Tiltakene og ergoterapeuters rolle har ført til:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Redusert sykefravær ➤ Komme raskt tilbake i jobb ➤ Livskvalitet ➤ Spare samfunnet for penger 	OR
AND				

Vedlegg 2: Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
<ul style="list-style-type: none"> • Fagfellevurderte studier/artikler • Ergoterapeutisk rehabilitering • Arbeidsrettet rehabilitering for traumatisk hjerneskade • Artikler fra 2009 til 2019 • Voksne mennesker (fra 16 år) 	<ul style="list-style-type: none"> • Fremmedspråklige artikler (unntatt: norsk, engelsk, dansk og svensk). • Artikler som ikke nevner rehabiliteringstiltak av ergoterapeuter • Artikler som ikke omhandler traumatisk hjerneskade • Artikler fra seinere enn 2009 • Ingen beskrivelse av metode • Få referanser • Handler om barn under 16 • For gammel litteratur brukt i studien

Vedlegg 3: Søkehistorie

Søkeord	Database	Kombinasjoner	Antall treff	Dato
1. Occupational therapy	(Ovid) MEDLINE	1. 1 OR 2 AND 3 AND 4 AND 5	1. 30	1. 14.02.19
		2. 6 AND 1	2. 8	2. 05.03.19
2. Occupational therapist	CINAHL	1. 1 AND 7 AND 4	1. 15	1. 06.03.19
				2. 06.03.19
			2. 21	3. 18.03.19
				4. 26.03.19

		2. 1 AND 7 AND 4 AND 8 3. 1 AND 6 AND 9 4. 1 AND 4 AND 10	3. 23 4. 15	
3. Brain Injury	Academic Search Complete	1. 1 AND 10 AND 4 2. 1 AND 4 AND 10	1. 23 2. 24	1. 18.03.19 2. 28.03.18
4. Vocational Rehabilitation	EMBASE	1 AND 6 AND 11	55	20.03.19
5. Return to Work	WORK A Journal of Prevention, Assessment & Rehabilitation	1 AND 10 AND 4 AND 11 AND AND 12	106	03.04.19
6. Brain injuries, traumatic (rehabilitation)				
7. Brain injuries (rehabilitation)				
8. Treatment outcomes				
9. Goals and Objectives				
10. Traumatic brain injury				
11. Adult				
12. Job-related				

Vedlegg 4: Sitatsøk-tabell

Sitatsøk av:	Valgte studier
(Phillips <i>et al.</i> , 2010)	(Tyerman, 2012) (Cornwell <i>et al.</i> , 2014)

Vedlegg 5: Sammendragstabell

FORFATTERE OG ÅR	ÅR	TITTEL	HENSIKT	METODE	FUNN	KRITISK VURDERING
Julie Phillips Avril Drummond Kathryn Radford Andy Tverman	2010	<u>Return to work after traumatic brain injury: recording, measuring and describing occupational therapy intervention</u>	1. Måling av arbeidsrettet rehabilitering hos personer med TBI 2. Utvikle et dokument for å registrere den behandlede terapien. 3. Bruke dokumentet til å beskrive innholdet i ergoterapeuten leverte behandling 4. Beskriv sammenhengen hvor ergoterapi behandlingen ble levert (øker gitt, behandlingssted og bruk av terapeutens tid) 5. Evaluer dokumentet brukervennlighet som et verktøy for å beskrive ergoterapi.	Kohortstudie	I studien kommer de frem til at det var først brukt GSC til finne ut av hvor stor hjerneskaden er. Vurdering av aktuelle problemstillinger, mål, personlige aktiviteter (ADL), generell utdanning/info om TBI og / eller om tilbake til arbeid, mobilitet, fysiske og psykologiske problemer, kognitive / utøvende ferdigheter, arbeidsprosess, tilbake i arbeid prosessen og generelle vansker.	<ul style="list-style-type: none"> Forfatterne kunne utdype mer om tiltak som ble gjort enn å sette tiltakene eller å ramse opp hva slags tiltak som ble gjort

<p>Kate Radford Julie Phillips Avril Drummond Tracey Sach Marion Walker Andy Tverman Naseer Haboubi Trevor Jones</p>	2013	<p>Return to work after traumatic brain injury: Cohort comparison and economic evaluation</p>	<p>Denne studien har til formål å avgjøre om en TBI-spesialisert arbeidsrettet rehabilitering intervensjon var mer effektiv ved arbeidets retur og oppbevaring 12 måneder etter skade enn vanlig omsorg. Sekundære mål var å utforske muligheten til å samle økonomiske data for å informere et endelig resultat.</p>	Kohortstudie	<p>I studien er fokuset arbeidsrettet rehabilitering og effekten av tiltaket til å komme tilbake i jobb. Ergoterapeutens bidrag var å informere brukeren og pårørende, samfunnintegreringstrening og kommunikasjon med arbeidsgiver om tilbake i jobb for brukeren. Videre i artikkel er de opptatt av hvor mye penger som blir brukt og om det sparer samfunnet penger ut ifra tiltakene de har gjort.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Forfatterne kunne skriv mer spesifikt om hvor mye de ergoterapeutiske tiltakene sparte samfunnet.
<p>Shaheed Soeker</p>	2017	<p>The use of the Model of Occupational Self Efficacy in improving the cognitive functioning of individuals with brain injury: A pre- and post-intervention study</p>	<p>Hensikten er å avgjøre om MOOSE er effektiv modell for å forbedre individets kognitive ferdigheter med traumatisk hjerneskade.</p>	Observasjonsstudie	<p>Brukt modellen MOOSE og kartleggingsverktøyet MOCA av pasienter med traumatisk hjerneskade. Effekten ved bruk av dette var på 70 % hvor brukere kom tilbake i arbeid.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sør-Afrika har et annet helsesystem enn Norge

<p>Jaclyn A. Stephens, Karen-Nicole C. Williamson Marian E. Berryhill</p>	2015	<p>Cognitive Rehabilitation After Traumatic Brain Injury: A Reference for Occupational Therapists</p>	<p>Formålet er å oppsummere relevante funn over TBI-litteratur for en ergoterapeut. Studien er ment for ergoterapeuter som utfører kognitiv rehabilitering. Sekundære mål er å utvide info om relaterte helsepersonell som jobber med TBI for å se helhet i tverrfaglig omsetninger for beste praksis. Til slutt vurdere problemer som påvirker og forbedrer kognitiv gjenoppretting fra traumatisk hjerneskade.</p>	Litteraturstudie	<p>Hovedtemaer for studien er kognitiv rehabilitering: Tidlig intervensjon, kognitiv evaluering, kognitiv nevrologisk forskning, selvinnsikt, læring og hukommelse, eksekutivfunksjoner, oppmerksomhet, generelle strategier og tilnærminger, daglig kognisjon og implikasjoner for ergoterapi.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ikke IMRad struktur • Nevner ikke hvilke databaser de har søkt/brukt • USA har et annet helsesystem enn Norge • Forfatterne ramser opp forskjellige tiltak, men utdyper ikke noe alle tiltakene godt nok
<p>Huguette AM Désiron Angelique de Rijk Elke Van Hoof Peter Donceel</p>	2011	<p>Occupational therapy and return to work: a systematic literature review</p>	<p>Hovedmål for denne studien var å vurdere effekten av ergoterapeutens bidrag til å returnere tilbake til arbeid og beskriver hvilke</p>	Litteraturstudie	<p>Ergoterapeutens bidrag til arbeidsrettet rehabilitering skal ha en stor rolle helbrede skade for pasienter som skal tilbake i arbeid og for å lage et terapeutisk program. Ergoterapeuter har en</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Forfatterne kunne utdypet mer om MOHO i forhold til hva ergoterapeuter gjør i jobb sammenheng.

			ergoterapeutiske aspekter som bidrar til effektene. Sekundært mål var å velge den mest effektive ergoterapeutiske intervensjon for å fremme tilbake i arbeid.		arbeidsrettet modell kalt Model of Human Occupation (MOHO) som baser seg på arbeidsrettet påvirkninger. MOHO skal vise å ha en positiv innvirkning på arbeidsrettet utfall for personer med skader. Det kommer også fram i studien at det er sjeldent en ergoterapeut er med på arbeidsrettet rehabilitering.	
Mogammed Shaheed Soeker Viki Van Rensburg Andre Travill	2012	Individuals with traumatic brain injuries perceptions and experiences of returning to work in South Africa	Identifisere de sentrale konseptene som vil legge til rette for retur til arbeid til personer med hjerneskade. Formålet med dette vil være fokus på barrierer og tilrettelegging som påvirker retur til arbeid.	Observasjonsstudie	Brukerens tap av funksjoner har ulike innvirkninger på hvordan personens selv føler seg, hjemme, på jobb, og rundt andre mennesker. En følelse av å miste seg selv. I denne studien har de fokus på bruker med fysiske, kognitive og psykososiale tap av funksjoner, og hvordan det påvirker dem på arbeidsplassen.	<ul style="list-style-type: none"> Sør-Afrika har en annet helse-system enn Norge Forfatterne kunne utdypet mer om funnene i sin studie
Bhanu Sharma Behdin Nowrouzi Tatyana Mollaveva Pia Kontos Alisa Grigorovich Gary Liss Brian Gibson	2019	Work-related traumatic brain injury: A brief report on workers perspective on job and health	Studiens hensikt har som mål å forstå faktorer som utgjør arbeid relatert TBI, som oppfattes av skadede arbeidere	Spørreskjema	I denne studien kommer det fram at det har en positiv effekt på brukere som har konstruksjon, helse og trygghets trening for å hindre skade tilbake til jobb. Det skal også gi	<ul style="list-style-type: none"> Forfatterne kunne utdypet mer om hvilke faggrupper som hjelper brukerne til å trene og få
Steve Mantis John Lewko Angela Colantonio		and safety training, supervision, and injury preventability			arbeidere en bedre arbeidsplass. Å gjennomføre treningen alene gir derimot ikke tilstrekkelig innvirkning på helsen. Det sies at det noen som ikke får slik trening. Det utgjør en risiko for å få skade. Ved en slik trening får arbeiderens holdninger og oppfatninger mer respekt av arbeidshelse og sikkerhet.	<p>dem tilbake i jobb.</p> <ul style="list-style-type: none"> Canada/USA har et annet helse system enn Norge
Angelaa Colantonio Sara Salehi Vicki Kristman J. David Cassidy Angelab Carter Oshing Vartanian Mark Bayley Bonnie Kirsh Debbie Hébert John Lewko Olena Kubrak Steve Mantis Lee Vernich	2016	Return to work after work-related traumatic brain injury	Sammenligne demografiske, kliniske og yrkesrelaterte faktorer som følge av mild til moderat TBI av de lykkes tilbake til arbeid versus de som ikke lyktes. Sekundær mål er å finne ut av hvilke hindringer og hva som gjorde at brukere lykkes versus ikke lykkes.	Kohortstudie	Faktorer som hjalp å komme tilbake i arbeid var det viktig med støtte fra familie og venner, støtte av behandling av helsepersonell, arbeidsrettet tilpasning, samarbeid med arbeidsgiver, gradvis tilbake til arbeid og medisin bruk. For de som hadde vansker med å komme tilbake var det kognitive vansker. I studien konkluderer de med at de burde være et arbeidsrettet program som fokuserer på suksessen med å komme tilbake i arbeid. Støtte av familie og	<ul style="list-style-type: none"> Canada har et annet helse system enn Norge Kort resultat

					venner skal også være en stor og viktig faktor for å komme tilbake i arbeid.	
--	--	--	--	--	--	--

Vedlegg 6: Kategoritabell



KATEGORIER FRA STUDIENE	1. Phillips et al., 2010	2. Radford et al., 2013	3. Soeker, 2017	4. Désiron et al., 2011	5. Stephens, Berryhill og Williamson, 2015	6. Soeker, Rensberg og Travil, 2012	7. Sharma et al., 2019	8. Colantonia et al., 2016
Målsetting/måltrening	X	X			X			
ADL	X		X			X		
Undervise/utdanne/informere	X	X						
Mobilitet/fysisk trening	X	X	X			X		
Kognitive trening	X		X		X	X		
Fysiske vansker	X					X		
Kognitive vansker	X					X		X
Arbeidsprosess (komme tilbake i arbeid)	X	X	X	X	X	X	X	X
Tilbake i arbeid trening	X	X	X	X			X	X

Pårørende (Familie og venner)	X	X				X		X
Kommunikasjon/samarbeid med arbeidsgiver	X	X						X
Bruk av modell			X	X	X			
Kartleggingsverktøy	X	X	X		X	X		
Hukommelse trening	X	X			X			
Kommunikasjons trening			X					
Strategi trening	X	X	X		X			
Ergoterapeutens rolle	X	X	X	X	X	X		
Trygghetstrening							X	
Oppmerksomhetstrening		X			X			
Pengesparing (samfunnet og miljøet)		X						

IADL	X				X			
Virtual Realty (VR) trening					X			

Vedlegg 7: Tematabell

TEMA	KATAGORIER	STUDIER							
		1	2	3	4	5	6	7	8
Trening av kognitive ferdigheter:	Glasglow coma Scale (GCS)	X	X	X		X	X		
	Ergoterapeutens rolle	X	X	X	X	X	X		
	Kognitiv rehabilitering	X	X	X		X			
Aktivitetstrening:	Målsetting/måltrening	X	X			X	X		
	ADL	X		X			X		
	IADL	X				X			
	Model of Occupational Self Efficacy (MOOSE)			X					
	Model of Human Occupation (MOHO)				X				
	Cognitive Orientation to Occupational Performance (CO-OP)					X			
	Ergoterapeutens rolle	X	X	X	X	X	X		
	Fysisk trening	X	X	X			X		
	Arbeidstrening	X	X	X	X			X	X
	Arbeidsfokustert	X	X	X	X	X	X	X	X
	Strategi trening	X	X	X		X			
Nettverk:	Familie og venner	X	X				X		
	Arbeidsgiver	X	X						X
	Ergoterapeutens rolle	X	X	X	X	X	X		
	Undervise/informere	X	X						
Andre funn:	Virtual Realty (VR) trening					X			
	Pengesparing (Samfunnet og miljøet)		X						
	Trygghetstrening							X	
	Musikkterapi					X			

