

# “Raskere tilbake” til arbeid etter hjerneslag

*En kvalitativ studie om erfaringer for å komme tilbake til  
arbeidslivet etter et hjerneslag*

**Guri Einbu**



Masteroppgave

Medisinsk fakultet, Institutt for helse og samfunn

UNIVERSITETET I OSLO

6. april 2011

## Sammendrag

**Formål:** Formålet med studien var å få personer som hadde hatt hjerneslag til å fortelle om sine erfaringer for å komme tilbake til arbeidslivet, og for å undersøke hvordan prosjektet ”Raskere tilbake etter skade eller sykdom i hjernen” fikk betydning i rehabiliteringsprosessen.

**Teoretisk forankring:** Studien er forankret i et ergoterapeutisk grunnsyn og et interaksjonistisk perspektiv (Kielhofner, m.fl. 1997, Goffman 1992). Begge perspektivene fokuserer på samhandlingen mellom mennesker og omgivelsene, og dannet utgangspunktet for å oppdage og analysere alminnelige, men interessante hendelser som respondentene fortalte fra rehabiliteringsprosessen.

**Metode:** I studien er det benyttet en kvalitativ metode. Datainnsamlingen har foregått gjennom individuelle dybdeintervjuer av tre personer som har hatt hjerneslag. Et interaksjonistisk perspektiv og Erving Goffmans teatermetafor (1992) er brukt for å analysere materialet. Intervjuene er gjennomgått flere ganger og ord som kunne betegne temaene ble notert ned. Gjennom sammenhengene og mønsteret som ble funnet, ble flere underkategorier utviklet og etter hvert dannet det seg to hoveddimensjoner fra funnene i datamaterialet.

**Resultater/konklusjon:** Funnene presenteres i oppgaven under to hoveddimensjoner:

- Egeninnsats i rehabiliteringsprosessen for å komme tilbake til arbeid etter hjerneslaget
- Lagarbeid i rehabiliteringsprosessen for å komme tilbake til arbeid etter hjerneslaget

Hoveddimensjonene inneholder flere underkategorier. Egeninnsatsen til respondentene bestod av trening for å kartlegge, gjenvinne og holde ved like funksjonen, de måtte få oversikt over sine egne krefter og hvordan de skulle takle å leve med sviktende energi, og de måtte finne ut hvordan de skulle iscenesette seg selv overfor andre og skape en ny sosial identitet etter hjerneslaget.

Lagarbeidet respondentene fortalte om, kunne deles inn i tre underkategorier: Å være på lag med kolleger og ledere på arbeidsplassen, på lag med likemenn i ”Raskere tilbake” og på lag med ansatte i ”Raskere tilbake”. Lagarbeidet som oppstod gjennom samhandlingen med andre, styrket dem i deres egen innsats og ble viktige bidrag i rehabiliteringsprosessen.

## Summary

**Purpose:** The aim of this study was to get descriptions of experiences from a rehabilitation process in terms of getting back to work after stroke, and how this process was affected by participating in the project "Raskere tilbake"<sup>1</sup>.

**Theory:** The study applied both an occupational perspective (Kielhofner et al, 1997) and an interactional perspective (Goffman, 1992). These perspectives both focus on the interaction between humans and the environment, and constitute a ground for the understanding of the common, yet interesting events of people's rehabilitation processes.

**Method:** A qualitative method with semistructured interviews was used to collect data from three respondents who have had a stroke. An interactional perspective together with Erving Goffman's dramaturgical model (1992) has been used to analyze the material. The interviews were reviewed several times and words that could describe the themes were noted. In the process of further analysis, patterns with several subcategories were explored that eventually formed the two main dimensions of findings.

**Results / conclusion:** The findings of this study are related to two main dimensions:

- Individual efforts in the rehabilitation process of returning to work after stroke
- Teamwork in the rehabilitation process of returning to work after stroke

The main dimensions contain several subcategories. Individual efforts consist of exercises in order to identify, improve and keep up their body's functional level. Respondents had to get an overview of their own resources, find out how to live their lives with a lack of energy, and they had to figure out how to present themselves and adapt to a new social role after the stroke. The teamwork consists three subcategories of teams: A team with colleagues and leaders at work, a team with peers in the "Raskere tilbake"-project and a team with staff from the "Raskere tilbake"-project. Teamwork strengthened them in their own efforts and was an important contribution in the rehabilitation process.

---

<sup>1</sup> "Raskere tilbake" is a project which aim is to help persons after an acquired brain injury to achieve a faster return to work.

## Forord

Arbeidet med masteroppgaven går mot en avslutning og studiet har vært lærerikt, arbeidskrevende og det har brakt nye perspektiver inn i mitt arbeid som ergoterapeut. Det er mange som har bidratt til at jeg har fått fullført studien jeg vil få takke dem.

Respondentene som sa ja til å bli intervjuet delte raust av sine erfaringer med meg. Historiene fra dere ga meg rike muligheter til å lære mer om rehabilitering. Dere har gitt meg ny kunnskap gjennom at dere fortalte om hva som var viktig for dere i prosessen for å gjenvinne helse og komme tilbake på jobb igjen etter hjerneslag.

Min veileder Anne Marit Mengshoel Dr. Philos. og professor ved Institutt for helse og samfunn ved Universitetet i Oslo, ga meg uvurderlig hjelp til gjennomføringen av prosjektet. Tålmodig veiledet hun meg gjennom forberedelsene og gjennomføringen av studien. Hennes interesse og engasjement hjalp meg videre, løftet meg og bidro til å gi mye nyttig kunnskap og gode perspektiver på veien.

Arbeidskollegene og lederen min i Sykehuset Innlandet ga meg oppmuntring og støtte underveis i studiene. Dere har forstått at en god lagånd er viktig og jeg er takknemlig for at jeg fikk gjennomføre masterstudiet på arbeidsplassen min.

Fra Norsk Ergoterapeutforbund mottok jeg et stipend på kr. 25 000,- og det kom godt med for å fullføre prosjektet mitt.

Takk til Elin og Anne Stine som bidro i slutfasen med sine norsk- og engelskkunnskaper.

Til slutt vil jeg få takke familien min som støttet meg og lot meg få anledning til å tilegne meg ny kunnskap gjennom disse årene som masterstudent!

Tusen takk til dere alle sammen!

Lillehammer 06.04.11

Guri Einbu

---

# Innhold

<b>SAMMENDRAG .....</b>	<b>2</b>
<b>SUMMARY .....</b>	<b>3</b>
<b>FORORD .....</b>	<b>4</b>
<b>INNHOLD .....</b>	<b>5</b>
<b>1. INNLEDNING .....</b>	<b>8</b>
1.1 BAKGRUNN FOR PROSJEKTET .....	8
1.2 STUDIENS FORSKNINGSSPØRSMÅL .....	9
<b>2. BAKGRUNN.....</b>	<b>10</b>
2.1 “RASKERE TILBAKE” SATSINGEN .....	10
2.2 HJERNESLAG, REHABILITERING OG YRKESAKTIVITET .....	12
2.3 SYKEHUSET INNLANDETS RUTINER FOR PERSONER MED HJERNESLAG.....	16
2.4 TILBUDET “RASKERE TILBAKE ETTER SYKDOM ELLER SKADE I HJERNEN” .....	18
2.5 REFLEKSJONER OM HJERNESLAG OG ”RASKERE TILBAKE”-SATSINGEN.....	21
<b>3. PROSJEKTETS TEORETISKE FORSTÅELSESRAMME .....</b>	<b>23</b>
3.1 ERGOTERAPEUTISK GRUNNSYN .....	23
3.2 INTERAKSJONISTISK PERSPEKTIV .....	24
3.3 GOFFMANS ANALYSER AV HVERDAGSLIVET .....	25
<b>4. METODISK TILNÆRMING .....</b>	<b>27</b>
4.1 DESIGN.....	27
4.2 UTVELGELSE AV INFORMANTER .....	27
4.3 INTERVJUENE .....	28
4.4 MINE ROLLER SOM TERAPEUT I “RASKERE TILBAKE”-PROSJEKTET OG SOM FORSKER.....	30

---

4.5	TRANSKRIPSJON .....	32
4.6	ETISKE REFLEKSJONER .....	33
4.7	ANALYSE AV MATERIALET.....	34
<b>5.</b>	<b>FUNN OG FORTOLKNINGER .....</b>	<b>37</b>
5.1	PRESENTASJON AV RESPONDENTENE.....	37
5.2	HOVEDDIMENSJON 1: EGENINNSATS I REHABILITERINGSPROSESSEN FOR Å KOMME TILBAKE TIL ARBEID ETTER HJERNESLAGET.....	40
5.2.1	<i>Trening for å kartlegge, gjenvinne og holde ved like funksjonen.....</i>	40
5.2.2	<i>Arbeidet med å finne ut og takle å leve med sviktende energi.....</i>	45
5.2.3	<i>Å icsenesette seg selv overfor andre etter hjerneslaget.....</i>	51
5.3	HOVEDDIMENSJON 2: LAGARBEID I REHABILITERINGSPROSESSEN FOR Å KOMME TILBAKE TIL ARBEID ETTER HJERNESLAGET.....	59
5.3.1	<i>Å være på lag med kollegene og lederen på arbeidsplassen.....</i>	59
5.3.2	<i>Å være på lag med likemenn i “Raskere tilbake” .....</i>	64
5.3.3	<i>Å være på lag med ansatte i “Raskere tilbake” .....</i>	69
<b>6.</b>	<b>DISKUSJON .....</b>	<b>75</b>
6.1	ARBEIDET FOR Å GJENSKAPE EN SOSIAL IDENTITET.....	75
6.2	REHABILITERING FOR Å KOMME RASKERE TILBAKE TIL ARBEID .....	78
6.3	METODE .....	83
<b>7.</b>	<b>KONKLUSJON .....</b>	<b>87</b>
<b>KILDELISTE .....</b>	<b>88</b>	
VEDLEGG 1 .....	96	
VEDLEGG 2.....	98	
VEDLEGG 3.....	99	
VEDLEGG 4.....	101	

---

<b>VEDLEGG 5</b> .....	103
VEDLEGG 6.....	104

# 1. Innledning

## 1.1 Bakgrunn for prosjektet

I min jobb som ergoterapeut har jeg arbeidet i 25 år i helsevesenet. Mange av pasientene jeg har møtt har fått sin funksjonsevne redusert på grunn av et hjerneslag. Det har vært et mangfoldig og interessant arbeid å bistå dem i en rehabiliteringsprosess, og svært ofte har jeg vært imponert over den store innsatsen de har lagt ned for å gjenvinne helse og livskvalitet. Deres pågangsmot og klare målsettinger om å gjenoppta livet de hadde tidligere har gjort at jeg har sett at rekkevidden av en rehabiliteringsprosess favner hele bredden i hvordan begrepet blir definert, som *”oppreisning, gjeninnsettelse i tidligere stilling og gjenoppnåelse av tidligere anseelse”* (Store norske leksikon 2010).

I helsevesenet har rehabilitering som oppgave primært handlet om å bistå pasientene med trening for å gjenvinne individuelle funksjonelle ferdigheter. Målsettingen var å sette den enkelte i stand til å bo og greie seg i egen bolig igjen. I dag har rehabilitering et bredere fokus og innbefatter at mennesker har rett til sosial deltagelse gjennom å bidra i arbeids- og samfunnsliv forøvrig. Rehabiliteringsforløpet er beskrevet på følgende måte i Stortingsmelding 21 (1998-99): *”Tidsavgrensa, planlagde prosessar med klare mål og verkemiddel, der fleire aktørar samarbeider om å gi nødvendig assistanse til brukaren sin eigen innsats for å oppnå best moglege funksjons- og meistringsevne, sjølvstende og deltaking sosialt og i samfunnet”* (Helse- og omsorgsdept., St. meld. nr. 21, 1998-99 og St.prp. nr. 1, 2007-2008).

Endringen i hvordan rehabilitering blir forstått som virksomhet gjør at også helsetjenestene får nye utfordringer for å kunne favne hele den brede målsettingen og rehabiliteringstilbudene er i forandring. Sykehuset Innlandet startet i 2008 et såkalt *”Raskere tilbake”*-prosjekt for å gi et yrkesrettet rehabiliteringstilbud til pasienter som har fått en skade eller sykdom i hjernen. Midlene til prosjektet ble bevilget på



bakgrunn av myndighetenes satsing for å redusere sykefraværet (Arbeidsdepartementet 2008). Prosjektet fokuserer på de problemstillingene og mulighetene som finnes for personer som skal tilbake til arbeidslivet etter en hjerneskade.

Fra høsten 2008 har jeg arbeidet deltid i ”Raskere tilbake”-prosjektet samtidig som jeg har vært student i masterprogrammet ved Avdeling for Helsefag. Jeg har blitt opptatt av at det er viktig å få mer kunnskap og lære om erfaringene til pasientene for å forstå nyansene i rehabiliteringsprosessen bedre. Gjennom masterstudiet fikk jeg anledning til å studere dette temaet og studien ble gjennomført med deltagelse av pasienter som hadde hatt et hjerneslag og som hadde mottatt det nye ”Raskere tilbake”-tilbudet ved Sykehuset Innlandet.

## 1.2 Studiens forskningsspørsmål

I studien er det brukt semistrukturerte intervjuer for å undersøke hva pasienter med hjerneslag mener har vært viktige bidrag i deres rehabilitering og for å få kjennskap til deres egen innsats for å komme tilbake i arbeid. Gjennom studien har jeg undersøkt om og på hvilke måter pasientene erfarer at rehabilitering har betydning for å komme tilbake i arbeid etter et hjerneslag. De sentrale spørsmålene for studien har vært:

- Hva forteller personer som har hatt hjerneslag om sin egen innsats for å komme tilbake til arbeid?
- På hvilke måter fikk prosjektet ”Raskere tilbake etter skade eller sykdom i hjernen” betydning i deres rehabiliteringsprosess?

## 2. Bakgrunn

### 2.1 “Raskere tilbake” satsingen

I Norge har det i flere år vært satset og forsøkt å avverge at personer går ut av arbeidslivet og over på langvarige trygdeordninger. Arbeidsavtalen om et inkluderende arbeidsliv (IA-avtalen) ble undertegnet første gang i 2001 av Regjeringen v/ arbeids- og inkluderingsministeren, arbeidsgiverorganisasjonene og arbeidstakerorganisasjonene, og avtalen er deretter blitt videreført (Arbeids- og administrasjonsdepartementet 2001). IA-avtalen (2010-2013) har som intensjon å bidra til et mer inkluderende arbeidsliv, blant annet ved at sykefraværet og antallet på uføretrygd skal reduseres (Arbeidsdepartementet 2010).

I den siste IA-avtalen er det overordnede målet *”å forebygge og redusere sykefravær, styrke jobbnærværet og bedre arbeidsmiljøet, samt hindre utstøting og frafall fra arbeidslivet”* (ibid.). Avtalen har tre delmål:

- At sykefraværet skal reduseres med 20 prosent i forhold til nivået i 2. kvartal 2001
- at langt flere personer med redusert funksjonsevne skal tilsettes i ordinært arbeid
- at den reelle pensjonsalderen skal økes (ibid.).

I 2007 bevilget regjeringen 604 millioner til ulike tiltak og kjøp av helse- og rehabiliteringstjenester for å redusere sykefravær og uførhet, og ordningen er siden blitt videreført gjennom nye årlige bevilgninger. Satsingen som ble kalt *”Raskere tilbake”*, skulle tilby sykemeldte raskere vurdering og behandling (Helse og omsorgsdepartementet 2007). Målet var også å oppnå en tettere samhandling mellom helsetjenesten og NAV. *”Raskere tilbake er et nasjonalt prosjekt som skal sikre at personer som står i fare for å bli sykemeldt eller er sykemeldte, kommer raskere*

---

*tilbake i arbeid. Ordningen gjelder ikke for personer på attføringsordninger*” (Helse Sør-Øst 2010). Det er et krav at de personene som omfattes av ordningene med stor sannsynlighet skal komme raskere tilbake i arbeid som en direkte følge av den behandlingen/aktiviteten som tilbys (Arbeids- og inkluderingsdepartementet 2007).

I Helse Sør-Øst er det etablert mange tilbud innen ”Raskere tilbake” og vurdering og behandling tilbys innen flere fagområder. Det kan nevnes tilbud for personer med muskel- og skjelettplager, for personer som trenger kirurgisk eller ortopedisk behandling og for personer som har behov for psykisk helsevern og rehabilitering (Helse Sør-Øst 2010). Flest tilbud er blitt etablert og finansiert for pasienter med muskel- og skjelettlidelser som er den største årsaken til sykemeldinger i arbeidslivet.

Samfunns- og Næringslivsforskning AS har gjennomført og publisert tre rapporter der de evaluerte ordningen for kjøp av helse og rehabiliteringstjenester kalt ”Raskere tilbake” (Samfunns- og næringslivsforskning AS 2008, 2009 og 2010). En av rapportene fokuserte på fastlegens tilretteleggingsrolle, den andre belyste effekten av ordningen i samfunnsøkonomisk forstand og i den tredje ble det utført en brukerundersøkelse. 53 pasienter med muskel- og skjelettlidelser svarte gjennom telefonintervju på 24 spørsmål om erfaringer med ”Raskere tilbake”-tilbud (ibid. 2008). I denne evalueringen stilte forskerne spørsmål om hvordan den enkelte ble rekruttert til ”Raskere tilbake”, hvilket utbytte han/hun hadde hatt av tjenesten og hvordan han/hun opplevde samhandlingen med de ulike aktørene (fastlege, Nav, spesialisthelsetjeneste og arbeidsgiver). Hovedinntrykket fra studien var at *”flertallet av deltakerne på Raskere tilbake-prosjekt eller -tiltak har gjort seg positive erfaringer. Flertallet mener de har fått bedre mestringsevne og -vilje til å takle hverdagen*” (Samfunns- og næringslivsforskning AS 2008). Studien av sykemeldte med muskel- og skjelettlidelser hadde ikke fokus på hva de selv hadde gjort for å komme tilbake i arbeid og hvordan situasjonen som sykemeldt ble erfart av den enkelte. I studien jeg gjennomførte ønsket jeg å få vite mer om hva pasientene som hadde fått et hjerneslag mente om sin egen innsats, og hva de erfarte hadde vært viktige bidrag i deres prosess og som følge av rehabiliteringen. I studien ble det

benyttet semistrukturerte intervjuer for å undersøke hva pasienter med hjerneslag erfarte fra rehabiliteringsprosessen som skulle lede til at de kom tilbake i arbeidslivet.

## 2.2 Hjerneslag, rehabilitering og yrkesaktivitet

Våren 2010 utga Helsedirektoratet nye retningslinjer for å vise hva som er god praksis ved behandling og rehabilitering etter hjerneslag (Helsedirektoratet 2010). Jeg har hentet informasjon om hjerneslag og konsekvenser av sykdommen fra denne veilederen.

Hjerneslag rammer hvert år ca. 15 000 personer i Norge. Definisjonen av hjerneslag fra Verdens helseorganisasjon er *”en plutselig oppstått fokal eller global forstyrrelse i hjernens funksjoner av vaskulær årsak som vedvarer i mer enn 24 timer eller fører til død”*. Hjerneslag omfatter hjerneinfarkter (85-90 %), hjerneblødninger (10-12 %) og hjernehinneblødninger (3-5 %). Hjerneslag rammer eldre hyppigst og gjennomsnittsalderen ved sykdomsdebut er om lag 76 år. I disse studiene var 65 % av alle slagtilfellene i aldersgruppen over 75 år, men det er også en sykdom som rammer yngre og om lag 2 % av alle hjerneinfarkt rammer personer under 45 år (Ellekjær, Selmer 2007 og Næss 2007).

Av de som får hjerneslag gjenvinner en tredjedel full eller tilnærmet full funksjon etter slaget. En tredjedel får varige funksjonsnedsettelse som påvirker hverdagslivet og gjør dem avhengige av hjelp fra andre, og den siste tredjedelen dør av hjerneslaget.

Konsekvensene av et slag kan være mange og funksjonsutfallene er avhengig av hvor i hjernen skaden inntreffer. I veilederen nevnes de mest vanlige utfallene:

*”Halvsidige lammelser, følelsetap, svelgevansker, språkvansker, talevansker,*

---

*synsfeltutfall, svekket balanse, uoppmerksomhet til en side, bevissthetsendringer, reduserte mentale funksjoner<sup>2</sup>, psykiske plager, smerter, blære- og tarmforstyrrelser.”*

Av de som overlever et hjerneslag vil mange trenge rehabilitering, og de vil være avhengig av hjelp og støtte av andre mennesker og av samfunnet.

Det sies videre i veilederen om rehabilitering etter et hjerneslag: *”De siste tiårene har gitt ny kunnskap om hjernens plastisitet, og denne kunnskapen åpner nye perspektiver for slagrehabilitering. Hva som er den mest ideelle form for slagrehabilitering er ikke avklart, men det er behov for god motivasjon kombinert med tilstrekkelig mengde, intensitet og varighet av treningen. Samtidig er det viktig at rehabiliteringen forankres i den slagrammedes livssituasjon og det livet som skal leves videre, enten det dreier seg om rehabilitering i sykehus, rehabilitering i annen institusjon eller rehabilitering i hjemmet.”*

Videre anbefales det i retningslinjene om personer som har fått hjerneslag i yrkesaktiv alder at ”Personer med hjerneslag som har et arbeidsforhold bør kartlegges i forhold til arbeidsmuligheter, og alle som har mulighet for å komme tilbake til arbeid bør tilbys arbeidsrehabilitering. Vurdering av arbeidsevne og eventuelt tilrettelegging av jobbsituasjonen er viktig for personer i arbeidsfør alder. Som ledd i arbeidsrehabiliteringen bør arbeidsgiver involveres tidlig i samråd med den slagrammede for å starte forberedelsene av tilbakeføring til arbeid.”

Tidligere var det i rehabiliteringen etter hjerneslag lave forventninger til hvilken framgang pasientene kunne forvente å oppnå etter skaden. I løpet av de siste årene har det imidlertid skjedd en rask kunnskapsutvikling innenfor nevrovitenskapelig

---

<sup>2</sup> Bliir også betegnet som kognitiv svikt: Ordet kognisjon brukes i psykologien synonymt med «kunnskapsmessig», og omhandler en prosess som består i å motta, modifisere, lagre og hente frem informasjon for å løse problemer gjennom språk og tenkning. Kognitiv svikt er en vanlig følgetilstand etter hjerneslag og svikten varierer både når det gjelder forekomst, alvorlighetsgrad og type utfall (Engstad, Viitanen, Almkvist 2007)

forskning. Forskning viser at nye intervensjonsmuligheter ved akutt hjerneslag for eksempel trombolyse og endovaskulære teknikker<sup>3</sup> og behandling i slagenheter<sup>4</sup> med tidlig og aktiv rehabilitering, øker sjansene for å gjenvinne tapte funksjoner (Helsedirektoratet 2010, Jacobsen 2008). Det eksisterer i dag overbevisende dokumentasjon på at behandling og rehabilitering i slagenheter reduserer alvorlig funksjonshemming sammenliknet med behandling i generelle avdelinger (Fjærtøft, Indredavik 2007). Vi vet gjennom ny kunnskap om hjernens plastisitet<sup>5</sup> at tilstrekkelig treningsmengde og -intensitet er nødvendig for å oppnå maksimal påvirkning av hjernens funksjonsevne (ibid. og Brodal, 2007). Denne kunnskapen har blitt retningsgivende for rehabiliteringsprogrammene for personer som er blitt rammet av hjerneslag. I tillegg blir det vektlagt at treningen må starte så fort som mulig og pågå over en lang periode for å oppnå best mulig påvirkning av hjernen og stimulere tilhelningsprosessen i rehabiliteringen (Dietrichs 2007).

Den nye kunnskapen om hjernens regenerative evne og bedre tiltak innen behandling og rehabilitering øker mulighetene for at flere kan gjenoppta arbeidet sitt etter et hjerneslag. På den andre siden er det også kjent at personer med skader i hjernen sliter med å komme tilbake til arbeidslivet (Næss 2007). Næss oppsummerte det slik i sin studie av 232 pasienter i alderen 15–49 år med hjerneinfarkt: *”Hordalandstudien viser at en stor andel falt ut av arbeidslivet. Før hjerneinfarkt var 85,5 % i arbeid, og etter gjennomsnittlig seks års oppfølging var 58 % i arbeid. Mange av de som fortsatt var i arbeid, jobbet deltid. Foruten hjerneinfarktets størrelse var lav utdanning, økende alder og sivil status (enslig) assosiert med ikke lenger å være i arbeid. Bedre tilrettelegging av arbeidsforholdene vil trolig hjelpe flere tilbake til arbeidslivet. Det er fornuftig med gradvis tilbakegang til arbeidslivet for de fleste.*

---

<sup>3</sup> Blodproppopløsende behandling

<sup>4</sup> Egne sykehusenheter for behandling og rehabilitering av slagpasienter

<sup>5</sup> Begrepet plastisitet brukes til å beskrive endringer som skjer både som ledd i normal utvikling og om de tilpasninger og forandringer som foregår etter en skade eller sykdom i hjernen. Det skjer en nydanning av synapser, andre synapseforandringer, kortikal reorganisering og muligens nydanning av hjerneceller (Dietrichs 2007).

---

*Hjerneinfarkt medfører kognitiv svikt hos mange. Subtil kognitiv svikt kan føre til at pasienter møter problemer hvis tilbakegangen til arbeidslivet er for rask.(...) Fremtidige studier bør også undersøke hvilke faktorer som innvirker på unge pasienters deltakelse i arbeidslivet.”*

I en studie av 105 hjerneslagpasienter mellom 18 til 44 år i Sverige opplevde pasientene god fysisk bedring, med bare 57 % av pasientene arbeidet fulltid ved et år etter hjerneslaget (Malm m.fl.1998). Diffuse vansker og kognitive vansker som hodepine, fatigue, irritasjon, engstelse, utslitthet, og hukommelsesvansker ble beskrevet som årsaker til at de ikke greide å arbeide til tross for optimal tilpasning på arbeidsplassen.

Rehabiliteringsenheten i Helse Fonna undersøkte i perioden 1998 til 2003 42 pasienter med hjerneslag og hjerneskade som ble henvist til enheten (Røthing, Vikse 2006). De kartla hvordan livene deres var blitt etter at de var syke og om de hadde opplevd å ha fått senvirkninger fra skadene. Det var da gått fra et halvt år fra sykdom- eller skadetidspunkt for noen av deltakerne i studien til over fem år siden skaden/sykdommen for de som hadde lengst erfaring fra sin sykdomsdebut.

Bare 9 % av deltakerne i studien hadde arbeidsinntekt som inntektskilde ved gjennomføringstidspunktet og de var alle over 50 år. De yngre hadde ulike tidsavgrensede tiltaksordninger som inntektskilde og 47 % hadde uføreytelser. Pasientenes erfaringer i arbeid med attføringsprogram var at kravene i det normale arbeidsliv eller til omskolering var for høye for de fleste med kognitive funksjonsutfall (ibid).

Ellingsen og Aas (2008) har i en studie identifisert hemmende og fremmende faktorer for arbeidsdeltagelse etter hjerneslag og andre hjerneskader. Informantene (pasienter og behandlere) trakk fram noen faktorer som de mente ville vært av betydning, men som de mente manglet i dagens rehabiliteringspraksis. Dette gjaldt: *”Behovet for tidligere vurderinger i rehabiliteringsprosessen i forhold til konkret arbeidsmiljø og – oppgaver, bedre overføring av kunnskap og informasjon fra*

*rehabiliteringsinstitusjoner til arbeidslivet og større bruk av personassistanse som viktige bidrag i forhold til dagens praksis.”*

Kognitiv svikt kan føre til at pasienter møter problemer hvis tilbakegangen til arbeidslivet skjer for rask etter hjerneslag (Næss 2007). Kognitiv svikt er en vanlig følgetilstand etter hjerneslag og den kognitive svikten kan variere både når det gjelder forekomst, alvorlighetsgrad og type utfall (Engstad, Viitanen, Almkvist 2007). Selv et lett hjerneslag kan gi kognitiv reduksjon hos noen pasienter (Solbakk, Scanke, Krogstad 2008 og Reitan og Wolfson 1997). Det er også et kjent problem at personer som er rammet av hjerneslag opplever fatigue<sup>6</sup>. Dette er en tilstand som det ikke finnes spesifikke tiltak for og kapasitetssvikten og trøttheten påvirker evnen til å være sosial og yrkesaktiv (Næss 2005, McGeough m.fl. 2009, Röding m.fl. 2003).

Personer som hadde fått et hjerneslag trengte ofte lang tid i sin rehabilitering for å finne nytt fotfeste i livet (KreSS, 2002). De som hadde opplevd å bli skadet framhevet betydningen av både *prosess* og *tid* i forhold til å bevare forholdet til arbeidsplassen og for å kunne forbli yrkesaktive (Jacobsen, Rasmussen 2005). Prosess og tid ble relatert både til den personlige omstillingsprosess som det å få et handikap krevde av den som hadde fått hjerneslag, samt personens egen erkjennning og håndtering av den nye livssituasjonen.

## 2.3 Sykehuset Innlandets rutiner for personer med hjerneslag

Sykehuset Innlandet er et helseforetak som består av flere sykehus som ligger spredt i fylkene Hedmark og Oppland. Det er inndelt i 10 divisjoner og flere fagdivisjoner betjener hele foretaket med sine tjenester (Sykehuset Innlandet HF 2010).

---

<sup>6</sup> Fatigue: Unormal tretthet og mangel på energi som følge av hjerneslaget.



---

Pasienter som får hjerneslag, blir først behandlet ved en akuttavdeling<sup>7</sup> i helseforetaket. Pasienter som har fått motoriske utfall, større kognitive utfall og sammensatte behov etter hjerneslaget blir prioritert til sengeplassene i egne enheter for hjerneslagpasienter på nevrologisk og medisinske avdelinger. Der får de medisinsk behandling, utredning og de første rehabiliteringstiltakene startes opp. Videre gis denne pasientgruppen fortrinn framfor de som har mindre utfall etter hjerneslaget til primærrehabilitering i helseforetaket. Rehabiliteringstilbudet i helseforetaket består av sengeplasser ved de to rehabiliteringsavdelingene og oppfølging fra tre ambulante rehabiliteringsteam gjennom råd og veiledning i hjemkommunen etter utskriving. Primærrehabiliteringen etter hjerneslag handler i stor grad om å trene ferdigheter for å klare personlige og daglige gjøremål i egen bolig.

Ikke alle pasienter som har hatt hjerneslag henvises til rehabilitering i primær- eller spesialisthelsetjenesten etter oppholdet i akuttavdelingen. En person som får et mildt hjerneslag blir raskt skrevet ut igjen til hjemmet. Pasienten får en sykemelding og beskjed om å kontakte sin fastlege etter utskriving dersom han eller hun trenger utvidelse av sykemeldingsperioden. Beslutningen om å skrive pasienten direkte ut til hjemmet uten hjelpetiltak blir gjort på bakgrunn av at personen er oppegående i avdelingen og er selvstendig i personlig stell. En pasient som ikke har fått fysiske utfall etter slaget, kan oppleve å føle seg frisk, er lettet over at det har gått bra og vil gjerne reise hjem så snart som mulig. Hverdagen på en akuttavdeling er forholdsvis oversiktlig og enkel, og det stilles små krav til mestring for den som er innlagt. Moderate kognitive skader som er usynlige, blir derfor ikke oppdaget før utskrivelsen av pasienten selv eller av de ansatte.

Kognitive vansker etter hjerneslag er fortsatt en problematikk som er lite kjent. Derfor skjer det at utfallene ikke oppdages mens de er innlagt, og pasientene blir ikke søkt videre til et rehabiliteringstilbud. Det er et kjent problem at enkelte personer som har

---

<sup>7</sup> Akuttavdelinger som behandler pasienter med hjerneslag i helseforetaket er: Medisinske avdelinger og nevrologisk avdeling.

hatt hjerneslag først oppdager at de har vansker når de kommer hjem, skal utføre mer komplekse gjøremål og når de skal starte opp på jobb igjen (Næss 2007). Problemene er vanskelige å finne ut av på egenhånd, de strever og forstår ikke hvorfor de sliter sånn og de vil ofte føle seg alene med problemene. Pasientene som har kognitive vansker ville derfor hatt god nytte av videre rehabilitering (Engelstad m.fl. 2007).

## 2.4 Tilbudet "Raskere tilbake etter sykdom eller skade i hjernen"

I mai 2008 ble prosjektet "Raskere tilbake etter sykdom eller skade i hjernen" startet opp i Sykehuset Innlandet og det førte til at spesialisthelsetjenesten fikk et tilbud om yrkesrettet rehabilitering. Prosjektet har blitt finansiert med årlige bevilgninger fra Helse Sør Øst RHF gjennom satsningen med tilskudd til kjøp av helse- og rehabiliteringstjenester (Helse Sør-Øst 2010). Den enkelte pasienten får tilbud om rehabilitering som skal bistå ham/henne i å komme tilbake til arbeid etter sykefraværet. Hovedfokus er kognitiv rehabilitering og målet er å gjenoppta yrkesaktivitet. Dette tjenestetilbudet har manglet i helseforetakets rehabiliteringstilbud tidligere.

Tjenesten har hittil gitt tilbud til 173 pasienter (pr. 15.03.11). De som tas inn i "Raskere tilbake" er personer som har fått stadfestet at de har fått en skade i hjernen på grunn av et hjerneslag, et ytre traume eller av en annen årsak. Det er derfor flere diagnosegrupper som mottar tjenestene, men i denne studien er det bare personer med hjerneslag som er blitt intervjuet. Tilbudet kan gis for å unngå at personen blir sykemeldt og til personer som mottar sykepenge (alle graderinger av sykemeldingsprosent). Tilbudet gis også til sykemeldte som allerede er inne i behandling, ordninger eller oppfølging når sykepengeordningen opphører (Helse Sør-Øst 2008). Det er et krav at de personene som innvilges tilbudet med stor sannsynlighet skal komme raskere tilbake i arbeid som en direkte følge av den behandlingen/aktiviteten som tilbys (Arbeids- og inkluderingsdepartementet 2007). I

---

praksis utelukker det alvorlig skadde pasienter som på grunn av store utfall og funksjonsvansker først trenger primærrehabilitering.

Det tverrfaglige teamet som arbeider i prosjektet består av aktivitør, ergoterapeuter, fysioterapeut, lege, nevropsykolog og sosionom, i alt 5,8 stillinger fordelt på 8 personer. Teamet er satt sammen av personer som fra tidligere hadde lang erfaring fra arbeid med rehabilitering av slagpasienter, men det har vært behov for kompetanseutvikling i forhold til rehabilitering av kognitiv svikt og tiltak rettet mot yrkesaktivitet. Derfor har det vært avholdt flere kurs og temadager om metoder som Brain Tree Training<sup>8</sup>, om virkemidler for å få sykemeldte i arbeid, og det har vært samarbeidsmøter med Nav og andre samarbeidspartnere.

Det nye tjenestetilbudet har teamet utviklet fra bunnen av, og formingsprosessen pågår fortsatt. Fordeler ved å gå opp nye spor, er at det er stor fleksibilitet i å kunne tilpasse og utforme tjenesten. Tiltakene utformes individuelt rundt hver enkelt pasient og behandlingsforløpene blir derfor i liten grad standardiserte, men rettes mot behovene til hver enkelt. Tjenesten har en grunnstruktur av pasientrettede tiltak og samarbeidsmøter, og teamet arbeider kontinuerlig for å forbedre tiltakene for pasientene og for å videreutvikle kompetansen. ”Raskere tilbake”-teamet utfører i dag tiltak både inne på rehabiliteringsavdelingen og ute i kommunen der pasientene bor og arbeider gjennom ambulerende virksomhet.

Hver pasient får oppnevnt en saksansvarlig fra teamet som blir vedkommendes kontaktperson. Den saksansvarlige samarbeider med pasienten for å koordinere de individuelle tiltakene i prosessen (tabell 1). Basert på tidligere erfaringer fra rehabilitering av slagpasienter, avgjorde teamet at det også ville være hensiktsmessig å etablere et gruppebasert tilbud for pasientene (tabell 2). De ansatte inviterer flere ganger i året nye pasienter som er tatt inn i prosjektet til et gruppetilbud av en ukes varighet. Gruppen som har et lukket antall deltakere, består av fra fire til seks

---

<sup>8</sup>Brain Tree Training er metodikk innen kognitiv rehabilitering for hjerneslag/traumatiske hjerneskader utviklet av Kit Malia og Anne Brannegan (<http://www.braintreemanagement.co.uk/braintreetraining/about.htm>)

pasienter. Pasientene kan deretter fortsette i den andre gruppen som møtes en dag annenhver uke. Gruppen har etter hvert fått navnet ”*onsdagsklubben*”, og den er en åpnere gruppe. Antallet i denne gruppen varierer noe, men mellom 5 og 10 pasienter deltar hver gang. Deltakerne blir med i gruppen som møtes ca. 10-12 ganger i løpet av et halvår.

En kort beskrivelse av ”Raskere tilbake”-prosjektets ulike tiltak, form og innhold finnes i tabellene under (tabell 1 og 2).

**Tabell 1: Individuelle tiltak i ”Raskere tilbake etter sykdom eller skade i hjernen”**

<b>Individuelle tiltak</b>	<b>Kort beskrivelse av form og innhold</b>
Kartlegging ved tverrfaglig poliklinikk	Pasientens helsetilstand, arbeidsforhold og arbeidsoppgaver, hva har vedkommende oppdaget av begrensninger, hva er gjort og hvilke behov for bistand har han/hun. Pasienten, evt. pårørende og aktuelle faggrupper fra ”Raskere tilbake” deltar.
Samarbeid med arbeidsplassen	Foregår på arbeidsplassen og gjennom telefonkontakt. Formålet er å kartlegge arbeidsoppgaver, planlegge oppstart etter sykefraværet, se på tilretteleggingsmuligheter og gi fortløpende veiledning og råd. Pasienten, arbeidsgiver og evt. andre samarbeidsparter deltar.
Samarbeid med Nav	Foregår på Nav-kontor, arbeidsplass eller gjennom telefonkontakt. Formålet er å avklare rettigheter, roller og ansvarsfordeling og igangsette tiltak i rehabiliteringsprosessen. Pasienten, arbeidsgiver og evt. fastlege deltar.
Hjemmebesøk	Informasjon, råd og veiledning til pasient og eventuelt pårørende i forhold til daglige gjøremål som forberedelse for å oppnå eller bedre arbeidsdeltagelse.
Videre polikliniske kontakter	Fortløpende evaluering av opplegget og videre planlegging.
Henvisning til andre instanser	Medisinske undersøkelser og behandling Rehabiliteringsopphold Primærhelsetjenesten

**Tabell 2: Gruppebaserte tiltak i ”Raskere tilbake etter sykdom eller skade i hjernen”**

Gruppebaserte tiltak	Kort beskrivelse av form og innhold
<p>Gruppe 1:</p> <p>Kognitiv rehabiliteringsopphold</p>	<p>Et 4-dagers tilbud (går over en uke med onsdag som fridag). Innleggelse på Rehabiliteringsavdelingen (eller for noen som dagtilbud).</p> <p>Formålet med gruppen er å gi deltagerne informasjon, mulighet til å bli klar over egne ressurser og begrensninger, gjennomføre trening, aktiviteter og dele erfaringer med medpasienter knyttet til hverdags- og arbeidsliv. Gjennomgripende emner er om hjernens funksjon og kognisjon. Andre temaer er for eksempel forebygging av nye hjerneslag (livsstilsjusteringer), fysisk aktivitet, avspenning og trening av oppmerksomhet og konsentrasjon.</p>
<p>Gruppe 2:</p> <p>”Onsdagsklubben”</p>	<p>Dagtilbud av 5-timers varighet onsdag annenhver uke, varighet av tilbudet er 6 måneder. Pasientene får etter deltakelse i gruppe 1 tilbud om å fortsette i gruppe 2. Formålet er å gi informasjon og gjennomføre praktiske oppgaver som har betydning for helse og arbeidsdeltakelse. Etter lunsj er dagen avsatt til erfaringsutveksling og tilbakemelding om hjemmeoppgaver.</p>

## 2.5 Refleksjoner om hjerneslag og ”Raskere tilbake”-satsingen

Det var mange spørsmål omkring temaet hjerneslag og arbeidsliv som dukket opp underveis i forberedelsene og ved gjennomføringen av studien. Jeg ønsket å snakke med informantene om hvordan de opplevde og beskrev rehabiliteringsprosessen og om hvordan de erfarte sin innsats for å gjenvinne helse- og arbeidsfunksjon. Jeg lurte på hvordan informantene opplevde å gjennomgå omstillingsprosessen fra å være friske og arbeidsdyktige en dag til å være rammet av hjerneslag neste dag. Hvordan greide de å finne veien tilbake til jobb, og hadde de fått den støtten de trengte til den omfattende og krevende omstillingsprosessen? Hva hadde rehabiliteringen bidratt til i

endringsprosessen og hvordan hadde de selv håndtert forløpet og sin nye livssituasjon?

Jeg undret på om de opplevde at problemstillinger og konsekvenser etter hjerneslaget kunne komme i konflikt med intensjonene om at sykemeldte personer skulle bringes raskere tilbake i arbeid. Kunne betegnelsen *raskere* som er brukt i navnet til tjenesten, skape økte forventninger om å korte ned tidsperspektivet i rehabiliteringsprosessen, og hvordan opplevdes eventuelt det? Hvilke holdninger hadde de opplevd fra ”Raskere tilbake”-teamet, arbeidsplassen, sine omgivelser og nærmiljø omkring utsiktene til å komme i jobb igjen? Var deres mål om å kunne delta i arbeidslivet igjen i tråd med holdningene og forventningene som samfunnet ellers hadde? Hvordan erfarte de sin situasjon dersom de hadde problemer som var usynlige for andre, vansker som for eksempel kognitiv svikt eller fatigue? Jeg ville forsøke å få kjennskap til strategier og løsninger som de mente hadde innvirkning på og betydning for deres arbeidsdeltagelse.

Det var interessant å undersøke om pasientene i denne studien erfarte om ”Raskere tilbake” – prosjektet kunne dekke behov som en tidligere studie for samme målgruppe hadde påpekt at det manglet (Ellingsen og Aas 2008). Det som studien hevdet ikke ble gjort godt nok, handlet om å få pasientene henvist tidlig nok for å få vurdert arbeidsevnen, om å øke bruken av personassistanse og at det manglet god nok overføring av kunnskap og informasjon til den sykemeldte og vedkommendes arbeidsplass. Det var også interessant å studere om pasientene erfarte at tjenestetilbudet greide å ivareta dem i deres omstillingsprosess eller om målsettingen om å redusere sykefraværet kunne føre til at det ble stilt for store krav til å være yrkesaktiv for dem som mottok rehabiliteringstilbudet.

---

## 3. Prosjektets teoretiske forståelsesramme

### 3.1 Ergoterapeutisk grunnsyn

Det ergoterapeutiske perspektivet er et viktig fundament for meg som terapeut og i gjennomføringen av studien. Fagets grunnsyn har påvirket hva jeg har rettet blikket mot i rehabiliteringsprosessen for pasienter med hjerneslag. Som ergoterapeut er jeg opptatt av hvordan mennesker jeg møter lever sine liv og av hvilke gjøremål og aktiviteter de mener er meningsfulle for dem i deres sosiale og samfunnsmessige sammenheng. Grunnsynet i ergoterapi bygger på at mennesket fra fødselen av er aktivt og utforskende i samhandling med andre mennesker og omgivelsene rundt seg. Det kan enkelt beskrives som ”å leve er å gjøre” (Ness 2008). Med begrepet aktivitet menes all virksomhet som mennesket gjør. Gjennom de daglige aktiviteter og i sin virksomhet oppfyller mennesker ulike krav og forventninger fra de sosiale omgivelsene og kulturen som de omgir seg med og dette gjør oss til samfunnsmessige individer. Grunnsynet kan formuleres gjennom følgende antagelser:

- Mennesket har behov for og rett til aktivitet og deltagelse
- Det er en sammenheng mellom aktivitet, helse og livskvalitet
- Mennesket utvikler seg selv og sine omgivelser gjennom aktivitet (Ness 2008)

En dynamisk modell innen ergoterapi for menneskelig aktivitet har fått betegnelsen *Model of Human Occupation (MoHO)*. Modellen er både en teori og praksismodell og den er utviklet av Gary Kielhofner (Kielhofner, m.fl. 1997). Modellen og omhandler forholdet mellom menneske, virksomhet og omgivelser og bygger på grunnsynet om at mennesket er aktivt av natur og at aktivitet er viktig for helse, trivsel, utvikling og forandring (Ellingham 2000). Modellen benytter dynamisk systemteori for å beskrive at menneskelig virksomhet (occupation) oppstår spontant og improvisert og konstrueres mellom mennesket, virksomheten/aktiviteten og omgivelsene. Modellen har inspirert meg som ergoterapeut og gitt meg en måte å betrakte personers

handlinger gjennom det som former menneskelig aktivitet, definert som systemer bestående av *vilje* (verdier, mestringsoppfattelse, interesser), *vaner* (roller, rutiner) og *utførelse* (kroppens funksjoner).

I modellen er faktorene gjensidig avhengige av hverandre og gjennom vår virksomhet i vårt sosiale miljø utformes våre ferdigheter, egenoppfatning og sosial identitet.

Arbeidsplassen er en viktig arena for aktivitet i voksen alder og mange av våre roller, rutiner, vaner, verdier og ferdigheter skapes gjennom vår arbeidsdeltakelse.

Aktivitetsproblemer etter et hjerneslag oppstår ikke primært på grunn av sykdommen eller skaden hos individet, men i samspillet mellom mennesket og omgivelser. Dette grunnsynet i ergoterapi har påvirket hva jeg rettet blikket mot i datainnsamlingen og gjorde det naturlig å forsøke å ha en bred tilnærming for å spørre om hva som hadde innflytelse på aktiviteten til respondentene, deres hverdagsliv og arbeidssituasjon. Det var nødvendig å spørre respondentene om hvordan de samhandlet med mennesker og miljø rundt seg, og hvordan erfaringene de fikk formet deres syn på seg selv etter hjerneslaget.

## 3.2 Interaksjonistisk perspektiv

Sammen med ergoterapiens grunnsyn har jeg tilegnet meg kunnskap om det interaksjonistiske perspektivet og brukt det til analysen av materialet. Perspektivet passer godt sammen med et ergoterapeutisk grunnsyn. Begge perspektivene er opptatt av hverdagsliv og interaksjonen mellom mennesker og miljø og de dannet et godt utgangspunkt for at jeg skulle oppdage og analysere alminnelige, men interessante hendelser i respondentenes hverdagsliv.

Etter en sykdom eller skade vil det å finne tilbake til hverdagen slik den var før innebære hardt arbeid. Arbeidet med å gjenvinne hverdagslivet skjer i et samspill mellom respondentene, mennesker de omgir seg med og i mange ulike situasjoner og de to perspektivene kan belyse nettopp disse prosessene. Perspektivet utdypet at det er det er i møtet med andre respondentene i de ulike situasjonene i sin hverdag opplever



---

og definerer seg selv og ved å anvende det interaksjonistiske perspektivet blir det mulig å fokusere nettopp på dette (Miik-Meyer, Villadsen 2007).

En interessant innfallsvinkel var å se på de ulike typene av egeninnsats de menneskene som var rammet av hjerneslag gjorde gjennom sine daglige aktiviteter. Ved å se på hverdagsaktivitetene kunne jeg finne ut mer om det arbeidet respondentene utførte for å gjenvinne helse og livskvalitet etter hjerneslaget. Gjennom aktive handlinger var det mulig for dem å iscenesette seg selv på en måte som stimulerte til å ivareta vedkommendes egen oppfattelse av sin identitet og sitt selvbylde.

### 3.3 Goffmans analyser av hverdagslivet

En samfunnsforsker som har bidratt med perspektiver for å studere menneskers hverdagsliv er Erving Goffman (1992, 2009). Hans analyse av alminnelige menneskers hverdag hadde sitt utspring i et interaksjonistisk perspektiv. Ved å betrakte respondentenes historier gjennom Goffmans teatermetafor, fikk jeg støtte til å oppdage grunnleggende trekk i hvordan respondentene framstilte seg selv og sin aktivitet for andre etter hjerneslaget. Hans analyser av møter mellom mennesker og de forsøk de gjorde for å opprettholde fasader, spille ulike roller for hverandre og om spill som foregikk både bak og foran på scenen bidro til min tolkning av respondentenes fortellinger. Goffmans studier handlet videre om menneskenes ønske om å bli forstått, om deres krafttak for anerkjennelse og bekreftelse, en frykt for å bli avslørt og for å oppleve fiasko. Alt dette førte til at jeg oppdaget at menneskene jeg studerte la ned svært mye arbeid i hvordan de ønsket å presentere seg på en passende måte. Etter en sykdom måtte de som ble rammet av hjerneslag finne nye strategier for hvordan dette skulle gjøres, og de måtte gå opp nye spor i kontakten og gjennom samhandlingen med andre mennesker.

Respondentene i studien var voksne personer som hadde blitt rammet av et hjerneslag. Etter sykdom møtte de ulike holdninger og forventninger fra omgivelsene, og jeg ønsket å ha et åpent blikk for at dem jeg intervjuet kunne ha opplevd stigmatisering og en devaluering av sin sosiale identitet på grunn av sykehistorien og sin reduserte funksjonsevne. I interaksjonen med andre kunne respondentene ha fått erfaringer der de som slagpasienter ikke hadde blitt behandlet som helt alminnelige mennesker, men som bærere av stigma (Goffman 2009). Derfor var det interessant å lese gjennom intervjuene for å se etter erfaringer som handlet om miskreditering av deres sosiale identitet.

En stor utfordring for en person som har fått et hjerneslag er oppgaven med å informere andre i nærmiljøet om hva som har skjedd og om konsekvensene av sykdommen. Begrepet å *passere* benyttet Goffman om situasjoner som oppstod når avgjørende informasjon ble holdt hemmelig. Etter et hjerneslag vil mange av slagpasientene ha skjulte funksjonsnedsettelse og Goffman beskrev at en hemmeligholdelse av usynlige vansker kunne lykkes, men at det var en fare for at personen kunne bli miskreditert dersom vanskene ble avslørt. Alternativet til å holde tilbake opplysninger var heller å gå ut med helt åpen informasjon for å unngå en hemmeligholdelse eller benytte en informasjonsstrategi som lå mellom disse to ytterpunktene.

Interaksjonistisme handler om å ha perspektivet rettet mot relasjoner. Et begrep som gjør denne vinklingen tydelig og handler om relasjoner som oppstår når mennesker utfører noe sammen, er beskrivelser av å være samarbeidende i et *lag* med andre. Begrepet *lag* ble viet stor oppmerksomhet i Goffmans arbeider (Goffman 1992). Å se på ulike uttrykk og former for lagarbeid var en godt egnet innfallsvinkel for å finne ut hvordan slagpasientene opplevde å bli støttet og hvordan samarbeidet med andre. Goffmans beskrivelser av lag, opptredener, laginntrykk, område og områdeatferd inspirerte meg og medvirket til at temaet om lagarbeid trådte spesielt tydelig fram under studien.

## 4. Metodisk tilnærming

### 4.1 Design

I studien er det benyttet en kvalitativ metode der datainnsamlingen har foregått gjennom individuelle dybdeintervjuer. Tre personer som har hatt hjerneslag er blitt intervjuet.

### 4.2 Utvelgelse av informanter

Informantene ble rekruttert fra pasientene som hadde gjennomgått et hjerneslag og som hadde fått tilbud fra ”Raskere tilbake”-prosjektet. De andre ansatte i teamet gikk gjennom pasientlistene og fant personer de mente det var aktuelt å spørre om å delta i studien. Respondentene ble valgt ut med tanke på at det var ønskelig å fram nyanser og bredde i materialet. Dimensjoner de ansatte ble bedt om å vurdere var at de deltakende måtte ha samtykkekompetanse, begge kjønn skulle være representert og det var ønskelig med spredning i alder og yrkessituasjon. Jeg ønsket å intervju pasienter som hadde kommet tilbake til arbeidslivet og pasienter som ikke hadde kommet tilbake i jobb ennå.

Fire personer ble spurt av sin saksansvarlige i ”Raskere tilbake”-teamet om å delta i studien, en ønsket ikke å delta og de tre andre er blitt intervjuet. Et forespørsels- og informasjonsbrev med samtykkeerklæring ble sendt til de tre pasientene som kunne tenke seg å bli intervjuet. De ble orientert om studiens formål, om hvordan informasjonen ville bli behandlet og om retten til når som helst å kunne trekke seg fra studien (vedlegg 1).

Jeg kom først i kontakt med pasientene etter at de hadde gjort seg kjent med studien gjennom samtykkeerklæringen og hadde samtykket til å delta i studien.

Intervjuavtalene ble gjort gjennom telefonkontakt.

### 4.3 Intervjuene

De individuelle intervjuene ble gjennomført fem måneder etter slaget for den ene respondenten, åtte måneder etter for den andre og vel to og et halvt år etter for den tredje. To av intervjuene ble gjort hjemme hos respondentene og et intervju ble gjort på rehabiliteringsavdelingen. De fikk velge hvor de ville gjennomføre intervjuene ut i fra hva som var den praktisk beste løsningen for dem. Jeg fikk god erfaring med å utføre intervjuet på deres hjemmebane. Der oppnådde vi å få en trygg ramme som egnet seg godt til fordypning av temaer som krevde ettertanke og trygghet slik at de fikk fram de personlige opplevelsene (Maltrud 2005). Intervjuet som foregikk på institusjonen, ble gjennomført i et rom som respondenten kjente fra gruppetilbudet i Raskere Tilbake. Respondentene fikk den tida de trengte for å fortelle om sine erfaringer og komme med synspunkter på det de hadde opplevd. Jeg opplevde at respondentene hadde mye de ville fortelle og det resulterte i at varigheten på intervjuene var fra en og en halv time til vel to timer. Lydbåndopptager ble til opptak av intervjuene.

Intervjuene foregikk som en samtale mellom informantene og meg som intervjuer, og det var nyttig å ha mange års klinisk erfaring fra samtaler med pasienter i intervjusituasjonene. Som intervjuer ble jeg en medprodusent av dataene, deltok aktivt i samtalen, påvirket fortellingen fra respondentene med mine spørsmål og bidro derfor til å skape innholdet (Järvinen, Miik-Meyer 2005). Derfor påvirket jeg resultatet med mine ferdigheter som intervjuer, og gjennom mine kunnskaper og evne til følsomhet og empati.

En tematisk intervjuguide var utarbeidet på forhånd og den ble brukt for å sikre at intervjuet berørte de temaene som var aktuelle for å få svar på forskningsspørsmålene (Kvale 2007) (Vedlegg 2). Jeg var opptatt av å gjøre temaene i intervjuguiden mest mulig relevante, dekkende og dynamiske i forberedelsene av intervjuene. Jeg benyttet noen introduksjonsspørsmål for å komme i gang med intervjuene og underveis fulgte jeg opp med oppfølgende, inngående og fortolkende spørsmål for å få gode beskrivelser av erfaringene deres (Kvale 2007). Intervjuguiden ble ikke brukt til å

---

detaljstyre oppbyggingen og gjennomføringen av hvert enkelt intervju, men fungerte som en rettesnor for meg. Temaene ble berørt i den naturlige sammenhengen som oppstod underveis i samtalen.

I møtene med respondentene fikk jeg høre deres personlige historier om hva de hadde erfart etter hjerneslaget og fortellingene om pågangsmotet deres berørte meg. De ga tydelig uttrykk for at de syntes det var viktig å fortelle om erfaringene sine og de uttrykte håp om at det de bidro med ville komme til nytte i arbeidsfeltet og for andre slagpasienter.

Jeg lyttet aktivt og var interessert i å få dem til å utdype sine erfaringer ytterligere og ga hver respondent den tiden han/hun trengte for å formidle sine inntrykk og synspunkter. Målet mitt var at respondentene ikke skulle ha en opplevelse av å bli tappet for informasjon og få rollen som en passiv informant, men at intervjuene skulle gi rom for undring og refleksjon slik at de opplevde at de selv fikk noe ut av samtalen (Järvinen m.fl.2005). Deres engasjement og iver til å fortelle smittet over på meg, og jeg synes det var en fin erfaring å ha så god tid til å lytte til deres historier og refleksjoner. Det gode samarbeidet som jeg opplevde mellom respondentene og meg i intervjuene ga meg mer energi, økte mitt engasjement ytterligere og jeg opplevde at det påvirket produksjonen av materialet i positiv retning. Jeg ble slått av deres åpenhet og ser i ettertid at jeg i mitt arbeid med yrkesrettet rehabilitering for slagpasienter hadde mye å lære av det de fortalte. Jeg ble opptatt av at jeg hadde en stor oppgave og et ansvar for å analysere og formidle deres erfaringer slik at det kunne skape grunnlag for ny refleksjon omkring pasientenes perspektiver (Järvinen, Mik-Meyer 2005). Som intervjuer forsøkte jeg å ta ansvar for å opptre med følsomhet i forhold til hvilke spørsmål ble stilt og hvordan jeg ga respons på deres opplevde problemer (Kvale 2007). Jeg forsøkte å ta hensyn gjennom å være aktiv lyttende og være støttende overfor respondentene under intervjuet. Særlig gjaldt det for en av respondentene som ble tydelig følelsesmessig berørt med både tårer og latter da vedkommende fortalte om sin situasjon etter hjerneslaget.

En av respondentene som ble intervjuet hjemme, syntes at det var ubehagelig at lydopptakeren ble brukt, men ønsket likevel å delta i studien. Bruk av mikrofon syntes ikke å influere på intervjuet som varte i over to timer fordi personen hadde mye å fortelle. De to andre hadde ikke noen negative bemerkninger om bruk av lydopptager.

Intervjuene hadde som mål å fange opp informantenes erfaringer, noe som kunne føre til at følsomme og personlige temaer kunne bli berørt og at det kunne ligne et terapeutisk intervju. Jeg hadde på forhånd gjort avtale med respondentenes saksansvarlige i "Raskere tilbake" at de eventuelt kunne ta seg av problemstillinger etter intervjuene dersom de ønsket bistand. Ingen av dem jeg intervjuet ønsket slik hjelp i etterkant.

#### 4.4 Mine roller som terapeut i "Raskere tilbake"-prosjektet og som forsker

Fra høsten 2008 og fram til våren 2009 jobbet jeg deltid som spesialergoterapeut i det tverrfaglige teamet i "Raskere tilbake"-prosjektet. Jeg var saksansvarlig i oppfølgingen av pasienter og hadde derfor intern kunnskap om tjenesten, både fra teamsamarbeidet, den individuelle og den gruppebaserte tilnærmingen for pasientene. Min rolle i gjennomføringen av denne studien ble derfor påvirket av at jeg hadde erfaringer som terapeut i tjenesten.

Studien ga meg en fin anledning til å gå i dybden gjennom intervjuene for å bli bedre kjent med pasientenes perspektiv uten å måtte tenke på hvilken behandling de trengte eller være opptatt av å finne terapeutiske løsninger. Fordelen ved å forske i eget praksisfelt, var mine kunnskaper om slagpasienter og at jeg hadde et stort engasjement for arbeidsområdet. Kunnskaper om området ga meg en fordel når jeg spurte om erfaringene til respondentene (Kvale 2007). Respondentene var blitt orientert om at jeg gjorde intervjuet i arbeidet med en masteroppgave og hadde rollen som forsker.

---

Intervjuene ble svært forskjellige fra kliniske intervjuer der jeg som terapeut har et mer spisset fokus for å kartlegge faktorer som kan få betydning for rehabiliteringsprosessen. Jeg ville at samtalen med respondentene skulle få en utforskende form som var ulik en klinisk kartleggingssamtale, og denne ulikheten var jeg særlig bevisst på i forberedelsene og underveis i gjennomføringen av intervjuene. Respondentene fikk tid og rom for sine refleksjoner og jeg prøvde bevisst å stille åpne framfor lukkede spørsmål. Flere av hendelsene brukte respondentene lang tid på å fortelle, men jeg var åpen, lyttende og unnlot i det lengste å avbryte dem. Det viste seg at på slutten av historien kom det flere ganger poenger og sammenligninger mellom det de fortalte om og deres egne erfaringer. Jeg erfarte at strategien bidro positivt og intervjuene fikk en fri og fortellende form.

Det var viktig at jeg ikke tidligere hadde møtt respondentene som terapeut eller kjente dem fra en behandlingssammenheng i "Raskere tilbake". Før jeg intervjuet dem hadde jeg ingen annen informasjon om deres sykdomsforløp enn at de hadde hatt et hjerneslag. Jeg visste bare i hvilke sektorer de hadde sitt arbeid, men ikke noe mer. Derfor var historiene deres ukjente for meg og jeg kunne forventningsfullt og utforskende lytte interessert til fortellingene fra deres rehabiliteringsprosess, hverdags- og arbeidsliv.

En utfordring knyttet til mine to roller som forsker og terapeut, var at nære forbindelser med tjenesten kunne føre til at jeg overså enkelte funn som kunne ha blitt selvfølgeligheter for meg eller vektlegge andre for sterkt. Målet var at jeg ikke skulle forringe undersøkelsen, men ivareta kvalitet og uavhengighet med hensyn til upartiskhet og fullstendighet (Kvale 2007). For å motvirke disse tendensene var jeg bevisst på å være lyttende og jeg ba respondentene om å utdype temaer ytterligere for å utforske dybden i deres erfaringer og ikke se på situasjonene med et løsningsorientert blikk.

Et annet ønske var å få fram konstruktiv kritikk fra respondentene, og jeg ville unngå å fokusere kun på de positive tilbakemeldingene pasientene ga om tilbudene de hadde

fått. Disse faktorene reflekterte jeg over på forhånd og underveis i intervjuene og videre i analysen.

## 4.5 Transkripsjon

Intervjuene ble transkribert fra muntlig til skriftlig form, og i den første utskriften skrev jeg ned det de sa mest mulig ordrett, en prosess som var både tids- og tålmodighetskrevenende. Respondentene snakket ulike dialekter, men teksten ble skrevet ned i tilnærmet bokmål. Noen lokale ord og uttrykk, særlig forsterkende adjektiv og adverb er skrevet ned i sin originale form fordi jeg mente det var viktig for å være oppmerksom på hvordan de vektla sine utsagn.

I en muntlig samtale finnes det mange innskutte bisetninger, respondentene og jeg avbrøt setninger for å starte på nytt, det var tenkepauser underveis, kremting, latter og følelsesmessige reaksjoner. Det som var mest framtrødende av dette skrev jeg ned i teksten og som eksempel brukte jeg tre prikker og komma når noen av respondentene stoppet opp for å tenke seg om: .... Følelsesutbrudd som latter vises ved at en forklaring er skrevet i parentes: (latter). Når det i oppgaven er hentet flere sitater fra samme respondent og sitatene ikke er i kronologisk rekkefølge, vises dette i teksten på følgende måte: (...). Noen plasser i teksten ble det nødvendig å skrive en forklaring i parentes på hva samtalen dreide seg om når ikke betydningen kom klart nok fram i sitatet, når noe var usagt eller sagt på en måte slik at betydningen bare framgikk for oss som var til stede under intervjuet.

I utsnittene fra intervjuene som er trukket fram for å belyse funn i studien, er det forandret så lite som mulig på ordlyden. De forandringene som ble gjort var små endringer i rekkefølgen av ordene i en setning eller at et lite antall ord uten meningsbærende funksjon ble slettet. Dette ble gjort for at meningen i utsagnet skulle tre klarere fram for leseren og ikke bli borte i den til dels usammenhengende ordlyden fra en muntlig samtale. Det å gjengi uttalelsene på en mer sammenhengende måte var også hensiktsmessig for å ivareta at respondentene ikke skulle bli sitert fra



---

usammenhengende og gjentakende ordbruk (Kvale 2007). Alle sitater fra intervjuene som er brukt i oppgaven er gjengitt i kursiv skriftstil.

Jeg har ikke sendt det nedskrevne intervjuet tilbake til respondentene.

## 4.6 Etiske refleksjoner

Prosjektet har fått tilrådning fra Personvernombudet for forskning ved Sykehuset Innlandet HF og er godkjent av Regional etisk komité (Vedlegg 3, 4 og 5)

Før intervjuene ble gjort, ble det innhentet et gyldig samtykke til forskningen for å beskytte respondentene mot fysiske og mentale integritetskrenkelser (Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin 2005). Samtykket ble innhentet etter at deltagerne hadde fått tilstrekkelig og tilpasset informasjon slik at de forstod hvilken hensikt prosjektet hadde og samtykket ble gitt frivillig uten noe press (ibid) (Vedlegg 1).

Saksansvarlige for pasientene, pasientansvarlig lege og nevropsykolog i teamet hadde vurdert respondentenes samtykkekompetanse<sup>9</sup> før de ble spurt om å delta på intervjuene. Vurderingen sikret at respondentene hadde samtykkekompetanse og at ikke evnen til å avgi informert samtykke var redusert etter hjerneslaget som følge av permanente eller forbigående begrensninger (som for eksempel reduserte kognitive evner). Den saksansvarlige for pasienten hadde informert pasienten om studien og innhentet skriftlig samtykke før jeg tok kontakt med vedkommende for å avtale intervju.

Informantene har blitt sikret anonymitet ved at sensitive data som kunne avsløre personens identitet er ikke blitt gjengitt i studien (Kvale 2007). Alle opplysningene har blitt behandlet uten deres navn, fødselsnummer eller andre gjenkjennende

---

<sup>9</sup> Lov om pasientrettigheter, 2004, kapittel 4

opplysninger. De personlige opplysningene ble aidentifisert i transkripsjonen og de fikk fiktive navn i studien. Lydopptakene har blitt oppbevart i låsbart arkiv underveis i studien og lydfilene vil bli slettet etter prosjektets slutt. Respondentene ble varslet om at tidspunktet og slettingen av filene ble noe utsatt (Vedlegg 6).

## 4.7 Analyse av materialet

Analysen startet ved forberedelsene av intervjuene, i utformingen av intervjuguiden og fortsatte i intervjusituasjonen, ved transkribering og gjennomlesing av materialet. Alle intervjuene ble skrevet ned av meg som intervjuer og jeg gjorde notater både rett etter at intervjuene var gjort og underveis gjennom transkripsjonen for å huske tanker og refleksjoner. Notatboken ble også brukt fortløpende under analysearbeidet og når jeg leste teori for å huske sammenhenger, temaer og spørsmål som dukket opp.

Det har vært en stor utfordring å få oversikt over materialet og finne ut hvordan det skulle analyseres. I respondentenes historier er det en rikdom av utsagn og temaer. Arbeidet med å oppdage og finne ut hva hovedbudskapet er i de ulike fortellingene har krevd mye tankevirksomhet. Jeg har prøvd å se etter hvilket budskap som er i forgrunnen i det de har formidlet og hva som er noe mer tilbaketrukket og av mindre betydning å analysere. Innfallsvinkelen har vært til nytte for å kunne dele funnene inn i de forskjellige underkategoriene.

I analysen støttet jeg meg til Erving Goffmans bok "Vårt rollespill til daglig" (1992). Hans beskrivelser av hvordan vi iscenesetter oss selv og spiller ulike sosiale roller, ble til nytte og ga gode perspektiver og begreper som jeg kunne benytte i analysen av materialet. Jeg vekslet mellom å lese teori og intervjuer og oppdaget sammenhenger og fant temaer av betydning for respondentenes rehabilitering og for deres målsetting om å komme tilbake til arbeid. Det var en positiv og spennende opplevelse å oppdage at så mange av hendelsene i datamaterialet hadde felles trekk med Goffmans analyser av hverdagsliv.

---

Etter at intervjuene var blitt transkribert bestod materialet av ca. 100 sider tekst skrevet med enkel linjeavstand. Jeg leste gjennom materialet igjen for å få en oversikt, og begynte arbeidet med å gjøre en systematisering av innholdet.

Kategoriene var ikke bestemt på forhånd, men de ble utviklet fra datamaterialet gjennom en kategorisering av meninger fra det empiriske materialet (Kvale 2007). Jeg gikk gjennom intervjuene flere ganger og noterte ned ord i margin som kunne betegne kategoriene respondentene hadde snakket om. Eksempler på dette kunne være beskrivelser som de selv brukte om situasjoner og emner de snakket om. For eksempel noterte jeg temaer som *forstå hva som hadde skjedd, forstå kroppen og tretthet, gruppe, trening, trygghet, egeninnsats, motivasjon, utmattelse, leve godt, støtte, kunnskap* og så videre. I tillegg streket jeg under ordene i teksten som var utgangspunktet for notatet i margin. Systematiseringen ga meg en oversikt over materialet og en mulighet til å gå videre og kunne tolke materialet så nært opp til respondentenes begreper og forståelse som mulig (Fangen 2004).

I neste omgang så jeg over notatene jeg hadde gjort og spurte meg selv hvilke sammenhenger det var mellom de ulike temaene. De favnet mange av respondentenes erfaringer og synspunkter fra rehabiliteringsprosessen og dannet etter hvert mønstre som gjorde at materialet kunne deles inn i flere underkategorier. Et eksempel på en underkategori var den som ble navngitt *arbeidet med å finne ut og takle å leve med sviktende energi*. Denne underkategorien omhandlet at respondentene snakket mye om at kroppens tåleevne var blitt forandret, de kjente ikke igjen kroppen sin, de opplevde tretthet og utmattelse på flere ulike måter. Kategorien gikk igjen i alle intervjuene og de snakket om det på flere ulike måter i løpet av samtalen. Det handlet om hvor vanskelig det var å forstå og finne ut av sin egen kapasitet og at trettheten berørte svært mange områder av hverdagens gjøremål og sosiale liv.

En hoveddimensjon oppstod fra felles trekk ved flere av underkategoriene. Det handlet om all egeninnsatsen respondentene hadde lagt ned for å gjenvinne helsen og for å komme tilbake til arbeid. Egeninnsatsen omfattet all treningen de hadde gjort, det å bli kjent med seg selv på nytt, alle aktive grep de hadde tatt for å finne løsninger

på det som var blitt annerledes og det handlet om hvordan de skulle iscenesette seg selv etter hjerneslaget.

Den andre tydelige dimensjon som trådte fram, var støtten og samarbeidet de opplevde med andre mennesker i sine omgivelser. Respondentene hadde flere historier om hvordan de oppnådde å ha en lagfølelse med andre mennesker. Et eksempel på en underkategori som oppstod var *å være på lag med likemenn i "Raskere tilbake"*. Kategoriene som handlet om alt samarbeidet respondentene hadde opplevd fant jeg støtte for i Goffmans (1992) beskrivelser av lag. Han beskriver at et lag er en gruppe personer som står i nært samarbeid om å fremføre en rutine, og de samarbeider for å opprettholde en bestemt definisjon av situasjonen.

Goffmans framstillinger av emnet lagopptreden og hvordan samarbeid mellom flere deltakere foregår i en situasjon og innen en ramme ble til stor nytte. Det hjalp meg til å se de ulike sammenhengene, relasjonene og sosiale rollene mellom respondentene og deres samarbeidspartnere. Perspektiver til å se på dimensjonen lagarbeid fant jeg også i hans beskrivelser om identitet og relasjoner i grupper (Goffman 2009).

Gjennom analyseprosessen oppstod det etter hvert to hoveddimensjoner fra datamaterialet. Den ene dimensjonen handlet om kategorier der informantene beskrev sin egeninnsats i rehabiliteringen. Den andre dimensjonen oppstod fra fortellingene om hvem de søkte støtte hos underveis og om samarbeidet de hadde med andre for å komme tilbake til arbeid.

Funnene fra studien ble derfor kategorisert og presenteres i oppgaven under to hoveddimensjoner:

- Egeninnsats i rehabiliteringsprosessen for å komme tilbake til arbeid etter hjerneslaget
- Lagarbeid i rehabiliteringsprosessen for å komme tilbake til arbeid etter hjerneslaget

## 5. Funn og fortolkninger

### 5.1 Presentasjon av respondentene

Respondentene var to damer og en mann i alderen 43 til 55 år som hadde hatt hjerneslag. De har fått fiktive navn og kjennetegn ved opplysningene deres er blitt fjernet for å ivareta deres anonymitet. Respondentene ble gitt navnene Gudrun, Randi og Stein.

Respondentene var alle samboende eller gift og de hadde barn fra 12 år til voksen alder. De beskrev sine familier som støttende, forståelsesfulle og sa at de pårørende var opptatt av deres innsats for å gjenvinne best mulig funksjon og arbeidsevne.

Nettverket deres bestod av gode venner og mange bekjente på hjemstedet. De sosiale forbindelsene hadde de etablert på arbeidsplassene sine, ved å ha hobbyer som for eksempel idrett og gjennom å delta på ulike sosiale aktiviteter.

Alle respondentene hadde vært i arbeidslivet fra tidlig alder og to av dem hadde mer enn en arbeidsgiver da de ble syke. En av dem var ansatt som mellomleder innen salgsvirksomhet, en arbeidet i industrien og den siste arbeidet med omsorgsoppgaver. De jobbet fullt alle tre da de ble syke og to av respondentene hadde jobbet i mer enn fulle stillinger. Uppfordret fortalte de at arbeidsplassene og kollegene hadde betydd mye for dem og at de hadde trivdes godt i jobbene sine før de ble syke.

Opplevelsen av å få hjerneslag var forskjellig for hver enkelt av dem. En av dem våknet hjemme en morgen med lammelser i kroppen og talevansker. For den andre begynte det på jobben med store smerter i armen som utviklet seg videre til lammelser. Den tredje respondenten var ute en kveld og spilte bowling med kollegene da slaget rammet og ga svimmelhet, talevansker og redusert funksjon i armen. Til å begynne var to av dem usikre på hva som var i ferd med å skje og de ventet en stund før de tok kontakt med lege. Den ene av dem var i ettertid rystet over at ingen sa stopp

da hun selv kjørte bilen til legen og deretter videre hjem for å pakke saker hun trengte til sykehusoppholdet. Alle tre ble lagt inn på akuttavdelinger på sykehus der en av dem opplevde å bli dårligere i løpet av det første døgnet før situasjonen stabiliserte seg.

På akuttsykehuset var de innlagt i fra et døgn til om lag ei uke, og i de første dagene oppdaget de hvor vanskelig det var å gjøre vanlige ting etter hjerneslaget. De strevde med å gå, bruke den ene armen, snakke, utføre personlig stell, løse enkle oppgaver og de opplevde situasjonen som svært vanskelig. En av dem uttrykte det slik: *” Nei jeg fikk et sjokk. Er jeg hjerneskadd? Hvor mye hjerneskadd er jeg?”* Utfallene gikk noe tilbake de første dagene, men alle tre opplevde å ha redusert funksjon ved utskrivelsestidspunktet.

Respondentene beskrev at det var krevende å komme hjem igjen fra sykehuset. En av dem fortalte om en erfaring fra en av de første dagene hjemme da hun tok seg helt ut etter en dag med dusjing om morgenen, trening hos kommunal fysioterapeut og så til slutt hadde hun forsøkt å lage mat for familien sin. Hun sa: *”For om kvelden da de andre hadde lagt seg, skulle jeg på badet og ordne meg og der besvimte jeg. Da var jeg på bunnen. Men jeg trengte den for da visste jeg hva utmattelse var og at det er kanskje ikke vits i å ha så strengt program liksom. Dusje, fysioterapeut, mat (latter).”*

Etter at de hadde kommet over det første sjokket, hadde alle tre opplevd å ha stort pågangsmot og de brukte mange krefter på å trene seg opp igjen etter slaget. De hadde ulik oppfølging etter sykehusinnleggelsen og fikk forskjellige erfaringer med hvordan de ble støttet i sin rehabiliteringsprosess. En av dem ble skrevet ut fra sykehuset etter bare et døgn opphold og fikk en 14-dagers sykemelding i hånden. Hun sa: *”Da jeg ble syk og på sykehuset hørtes det ut som om jeg kunne begynne å jobbe igjen etter fjorten dager og da går du jo med et håp om at ja, er det om du kanskje sier to måneder, så er du i jobb igjen.”* Beskjeden hun fikk ved utskrivelsen var at hun skulle kontakte sin fastlege og selv om hun hadde behov for å få hjelp, gikk det flere måneder før legen søkte et rehabiliteringstilbud for henne.

---

De to andre respondentene ble søkt direkte til helseforetakets rehabiliteringsavdeling fra akuttavdelingen og var innlagt der en periode før de ble henvist til ”Raskere tilbake”-prosjektet. De beskrev at de hadde tett og forutsigbar oppfølging med ”*løpet klart hele tiden*”. På grunn av redusert håndfunksjon fikk en av dem et intensivt rehabiliteringstilbud med såkalt CI-terapi<sup>10</sup> mens de to andre var innlagt til vanlig primærrehabilitering for å forbedre sitt funksjonsnivå etter hjerneslaget. To av dem ble tatt inn til ”Raskere tilbake”-tilbudet rett etter primærrehabilitering, mens for den tredje respondenten gikk det over et år fra hun fikk slaget til hun ble henvist til ”Raskere tilbake”.

To av respondentene hadde startet opp i arbeid igjen etter hjerneslaget og en av dem hadde fått noe erfaring fra å arbeide i 40 % stilling. Den andre hadde kommet i gang med arbeidsutprøving i en 40 % stilling, mens den tredje skulle starte opp igjen i sin jobb og planla å prøve seg i om lag 20 % stilling fordelt på flere dager i uka. De to respondentene som arbeidet på to arbeidsplasser hadde konsentrert seg om å komme tilbake på arbeid hos sin hovedarbeidsgiver.

Personene i studien har mottatt ”Raskere tilbake”-tjenester gjennom spesialisthelsetjenesten. De er mottagere av helsehjelp, og benevnes i denne sammenhengen for pasienter, sykemeldte eller deltakere i gruppene (Lov om pasientrettigheter 1999). I funn fra studien og ved bruk av sitater fra intervjuene blir de omtalt som respondenter gjennom de fiktive navnene jeg har gitt dem.

---

<sup>10</sup> Constraint Induced (Movement) Therapy: Metoden går ut på å «tvinge frem» bevegelsesmønstre i den affiserte siden gjennom intensiv, oppgavespesifikk trening samtidig som frisk side immobiliseres. CI-terapi er i stor grad basert på kunnskapen om hjernens evne til reorganisering, (Fjærtøft og Indredavik 2007)

## 5.2 Hoveddimensjon 1: Egeninnsats i rehabiliteringsprosessen for å komme tilbake til arbeid etter hjerneslaget

Respondentene hadde i tiden etter hjerneslaget opplevd at livet hadde endret seg vesentlig. I intervjuene fortalte de om hva de hadde erfart og hva de hadde gjort for å fungere best mulig igjen. De fortalte mye om og på hvilke måter de selv hadde strevd for å finne sine egne løsninger og hvordan de hadde gjort en betydelig egeninnsats i prosessen. De mente at dette hadde vært av vesentlig betydning for framskrittene de hadde gjort og for den bedringen de hadde oppnådd.

### 5.2.1 Trening for å kartlegge, gjenvinne og holde ved like funksjonen

Funn fra studien viste at respondentene i den første tiden etter hjerneslaget hadde hatt et sterkt fokus på å trene for å reparere funksjonssvikten. Alle tre fikk vansker med å bevege kroppen og to av dem hadde problemer med å uttrykke seg språklig etter slaget. Det gjorde at de måtte trene for å kunne snakke, bruke kroppen og klare personlig stell igjen. Respondentenes liv ble merkbart forandret fordi utfallene førte til at de gikk de fra å være uavhengige, godt fungerende arbeidstakere til å bli avhengige av andres hjelp. Det måtte til mye trening til for å greie de daglige gjøremålene, for å kunne gjenoppta en hverdag med familien, for å komme tilbake til arbeidsplassen og for å kunne delta på fritidsaktiviteter igjen.

Allerede på sykehuset startet de den krevende jobben med å finne ut av hva som hadde skjedd, hvordan hjerneslaget begrenset deres funksjonsevne og hvordan de kunne finne løsninger i situasjonen de befant seg i. Respondentene hadde et sterkt ønske om at de fysiske utfallene etter slaget ville rette seg for å unngå varige og de brukte all sin energi på fysisk trening i den første tiden. En fortalte om oppholdet på akuttavdelingen: ” *Jeg kom meg i alle fall opp av senga og skulle begynne å gå. Jeg visste med meg sjøl at når du har hatt slag så er det bare treninga det går på. Legger du deg til, så kommer du deg aldri opp igjen på føttene. Så det var nå bare å begynne*



---

*å trene. Og jeg gikk og gikk i korridorene der. Jeg gikk nå altfor mye etter deres mening for de mente nå at jeg skulle slappe av.”*

Respondentene tok et stort ansvar for å kartlegge hva de selv kunne gjøre selv i sin hverdag for å øke sin funksjon. De så etter ”*de små tingene*” som kunne forbedre funksjonen litt. En av respondentene fortalte om hvordan hun satt og så på kroppen sin for å vurdere hvilke muskler som ikke fungerte som før. I et forsøk på å forstå kroppens behov for trening sa hun at hun ”*sitter og pønsker ut*” hvordan hun kunne øve opp musklene selv. Hun sa: ”*Jeg har hatt mange timer stående ved kjøkkenbenken og hengt over foten min for å se på hvordan jeg kan få den til å se normal ut. For at jeg ikke skal slepe eller ha innoverbøyd fot.(...) Da bruker jeg mye tid på å finne ut hvilke muskler det er som ikke fungerer, hvilke muskler har jeg bruk for til å gå pent, for å stå stødig, for at foten skal være rett. Er det innside eller utside av lår, legg? Hvis jeg vrir hovedsakelig på foten, fungerer den da? Ja der fungerer den, da fungerer de musklene, ja da er det de musklene som ikke fungerer, så da må jeg trene på det. Hva kan jeg gjøre heime for å få trene de musklene?”*

Selv om deres pågangsmot til å trene var stort og selv om de var personer som var vant til å stå på, erfarte de at det i seg selv ikke var nok for å finne ut hvordan de kunne øve opp funksjonen. I den første perioden trengte de støtte av en fagperson som kunne kartlegge og veilede dem i hvordan de kunne bruke seg selv på en måte som ikke var belastende for kroppen.

En av respondentene erfarte at i sin iver etter å trene førte ikke egeninnsatsen til ønsket framgang. På grunn av manglende veiledning hadde hun feildosert treningsmengden. Hun trodde at hun måtte gå lange turer og stå ekstra hardt på for å bli bedre. Hun sa: ”*(...) for jeg vet at mange ganger etter de turene så var jeg ikke noe verdt dagen etter. Ja jeg ble mer sliten, så det er klart..., så det er mye sånne ting som du føler at du har gjort feil sjøl fordi du ikke vet. Men det var jo trening det gikk på, det sa jo doktoren, men jeg hadde jo ingen veiledning på akkurat den biten. For når jeg gikk tur så ville jeg gå lange turer, for liksom å få i gang styrken.”*

Først etter veiledning i hvordan hun skulle gradere og utføre treningen ble det mulig for henne å bedre funksjonsevnen. Samtidig måtte hun finne balansen mellom aktivitet og hvile og hun sa: ”(...) *der (på Rehabiliteringsavd.) lærte jeg at jeg skal ta det sånn puljevis og hvile bra imellom og sånne ting*”.

Ved å finne riktig treningsform og -mengde kunne respondentene få brukt sin egeninnsats målrettet og oppnå et godt resultat. Alle tre respondentene hadde opplevd at fagpersonene hadde forsøkt å begrense dem i deres treningsiver og egeninnsats. En av respondentene fortalte om hvordan fysioterapeuten doserte treningen og sa: ”*Hun (fysioterapeuten) skjønner at jeg vil videre. Riktignok, hun prøver å holde meg litt igjen, og det er bra for jeg trenger det. Jeg vil jo gjøre alt nå og være ferdig med det, for å komme fort i gang.*”

Respondentene reagerte ulikt på fagpersonenes ønske om å påvirke intensiteten. En hadde etter en stund avsluttet behandlingsforholdet, en la på mer trening utenom fysioterapitimene enn det som var anbefalt og den tredje hadde erfart at det var nødvendig å få råd av fysioterapeuten for å oppnå en bedre dosering av treningen. De to som fortsatt hadde fysioterapi, prøvde i tillegg å trene på egenhånd en til tre ganger i uka.

Respondenten som hadde avsluttet fysioterapien og overtatt ansvaret for å trene videre på egenhånd, begrunnet valget sitt slik: ”*Jeg hadde bra utbytte av det i börja, men i og med at jeg trente såpass mye sjøl og sitter og pønsker ut ting og undersøker meg sjøl, kan du si at til slutt var jeg en større fagperson på min funksjon enn det fysioterapeuten var. Og når jeg ikke har bruk for fysioterapeuten til å gi meg påfyll så slutta jeg. Jeg bruker ikke tid og penger på det. For da kan jeg gjøre så mye bedre jobb sjøl. For der er det hele tida å bremse og bremse, men hvis jeg føler jeg kan få til så mye mer sjøl, så er det ikke fagpersonen som skal bremse meg.*”

I hjemmesituasjonen viste respondentene stor iver og oppfinnsomhet i å finne alternative treningsmåter. Randi fortalte at hun måtte få høyre armen sin til å fungere dersom hun skulle greie å komme tilbake til jobb igjen og for å utføre

---

arbeidsoppgavene og hun sa: *”Der har jeg slitt for å trene..., det er vanskelig å finne treningsmåter for å få finmotorikken til å fungere og få styrke i fingere, så jeg har stått og revet av never på (bjørke-)veden.”* Hun tenkte ut hvordan hun burde trene på egenhånd og hun sa: *”Fordi du kommer deg ikke på føttene igjen hvis du kun skal forholde deg til den halvtimen du er med fysioterapeuten og ikke skal legge ned jobb utenom.”* Jeg spurte henne om hvordan hun ville beskrive sin egeninnsats. Hun sa: *”Ja det er alfa og omega, for hadde jeg ikke hatt den egeninnsatsen så hadde jeg ikke vært der jeg er i dag. Da hadde jeg slitt med det meste for å si det sånn.”*

Etter hvert stolte respondentene på sin egen kompetanse og kunnskap, på det de kjente fra sin egen kropp og de tok helt eller delvis over ansvaret for treningen selv. To av dem brukte erfaringer og kompetanse de hadde fått fra sin egen deltakelse i idrett for å finne ut hvordan de kunne påvirke treningen.

Stein fortalte at fysioterapeuten han trente hos var *”flink med slagpasienter”*, og i tillegg hadde terapeuten greie på idrett og treningsmetoder som passet ham. Han sa følgende om sin trening: *”Så jeg prøver å få så mye trening som mulig, men begrenset til lett trening.”* Han fortalte at han hadde *”fulgt intervalltrening for jeg vet at det virker veldig fort. Og vi har funnet en mal der som jeg mener er veldig riktig. Som hun mener er riktig og så legger jeg selvfølgelig på litt, privat, utenom.”* Han viste med uttalelsen sin at han trente mer enn forventet og anbefalt, at han mente at han skulle bli raskere *”ferdig”* med treningen gjennom å ta i mer og det førte til at fysioterapeuten begrenset hans egeninnsats, noe han forstod behovet for.

En annen av respondentene kom med et eksempel fra innsatsen til en langrennsutøver etter en treningsulykke og trakk en parallell fra historien til sin egen treningsinnsats. Respondenten gjenfortalte fra et sportsintervju om utøveren som hadde fortalt om hvor fort hun hadde trent seg opp igjen: *”Så sa langrennsjenta i det intervjuet at: Ja, hun hadde hatt fysioterapeut et kvarter om dagen, ja. Og hvis hun bare skulle ha trent det kvarteret om dagen så hadde det (å bli frisk igjen) tatt den lange tida som det var forespeilet, men hun trente mange ganger. Hun hadde trent det kvarteret en gang i timen og derfor var hun tilbake så fort som hun var. Og det var så godt sagt, for det*

*er akkurat det jeg mener. Og det jeg har gjort har vært greit, jeg har vært med fysioterapeut og jeg har vært med fagfolk og det har jeg brukt som veiledning og så har jeg gjort det (treningen) en gang i timen heime.”*

Selv om respondentenes fysiske funksjon hadde bedret seg betraktelig, forstod de at de måtte opprettholde treningsinnsatsen for å holde kroppen i gang. Utfordringen for alle tre i tiden framover var å finne gode løsninger på hvordan de kunne fordele energien, finne tid og ha pågangsmot til å trene tilstrekkelig. Forventninger fra dem selv eller andre om å skulle jobbe mer og øke arbeidstiden betydde at de fikk mindre tid og krefter til egentrening. Randi var blitt klar over at dersom hun ikke prioriterte å trene, ville hun tape funksjonene hun hadde greid å øve opp etter slaget og hun sa: *”(...) de siste to månedene har jeg ikke fått trene noe og da har jeg tapt mye muskelkraft. Og det er litt skremmende da. For det tar lang tid å bygge det opp, men jeg mister det innmari fort. Ja du kan si, nå når jeg har prioritert julestri og arbeid og ikke trening, så er jeg blitt redusert både i armen og benet. Så det er den biten jeg må finne ut av. Kan jeg jobbe full tid? For det er ikke sikkert jeg har energi til å trene da.”*

En annen utfordring de stod overfor var om de greide å holde oppe motivasjonen til å trene så mye som de trengte for å vedlikeholde kroppen. Stein var redd for at han skulle miste motivasjonen når funksjonen hadde bedret seg og sa: *”Og det er det jeg er redd for med dette her, at jeg er veldig tent på å komme fort tilbake og få ting til å fungere. Nå begynner fysikken å komme seg og da er det lett for å begynne å slakke litt fordi ting fungerer.”* Han fortalte at treningen også kunne være lite lystbetont og sa: *”Jeg synes det er dritkjedelig å trene, det er noe av det kjedeligste jeg vet. Nå har jeg funnet ut at det å sitte på romaskin er faktisk noe som er forholdsvis greit, for der kan jeg konkurrere mot meg sjøl på en måte, uten at jeg får noen belastningsskader.”*

Gudrun som hadde fysioterapi to dager i uka og deltok på ”Raskere tilbake”-gruppe en dag annenhver uke, hadde inntil da arbeidet i 40 % stilling. Hvordan hun skulle fordele energien sin mellom arbeid og trening hadde hun ikke funnet ut av ennå. Hun sa: *”Jeg lurte på om jeg skulle hoppe av den ene treningen.”* Jeg spurte om hun ville

---

gjøre det fordi hun da kunne jobbe mer. Hun sa: ”*Ja for å prøve det, men så sier hun (kontaktpersonen i ”Raskere tilbake”) at du skal først kjenne om du får igjen noe overskudd før du begynner å gå mer prosenter i jobb.*” I forhold til arbeidskapasiteten sin og på grunn av disse rådene, hadde hun holdt fast ved den samme fordelingen mellom trening og arbeid.

Respondentenes innsats for å oppnå bedre fysisk funksjon satte et tydelig preg på den første perioden i deres rehabiliteringsprosess etter hjerneslaget. Tilsvarende funn beskrives i en studie av eldre kvinner med hjerneslag (Eilertsen m.fl. 2010). I studien ble seks kvinner intervjuet 12-14 ganger over en periode på to år. Studien beskriver bedringsprosessen i en tidsakse og deler prosessen inn i fire faser. I de første to månedene etter hjerneslaget var de seks kvinnene opptatt av de kroppslige forandringene, i de neste to til seks månedene var fokus på å mestre dagliglivets aktiviteter, i tredje fase prøvde de å forstå seg selv (fra seks til tolv måneder) og i den fjerde fasen (fra 12 til 24 måneder) handlet det om å fortsette videre i livet.

Randis, Gudruns og Steins erfaringer angående å oppdage de fysiske endringene etter hjerneslaget, finne de beste treningsløsningene og satse maksimalt for å øke kroppens funksjon synes å være i samsvar med funn i Eilertsens studie fra den første fasen etter slaget.

### **5.2.2 Arbeidet med å finne ut og takle å leve med sviktende energi**

Respondentene beskrev at de ikke kjente igjen seg selv og kroppen sin etter hjerneslaget. De utdypet i intervjuene vanskene med å forstå hvorfor de hadde mindre krefter enn før og hvilke konsekvenser det hadde for hverdagslivet deres. Prosessen med å legge om livsstilen etter slaget slik at de etter hvert skulle greie å ta hensyn til vanskene som de selv ennå ikke helt hadde forstått rekkevidden av, var gjennomgripende og vanskelig. De hadde gjort seg en del erfaringer og fått prøvd ut hva kroppen tålte når de trente, men alle tre visste ennå ikke helt hvor langt kreftene strakk til i hverdag og arbeidsliv. Dette var de i ferd med å finne ut av, og de fortalte om hvordan de nå arbeidet for å prøve å innrette hverdagen sin best mulig etter slaget.

De fortalte videre om at dagene ikke opplevdes like og om sin frustrasjon når ”dagsformen er veldig opp og ned” og de opplevde kroppens tåleevne som uforutsigbar.

De tidligere livserfaringene om hva de kunne greie var ugyldige nå etter slaget og de opplevde at mulighetene til å gjøre aktiviteter like spontant som før var blitt begrenset. En av dem sa: ”Største problemet mitt er at jeg ikke kjenner min egen kropp. Jeg vet ikke mine egne terskler lenger. Og det er egentlig frustrerende, for før så ble en sliten, altså jeg vet jo... Jeg har ikke noe smerter etter dette her, men kroppen min blir sliten og jeg vet ikke hvorfor den blir sliten og hvor mye som skal til før jeg blir sliten. Det er liksom vanskelig å porsjonere krefter. Sånn som du gjorde før gjennom et langt liv så kjenner du jo og vet omtrent hva du tåler. Det vet jeg ikke lengre. (...) Ja, og så det er slik at jeg må planlegge en del ting. Hvis jeg skal være sosial med flere mennesker så må det planlegges for det er..., for jeg blir fryktelig sliten. Og det største problemet er at jeg behøver ikke merke det så godt da, før en dag eller to etterpå og da er jeg helt slått ut.”

Prosessen med å forstå energisvikten ble beskrevet som ekstra vanskelig når den som ble rammet av hjerneslag ikke fikk forklaringer og hjelp til å forstå sammenhengen mellom slaget og endringer i funksjonsnivået. Dette gjaldt for en av respondentene som ble utskrevet etter bare et døgn innleggelse på akuttsykehuset. Hun fikk sykemelding for 14-dager og forstod at det var forventet at hun snarlig ville komme tilbake i jobb igjen, men energisvikten førte til at sykemeldingsperioden fortløpende ble utvidet. I møtet med fastlegen fikk hun beskjed om å vente og se om det rettet seg etter en stund og hun sa hun hadde ”tusen tanker i hodet som hun aldri fikk festet”. I den første perioden følte hun seg alene med vanskene sine og sa: ”Men det å bli overlatt til seg sjøl for lenge, det er heller ikke bra.” Jeg spurte om hun likevel greide å holde på optimismen. Hun svarte: ”Ja, for jeg følte at jeg skulle ikke stoppe og leve sjøl om dette her hadde skjedd, og jeg skulle jo tilbake til jobb.”

Senere fikk hun et rehabiliteringstilbud, og hun ble forklart at den formen for trøtthet og utmattelse som hun opplevde var en følge av slaget og hadde et annet omfang enn

---

vanlig slitenhet. Da hun forstod årsakene, opplevde hun at det var mulig for henne å bli *”respektet for den hun er”*. Hun sa at etter å ha fått vite mer greide hun å forklare seg og hun bekymret seg mindre for problemene enn før. Hun sa: *”(…) og det sier samboeren min at han merker så stor forskjell på at jeg har mer godtatt situasjonen jeg er i etter at jeg begynte nedpå der (”Raskere tilbake”).”* På spørsmål fra meg om hvordan hun opplevde å ha det i dag sa hun: *”Nei nå, holdt jeg på å si, nå er jeg med i samfunnet igjen på en måte (latter). Men akkurat den starttiden, den var vond, veldig vond, det var mye å forholde seg til og mange ubesvarte spørsmål og mye grubling.”*

I Eilertsens sin studie om de ulike fasene i bedringsprosessen etter hjerneslag, ble det trukket fram at tilgang på psykologiske og sosiale ressurser bidro til å skape realistiske forventninger til hva personer med hjerneslag kunne forvente å oppnå i framtiden (Eilertsen m.fl. 2010). Kunnskap om hjerneslaget og dets konsekvenser virket stimulerende og satte fortgang i prosessen med å tilpasse seg en ny livssituasjon. Innsikten hjalp for å unngå bekymringer og usikkerhet og var av avgjørende betydning for tilhelningen.

Også respondentene i min studie beskrev at de fortsatt strevde med å forstå sin kropp og hvordan de kunne innrette sin hverdag etter slaget, de var kunnskapstørste og ønsket å vite mest mulig. Et savn etter informasjon og forklaringer kom tydelig fram hos respondenten som først ble henvist til rehabilitering lenge etter hjerneslaget. Vanskene med å forstå seg selv og de endrede livsbetingelsene pågikk fortsatt selv om det hadde gått vel to og et halvt år siden slaget.

Gjennom en tett oppfølging i rehabiliteringsprosessen hadde de to andre respondentene fått informasjon om symptomer ved hjerneslag tidlig i rehabiliteringsperioden og de hadde kunnskap om virkningene av fatigue. De var godt i gang med prosessen for å finne ut hvorfor noe var vanskelig og hvordan de kunne forholde seg til ulike situasjoner. Fordi de var blitt gjort kjent med årsakene og konsekvensene av energisvikten, utsatte de kroppen for påkjenninger som gjorde dem utmattet uten at det ga dem *”en psykisk knekk”*. Informasjon de hadde fått om at fatigue var normalt å oppleve etter et hjerneslag gjorde at de ikke følte at disse

plagene var hun/han den eneste som erfarte og de slapp å bekymre seg unødige selv om de ble utkjørt.

En av respondentene hadde erfart hvordan hun kunne mestre å være med på krevende sammenkomster i idrettshallen til tross for at hun hadde vansker med å tåle høy aktivitet rundt seg. Fordi hun hadde kunnskap om at fatigue ikke var uvanlig, men et kjent symptom ved hjerneslag, dro hun i hallen selv om det kostet henne mye. Hun brukte samhandlingen med andre mennesker i hallen til å trene opp sin utholdenhet. Hun sa: *"Bare det der med utmattelse – Sønnen min spiller håndball og jeg elsker å se håndball og jeg bruker mye tid i hallen og ser på andre lag og sånn. Og den verste plassen jeg fortsatt er, det er i hall. For der er det støy og plutselig bråk med jubel, musikk alt det der. Men ut i fra det prosjektet jeg har vært med på, så er det faktisk helt normalt. Derfor er det greit for meg å være helt utslitt etter å ha vært i hallen en time og ikke orke å gjøre noe etterpå. Men hadde det ikke vært fordi jeg hadde lært så mye på "Raskere tilbake", så hadde jeg kanskje fått en psykisk knekk på grunn av det. For herregud jeg må jo klare å være nedi der. Og så hadde jeg begynt å trekke meg bort fra hallen og ikke vært nedi der mer. Men nå vet jeg at det er helt normalt og jeg drar i hallen, jeg er der og jeg klarer å utvide den toleransegrensen. Det hadde jeg faktisk ikke kommet til å gjøre hadde det ikke vært for at jeg har tryggheten med dem."*

Hverdagen hennes var i ferd med å nærme seg slik den var før ved at hun hadde funnet ut hvordan hun kunne klare å tilpasse seg situasjonen og leve med konsekvensene av redusert utholdenhet. Hun sa: *"Jeg sliter med utmattelse, det er en av konsekvensene. Og takket være det at jeg var innprentet det, så var det helt greit. For det er en del av bildet og så er det for meg å forkorte de periodene med utmattelse."* Hun mestret dermed å fortsette med de aktivitetene i hallen som hun var glad i, og fikk mulighet til å ivareta sin sosiale rolle som engasjert forelder for sin sønn og hun opprettholdt sin sosiale kontaktflate i idrettsmiljøet.

Energisvikten hadde gått ut over respondentenes sosiale kapasitet. De hadde erfart at de måtte hvile på forhånd for å ha glede av å være sammen med andre. Det at de



---

måtte tenke gjennom og ta stilling til slike behov på forhånd var en ny og krevende omstilling. Tallrike sanseintrykk gjorde at de ble slitne i samvær med andre. En respondent sa det slik: *”Før så var jeg veldig sosial på jobben, bakte og vasket hus og alt var helt greit. Nå er det liksom..., og da blir jeg litt slik oppgitt over meg sjøl. For det er egentlig ikke meg. Det er dette savnet etter, ja..., venner, bekjente som du kan ta deg en tur til eller ringe og si at kan komme og ta en kaffedråpe som du slengte sammen ei kake til og..., det er ikke slik mer. Det vet også vennene mine for de har sett meg i forskjellige situasjoner, så de respekterer det, men samtidig føler du litt tomhet. Så det er nok ting jeg er nødt til å lære meg å takle sjøl.”*

Også i familien fortalte respondentene om at hjerneslaget hadde gjort at de hadde måttet tenke nytt og forandre måten de måtte utføre oppgaver på. En av dem sa det slik: *”(...) du merker det også privat at du er jo redusert for å si det sånn. Jeg merker det hjemme her og jeg har fryktelig lett for å..., før tok du helgevasken i full fart på noen timer og nå begynner du og så må du hvile og så må du kanskje vente til neste dag eller til neste dag for å ta resten.”* Også når det gjelder sin styrke og i rollen som forelder ble en av dem utfordret når sønnen ville måle kreftene sine og han sa: *”For to år siden kunne pappa alt, visste alt og var supermann og verdensmester, men nå tror han (sønnen) nesten at han klarer å gi meg juling. Nå skal vi ta med oss ski og gå litt, så skal jeg vise at jeg ”tar ham”. Men sånne ting, det var jeg ikke forberedt på i det hele tatt.”*

Det var vanskelig for respondentene å avgjøre hvor mye de skulle jobbe den første tiden etter sykefraværet. Stein som snart skulle starte på jobb igjen, var spent på hvordan kreftene ville strekke til og hvor mye han kunne klare å jobbe. Han sa at han måtte *”gå opp et nytt spor”* for å finne ut hvordan han skulle greie å justere aktivitetene sine slik at han klarte å fungere best mulig i hverdagen etter slaget. Han ville begynne forsiktig og øke etter hvert og han sa: *”(...) altså jeg vet ikke, jeg må se hvordan kroppen min tåler det.”* Han fortalte om hvordan han hadde festet seg ved informasjon fra ”Raskere tilbake”-gruppen om hvordan hjerneslaget kunne påvirke

ferdighetene og føre til at kapasiteten var lavere mens de jobbet for å trene funksjonsevnen. Han sa:

*”Men altså, vi hadde en lege som var her og som forklarte veldig, veldig greit: ”Tenk deg hjernen, og vært gjennom dette med at det er elektriske impulser og bla, bla, bla som du får. Men tenk deg at du er på en sti som du går til badeplassen hver dag, en dag har det falt et tre over. Hva gjør du da? Jo du må gå rundt. Og det er klart at å gå rundt er jævlig tungvint, men når du har gått rundt 1000 ganger, så føles det helt naturlig. Og det er faktisk det som har skjedd i hjernen din. Du har fått en bane som er blokkert og da må ting gå andre veier og før du får øvd på det og det blir naturlig, vil ting ta lengre tid. Du vil huske dårlig og synes ting er vanskelig. Den var så enkel at den skjønte jeg.”*

Når respondenten gjenfortalte metaforen om at hjerneslaget kunne ligne et vindfall over en sti, viste han at pasientene i ”Raskere tilbake”-gruppene hadde fått et bilde av hjerneslagets konsekvenser. De hadde fått vite at når de fikk øvd på det som var vanskelig og *” har gått rundt 1000 ganger, så føles det helt naturlig”*. Billedbruken hadde tilført respondentene en ny måte å forstå situasjonen etter hjerneslaget på, og de ble styrket ved at de kunne bruke metaforen for å fortelle andre om hvordan skaden i hjernen ga vansker som de måtte overvinne.

Respondentene slet fortsatt med utmattelse selv om det hadde gått flere måneder etter slaget, og en av dem trengte å hvile mellom to arbeidsdager for å få *” mer kontroll på hodet mitt og kroppen”*. Etter at hun hadde fått forklaringer på energisvikten, forstod hun etter hvert at hun måtte justere hverdagen sin til den nye livssituasjonen og hun fant strategier som tok hensyn til kapasiteten. Hun sa: *”Jeg jobber jo to hele dager, jeg prøvde med fire halve, men det ble kaos. Jeg blir sliten..., jeg var jo sliten før også innimellom, men dette her er en slik merkelig slitenhet. Sånn trøtthet. Samboeren min sier det at når jeg kommer hjem fra jobben slik som nå, så lurar han på hva jeg er dopet med. Han ser det på hele meg at jeg er helt bortreist.”*

---

Randi, Stein og Gudrun fortalte at de ikke kjente ikke sine egne kropper etter slaget, og de var usikre på hva kroppene var i stand til å tåle. De måtte trene jevnlig for å holde kroppes funksjon i gang og hadde merket konsekvenser i hverdagen av at deres kapasitet var redusert. De kunne heller ikke delta på aktiviteter like spontant som før, men måtte porsjonere kreftene sine og være godt uthvilt før sosiale sammenkomster.

Respondentenes fortellinger i mitt prosjekt var i samsvar med funnene i en studie der 25 kvinner beskrev sin opplevelse av en fremmed kropp etter et hjerneslag (Kvigne, Kirkevold 2003). Måten de beskrev sin endrede kropp ble uttrykt og formet til tre dimensjoner som ble navngitt som ”*den uforutsigbare kroppen*” (the unpredictable body), ”*den krevende kroppen*” (the demanding body) og ”*den utvidede kroppen*” (the extended body).

### **5.2.3 Å iscenesette seg selv overfor andre etter hjerneslaget**

Fordi sykdommen hadde forandret respondentenes funksjonsevne, hadde de kommet i en situasjon der de var usikre på sin egen sosiale identitet. Usikkerheten som respondentene opplevde i sine første møter med arbeidsmiljøet etter sykefraværet, utfordret dem på en grunnleggende måte. Det førte til at de spurte seg selv om hvem de var nå og de lurte på hvordan andre ville møte dem etter hjerneslaget. Ville de bli plassert i kategorien en vanlig ansatt slik de var før eller som tilhørende kategorien sykemeldt og hjerneslagspasient når de gjenopptok kontakten med andre? Både arbeidskollegene og den sykemeldte ble stilt overfor nye og ukjente situasjoner etter fraværet som de måtte bruke for å finne ut hvem respondentene var blitt etter slaget.

Strategien for å iscenesette og framstille seg på nytt for omgivelsene etter hjerneslaget, handlet både om at respondentene ville at andre skulle bli kjent med vanskene deres, og samtidig hadde de et ønske om å holde problemene skjult. Utfordringene var store i forhold til å informere arbeidsmiljøet om at de ikke hadde gjenvunnet sitt tidligere funksjonsnivå fullt ut etter hjerneslaget. De beskrev i intervjuene at de hadde usynlige vansker som redusert energi, vansker med å porsjonere kreftene sine, en liten rest av språkproblemer, vansker med å tåle høye

lyder, redusert oppmerksomhet og hukommelse. En av respondentene sa: *”For du har jo ikke noen synlig skade, du ser jo frisk og opplagt ut i utgangspunktet.”*

Funksjonstapet var vanskelig å forstå og takle, de ikke ønsket å bli oppfattet som *”annerledes”* enn før og det påvirket selvbildet de hadde av seg selv fra før gjennom et langt liv som hardt arbeidende personer.

En av respondentene fortalte om en hendelse som tydeliggjorde at de kunne forvente forskjellige reaksjoner fra andre i det første møtet etter sykdommen. Respondenten ble svært overrasket over en situasjon som oppstod da hun og ektefellen møtte en bekjent på butikken. Mannen de møtte tok fullstendig avstand, han overså henne helt og snakka bare med ektefellen. Selv om hun prøvde å gjøre seg ekstra synlig ved å gå mot mannen flere ganger, greide hun ikke å oppnå en aktiv rolle i møtet, verken som deltakende eller som tilskuer. Hun sa videre at opplevelsen der hun ble klassifisert som en ikke-person etter hjerneslaget hadde såret henne, men episoden gjorde henne også klar over at hun kunne møte noe lignende fra andre. Hun hadde senere fått høre fra medpasienter at de hadde opplevd noe lignende og det førte til at de fikk en *”psykisk knekk”*. Hendelsen gjorde at hun oppdaget at hun selv måtte ta ansvar i måten hun presenterte seg for de andre etter hjerneslaget.

Hun forteller: *”Jeg møtte nå en etter at jeg kom ut fra...(sykehuset). Det var på butikken sammen med gubben der vi møtte en som vi kjenner litt perifert. Og han visste da at jeg hadde hatt slag, det var ikke så mange ukene etterpå. Han gikk forbi meg som om jeg ikke var der, så hilste han først på gubben. Åh, du kjenner meg også. Og så passa jeg på å gå forbi ham en gang til for å se om det virkelig var sant. Han lot som jeg ikke var der og så ble han og gubben stående og prate. Jeg var på andre plasser i butikken og så tenkte jeg at nå skal jeg se hvordan han reagerer når jeg kommer, utfordre ham litt. Og da jeg kom avslutta han samtalen, da gikk han. Jeg ble litt overrasket, men det var innmari greit, for det der er en høyt utdannet mann som har lest psykologi og det som er. Og da forstod jeg at dette her kan jeg forvente av folk. Så da er det opp til meg å løse opp stemningen.” (...)* *”Da forstod jeg at sånn vil jeg møte rundt om fordi at folk er redd for å såre meg.”*

---

Jeg spurte henne om det ikke virket mer sårende når de trakk seg tilbake. Hun svarte: *”Jo, det er nå det. Neida, så..., men det gjorde at jeg var litt forberedt på den situasjonen så jeg er ganske obs på hvordan folk oppfører seg overfor meg når jeg treffer dem igjen for første gangen.”*

Da hun startet opp på jobb igjen, var hun handlingsrettet og gikk aktivt og bevisst inn for å gjenopprette forholdet til kollegene og ville vise hvem hun var blitt etter slaget. Hun sa: *”Da jeg begynte igjen på jobben, så var det faktisk mitt ansvar å vise hvordan jeg er nå. Så det var å fortsette å ta opp igjen de trådene vi hadde før og prate like mye tull og slik som det der. Men de var innmari redde for den biten fordi de ikke ville såre meg. Nei da, det går..., det er hovedsakelig ansvaret mitt å vise dem at jeg er ikke verre skadet enn at jeg kan prate med folk. Jeg er stort sett den samme som før, så det går på deres utrygghet.”*

Respondentene tenkte mye på hvordan de skulle klare jobben sin, og de var usikre på hvordan de skulle presentere for de andre på arbeidsplassen at ikke alt gikk like greit som før. Stein uttrykte sitt ubehag ved at andre oppdaget at han strevde og han sa: *”Og det er klart det at du merker at du bommer på lyder, ... og da merker folk at det er noe gærent med deg. Og det liker jeg veldig dårlig.”*

Deres kolleger var hyggelige og spurte stadig om hvordan respondentene hadde det. Kollegene hadde vært engstelige for dem på grunn av den alvorlige sykdommen de hadde fått, og de var usikre på hva de kunne forvente når de kom tilbake på jobb. En av respondentene beskrev kollegenes bekymring for hennes tilstand i den første tiden og sa: *”De hadde nå vært innmari redd for meg (...) og slagpasient, da sitter du nå i rullestol – de har sine bilder av slagpasienter.”*

Regelmessig kontakt med arbeidsplassene hadde ført til at kollegene hadde sett hvordan de hadde kommet seg fysisk, men kollegene og lederne deres visste mindre om de usynlige vanskene. Det var en stor utfordring for respondentene at de har knapt nok hadde rukket å finne ut hvordan slaget hadde forandret deres funksjon før det var behov for å fortelle om konsekvensene til andre. En av dem fortalte: *”Alle sammen*

*der har vært opptatt av hvordan det har gått med meg. Og slik som nå i går, da satt jeg på pauserommet og så kommer det en fra en annen avdeling og lurte på hvordan det går og hvordan det har vært, og så tenker jeg: Oi, det var nå overraskende, for jeg har nå ikke hatt så mye kontakt med ham. Men det er tydelig det at de har vært innmari opptatt av meg.”*

Deres ansvar for å gi god og passende informasjon ble tung å håndtere for dem, og enkelte ganger unnlot de å fortelle om vanskene fordi de ikke maktet den krevende oppgaven. Det varierte hva de sa og de hadde valgt ulik grad av åpenhet med hensyn til å fortelle om problemene sine. En av dem sa: *”De (kollegene) vet hva som har skjedd, men de vet jo ikke så mye annet enn at jeg har hatt et slag og vært dårlig. Jeg gidder ikke, altså vi er jo 40 ansatte og jeg har ikke tid til å prate med alle ansatte om det her, jeg er lei av å prate sykdom. Det og er en utfordring, for du begynner å bli passe lei av å forklare hva som har skjedd med deg.”*

Respondentene hadde valgt å ikke informere alle på arbeid om sin tilstand og hva som hadde endret seg etter hjerneslaget, men informerte sine ledere og de nærmeste medarbeiderne. En respondent hadde bestemt seg for å orientere ledergruppen han var medlem i og sa: *”(...) for å forklare litt om hva, hvilke skader jeg har, hvilke utslag det kan gjøre, litt med tanke på at hvis det skulle skje et eller annet så skjønner de hva som er i ferd med å skje med meg, for det er ikke sikkert jeg skjønner det sjøl.”*

Respondenten innså at det var mulig at han kan kom til å vise en endret oppførsel etter slaget og sa: *”Ikke fordi jeg tror det er noe problem, men jeg tror det er veldig viktig at de som er nære innpå meg skjønner hvorfor jeg plutselig kan få..., bli sint, for det kan skje, jeg merker jo det. At det er en forklaring på det og at de..., jeg vil ikke at folk skal ta hensyn til meg, for jeg mener at jeg må klare å takle hverdagen sjøl. Jeg kan ikke gå rundt og mene at alle skal ta hensyn til meg. Det blir helt feil.”*

Den ambivalensen respondentene opplevde omkring det å gå åpent ut eller holde tilbake informasjon om hvordan utfallene virket inn på hverdagen, viste at det var en krevende prosess å iscenesette seg selv i arbeidslivet igjen. I den forsvarsløse og sårbare posisjon som de befant seg i etter hjerneslaget, vekslet de mellom flere

---

framgangsmåter. En av dem formidlet at det var et slit å forklare og oppnå forståelse for de usynlige vanskene sine og sa: ” *Ja, og så sier alle at: Du ser jo så godt ut, og jeg gjør vel kanskje det, så det hender jeg har hatt lyst til å ha både gips og blåflekker, ja. (...) Hvis jeg sier at jeg har en sånn merkelig trøtthet, så sier alle: Ja, trøtt det er jeg og, huff jeg er så trøtt at!*” På den andre siden ønsket respondentene at alt var som før og de ville ikke at andre skulle ”*ta hensyn*” til dem. I slike situasjoner ville ikke respondentene at vanskene skulle bli kjent og en av dem sa: ”*Men, så vil jeg helst ikke være noe annerledes enn jeg var og derfor prøver du liksom, ... holdt jeg på å si, skjule elendigheta når du er ute blant folk.*”

Begrepet *å passere* (passing) eller en forbigåelse, blir bruket i litteraturen om en hemmeligholdelse av egenskaper som kan utvikle seg til å bli stigmatiserende dersom disse sidene ved respondentene blir kjent for andre (Goffman 2009).

Respondentene hadde ikke bevisst lagt lokk på å gi ut informasjon om sine funksjonstap til hele arbeidsmiljøet, men de hadde ikke reflektert over hvilken betydning manglende informasjon kunne få for deres framtidige sosiale rolle. Rollen som ”*frisk*” og strategien med å ”*skjule elendigheta*” kunne derfor bli svært krevende å fylle og føre til en uholdbar situasjon for respondentene når de skulle gjenoppta sine funksjoner på jobb etter fraværet. Skulle de lykkes med å skjule opplysninger om funksjonstapet i framtida, måtte respondentene greie å leve et anstrengende dobbeltliv. Risikoen for å bli avslørt gjennom uforutsette hendelser ville øke dess mer tid de tilbrakte sammen. Dobbeltlivet ville føre til at kompenserende strategier bare kunne bruke i det skjulte, i kulissene. Hvordan ansatte som ikke var blitt orientert kunne komme til å reagere hvis respondentene oppførte seg på en for dem ny, uventet måte eller ikke maktet det samme som før ville bli et usikkerhetsmoment i respondentenes hverdag. En slik tilleggsbelastning ønsket ingen av dem egentlig å utsette seg for. De ville derimot at andre skulle vite hva de slet med for å få støtte, forståelse og for å slippe å leve opp til urealistiske forventninger. Lederne og kollegene var dessuten avhengige av å få opplysninger dersom de skulle skjønne sammenhengen mellom vanskene og hvilke tilretteleggingsbehov respondentene

hadde. Likevel unnlot de å gi tilstrekkelig informasjon fordi de var blitt slitne av å forklare om sykdommens konsekvenser til alle.

Goffman beskriver at den rollen vi spiller i møtet med andre og vårt eget selv er nærmest det samme og at vi forsøker å gi et uttrykk av oss selv på en tillitsvekkende måte for å leve opp til den vi helst vil være (Goffman 1992). Respondentenes muligheter til å forme, iscenesette sine opptredener og hvordan de lykkes med å opptre på en tillitsvekkende måte for å vise hvem de var etter slaget blir derfor uløselig knytta til samhandlingen med menneskene i den sosiale organisasjonen (arbeidsplassen) der de hadde sitt daglige virke (ibid.). Respondentene la ned en betydelig innsats og ønsket å gi et inntrykk av seg selv som stod mest mulig i samsvar med den sosiale rollen de hadde hatt på arbeidsplassen før sykdommen.

En historie som viste hvordan en respondent forsøkte å gi et uttrykk av seg selv for å oppnå samsvar med arbeidsplassens normer, oppstod da en av respondentene anstrengte seg for å dekke over at hun noen ganger brukte sin private mobiltelefon som et hukommelseshjelpemiddel. Hun hadde ikke hadde gitt tilstrekkelig informasjon til alle i arbeidsmiljøet om hukommelsesvanskene sine og heller ingen i arbeidsmiljøet kom og spurte om hva hun foretok seg. Hun sa: *"(...) men akkurat det med mobilbruk på jobben er det ikke noen som synes er all right"*. I stedet for at respondenten fortalte om hvorfor hun brukte telefonen, gikk hun vekk når hun skulle taste inn beskjeder hun trengte å bli minnet på. Ved å gjøre det på denne måten økte hun faren for at noen kunne mistro henne og hun risikerte å bli anklaget for det andre kunne tro var privat mobilbruk i arbeidstiden. Hun sa: *"Ja og jeg føler meg litt ubekvem ved å stå med mobilen og skrive det ned. Jeg synes det blir litt feil å stå med en mobil og det ser ut som du trykker meldinger når du egentlig skriver en beskjed."* Jeg spurte henne videre: *"Så det er ikke et hjelpemiddel, ... blir det sett på som tidtrøye?"* Hun svarte: *"Nei det blir ikke sett på som et hjelpemiddel for meg, det gjør det ikke."* Jeg spurte så: *"Men er det et hjelpemiddel for deg?"* Hun svarte: *"Ja, men det er det. For hvis det ikke er noen i nærheten og jeg ser at alle har det greit, så går jeg unna og så skriver jeg."*



---

Hun hadde gradvis gått bort fra å bruke mobilen og hun sa: *"Nå har jeg blitt flinkere til å bruke ark og blyant"*. Mobiltelefonen ble derfor et hjelpemiddel hun bare kunne bruke i skjul, i kulissene der bare de som visste om hennes vansker kunne se hva hun gjorde. Hvis noen andre så henne, valgte hun å skrive ned beskjedene med blyant og papir fordi bruk av mobil stred både mot det hun oppfattet av arbeidsplassens holdninger og mot det inntrykket hun forsøkte å gi av seg selv. Hun var redd for at mobilbruken ville forringe hennes sosiale identitet og i verste fall skape tvil om hennes arbeidsmoral og evne til å ta ansvar. Hun gikk inn for å tilpasse seg arbeidsplassens generelle holdninger overfor privat mobilbruk i stedet for å informere alle tilstrekkelig og oppnå aksept i å bruke mobiltelefonen som det beste hjelpemiddelet.

Respondentene viste med sin humoristiske sans at de ikke hadde glemt eller var for dårlige til å gjenoppta arbeidslagenes spøkefulle omgangstone etter sykdommen. De tok selv ansvar for å få i gang samhandlingen gjennom å snakke *"tull"* og *"ta opp igjen trådene fra før"*. Framgangsmåten lettet stemningen blant kollegene, mildnet usikkerheten andre kunne føle overfor dem fordi de hadde vært alvorlig syke og medvirket de til at kollegene ikke distanserte seg fra dem. Gjennom den aktive væremåten nærmet de seg sin tidligere sosiale rolle og det bildet kollegene og lederne hadde av ham eller henne fra før.

De gangene respondentene inntok aktive og samhandlende roller og greide å ha en åpen holdning til det som var forandret, synes det som inkluderingsprosessen og utformingen av en ny sosial identitet ble stimulert. En av dem fortalte om hvordan hun kommuniserte med en kollega som hun hadde fått mye hjelp av. Gjennom deres spøkende tone hadde de oppnådd en humoristisk form som kunne formidle informasjon om hennes nåværende funksjonsnivå. Hun sa: *"Men nå driver han og mobber meg for nå føler han at jeg har litt kontroll og han sier: Husker du dette nå da?"*

Humoren ble et bindemiddel i samhandlingen og den ertende tonen i arbeidsmiljøet var viktig for å mestre den nye livssituasjonen. Hvis de ikke hadde hatt humor fra første stund *"tror jeg ikke det hadde gått"*, sa hun.

At selvbildet påvirkes av vanskene med å takle kognitiv svikt og holdninger til disse problemene fra andre, viser en svensk studie av 53 pasienter med astheno-emotional-syndrom<sup>11</sup> (Carlsson m.fl. 2004). Et år etter et mildt hjerneslag ble det beskrevet at det var en vanlig oppfatning at pasientenes vansker skyldtes en *"psykologisering"* av årsakene. De som hadde hatt hjerneslag erfarte at andre forventet at de bare skulle *"stramme seg opp"* og *"ta seg sammen"* for å mestre sin hverdag, noe som førte til at de fikk en følelse av å bli misforstått og det ga dem en følelse av elendighet.

Hovedfunnet i studien ble beskrevet gjennom kjernekategoriene *"skadet/truet selvbilde"*. Forfatterne hevdet at det var av avgjørende betydning at de som hadde fått et hjerneslag ble informert om at kognitive utfall og emosjonelle reaksjoner var forårsaket av flere forhold. Gjennom støtte og veiledning kunne pasientene få bedre innsikt og økende evne til å beherske sin tilstand slik at de fikk en mer meningsfull hverdag (ibid.).

Det synes som det var en stor oppgave for respondentene å finne seg til rette med den nye livssituasjonen, arbeide for å gjenvinne selvtiliten, utvikle en ny oppfattelse av seg selv, sin nye sosiale rolle og sin nye identitet. De merket at de ikke kunne leve på samme måte som før og at det var vanskelig å innfri sine egne og samfunnets normer som uavhengige og hardt arbeidende. Det var flere faktorer som gjorde at de opplevde at selvfølelsen deres var redusert etter slaget: Opplevelsen av å bli oversett, at andre hadde for lave forventninger til dem, frykten for ikke å strekke til i jobben og bekymringer for å snakke feil eller glemme viktig informasjon. De opplevde at det positive selvbildet de hadde bygget opp fra sin lange erfaring i arbeidslivet hadde smuldret opp og måtte gjenoppbygges. Den samme opplevelsen av sykdommen som

---

<sup>11</sup> Asthenoemotional syndrome (kognitiv svikt): Økt mental fatigue, konsentrasjon og hukommelsesvansker, irritabilitet, emosjonell instabilitet, lavere stresstoleranse og lys/lyd-følsomhet

---

en eksistensiell utfordring og et tapt selv beskrives ved kronisk sykdom av Charmaz (1983). Sykdommen representerte et brudd i respondentenes selvoppfattelse og endret deres oppfatninger om hvordan de skulle kunne leve et normalt liv.

### 5.3 Hoveddimensjon 2: Lagarbeid i rehabiliteringsprosessen for å komme tilbake til arbeid etter hjerneslaget

Respondentene beskrev at det var viktig å få bistand fra andre i sin rehabiliteringsprosess for å komme tilbake i arbeid etter hjerneslaget. De fortalte om hvordan de ble ivaretatt og hjulpet av kolleger og ledere på arbeidsplassen, hvordan de opplevde å møte, dele og dra nytte av erfaringer fra sine medpasienter og hvordan de tok imot veiledningen fra de ansatte i "Raskere tilbake". Selv om respondentene også var bevisst på at de selv hadde mye livserfaring, pågangsmot og vilje, fortalte de også om sin tvil i forhold til å tro på seg selv. De lurte på om de ville greie hverdagens utfordringer og om de ville fungere godt nok i jobbene sine etter hjerneslaget. Støtte og samarbeid med andre gjennom ulike typer lagarbeid ble derfor framhevet av respondentene som betydningsfulle og avgjørende bidrag sammen med deres egen innsats i rehabiliteringsprosessen.

#### 5.3.1 Å være på lag med kollegene og lederen på arbeidsplassen

Å ha et støttende arbeidsmiljø var av stor betydning for respondentene og det bidro positivt i prosessen med å komme tilbake i arbeid. Da de kom tilbake etter sykefraværet var det mange utfordringer knyttet til at de skulle gjenoppta sine tidligere arbeidsoppgaver. Fordi de ennå ikke var helt klare over hvilke følger utfallene fra hjerneslaget hadde medført, oppdaget de stadig nye situasjoner der de opplevde begrensninger og de ba spontant om hjelp fra kollegene sine for å mestre oppgavene.

To av respondentene hadde begynt på jobb igjen etter hjerneslaget og den tredje skulle snart starte opp igjen og alle skulle tilbake til sine tidligere arbeidsplasser. De beskrev fordelene ved å komme tilbake til en kjent arbeidsplass og sa at de følte seg ivaretatt, de likte menneskene de jobbet sammen med og de opplevde at de hadde et godt arbeidsmiljø. Derfor kunne de i første rekke konsentrere seg om å mestre arbeidet sitt igjen. En av dem som hadde arbeidstrening på arbeidsplassen sin sa:

*”Men uansett må jeg dokumentere arbeidsevnen min og det får jeg gjort i bedriften. Med et arbeid jeg kjenner fra før, med folk jeg kjenner og som jeg trives sammen med. Så da har jeg bare den jobb-biten som en utfordring. Jeg slipper å komme inn i en ny bedrift, lære nye arbeidsoppgaver, bli kjent med nye folk og bli akseptert.”*

De to respondentene som var i gang igjen på jobb, beskrev at kollegene og lederen var støttende og de var opptatt av at respondentene ikke skulle jobbe for hardt etter hjerneslaget. De fikk høre at de ikke skulle *” ta i for mye ”* i jobben og at de måtte huske på å *”gå og ta seg fem minutter”* for å innhente seg. En av respondentene sa det slik: *”Og så er det kollegene mine som går og passer på at jeg ikke gjør for mye og sånn der, så (de sier) du får ikke lov til å gjøre det der.”*

Lederne hadde ikke tilstrekkelig informasjon om respondentenes helsetilstand til å veilede dem angående hvilken arbeidstid de burde gå i gang med etter fraværet. Respondentene mente at de måtte forholde seg til helsepersonell og deres vurderinger angående arbeidsdagens lengde og hvordan en opptrapping skulle foregå. En av respondentene sa om sin leder: *”Han har ikke noe peiling på helsa mi”*. Likevel opplevde respondentene å bli støttet av sine ledere i tilbakeføringsprosessen. De fortalte om sjefer som var flinke til å prate med dem, som *” har stilt opp”* og *”vært der hele tida”*. Lederne hadde sagt at de måtte *”bruke tida og veien”* i sin rehabilitering, men ga dem også de *”viktige små signalene”* i sykemeldingsperioden om at de var savnet på arbeidsplassene sine og de spurte: *”Ja, kommer du snart?”* Da de kom tilbake på jobb ble de passet godt på og lederen sa til en av dem: *”Blir du sliten, så bare går du. Du behøver ikke ha noen godkjennelse for fem minutter, det er bare å gå.”*

---

Respondenten som ikke hadde startet på jobb etter fraværet var usikker på hvordan han ville oppleve den første tiden på arbeid. Han hadde fått en ny leder og han fortalte at han og lederen måtte etablere et samarbeide og drøfte hvilke oppgaver han skulle gjøre og han sa: *”Men dette er litt spesielt, for jeg har fått en ny sjef og jeg har nesten ikke jobba sammen med ham. (...) Og det er jo litt spennende, men det virker veldig lovende i utgangspunktet.”*

Respondentene ønsket å ha utfordringer i arbeidssituasjonen, helst ville de jobbe med de samme oppgavene som de hadde tidligere. I sine arbeidsmiljø og blant kolleger hadde de vært blant de ansatte med lang arbeidserfaring fra et innholdsrikt arbeidsliv. Nå etter en alvorlig sykdom var funksjonsevnen deres redusert og de greide ikke alle arbeidsoppgavene like greit som før. Det at de behøvde hjelp i arbeidssituasjonen etter slaget stred mot deres oppfattelse av seg selv som selvstendige og hardt arbeidene ansatte. Holdningen gjorde at de hadde vansker med å være åpne om det som var blitt annerledes, og de greide ikke å legge kortene på bordet overfor sine ledere før behovet for tilpasninger i jobben plutselig oppstod. De ønsket derfor å trene på de vanskelige oppgavene og ville ikke bli fratatt mulighetene til å teste ut hva de klarte og for å øke sin funksjonsevne. De nevnte for eksempel oppgaver som krevde god fingerferdighet, *”hurtighet og presisjon på armen”* og situasjoner som handlet om å *”å huske alle beskjeder”*. Når en vanskelig situasjon oppstod spurte de spontant om hjelp fra en nær medarbeider og derfor ble denne typen for lagarbeid i den første tiden en skjult løsning som bare fungerte i kulissene på arbeidsplassen ukjent for lederne deres og for deler av arbeidsmiljøet.

Tidligere i oppgaven beskrev jeg hvordan en av respondentene fikk hjelp av en kollega for å huske beskjeder. Hun sa om forholdet til sin *”støttekontakt”*: *” Han blir nesten sønnen min han”*. Om sin framgangsmåte for å skaffe hjelpen sa hun: *”Nei jeg spurte om han ville hjelpe meg (...) så jeg sa det: ”Jeg greier ikke å huske beskjeder og er det noe så må de eller du si fra til meg. Jeg kan ta imot og hvis noe skjer så er det helt borte. Så det henger ikke ved, men han gjorde seg vel til en litt sånn selvoppnevnt støttekontakt da.”*

En lignende hendelse der kollegene trådte støttende til fortalte en av de andre respondentene om. I en arbeidsoperasjon ved samlebandet i industribedriften våget respondenten å teste hvor mye kroppen var i stand til å greie i en krevende oppgave. Lederen hadde på forhånd tatt hensyn til hennes reduserte finmotorikk og mente at hun skulle utelate denne krevende produksjonsoppgaven. Respondenten ble likevel fristet til å prøve, hun bad om hjelp fra en kollega og de gjorde arbeidsoperasjonen sammen. Gjennom støtten fra kollegene benyttet hun sjansen til å utforske hvor godt hun greide å gjøre oppgaven.

Hun sa: *”Og det får jeg egentlig ikke lov å være med på da, men da skal nå selvfølgelig jeg prøve. Og så hun ene (kollegaen) som jeg har hatt mest (samarbeid) med stod og venta, så sa jeg: Nå skal jeg ta over for deg og så kan du stå som barnepike bak. Fordi da gjorde jeg hennes jobb, og så stod hun bak og gjorde det jeg ikke rakk. Da gadd jeg ikke å stresse for hun tok og fullførte, så vi har innmari fint samarbeid der. Da kom selvfølgelig avdelingslederen og så bare så han på meg...”* Jeg spurte henne hva avdelingslederen gjorde da han så at hun var i gang ved samlebandet og om han bad henne om å gå vekk fra oppgaven. Hun svarte: *”Nei, jeg sa at jeg hadde barnepike eller støttekontakt. Nei, de er innmari opptatt av at jeg ikke skal ta i for mye. Men det kan og være det at da får jeg heller ikke utfordret meg. Så da må jeg si fra at jeg må få lov å prøve, men jeg må også passe på at jeg ikke gjør noe som går utover arbeidstempoet.”*

Historien viste at ved å være initiativrik og driste seg til å gjøre mer enn det som var avtalt, fikk respondenten i stand et lagarbeid med kollegene sine som til å begynne med var skjult og foregikk der lederen ikke så dem. Kollegene arbeidet sammen og de tillot at hun kunne få prøve arbeidsoppgaven med assistanse. De nærmeste medarbeiderne som kjente henne fra før hun ble syk, forstod at hun ville teste seg og bevise at hun kunne greie mer enn det de først antok. En av dem gikk med på å få rollen som *”barnepike/støttekontakt”*. Respondenten fikk derfor lov til å forsøke seg uten at kollegene protesterte eller hevdet at situasjonen brøt med normene for hva de kunne tillate seg.

---

Lederen valgte også å beskytte respondenten ved avsløringen. Han viste diskresjon og unnlot å lage en scene foran arbeidslaget. Gjennom måten lederen opptrådte, ble han en lagarbeider sammen med de andre. Respondenten fikk i ettertid også forklart ham om hvorfor hun utførte arbeidsoppgaven på tross av hans bestemmelse. Hun sa: *”Men jeg hadde en samtale med ham nå denne uka her og sa det at jeg må bare, for da får jeg trent opp styrken i beinet mitt med den ene oppgava, og jeg får trent opp armstyrken med den andre og jeg er så pass..., og jeg ser, hvis det går utover produksjonen. For det er innmari viktig for meg at det ikke skal gå utover bedriften at jeg er der.”* Respondenten greide på denne måten å bevare inntrykket av seg selv i rollen som en ivrig og ansvarsfull arbeidstaker selv om hun gikk fram på en uformell måte da hun unnlot å spørre lederen sin om lov til å prøve.

Da det skjulte lagarbeidet etter hvert ble kjent for alle, synes det likevel ikke som om respondentenes dristige strategi forringet deres sosiale status overfor de andre på arbeidsplassen. Både lederne og kollegene opprettholdt en positiv holdning til at de skulle lykkes i arbeidsutprøvingen og de fortsatte å gi dem hjelp. Det medførte at de fikk fortsette sitt arbeid og prosessen for å leve opp til rollene de hadde før de ble syke og det styrket oppfattelsen av deres sosiale identitet. Erfaringene de gjorde seg bekrefter påstanden om at *”jo flere informasjonen publikum har om den opptredende, desto mindre sannsynlig er det at noe de får kjennskap til under interaksjonen vil få noen særlig innvirkning på dem”* (Goffman 1992). Gjennom at arbeidsplassen var kjent med respondentene fra før og visste hva de stod for, kunne de tillate seg å bryte med forventet atferd på arbeidsplassen og be om assistanse uten å ta spørsmålet den ordinære tjenesteveien og likevel unngikk de å bli oppfattet som illojale arbeidstakere.

Funn fra tidligere studier viser at et støttende arbeidsmiljø og bruk av assistanse fra andre personer kan være viktige bidrag for å fremme arbeidsevnen (Medin m.fl. 2006, Ellingsen og Aas 2008). At kollegenes lagarbeid ble viktige bidrag for å fremme respondentenes arbeidsevne etter hjerneslaget bekreftes i historiene fra de to respondentene.

### 5.3.2 Å være på lag med likemenn i “Raskere tilbake”

Respondentene utviklet et fellesskap i de to gruppene ”Raskere tilbake”. Det synes som om de raskt oppnådde en følelse av å være på samme lag i måten de beskrev samhandlingen med sine likemenn. Lagfølelsen i gruppene ble etablert både gjennom den felles målsettingen om yrkesaktivitet, gjennom opplæring, trening og gjennom å dele erfaringer fra hverdagslivet og rehabiliteringen.

Respondentene hadde deltatt i begge gruppetilbudene, først gruppetilbudet som varte en uke og så ble de med videre i tilbudet som fant sted en dag annenhver uke. To av respondentene hadde vært med en stund i ”onsdagsklubben”, mens den tredje nylig hadde blitt med. Når respondentene fortalte om det de hadde opplevd skilte de ikke på hvilken av de to gruppetilbudene de fortalte fra.

Respondentene trakk fram at de opplevde nytten av å møte andre pasienter som var i yrkesaktiv alder og som hadde den samme målsettingen som dem om å gjenoppta arbeidet sitt etter rehabiliteringen. En av dem sa: *”Og det å få snakke med andre, jeg føler at vi er blitt sånn..., altså ikke sveisa gjeng, men det er mennesker jeg godt kunne tenkt meg å ha en prat med..., og det får vi jo nå gjennom dette her.”*

En annen sa: *”Nei, jeg ønsker at så mange som mulig som får et drypp eller hjerneslag eller hva det er, at de får de samme mulighetene som jeg har fått.”*

Respondentene formidlet at de ville fortsette å delta i gruppene fordi det ga dem positive erfaringer og en sa: *”Gruppen kommer jeg uansett til å prioritere, fordi det har gitt meg så mye.”*

Inntil de kom med i ”Raskere tilbake”-gruppene hadde de møtt medpasienter på sykehusets akutt- og rehabiliteringsavdelinger. Respondentene fortalte at de ble *”fortvila”* og *”mista lite grunn motet”* når de oppdaget det store hjelpebehovet til medpasientene som var innlagt på sykehuset samtidig med dem. En av dem sa videre at hun følte seg *”for frisk”* i forhold til de slagpasientene hun hadde møtt tidligere, hun greide ikke å identifisere seg med dem og interaksjonen mellom dem ble minimal.



---

Yngre slagpasienter har i en tidligere studie uttrykt at de opplevde frustrasjon over rehabiliteringsprosessen (Röding m.fl. 2003 og 2007). Noe av årsaken til misnøyen skyldtes at de manglet et alderstilpasset rehabiliteringstilbud, de følte seg usynlige og savnet et rehabiliteringsmiljø som var stimulerende med omgivelser og aktiviteter som passet deres behov og ønsker.

Også i ”Raskere tilbake”-gruppen trakk flere fram at det hadde stor betydning å bli tilstrekkelig stimulert. Samhørigheten med medpasientene syntes derfor å øke vesentlig når de møtte slagpasienter i yrkesaktiv alder som hadde et funksjonsnivå og rehabiliteringsbehov som lignet deres egne. Respondentene ville stimuleres gjennom å ha noen å sammenligne seg med og konkurrere mot. En av dem sa: *”Jeg ville ha noen å måle meg med og strekke meg opp mot og konkurrere med, jeg er et konkurransemenneske.”* Tilslutningen til medpasientene ble også enklere i ”Raskere tilbake” enn i akuttstadiet. Fordi det hadde gått noe tid etter hjerneslaget hadde de første sjokkerende opplevelsene og krisereaksjonene etter slaget blitt bearbeidet (Fure 2007).

Goffmans beskrivelser av en tilslutningssyklus ved nyoppstått sykdom kan belyse hvorfor respondentene til å begynne med hadde vansker med å se på seg selv som tilhørende gruppen av pasienter med hjerneslag som var innlagt samtidig med dem (Goffman 2009). Han beskrev at ved nyoppstått sykdom skifter følelsene og holdningene til medpasientene i den første tiden og de svinger mellom avvisning og aksept. Da de senere møtte medpasientene i ”Raskere tilbake” var de kommet lengre i sin bearbeiding av situasjonen og de kunne knytte seg til de andre, hente kunnskaper, drøfte erfaringer og oppdage løsninger gjennom gruppesamværet.

Gjennom sin deltakelse i ”Raskere tilbake”-gruppene fikk pasientene anledning til å bli kjent med seg selv på nytt gjennom samhandlingen med likemenn. Utenfor arbeidsplassen, i de skjermede omgivelsene bak scenen, kunne de fortelle gruppen om det de slet med, oppnå støtte og bli akseptert som helt alminnelige av de andre deltakerne. Denne opplevelsen var viktig og hjalp dem slik at de slapp å holde på en fasade der de måtte ha sterk selvkontroll for å greie å dekke over vanskene sine etter

hjerneslaget. Respondentene oppdaget at deres selvopplevde hendelser ikke var så unike som de hadde trodd. De greide å overføre det de hørte fra andre til sin egen situasjon, de så sammenhenger mellom historiene og hjerneslaget og på denne måten fikk de selvinnsett og lærte de av andres erfaringer. En av respondentene sa: *"(...) de samtalene vi har hatt oss i mellom uten fagfolk om erfaringer andre har gjort seg..., liksom..., oi, ja slik har jeg det også, er det derfor at jeg er slik?"*

En annen sa: *"For det er veldig, veldig mange som går rundt i hverdagen og tror at jeg er den eneste i verden som har disse problemene her. Det er nå en gang sånn, hvis du aldri har vært sjuk, så er en forkjølelse det verste du har hatt. Vi er så forskjellige alle sammen, men fordelen ved et sånn opplegg som "Raskere tilbake", er jo at vi har en fellesnevner og det er at alle har vært gjennom noe som er jævla kjipt og mange har i hvert fall til dels samme problemer."*

Prosessen med å gjenoppdage seg selv og en ny type for normalitet gjennom historiene til sine likemenn hjalp dem til å finne ut at slaget ikke trengte å medføre så radikale endringer i livet som de hadde fryktet. Det førte til at sykdommen som en felles faktor ble mindre vektlagt i samhandlingen i gruppen, til tross for at det i utgangspunktet var sykdomstilstanden og diagnosen som var årsaken til at de var samlet. Gjennom å dele erfaringer og fortelle om sine ulike livssituasjoner, fikk de vist fram i gruppen at de i tillegg til å tilhøre kategorien pasienter med hjerneslag også var normale personer med sine individuelle personligheter, særtrekk og interesser. En av respondentene sa: *"Vi er vel forskjellige mennesker og har forskjellige synspunkter på alt, men "Raskere tilbake" har i hvert fall vært rene himmelriket for meg. For å komme og få forståelse for min egen situasjon, og for å få forstå at dette er faktisk helt normalt for dem som har hatt det (hjerneslag). Og det var det ingen som fortalte meg før jeg kom dit i hvert fall."*

Det at de opplevde at de ikke var så spesielle som de trodde, men at de derimot var "normale slagpasienter" blant likesinnede, gjorde dem tryggere på sitt eget selvbilde og det bidro i prosessen med å finne ut hvem de var etter hjerneslaget. Opplevelsene modererte opplevelsen av at hjerneslaget hadde endevendt livet, de oppdaget en ny

---

form for normalitet og en av dem sa at det å delta i gruppen *”har gjort at jeg føler meg helt normal, for det er eneste plassen jeg føler meg normal som slagpasient”*. Når jeg spurte henne hva hun mente med ordet normal, svarte hun: *”Det er faktisk ikke noen big deal å ha hatt slag”*.

En respondent uttrykte det slik: *”Og hadde jeg ikke hatt ”Raskere tilbake”-prosjektet i ryggen så hadde det vært innmari vanskelig å komme tilbake i arbeid. For da begynner du faktisk å miste trua på det at sånn som du er, det kan da ikke være normalt. Og du har mye lettere for å trekke deg inn i deg sjøl, med de tankene du sitter med i forhold til sånn som du fungerer. (...) på grunn av at ”Raskere tilbake” har gitt meg den tryggheten som jeg har fått, har jeg turt å gjøre det og krevd min rett. For skulle jeg vært bare meg sjøl, ville jeg trukket meg tilbake og da hadde jeg vært på rehabilitering<sup>12</sup>. (...) Jeg har den støtta. Og jeg vet faktisk ikke om jeg hadde vært tilbake i jobb, sjøl om jeg hadde viljen, så vet jeg ikke om jeg hadde tatt steget om jeg ikke hadde hatt dem i ryggen.”*

Respondentene hadde benyttet møtene til å utveksle ideer seg i mellom om hvordan for eksempel egentrening kunne foregå. Respondentene bidro til lagarbeidet med sine positive erfaringer og oppmuntret sine likemenn i gruppen. Når de beskrev hvordan samhandlingen foregikk i gruppene, fortalte de at de vekslet på å være deltagende eller lyttende til de andre i gruppen og en av dem sa: *”Sjøl om du sitter i en gruppe og ikke kan delta, men er passiv tilhører, så er det utrolig hvor mye påfyll du kan få.”* En annen sa at: *”(...) selv om du ikke sitter og prater om slag, så er det noen som kommer med noen erfaringer. Oi, det har jeg opplevd også. Ja, det er flere som opplever det samme.”* Samtalene som deltakerne hadde hatt i gruppen beskrev en av dem slik: *”Egentlig har vi hatt veldig mange gode samtaler, oss brukerne imellom også, vi som er der.”*

---

<sup>12</sup> Hun snakker her om rehabiliteringspenger som senere er gjort om til en ny stønad som har fått betegnelsen arbeidsavklaringspenger (Nav.no).

Selv om pasientene i gruppen kunne ha helt forskjellige målsettinger og treningsbehov, omsatte de historiene de hadde hørt fra medpasienter til sin egen situasjon, de ble motiverte og fikk tro på at de selv også kunne oppnå noe tilsvarende. Når en i gruppen hadde opplevd framgang og etter hvert greide å mestre en oppgave han eller hun hadde slitt med, gledet det de andre deltakerne i gruppen. Denne muligheten til å høre hva de andre hadde gjort for *”å komme videre og takle det som har vært vanskelig”* skapte en erfaringsutveksling i gruppen som fornyet pasientenes motivasjon og vilje til å stå på.

Stein fortalte om en av de andre deltakerne, ei kvinne som hadde vært veldig glad i å strikke før hjerneslaget, men som ikke fikk det til etterpå. Hun øvde lenge hver dag og etter ti uker klarte hun det. Han sa: *”Og det..., å være så arg, så jeg forbannet meg på at dette skal jaggu meg jeg klare og!”* Selv om han i utgangspunktet ikke hadde interesse for hennes hobby, syntes han det var inspirerende å oppleve at en medpasient fikk til noe hun hadde trent på så lenge og han sa: *” (...) det ble egentlig en litt sånn å kaste bensin på bålet for meg for å komme videre og takle de tingene som har vært vanskelig (...) for du kan alt bare du vil det sterkt nok.”*

En annen fortalte det slik: *”Det er greit nok med fysioterapeuter og fagpersoner som det der, men det er så mange andre ting som rører seg blant folk, sånne heimesnekrametoder. Du kan si, det er mange tips der som kan gjøres. Og det er nå en motivasjon og, kan du si, se at du faktisk klarer ting uten fagpersoner.”*

Til tross for at reaksjonene til respondentene var dominert av positive utsagn om hvordan de opplevde deltakelsen i gruppene, sa en respondent at noen også kunne oppleve at det kunne bli et for sterkt fokus på det negative når de snakket om vanskene sine. De sa at det likevel var mulig å hjelpe andre i gruppen som hadde det slitsomt gjennom å *”bidra med noe positivt”* for dem som hadde det tungt og *”er litt deprimerte”*. Respondenten sa: *”Fordi det er ikke tvil om det at å snakke med andre gir i hvert fall meg mye. Jeg ser faren ved det, for det er jo en del som har blitt veldig negative etter en sånn runde og, men jeg tror allikevel at den erfaringen som alle gjør seg, så er det at det går en rød tråd gjennom dette her. Du hører jo det, det er jo det*

---

*samme, mange har de samme problemene. Altså det går på konsentrasjon, det er klart å miste noe av synet..., men selvfølgelig også førlighet, motorikk, kanskje en hobby som betydde litt for deg. Altså jeg prata om damen og strikkinga hennes, det syntes jeg var helt rått for det tente meg så jævlig. Det ga i alle fall meg noe positivt og det tror jeg de andre i gruppa reagerte på også, spesielt dette med den strikkinga hennes for det var..., det viser seg jo det at hvis du vil noe sterkt nok, så får du det til, nesten uansett. Det finnes ikke begrensninger. Det er jo vi sjøl som setter begrensninger.”*

Hovedinntrykket var derfor at de gjennom gruppene ble stimulert til å se muligheter framfor begrensninger. En sa det slik om gruppedeltakernes evne til å dele sine gleder og se muligheter sammen med de andre i gruppen: ”Og jeg tror det viktigste er at folk blir positive og ser at det nytter. Og når jeg ser hvor glad jeg blir på andres vegne, når jeg hører framgangen de har hatt og hører hvordan ting fungerer, så håper jeg at også andre blir det på mine vegne.”

### **5.3.3 Å være på lag med ansatte i “Raskere tilbake”**

”Raskere tilbake”-gruppene syntes å fungere som gode og samarbeidende lag til tross for at de i utgangspunktet var sammensatt av personer tilhørende to ulike kategorier (pasienter og ansatte). Selv om deltakerne i de to kategoriene hadde forskjellige roller og status i laget ble de holdt sammen som et samlet lag gjennom rammene for interaksjonen. Gruppen hadde en form som var lik det Goffman beskriver som en aksjonsgruppe ved at de arbeidet mot en felles målsetting om at pasientene skulle klare å komme tilbake til arbeid etter hjerneslaget (Goffman 1992).

Rammene i gruppen ble primært definert av de ansatte, de bestemte tid og sted for når gruppen var samlet, de fordelte tiden mellom ulike temaer og la opp til felles aktiviteter. Fagpersonene hadde også hovedansvaret for hvordan informasjon og erfaringer ble formidlet og drøftet i gruppen. Pasientene bidro i stor grad både gjennom å snakke om hvilke forventninger og behov de hadde og ved at de delte sine synspunkter, erfaringer og framtidstanker med de andre. Pasientenes bidrag til å forme innholdet var av vesentlig betydning og gruppemiljøet ble på denne måten

skapt i fellesskap mellom pasientene og de ansatte. Stein fortalte om erfaringen med å delta i og utforme tilbudet fra det første møtet han var med på i ”onsdagsklubben”.

Der skulle pasientene komme med ønsker om aktuelle tema og innhold og han sa:

*”(...) dette er jo et helt ferskt prosjekt og vi er for så vidt pionerer, og jeg synes det er litt moro med (spørsmål om) hva bør tema være, hva synes dere, vi som brukere at innholdet bør være.”*

I gruppen utviklet det seg et intimt og fortrolig forhold mellom pasientene og de ansatte når de samarbeidet og delte erfaringer. Det er beskrevet at en slik arbeidsform der det deles informasjon om skjulte vansker og utveksles fortrolig informasjon fører til at grensene mellom å tilhøre ulike kategorier som slagpasient eller ansatt blir mindre i gruppen (Goffman 2009). Respondentene uttrykte at de ansatte bidro til å styrke selvfølelsen deres ved å sette fokus på at de skulle føle seg like verdsatt som mennesker og se betydningen av sine erfaringer selv om de ikke hadde like stor arbeidsevne som før. En respondent uttrykte at hun hadde opplevd slik: *”Ja jeg føler at liksom hele oppsettet nedpå der (”Raskere tilbake”), med alle de forklaringene og de kursene og de samtalene og det som vi har der, gjør at du på en måte klarer å innse at du faktisk..., for det begynte å..., det gikk på selvtilliten løs. (...) de (ansatte) har nesten prenta inn i deg at du må huske på at du er like verdifull som menneske om du ikke akkurat går på jobb alle de timene du gjorde før. Og om de ikke direkte har sagt det, så har jeg liksom på følelsen at de er der for deg. Og når du da i utgangspunktet ikke har blitt møtt med altfor mye slik, så blir det helt enormt det opplegget nedpå der.”*

Respondentene formidlet at de opplevde at de ansatte skapte grunnlag for et åpent klima som ga gode muligheter til å komme med innspill og refleksjoner i gruppen. En respondent sa: *”Jeg prater for meg sjøl, men jeg føler sånn som de ansatte der, de utgir en slik trygghet at du føler ikke noen forlegenhet og du sier akkurat det du har på hjertet selv om de er der.”* De fortalte om en god balanse mellom pasientene og de ansattes engasjement og medvirkning. En respondent sa: *”Der kan du delta eller du kan trekke deg tilbake, alt etter som det passer deg.”* En av de andre sa: *”Har vi stilt*

---

*spørsmål, så har de (ansatte) svart. Hvis ikke, har de latt oss være og hatt diskusjoner, så de har liksom latt oss ha utvekslinger av erfaringer. Så jeg føler at det ikke har vært noe negativt at de har vært tilstede.”* En beskrev samhandlingen med de ansatte slik: *”Nei, de har vært rett og slett gode samtalepartnere som..., jeg har aldri vært redd for å stille et spørsmål til dem om jeg har hatt og slik, og om de ikke har visst svaret har de undersøkt.”*

Fagpersonenes rolle i å formidle kunnskap om hjernens og kroppens funksjon sett i forhold til målet om yrkesaktivitet ble sett på som særlig viktig. En av dem sa: *”Jeg tror at den største positive ballasten en slagpasient kan få, er egentlig litt grundig forklaring på hvordan kroppen og ikke minst hjernen fungerer på en enkel måte. Ikke en masse faguttrykk som du ikke skjønner en dritt av.”* Videre skjedde det en utveksling mellom pasientene og de ansatte av fortolkninger om hvordan hjerneslaget påvirket funksjon og arbeidsmuligheter og de drøftet hvordan pasientene kunne møte utfordringene i sin hverdag. Gjennom disse ulike perspektivene og samhandlingen skapte de felles kompetanse og holdninger i gruppen om temaet hjerneskode og arbeidsliv.

Kompetansen pasientene fikk med seg fra gruppen trygget dem og ble som en verktøykasse de senere kunne hente nødvendige redskaper fra når de skulle takle ulike utfordringer. En respondent trakk fram at det hun hadde fått vite gjennom *”Raskere tilbake”* hadde gjort henne overbevist om at hun hadde rettigheter som sykemeldt. Hun sa dette om hvordan hun hadde opplevd at det hadde gjort henne i stand til å kunne ta et selvstendig ansvar for prosessen og gjort at hun kunne føre sin egen sak uten at den saksansvarlige bistod henne direkte på arbeidsplassen. Hun sa: *”Det er jeg som har kjørt balletten og det er jeg som har tatt initiativene, kan du si i forhold til arbeidsgiver og tidspunkt og slik som det der. Men det har vært så mye enklere fordi jeg har dem i ryggen. Jeg har den støtta.”*

Respondentene var også opptatt av hvordan de skulle benytte det de hadde lært ute blant alle andre i samfunnet og en av dem sa: *”Men det er greit nok at du får være helt normal sammen med andre slagpasienter på ditt nivå og du har full respekt for*

*hvordan du er av de fagpersonene, men det jeg har med meg tilbake ut fra der ("Raskere tilbake"), det er at jeg er faktisk helt normal som slagpasient. Så det er bare om å gjøre hvordan jeg bruker det i resten av samfunnet da. Så det er innmari viktig for meg å være en bit av det der for det har gjort at jeg har kommet meg videre så mye raskere enn det jeg ellers ville ha gjort."*

Ved å få vite mer om hjerneslaget ble respondentene bedre rustet til å bearbeide reaksjoner etter den alvorlige sykdomshendelsen og de så at de kunne involvere familien for å oppnå mer støtte. En respondent sa: *"For meg så er kanskje den aller største fordel at den kunnskapen jeg har fått om det å ha en sånn type lidelse gjør at jeg er veldig sikker på meg sjøl. Som jeg sa innledningsvis: Jeg har aldri vært redd for noe. Altså, det er vel feil å si det. Hvis det har vært fryktelig høyt, jeg har vært redd for sånne ting, men altså, jeg har aldri hatt angst for noe. Aldri brydd meg om, altså problemer det er noe som..., det har jeg takla veldig bra. Men det må jeg innrømme, det svirrer litt i bakhodet at fy faen, det å få en sånn smell en gang til, den runden vet jeg ikke om jeg orker. Så du har en sånn psykisk som ligger i bakhodet som var ordentlig ekkel, kanskje spesielt ekkel for meg fordi det var så ukjent. (...)Og jeg merka det at dette var nok en form for angst på en måte, som jeg hadde, som for meg egentlig ble veldig guffen. For det var egentlig helt ukjent."*

Jeg spurte om respondentens deltakelse i "Raskere tilbake" hadde gjort noen forskjell på hvordan vedkommende så på sin situasjon nå, og fikk følgende svar: *"Helt klart en stor forskjell der. De gjorde..., nå er jeg nesten helt sikker på at jeg aldri vil få et hjerneslag igjen og det tør jeg påstå er på grunn av "Raskere tilbake". Det har også vært et forum hvor vi har snakka mye rundt det med ... kanskje å få med de rundt deg (pårørende) på en måte for å skjønne hva som foregår, for i mange tilfeller er det en litt ensom kamp det der å ha fått en sånn sykdom."*

De ansatte hadde rollen som veiledere for pasientene, og de drøftet fortløpende om respondentene skulle starte opp igjen i jobb og hvordan en opptrapping av arbeidstiden skulle foregå. Respondentenes reaksjoner var flere i forhold til rådene de fikk fra de ansatte. De så betydningen av å vektlegge og benytte de ansattes



---

kompetanse, men fortalte at de ikke følte seg forpliktet til å følge rådene. De opplevde at når de hadde fagpersonenes støtte fikk de ”trygghet” og lyst til å prøve seg i jobben igjen. De visste også at dersom det ble strevsomt senere kunne de få hjelp og råd til fra sin saksansvarlige til å gjøre justeringer underveis. En av respondentene uttrykte det slik: *”(...) jeg har jo pushet på nå slik at jeg har begynt, eller prøver å begynne en måned før jeg i utgangspunktet er blitt anbefalt herfra. Men det er litt meg, for jeg skal faen meg vise dem at dette klarer jeg.”* Han beskriver at *”oppfølgingen herfra har vært helt enorm”* og at han har blitt tatt godt vare på og sier: *”(...) men det blir nesten ei litt sånn sovepute det og, for du må jo stå på egne bein når hverdagen kommer.”* Når jeg spurte om han ikke var blitt nok utfordret til å sette seg mål og ba ham utdype hvorfor han mente det blir en ”sovepute” sa han: *”(...) at det blir lagt opp mye for deg. Jeg er i prinsipp i mot det, for jeg vil legge opp sjøl jeg. Sånn sett så har de egentlig bremsa meg og det tror jeg har vært veldig riktig. For hadde det vært opp til meg, så hadde jeg vært i full jobb igjen i dag og det skjønner jeg at hadde skjært seg.”*

Selv om respondenten beskrev at hans vilje og pågangsmot til å komme tilbake på jobben var stor, var han også preget av usikkerhet og undret på om han vil greie å gjennomføre den krevende prosessen. Han sa videre: *”Nei altså, jeg mener at jeg er så god til å prate for meg sjøl slik at det ikke er noe problem, men tanken har altså slått meg. Jeg har kontakt med min saksansvarlige og hvis ting skjærer seg nå når jeg begynner igjen, at jeg føler at ting ikke akkurat går slik jeg vil, så kan det hende jeg drar saksansvarlige inn.”*

For å kunne vurdere sin egen arbeidskapasitet og progresjon i arbeidsmengde satset respondentene hovedsakelig på at de måtte gjøre sine egne erfaringer. Det synes som om de ansatte støttet deres valg i hvordan de ville teste ut arbeidsevnen sin for å få erfaringer. En av respondentene som hadde begynt på jobben igjen hadde reflektert over rådene hun fikk om å begynne rolig etter sykemeldingen og sa: *”Det er greit nok at jeg kanskje ikke forstår at jeg får en smell til slutt, men det må jeg og ta ansvar for. Fordi jeg finner det ut når jeg har gjort for mye.”* Jeg spurte henne om hun opplevde

at de ansatte i ”Raskere tilbake” ville bremse henne da hun skulle i gang på jobb igjen og hun svarte: *”Jo, men det er på en helt annen måte fordi de signaliserer at det er mitt valg, men de gir meg råd på grunn av erfaringen.”* Råd om å holde tempoet og ambisjonsnivået på et litt lavere nivå hadde en annen av respondentene også reflektert over og sa: *”(...) de er innmari flinke til å ta vare på deg så du ikke tar for store steg. Jeg har lett for å jafse over for mye da. Så de bremsa meg litt, så jeg har lært innmari mye om meg sjøl, tatt mer hensyn til meg sjøl.”*

Det kom fram få kritiske synspunkter på tjenesten de hadde fått i ”Raskere tilbake”, men jeg opplevde at de ellers var frittalende til hvordan de opplevde hendelser fra rehabiliteringsprosessen. Grunner til den manglende kritikken av ”Raskere tilbake” kunne være at de holdt tilbake negative synspunkter fordi jeg tidligere hadde arbeidet som terapeut i prosjektet. Andre årsaker kunne være at de var tilfredse med tjenesten eller jeg ikke var dyktig nok til å be dem om å utdype sine synspunkter slik at nyansene uteble.

## 6. Diskusjon

### 6.1 Arbeidet for å gjenskape en sosial identitet

I studien ønsket jeg å finne ut hvordan personer som hadde hatt hjerneslag beskrev sin egen innsats for å komme tilbake til arbeid. Funn fra studien viste at respondentene opplevde sykdommen som et brudd i sin selvoppfattelse og den endret oppfatningen om hvordan de skulle leve et normalt liv. Gjennom dataene fikk jeg kjennskap til to vesentlige dimensjoner i deres rehabiliteringsprosess: Den betydelige egeninnsatsen respondentene gjorde for å lykkes i å nå sine mål, og hvordan de fant støtte fra andre personer og oppnådde et lagarbeid med dem.

Respondentenes erfaringer fra prosessen der de opplevde at samhandlingen med andre førte til en rekonstruering av deres sosiale identitet er beskrevet både av Goffman (1992) og Charmaz (1983). I redefineringen måtte de gi slipp på det gamle bildet de hadde av seg selv før de ble syke for å kunne tilpasse seg og utvikle seg videre i den nye livssituasjonen. På denne måten kunne de komme videre etter tapet og lidelsen som sykdommen påførte deres selvilde slik det ble beskrevet av Charmaz.

Respondentene var på vei mot en ny normalisert hverdag gjennom de komplekse justeringene de foretok i hverdagen sin. Etter hvert som justeringene ble naturlige for dem, ville de klare å gjenskape et redefinert, men sårbart hverdagsliv slik en annen studie av pasienter med kronisk sykdom også har beskrevet (Mengshoel 2008).

Hva foretok respondentene seg i rehabiliteringsprosessen for å bygge en ny plattform i livet og for å reparere bruddet i sin livshistorie? Hva gjorde de for å finne tilbake til seg selv og for å finne ut hvem de var blitt etter sykdommen, og hvordan skjedde prosessen for å få innsikt i og akseptere det som hadde blitt forandret seg etter hjerneslaget? Funn fra studien viste at for en stor del foregikk redefineringen av deres identitet gjennom at de oppdaget seg selv på nytt gjennom konkrete handlinger i hverdagen. De gransket seg selv og kroppen sin for å finne ut hva som var forandret,

de trente hardt og de testet ut hvor mye de kunne tåle. De møtte andre mennesker og erfarte hvordan relasjonen til dem var blitt, de var aktive og påvirket samhandlingen. De lærte om seg selv på nytt gjennom å ta del i andres kunnskaper og erfaringer. På sine arbeidsplasser valgte de flere måter for å iscenesette seg selv for å vise at de fortsatt hadde mye av sin arbeidsevne intakt og kunne fylle arbeidstakerrollen.

I tillegg til den konkrete treningen og handlingene respondentene foretok seg, er det grunn til å spørre seg om omstillingen hos respondentene vel så mye handlet om å bruke krefter på et indre, følelsesmessig plan for å skape en ny sosial identitet.

Kompleksiteten i denne omstillingsprosessen handlet om å bli klar over egne ressurser og begrensninger, erkjenne behovet for endringene og foreta prioriteringer og verdivalg slik det også er beskrevet i annen rehabiliteringslitteratur (Norborg 1994, Bredland 1996). Tidligere forskning har påpekt hvor krevende en håndtering av en ny livssituasjon etter sykdom er, og understøtter at det tar lang tid å omstille seg for å bevare forholdet til arbeidsplassen og forbli yrkesaktive (Jacobsen, Rasmussen 2005, KreSS 2002 ). Etter hjerneslaget måtte respondentene derfor både ha en bevissthet for å oppdage løsningsmulighetene de kunne anvende i samhandlingen med andre, og de trengte energi og pågangsmot og for å gjennomføre tiltak som trygget deres identitet som arbeidstakere.

Fordi omstillingen etter hjerneslaget foregikk med små steg i de mange hverdagslige hendelsene og i samhandlingen med andre, gjorde det prosessen lite synlig for andre. Det er derfor grunn til å undres på om vi i rehabiliteringsfeltet forstår omfanget av hvor mye energi og tid pasientene må bruke for å etablere en ny plattform i livet.

Som en av aktørene innen helsevesenet mener jeg at det er umulig for andre å helt ut forstå rekkevidden av hvor krevende prosessen med å gjenskape en trygg sosial identitet og normalisere hverdagen er. Det har nok ført til at vi ikke har vært tilstrekkelig bevisst på hvor betydningsfullt det er å bekrefte overfor pasientene at de viktigste faktorene for å komme tilbake i jobb igjen har vært deres egne krafttak og innsats. En anerkjennelse av pasientenes eget strev bør virke positivt, styrke selvtilliten og bekrefte deres sosiale identitet som hardt arbeidende samfunnsborgere.

---

Helsepersonell skal i dag ha en praksis som er kunnskapsbasert og de faglige avgjørelsene skal være basert på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og pasientens erfaring, kunnskap, verdier og preferanser (Kunnskapssenteret 2011). For å få fram kunnskap fra brukerperspektivet kreves det en gjensidighet og likeverdige roller mellom fagpersonene og pasientene. Særlig viktig blir det å få tak i pasientenes erfaringer og innsikt når vi skal bruke fagkunnskapen vår for å bistå dem best mulig i deres arbeidsmiljø. Det må derfor bli like naturlig for ansatte i rehabiliteringsfeltet å veilede og støtte pasientene i prosessen for å få egne erfaringer for å gjenskape en trygg sosial identitet som det hittil har vært å igangsette konkrete tiltak for trening og tilrettelegging i rehabiliteringen.

I helsevesenet har diskusjonen pågått i mange år om hva det er mulig å oppnå gjennom et individuelt behandlingstilbud i rehabiliteringen kontra et gruppebasert tilbud. Det er først i de senere årene at spesialisthelsetjenesten har hatt en økende gruppevirksomhet etter at de har blitt pålagt å gjennomføre opplæring av pasienter og pårørende (Lov om spesialisthelsetjeneste av 1999). Mye av denne virksomheten har skjedd i grupper ved helseforetakenes Lærings- og mestringssentra (Helse- og omsorgsdepartementet 2005).

Jeg undrer på hvorfor ikke bruk av grupper har fått et større gjennomslag og hvorfor ikke mulighetene som gis gjennom et lagarbeid mellom likemenn blir benyttet oftere? En av respondentene i studien sammenlignet sin egen treningsinnsats med en toppidrettsutøvers treningsstrategi og jeg tenker at et lignende bilde fra idretten kan brukes på betydningen av å oppnå lagarbeid i rehabiliteringsperioden. Det synes som det å få gode medspillere på laget sitt, klare å videreutvikle lagånd og bli gode sammen var av like stor betydning for respondentene som at de greide å stå på individuelt gjennom sin egeninnsats.

En stor del av det som foregikk i ”Raskere tilbake”-gruppene handlet om at pasientene fikk opplæring og utvekslet nyttig kunnskap om hjerneslaget og dermed fikk de et bedre grep om rehabiliteringen. Det er imidlertid like viktig å trekke fram at

respondentene fortalte at samhandlingen med likemenn i høy grad påvirket den sosiale identiteten og selvbildet i en positiv retning. Gruppedynamikken<sup>13</sup> og respondentenes opplevelse av seg selv sett i forhold til de andres situasjon gjorde dem i stand til å oppdage løsningsmuligheter og erfaringene motiverte dem til å starte prosessen med å normalisere hverdagen for å leve livet videre. Uttrykket til en av respondentene som snakket om at hun følte seg normal igjen i gruppen, viser dette på en slående måte. Hun sa: *”Det er faktisk ikke noen big deal å ha hatt slag”*.

## 6.2 Rehabilitering for å komme raskere tilbake til arbeid

Myndighetenes satsing på ”Raskere tilbake”-prosjekter skulle bidra til kjøp av helse- og rehabiliteringstjenester for å redusere sykefraværet og antall uføretrygdete (Regjeringen 2010). Det har vært gjort flere evalueringer av ordningen for å klarlegge om de sykemeldte har kommet raskere tilbake til arbeid og for å vurdere den samfunnsøkonomiske nytten av ”Raskere tilbake”. I den sist publiserte evalueringsrapporten ble det konkludert med at *”Raskere tilbake samlet sett trolig ikke er en suksess i samfunnsøkonomisk forstand, fordi reduksjonen i sykefraværet er for liten”* (Samfunns- og næringslivsforskning AS 2010). Det sies videre i rapporten at ordningen er kompleks og vanskelig å evaluere, og at deler av ordningen likevel kan ha samfunnsøkonomiske gunstige effekter (ibid.).

I fagmiljøene diskuteres det hva rehabilitering som virksomhet bør inneholde og hva det skal settes fokus på når nytten av tiltak skal vurderes. En vanlig innfallsvinkel for å vurdere effekten av rehabilitering i helsetjenesten er at etter en kartlegging av helse- og funksjonsproblemer hos den enkelte personen og en utforming av mål og tiltak, blir prosessen og resultatene overvåket og evaluert underveis og ved avsluttet rehabilitering (Kjeken m.fl. 2007). Deretter blir mange personers forløp analysert og

---

<sup>13</sup> Kreftenes spill i en gruppe; interaksjonen mellom de forskjellige medlemmene, hvordan de kommuniserer med hverandre, hvordan konflikter oppstår og løses, virkningene av de forventninger gruppen stiller til den enkelte, presset mot solidaritet og konformitet, og gruppens utvikling over tid (Store norske leksikon. [www.snl.no/gruppedynamikk/psykologi](http://www.snl.no/gruppedynamikk/psykologi)).

---

det skal helst sammenlignes med en kontrollgruppe som ikke har mottatt samme tilbudet for å vurdere effekt (ibid.).

Når rehabilitering blir diskutert har søkelyset i enkelte sammenhenger blitt satt på fagpersonene, i hvilken del av forvaltningen de befinner seg i og hva de gjør. I andre sammenhenger har fokuset vært på rehabilitering som prosess, hva som skjer og hos hvem skjer prosessen (Wekre m.fl. 2004). På bakgrunnen av definisjonen av rehabilitering i Stortingsmelding nr. 21(1998-99), er det beskrevet at eierforholdet til rehabiliteringsprosessen nå er flyttet fra helsetjenesten til brukeren. Brukerens behov er satt i sentrum og skal være utgangspunkt for mål, tiltak og organisering i rehabiliteringsarbeidet (Kjeken m.fl. 2007).

Fordi fokuset i rehabiliteringen er flyttet fra tjenestenivået til personens situasjon, er det naturlig å spørre om ikke vedkommende som opplever rehabiliteringen selv må få en mer aktiv rolle i evalueringen enn det tjenestene hittil har lagt opp til. Jeg mener at det blir vel så viktig å få fram brukerperspektivet og hva de selv mente var betydningsfulle bidrag i prosessen for å komme tilbake til arbeidsaktivitet som å finne ut hvor raskt de kom tilbake i jobb, slik evalueringen av "Raskere tilbake" hittil har fokusert på (Samfunns- og næringslivsforskning 2010).

I rehabiliteringsmeldingen beskrives rehabilitering gjennom en lineær modell der ord som "*planlagt*" og "*tidsavgrenset*" med "*klare mål*" og "*klare virkemidler*" blir brukt om innholdet i prosessen (Stortingsmelding 21, 1998-99). Det kan skape en tro på at i rehabilitering er det mulig å gjenvinne funksjonsevne og helse dersom årsaken til vanskene blir funnet og de riktige tiltakene blir igangsatt av fagpersonell i samarbeid med brukeren. Dette står i kontrast til funnene i denne studien og respondentenes beskrivelse av sine rehabiliteringsprosesser. I respondentenes fortellinger handlet rehabiliteringen mer om hvordan de selv greide å gripe mulighetene i hverdagen og hvordan de gjennom mange små steg skapte innholdet i prosessen enn om hva andre gjorde for dem. Det å iscenesette seg selv og erfare hvordan den sosiale identiteten på nytt måtte konstrueres i møtet med andre tok aldri slutt og kan oppfattes som en sirkulær prosess som pågikk kontinuerlig etter

hjerneslaget. De opparbeidet seg erfaringer i den nye livssituasjonen etter slaget som de igjen bygde videre på i ulike hverdagslige aktiviteter og i møter med nye mennesker. Mye av innsatsen skjedde slik menneskelig aktivitet beskrives i et ergoterapeutisk grunnsyn: Spontant og ut fra hva de selv så var mulig å gjøre sammen med andre på de mange ulike arenaene (Kielhofner m.fl. 1997).

Med et interaksjonistisk perspektiv ble det mulig for meg å oppdage den sirkelformede prosessen der respondentene på nytt og på nytt prøvde å finne ut hvordan de skulle greie å reparere det bruddet i deres selvoppfattelse som sykdommen hadde forårsaket, og hvordan de forsøkte å redusere gapet mellom livet de levde før og nå. Arbeidet med å gjenskape en plattform i livet opplevde de som en ensom prosess inntil de møtte likemenn og fagpersoner som de kunne dele erfaringer og oppnå samklang med.

”Raskere tilbake” var et av mange bidrag som medvirket i respondentenes rehabiliteringsprosess og til et omdefinert hverdagsliv. Jeg mener at fortellingene fra respondentene i denne studien viste at rehabilitering etter en alvorlig sykdom var en langvarig, kompleks og stadig pågående prosess. Det er vanskelig å skille fra hverandre hva som virket og prosessen deres handlet om svært mye mer enn om hvor raskt de greide å komme tilbake til jobb igjen. Kan vi da med sikkerhet si om ”Raskere tilbake” etter skader og sykdommer i hjernen er et samfunnsmessig nyttig tiltak eller ikke for personer som har hatt et hjerneslag i deres egen prosess og innsats for å skape en ny plattform i livet? Hvilke grunner er det for å hevde at det å delta på tilbudene i ”Raskere tilbake” ble viktige bidrag i prosessen mot arbeidsaktivitet for respondentene? Hva handlet ”Raskere tilbake”-tilbudet om som gjorde at respondentene prioriterte høyt å delta og opplevde det som så bra at de ønsket at alle slagpasienter i yrkesaktiv alder fikk det samme tilbudet?

Respondentene manglet i utgangspunktet hverken vilje eller pågangsmot til å starte tidlig opp igjen i jobbene sine eller til å arbeide mest mulig. De begynte så raskt de var i stand til, men gjennom utforskningen av egne krefter og veiledningen fra ”Raskere tilbake” startet de forsiktig og jobbet litt mindre enn de i utgangspunktet



---

hadde planlagt. Spørsmålet er om de hadde gått for hardt ut, stilt for store krav til sin egen arbeidsevne og risikert å møte veggen og stått i fare for å falle ut av arbeidslivet uten veiledningen og erfaringene fra sin deltakelse i ”Raskere tilbake”?

Respondentene trakk selv fram at de hadde trengt denne hjelpen til å begynne med for å begrense seg i sin arbeidsliver og fordi de ikke hadde kjent sin egen kropp, sin kapasitet og tåleevne etter hjerneslaget. Ved å følge rådene fra sin saksansvarlige, greide de å justere ned de høye målene og forventningene de først hadde hatt om sin arbeidsdeltakelse til et mer passende nivå. Gjennom støtten fra ”Raskere tilbake”-prosjektet fikk de trygghet og aksept til en gradvis utprøving, og de hadde fått kunnskap som hjalp dem i vurderingen av egen arbeidsevne etter slaget. Samarbeidet med fagpersonene gjorde at de som pasienter aktivt måtte ta stilling til sin egen kapasitet og ressurser og de inntok en betydningsfull rolle i vurderingen.

Faren for en utstøtelse av arbeidslivet etter sykdom er kjent, men med ”Raskere tilbake”-teamets faglige veiledning ble arbeidskravene til pasientene justert til et passende nivå slik at de kunne begynne å arbeide noe igjen. Som det er beskrevet i en utredning om bruk av gradert sykemelding, greide de å øke sin arbeidsdeltakelse på sikt (Mykletun 2010). Dersom de ansatte i ”Raskere tilbake” hadde fulgt opp anbefalingene fra myndighetene bokstavelig og rådet respondentene til en høyest mulig arbeidsdeltakelse for å redusere sykefraværet, ville respondentene i denne studien fått en for krevende hverdag. Det er derfor grunn til å spørre om vi kan godta at personer med hjerneslag bør få mer tid for å komme tilbake til arbeid enn det de politiske myndighetene har forventninger om gjennom satsingen på ”Raskere tilbake”.

En svensk studie fulgte opp 65 personer med kognitiv svikt (etter hjerneslag og traumatisk hodeskade) i fem år etter et kognitivt rehabiliteringsprogram. Resultatene viste at det var en utfordring for respondentene å gradere sin arbeidsdeltakelse og at det fikk konsekvenser for hvor mange som greide å være i jobbene sine (Bjørkdal 2010). Forskeren mente det handlet om at respondentene var så ivrige i å komme tilbake i jobb at de overvurderte sin arbeidsevne, noe som førte til at de mislyktes og sluttet. Det var derfor en nedgang i respondentenes arbeidsdeltakelse i perioden fra to

år (36 % yrkesaktive) til tre år (26 % yrkesaktive) etter deres sykdomsdebut. Det var likevel en positiv utvikling i andelen som var yrkesaktive etter fem år (40 % yrkesaktive), noe som bekreftet at det tok lang tid å komme tilbake til arbeidslivet etter skader og sykdom i hjernen.

Rehabiliteringstiltakene fra ”Raskere tilbake”-prosjektet var ikke unike, men bestod av elementer som trolig finnes i mye rehabiliteringsvirksomhet. Kanskje fikk respondentene størst nytte av tilbudet fordi det var tilpasset deres målgruppe, både aldersmessig og i forhold til målsettingen med rehabiliteringen. Like viktig var det at de ble sett, hørt og respektert av fagpersonene og medpasientene i gruppene og de kunne tillate seg å være normale blant sine likemenn. Det gjorde at de opplevde å få følelsen av å være på lag med andre og de unngikk å føle seg så alene og spesielle. Det er bekreftet at å delta i et rehabiliteringstilbud i gruppe sammen med andre personer med kognitive vansker, lære mestringsstrategier av hverandre og få større forståelse for hjerneslagets konsekvenser er faktorer som påvirker selvtilliten, livs- og arbeidssituasjonen i en positiv retning (Lundquist m.fl. 2010). Kanskje skyldes noe av fornøydhetsen hos respondentene også at ”Raskere tilbake”-tilbudet vekslet mellom to ulike arbeidsmåter: Den ene hadde et individuelt fokus og de fikk ivaretatt sine særegne rehabiliteringsbehov ved ambulante besøk fra teamet til bostedskommunen og på arbeidsplassen. Den andre formen foregikk i gruppe med aktiviteter der de fikk styrket sin sosiale identitet gjennom lagopplevelsen. Trolig betydde det også mye for respondentene at ”Raskere tilbake” gjennom sin arbeidsform ga dem likeverdige roller og styringsmuligheter til selv å bestemme hvordan og hvor mye de ville assisteres i sine rehabiliteringsbehov.

Virkemidlene som respondentene trakk fram som betydningsfulle i ”Raskere tilbake”-tilbudet er beskrevet som nødvendige komponenter for å fremme helsetilstanden slik den beskrives i den salutogenetiske modell (Antonowsky 2004). Respondentene mestret den krevende livssituasjonen etter hjerneslaget bedre fordi deres behov for støtte ble ivaretatt i ”Raskere tilbake”. Arbeidsformen i ”Raskere tilbake” stimulerte til at respondentene fikk erfare at de selv hadde egen evne og styrke til å løse

---

behovene sine, at de selv kunne greie å ta egne valg og avgjørelser, men at de likevel kunne føle seg trygge på at de hadde et sikkerhetsnett dersom de problemene oppstod. Respondentene sa også at den lett forståelige kunnskapen de hentet gjennom sin deltakelse i "Raskere tilbake" fikk stor betydning for dem. Den økte kompetansen de fikk, gjorde dem i stand til å forstå sin nye livssituasjon bedre og de fikk større tro på at de kunne klare å møte og håndtere kravene i sin hverdag. Den salutogenetiske modellen beskriver at disse komponentene er viktige for at personer skal greie å tåle og håndtere stress og bli i stand til å gjenvinne helsen etter sykdom. Gjennom anerkjennelsen og bekreftelsen på sine mange rehabiliterings- og arbeidserfaringer fra de andre i gruppen, fikk de styrket sitt selvbilde, de ble oppmuntret til å være aktive og delta i samfunnet igjen og det førte dem i en helsefremmende retning på veien mot en gjenskipt hverdag.

### 6.3 Metode

En kvalitativ studies pålitelighet handler om at studiens troverdighet må ivaretas (Polit, Beck 2008). Gjennom hele studien har jeg vært et instrument for å skape dataene, analysere og fortolke materialet. Derfor var det viktig å reflektere over min forforståelse i forkant av studien, det var et behov for å synliggjøre forskningsprosessen og det er behov for å se på erfaringene fra prosessen i etterkant.

I oppbyggingen av studien var det viktig å sørge for at forskningsspørsmålene ble så godt belyst som mulig og intervjuguiden ble utarbeidet og jeg erfarte at den ble et godt hjelpemiddel for å holde fokus på studiens problemstillinger. Min erfaring som ergoterapeut og innsikt fra fagfeltet var nyttig for utformingen av forskningsspørsmålene og intervjuguiden og grunnsynet i faget påvirket innholdet og hvilke emner og i hvilken vinkling jeg valgte å følge opp i intervjuene. For å motvirke en for sterk styring fra meg som intervjuer, forsøkte jeg å gjøre spørsmålene åpne og gi respondentene god tid til å snakke om det som hadde betydning for dem i deres rehabiliteringsprosess. Jeg ser i ettertid at intervjuguiden var en god støtte for å skape

rammer og innhold i intervjuene. Det førte til at fokuset ble rettet mot studiens problemstillinger og hensikt. Guiden tok ikke for seg alle temaer som hadde betydning for respondentenes rehabiliteringsprosess for å komme tilbake til arbeid. Det finnes mange andre emner som kunne vært utforsket dersom det hadde inngått i studiens formål. Eksempler på dette var respondentenes støtte og lagarbeid med familie og venner og respondentenes forhold til fastlegen.

Utvelgelsen av respondentene ble gjort av mine kolleger og de som deltok i studien var ulike på flere måter. Begge kjønn var representert og respondentene hadde forskjellige yrker og alder. Arbeidsplassene deres var uensartede, de hadde ulike livssituasjoner og to hadde begynt på jobb igjen, mens den tredje snart skulle starte opp igjen. Respondentene mange ulike erfaringer fra tiden etter at de fikk hjerneslag og fra sine rehabiliteringsforløp.

Intervjusituasjonene foregikk i trygge omgivelser for respondentene, enten hjemme hos dem eller i et kjent grupperom, noe som medførte stor åpenhet fra respondentene. De var engasjerte og fikk benytte den tiden de trengte uten at de ble avbrutt under intervjuene. To av respondentene hadde en svært tydelig og direkte uttrykksform. Den tredje personen hadde en noe mer forsiktig formidlingsform, og det kom godt med å ha kjennskap til arbeidsfeltet for å forstå samtidig som jeg ba om å få utdypet utsagnene for å unngå å mistolke respondenten.

Transkripsjonen foretok jeg selv for å få en oversikt over dataene og for å starte med en analyse av materialet. I transkripsjonen mistet materialet noe av sitt særpreg fra muntlig tale, men innholdet i det de snakket om var klart og lett å forstå. Det førte til at prosessen med å skrive ned lydopptakene ble enkel, og innholdet og meningene fra respondentene mener jeg ble godt ivaretatt.

Gjennom studien har jeg har jobbet grundig med analysen av materialet og jeg har tilstrebet å få fram resultatene på en tydelig måte. Innspill fra min veileder har vært viktig for gjennomføringen av prosjektet og jeg har fått flere gode perspektiver til å analysere materialet. Jeg har beskrevet konteksten der respondentene formidlet

---

samhandlingen og sine erfaringer fra slik at det blir mulig for leseren å sette seg inn i situasjonen hendelsen foregikk.

Kodingen og fortolkningen av materialet er gjort i en form som er mest mulig empirienær. Begrepene og temaene som respondentene formidlet gjennom intervjuene har blitt trukket fram, de er belyst og bekreftet gjennom teori og gjennom sammenlignbare resultater fra andre studier.

Bakgrunnen for problemstillingene i studien var det teoretiske grunnsynet i ergoterapi og mine mange års erfaringer og interesse for rehabilitering. Gjennom forberedelsen av studien og i analysen av materialet ble det interaksjonistiske perspektivet og Goffmans teatermetafor gode bidrag for å oppdage og beskrive interessante funn fra respondentenes rehabiliteringsprosess. Perspektivene utfylte hverandre fordi de ser på menneskelig aktivitet og sosial identitet som noe som skapes i interaksjonen mellom mennesker, virksomheten/aktiviteten og omgivelsene (Kielhofner m.fl. 1997, Järvinen, Mik-Meyer 2005). Jeg har beskrevet og tydeliggjort sammenhengen mellom teoretiske perspektiver, analyse og fortolkninger for å gjøre forskningsprosessen mest mulig transparent og troverdig for leseren. Gjennom en meningskategorisering i analysen trådte det fram to hoveddimensjoner fra det rikholdige materialet. Funnene pekte i samme retning og gjorde at de kunne forenes i hoveddimensjoner.

Overførbarhet handler om hvorvidt tolkninger av funnene fra denne studien også kan gjelde andre i lignende sammenhenger og bidra til en mer generell teoretisk forståelse av et fenomen (Fangen 2004). I kvalitativ forskning kan funn fra en studie brukes som en rettleiding for det som kan komme til å skje i en annen situasjon, og denne typen for overføring kalles analytisk generalisering (Kvale 2007).

Funnene om respondentenes egeninnsats og lagarbeid ble beskrevet av de tre respondentene som deres individuelle erfaringer. Respondentene var forskjellige og de fortalte ulike fortellinger gjennom sine gode, detaljerte og omfangsrrike refleksjoner. Datamaterialet fra de tre intervjuene ble både stort og ulikeartet, men likevel fant jeg mange like trekk ved hjelp av analysen gjennom kodingen og

fortolkningen av dataene. Fellestrekkene gjorde det mulig å dele funnene fra studien inn i de to hoveddimensjonene. Lignende resultater fra andre studier der de har sett på pasienters erfaringer fra rehabiliteringsprosessen etter hjerneslag eller annen alvorlig sykdom peker i samme retning. Flere andre studier omhandler hvordan personer etter alvorlig sykdom taper sin selvtillit, men ved stor innsats og gjennom en kompleks rehabilitering tilpasser de seg en ny livssituasjon gjennom å redefinere sine sosiale rollene og synet på en normal hverdag (Charmaz 1983, Mengshoel 2008, Kvigne, Kirkevold 2003, Carlsson m.fl. 2004, Jacobsen 2005, Eilertsen 2010, Röding m.fl. 2003). Det understøtter at kunnskap fra denne studien kan ha overføringsverdi og være gjeldende for andre personer som trenger arbeidsrettet rehabilitering etter et hjerneslag.

Goffmans beskrivelser av hvordan den sosiale identiteten formes på nytt og på nytt i dagliglivets samhandling underbygger studiens funn om at respondentenes høye egeninnsats hadde stor betydning for hvordan de opplevde at deres sosiale identitet ble gjenskapt i rehabiliteringsprosessen (Goffman 1992). Likedan har hans framstilling og belysning av hvordan et lag kan gi individet muligheter for å iscenesette seg selv og innta ulike roller gitt studien perspektiver som kan understøtte hvordan respondentene erfarte betydningen av lagarbeidet med andre (ibid. 1992). At et lagarbeid gjennom oppmuntrende arbeidsmiljø, støttende kolleger og medpasienter er viktige faktorer for å komme tilbake til arbeid er også gjort kjent gjennom flere tidligere studier (Medin m.fl. 2006, Ellingsen og Aas 2008, Jacobsen 2005, Lindstrøm m.fl. 2009, Lundquist m.fl. 2010).

## 7. Konklusjon

Studien ble gjennomført for å få personer som har hatt hjerneslag til å fortelle om sine erfaringer for å komme tilbake til arbeidslivet og for å undersøke hvordan prosjektet ”Raskere tilbake etter skade eller sykdom i hjernen” fikk betydning i rehabiliteringsprosessen. Gjennom analysen av materialet fra studien ble funnene kategorisert og presenteres i oppgaven under to hoveddimensjoner:

- Egeninnsats i rehabiliteringsprosessen for å komme tilbake til arbeid etter hjerneslaget
- Lagarbeid i rehabiliteringsprosessen for å komme tilbake til arbeid etter hjerneslaget

Egeninnsatsen til respondentene bestod av trening for å kartlegge, gjenvinne og holde ved like funksjonen, de måtte finne ut hvordan sviktende energi påvirket hverdagen, hvordan de skulle takle og leve med begrensningene, og de måtte finne ut hvordan de skulle iscenesette seg selv overfor andre for å gjenskape en sosial identitet etter hjerneslaget.

Lagarbeidet som oppstod gjennom samarbeid med og støtte fra andre, ble av respondentene framhevet som betydningsfulle bidrag i rehabiliteringsprosessen, og samhandlingen styrket dem i deres egen innsats. Lagarbeidet foregikk sammen med kolleger og ledere på arbeidsplassen, med likemenn i ”Raskere tilbake” og med de ansatte i ”Raskere tilbake”.

De tre respondentenes rikholdige beskrivelser om egeninnsats og lagarbeid som viktige dimensjoner i rehabiliteringen bekreftes av sammenlignbare resultater fra andre studier.

Det understøtter at kunnskap fra denne studien kan ha overføringsverdi og være gjeldende for andre personer som trenger arbeidsrettet rehabilitering etter et hjerneslag.

## Kildeliste

Antonovsky, Aaron (2004): *Helbredets mysterium. At tåle stress og forbli rask*. Hans Reitzels Forlag.

Arbeids- og administrasjonsdepartementet (2001): *Intensjonsavtale om et inkluderende arbeidsliv - budsjettmessige konsekvenser mv*. Tilgjengelig på:

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/fad/dok/regpubl/stprp/20012002/stprp-nr-1-tillegg-nr-1-2001-2002-/1.html?id=435756>

Arbeidsdepartementet (2008): *Pressemelding nr. 46/5, publisert 15.05.08: Sikrer bedre oppfølging av sykemeldte i "Raskere tilbake"*. Tilgjengelig på:

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/ad/pressepenter/pressemeldinger/2008/sikrer-bedre-oppfolging-av-sykmeldte-i-r.html?id=511390>

Arbeids- og inkluderingsdepartementet (2005): *Intensjonsavtale om et mer inkluderende arbeidsliv 2006-2009*. Tilgjengelig på:

[http://www.regjeringen.no/nb/dep/ad/tema/velferdspolitikk/inkluderende\\_arbeidsliv/intensjonsavtale\\_om\\_et\\_mer\\_inkluderende\\_.html?id=85829](http://www.regjeringen.no/nb/dep/ad/tema/velferdspolitikk/inkluderende_arbeidsliv/intensjonsavtale_om_et_mer_inkluderende_.html?id=85829)

Arbeidsdepartementet (2010): *Intensjonsavtale om et mer inkluderende arbeidsliv 1. mars 2010 – 31. desember 2013*. Tilgjengelig på:

<http://www.regjeringen.no/upload/SMK/Vedlegg/2010/IA-avtale%2024022010.pdf>

Arbeidsdepartementet (2010): *Tiltak for reduksjon i sykefravær: Aktiviserings- og nærværsreform*. Tilgjengelig på:

[http://www.regjeringen.no/nb/dep/ad/dok/rapporter\\_planer/rapporter/2010/Tiltak-for-reduksjon-i-sykefravar-Aktiviseringsog-narvarsreform.html?id=592648](http://www.regjeringen.no/nb/dep/ad/dok/rapporter_planer/rapporter/2010/Tiltak-for-reduksjon-i-sykefravar-Aktiviseringsog-narvarsreform.html?id=592648)

Arbeids- og inkluderingsdepartementet (2007): *St.prp. nr. 69 (2006-2007):*

*Tilleggsbevilgninger og omprioriteringer i statsbudsjettet 2007*. Tilgjengelig på:



---

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/fin/dok/regpubl/stprp/20062007/stprp-nr-69-2006-2007-/3/6.html?id=469969>

Björkdahl, Ann (2010): *The return to work after a neuropsychological programme and prognostic factors for success*. Brain Injury 2010; 24(9): 1061-1069

Bredland, Ebba Langum, Linge, Oddrun Anita, Vik, Kjersti (1996): Det handler om verdighet. Ideologi og praksis i rehabiliteringsarbeid. Universitetsforlaget.

Brodal, Per (2007): Grunnleggende om nervesystemets oppbygging og funksjon. Universitetsforlaget.

Carlsson, Gunnel, Möller, Anders, Blomstrand, Christian (2004): *A qualitative study of the consequences of 'hidden dysfunctions' one year after a mild stroke in persons <75 years*. Disability and rehabilitation 2004, Vol. 26, No. 23, Pages 1373-1380

Charmaz, Kathy: *Loss of self: a fundamental form of suffering in the chronically ill*. Sociology of Health & Illness. Volume 5, Issue 2, pages 168–195, July 1983

Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin (2005). *Retningslinjer for inklusjon av voksne personer med manglende eller redusert samtykkekompetanse i helsefaglig forskning*. Tilgjengelig på: <http://www.etikkom.no/retningslinjer/samtykke>

Dietrichs, Espen (2007): *Hjernens plastisitet – perspektiver for rehabilitering etter hjerneslag*. Tidsskrift for Den norske lægeforening 2007; 127; 1228-31.

Ellekjær, Selmer (2007): *Hjerneslag – like mange rammes, men prognosen er bedre*. Tidsskrift for den norske lægeforening nr. 6, 2007; 127;740-743

Ellingham (2000): *Model of Human Occupation (MoHO) på norsk*. Tilgjengelig på: <http://www.hf.hio.no/ergo/moho/start.htm>

Ellingsen, Kjersti Lunde, Aas, Randi Wågø: *Arbeidsdeltagelse etter hjerneskode – Hemmende og fremmende faktorer*. IRIS Rapport nr. 2008/016

Engstad, Viitanen, Almkvist (2007): *Kognitiv svikt etter hjerneslag – diagnostikk og håndtering*. Tidsskr. Nor. Lægeforen. nr. 10, 2007; 127: 1390-3

Fangen, Katrine (2004): *Deltagende observasjon*. Fagbokforlaget

Fjærtøft, Hild, Indredavik, Bent (2007): Rehabilitering av pasienter med hjerneslag. Tidsskr Nor Lægeforen nr. 4, 2007; 127: 442–5

Fornyings-, administrasjons og kirke departementet (2010): *Pressemeldingen om IA-avtalen*. Tilgjengelig på: [www.regjeringen.no/nb/dep/fad/tema/lonns-og-personalpolitikk/inkluderende-arbeidsliv-i-staten/ny-intensjonsavtale-om-et-inkluderende-a.html?id=449159](http://www.regjeringen.no/nb/dep/fad/tema/lonns-og-personalpolitikk/inkluderende-arbeidsliv-i-staten/ny-intensjonsavtale-om-et-inkluderende-a.html?id=449159)

Fure, Brynjar (2007): *Depresjon, angst og andre emosjonelle symptomer ved hjerneslag*. Tidsskrift for den norske lægeforening nr. 10, 2007; 1387-1389

Goffman, Erving (1992): *Vårt rollespill til daglig En studie i hverdagslivets dramatik*. Pax Forlag A/S 1992 (1. utgivelse 1959)

Goffman, Erving (2009): *Stigma. Om avvigerens sociale identitet*. Samfundslitteratur (1. utgivelse 1963).

Helsedirektoratet (2010): *Nasjonale retningslinjer for behandling og rehabilitering ved hjerneslag*. Tilgjengelig på:

[http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonale\\_faglige\\_retningslinjer/nasjonal\\_retningslinje\\_for behandling og rehabilitering ved hjerneslag\\_fullversjon 702244](http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonale_faglige_retningslinjer/nasjonal_retningslinje_for Behandling_og_rehabilitering_ved_hjerneslag_fullversjon_702244)

Helse og omsorgsdepartementet (2005): *Fra stykkevis til helt. En sammenhengende helsetjeneste*. NOU 2005:3. Tilgjengelig på:

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/nouer/2005/nou-2005-03.html?id=152579>

Helse og omsorgsdepartementet (2007): *Pressemelding, 20.03.2007, Nr.: 17*.

Tilgjengelig på:

---

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/pressesenter/pressemeldinger/2007/skal-folk-raskere-tilbake-i-arbeid.html?id=458336>

Helse- og omsorgsdepartementet (2007). *Stortingsproposisjon nr. 1 2007-2008.*

*Kapittel 9: Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2008-2011.*

Tilgjengelig på: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stprp/2007-2008/stprp-nr-1-2007-2008-/10.html?id=483776>

Helse- og omsorgsdepartementet (2007-2008): *Nasjonal plan for habilitering og rehabilitering 2008-2011.* Tilgjengelig på:

<http://www.regjeringen.no/upload/HOD/SHA/S%C3%A6rtrykk%20av%20St.prp.nr.1%20kapittel%209.pdf>

Helse Sør-Øst RHF (2008): *Informasjonsbrev til helseforetakene: Presisering av målgruppen for Raskere tilbake.*

Helse Sør-Øst RHF (2010): *Tilbud i "Raskere tilbake".* Tilgjengelig på:

<http://www.helse-sorost.no/pasient/behandlinger/raskere-tilbake/Sider/andre-tilbud.aspx>

Hofmann, Bjørn (2008): *Hva er sykdom?* Gyldendal Akademisk.

Jacobsen Annalise, Rasmussen Karin (2005): *Rapport Arbejdsfastholdelsesprosjektet Hjerneskadecentret, Fyns Amt.*

Jacobsen, Eva A. (2008): *Hjerneinfarkt - endovaskulære behandlingsteknikker.* Tidsskr Nor Legeforen 2008; 128:698-702.

Järvinen, Margaretha, Mik-Meyer, Nanna (2005): *Kvalitative metoder i et interaksjonistisk perspektiv.* Hans Reitzels Forlag.

Kielhofner, Ellingham, Ness (1997): *Modell for Menneskelig Aktivitet.* Ergoterapeuten nr 13 1997.

Kjeken, Kvien, Dagfinrud (2007): *Funksjonsvurdering og evaluering ved rehabilitering*. Tidsskr Nor Lægeforen. 2007; Nr. 5127:598-9

Kognitiv Rehabiliteringsenhet Sunnaas Sykehus (KReSS) (2002): *Ut i arbeid* (Informasjonshefte).

Kunnskapscenteret (2011): *Kunnskapsbasert praksis (modell)*. Tilgjengelig på: <http://kunnskapsbasertpraksis.no/index.php?action=static&id=6>

Kvale, Steinar (2007): *Det kvalitative forskningsintervju*. Gyldendal Akademisk. (1. utgivelse 1997)

Kvigne, K., Kirkevold, M.: *Living with bodily strangeness: women's experiences of their changing and unpredictable body following a stroke*. Qual. Health. Res. 2003; 13:1291-310

Lindström, Röding, Sundelin (2009): *Positive attitudes and preserved high level of motor performance are important factors for return to work in younger persons after stroke: a national survey*. Journal of Rehabilitation Medicine 2009 Sep; 41(9):714-8.

Lovdata, Arbeidsdepartementet (2005): *Arbeidsmiljøloven*. Tilgjengelig på: [http://www.lovdata.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/app/gratis/www/docroot/all/nl-20050617-062.html&emne=arbeidsmiljølov\\*&&](http://www.lovdata.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/app/gratis/www/docroot/all/nl-20050617-062.html&emne=arbeidsmiljølov*&&)

Lovdata, Helse- og omsorgsdepartementet (1999): *Lov om pasientrettigheter*. Tilgjengelig på:

[http://www.lovdata.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/app/gratis/www/docroot/all/nl-19990702-063.html&emne=pasientrettighetslov\\*&&](http://www.lovdata.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/app/gratis/www/docroot/all/nl-19990702-063.html&emne=pasientrettighetslov*&&)

Lovdata, Helse- og omsorgsdepartementet (1999): *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.* Tilgjengelig på: <http://www.lovdata.no/all/hl-19990702-061.html>

---

Lundquist, Linnros, Orenius, Samuelsson (2010): *Improved self-awareness and coping strategies for patients with acquired brain injury – A group therapy programme*. Brain Injury, Vol. 24, No 6, Pages 823-832.

Malm, Kristensen, Karlsson, Carlberg, Fagerlund, Olsson (1998): *Cognitive impairment in younger adults with infratentorial infarcts*. Nuerology 1998; 51: 433-440

Maltrud, Kirsti (2005): *Kvalitative metoder i medisinsk forskning – forutsetninger, muligheter og utfordringer*. Ugeskrift for Læger 167/22, 2005.

McGeough E, Pollock A, Smith LN, Dennis M, Sharpe M, Lewis S, Mead GE (2009): *Interventions for post-stroke fatigue*. Cochrane: Database of Systematic Reviews 2009, Issue 3. Art. No. Tilgjengelig på:  
<http://www2.cochrane.org/reviews/en/ab007030.html>

Medin, Barajas, Ekberg (2006): *Stroke patients' experiences of return to work*. Disability and Rehabilitation 2006 Sep 15;28(17):1051-60.

Mengshoel, Anne Marit (2008): *Living with a fluctuating illness of ankylosing spondylitis: A qualitative study*. Arthritis Care & Research. Volume 59, Issue 10, pages 1439–1444.

Mik-Meyer, Nanna, Villadsen, Kaspar (2007): *Magtens former. Sosiologiske perspektiver på statens møde med borgeren*. Hans Reitzels Forlag

Mykletun, Arnstein (2010): *Reduksjon i sykefravær – mål for sykefravær Rapport om tiltak for reduksjon i sykefraværet*. Tilgjengelig på:  
[http://www.air.no/?a\\_id=1025&PHPSESSID=c992059714c675ca18a8d1d70b744f2c](http://www.air.no/?a_id=1025&PHPSESSID=c992059714c675ca18a8d1d70b744f2c)

Ness, Nils Erik (2008): *NETFs temahefte 1:1999 – Helse gjennom aktivitet*. Tilgjengelig på: <http://www.netf.no/NETF/Fag-og-yrkesutoevelse/Fagprofil/Grunnsyn>

Norborg, Lisen Aaserud (1994): *Mot til verdighet. Om rehabiliteringens innhold og mål*. SELL- Senter for livslang læring, Høgskolen i Lillehammer.

Næss, Halvor (2007): *Hjerneinfarkt hos unge voksne*. Tidsskrift for den norske lægeforening nr. 6, 2007; 127;751-753

Polit, Beck (2008): *Nursing Research. Generating and Assessing Evidence for Nurse Practice*. Lippincott Williams & Wilkins.

Röding J, Lindström B, Malm J, Ohman A.(2003): *Frustrated and invisible--younger stroke patients' experiences of the rehabilitation process*. Disabil Rehabil 2003 Aug 5;25(15):867-74.

Röding J, Öhman A, Malm J, Lindström B (2007): *Frustrerad – En beskrivning av yngre strokepatienters opplevelser og behov*. Socialmedicinsk tidsskrift 6/2007.

Røthing, Merete, Vikse, Karin Olsen (2006): *Livet etter hodeskaden*. Sykepleien nr. 1, 2006.

Samfunns- og næringslivsforskning AS (2008, 2009,2010): *Evaluering av tilskuddsordning for helse- og rehabiliteringstjenester*. Rapportene 18/08, 24/09 og 07/10.

Samfunns- og næringslivsforskning AS (2008): *Fornøyd med "Raskere tilbake"? – resultater fra en brukerundersøkelse*. SNF-rapport nr. 19/08.

Solbakk, Scanke, Krogstad (2008):*Hodeskader hos voksne: Diagnostikk og rehabilitering*. Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 1098-1107.

Sosial og helsedepartementet : Stortingsmelding nr. 21 (1998-99) *Ansvar og meistring. Mot ein heilskapleg rehabiliteringspolitikk*. Tilgjengelig på:

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/19981999/stmeld-nr-21-1998-99-.html?id=431037>

Store norske leksikon 2010: Oppslagsord: Rehabilitering. Tilgjengelig på:

<http://www.snl.no/rehabilitering/oppreisning>

Sykehuset Innlandet, Avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering (2007): *Søknad om prosjektmidler til "Raskere tilbake for personer med hjerneskade"* (internt dokument).

Sykehuset Innlandet HF 2010: *Informasjon om Sykehuset Innlandet* Tilgjengelig på:

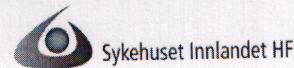
<http://www.sykehuset-innlandet.no/>

Verdens legeforening: *Helsinkideklarasjonen*. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121

Wekre, Vardeberg (2004): *Lærebok i rehabilitering. Når livet blir annerledes*.

Fagbokforlaget.

## Vedlegg 1



### **Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet**

#### **"Raskere tilbake" til arbeid etter ervervet hjerneskade**

Gjennom denne forespørselen vil jeg be deg om å delta i en forskningsstudie for å få kunnskap om hvordan du opplever din rehabilitering og tjenestetilbudet ved "Raskere tilbake" for personer som har fått en hjerneskade.

#### **Hva innebærer studien?**

Studien skal gjennomføres på Avdeling for Fysikalsk Medisin og Rehabilitering i Sykehuset Innlandet. Sykehuset Innlandet er databehandlingsansvarlig for studien.

Hensikten med studien er å få kjennskap til hvordan personer med hjerneskade beskriver hva de har måttet gjøre for å komme tilbake til arbeidslivet og på hvilke måter pasienter som har hatt hjerneslag erfarer at rehabilitering har betydning for å komme tilbake i arbeid etter ervervet hjerneskade.

Du er valgt ut til å forespørres om å delta i studien fordi du har mottatt tjenester fra "Raskere tilbake".

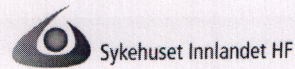
Intervjuet vil vare i ca. 1 – 1,5 timer og ha form som en samtale mellom deg og meg som forsker. Jeg vil i den forbindelse gjerne snakke med deg om dine erfaringer og hvordan du opplever veien tilbake til arbeidslivet og tjenestetilbudet "Raskere tilbake". Du kan avbryte intervjuet når som helst uten begrunnelse.

Dersom du ønsker kan behov som du gjør kjent i intervjuet viderebringes til din behandler i "Raskere Tilbake"-teamet.

#### **Mulige fordeler og ulemper**

Det antas at deltagelse i intervjuet ikke vil gi deg noen spesielle fordeler eller skade deg på noen måte, men erfaringer fra studien vil senere kunne hjelpe andre med hjerneskade som har behov for yrkesrettet rehabilitering





## **Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet**

### **"Raskere tilbake" til arbeid etter ervervet hjerneskade**

#### **Hva skjer med lydopptakene og informasjonen om deg?**

Lydopptakene og opplysningene vil bli behandlet uten navn, fødselsnummer eller andre gjenkjennende opplysninger. Når intervjuene blir skrevet ut i tekst, blir personidentifiserbar informasjon fjernet. Lydopptakene lagres inntil studien er fullført og vil så bli slettet. Teksten fra intervjuene blir lagret på sykehusets dataservert for forskning (som er et lukket system).

Informasjonen som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer/direkte gjenkjennende opplysninger. Det vil ikke være mulig å identifisere deg i resultatene av studien når disse publiseres.

Hvis du sier ja til å delta i 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, mens lydopptakene kan du kreve slettet. Dersom du trekker deg fra studien, kan du kreve å få slettet innsamlede opplysninger. Lydopptakene og informasjonen som samles blir slettet senest 31.12.2010.

#### **Frivillig deltakelse**

Det er frivillig å delta i studien. Dersom du ikke ønsker å delta, trenger du ikke å oppgi noen grunn, og det får ingen konsekvenser for den videre rehabiliteringen du får ved sykehuset.

Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på denne siden. Om du nå sier ja til å delta, kan du senere trekke tilbake ditt samtykke uten at det påvirker din øvrige rehabilitering på sykehuset. Dersom du senere ønsker å trekke deg, kan du kontakte koordinator/fysioterapeut ved "Raskere tilbake" Eija Sareneva tlf.: 62 53 72 89 eller ergoterapeut Guri Einbu, tlf.: 61 27 28 55.

<b>Samtykkeerklæring: Jeg er villig til å delta i studien</b>	Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien:
----- (Signert av prosjektdeltaker, dato)	----- (Signert, rolle i studien, dato)

## Vedlegg 2

### Tematisk intervjuguide

Tema:	Innhold:
Innledning	Presentasjon av forsker og hva prosjektet går ut på
Bakgrunnsinformasjon fra informanten	<p>Alder, bosituasjon, sivil status, familieforhold, yrkesbakgrunn</p> <p>Arbeidsliv før skade</p> <p>Sykehistorie, erfaringer etter hjerneskaden</p> <p>Hvilke tilbud har informanten fått etter sykdom/skade</p>
Hva har de måttet gjøre for å komme tilbake til arbeidslivet?	Hvordan beskriver de prosessen for å kunne forbli yrkesaktive etter sykdom/skade
	Arbeidsliv etter skade eller evt. hva har forhindret at de ikke har kommet tilbake i arbeid
	Hva har de eller andre gjort som har hjulpet dem eller som kan hjelpe dem til å komme tilbake i arbeid?
På hvilke måter fikk tilbudet "Raskere tilbake" betydning?	<p>Synspunkter på:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kartleggingsprosessen</li> <li>• Brukermedvirkning</li> <li>• Målsettingsarbeid</li> <li>• Ulike gruppe- og treningstiltak</li> <li>• Tiltak rettet mot arbeidsplassen</li> <li>• Informasjonsflyt</li> <li>• Samarbeid med andre instanser</li> </ul> <p>Andre faktorer av betydning for pasienten</p>
	Hvor er informanten i rehabiliteringsprosessen i dag?
	Hva kunne vært gjort på en annen måte eller vært forbedret i din rehabilitering?
Avslutning	Oppsummering

---

## Vedlegg 3

Opprinnelig melding

Fra: Ruud Kim Henrik [mailto:KimHenrik.Ruud@ulleval.no]

Sendt: 6. mai 2009 15:12

Til: Einbu, Guri

Kopi: Grimnes Helge; Thorstensen Heidi

Emne: Personvernombudets tilråding: Einbu/SI - ""Raskere tilbake" til arbeid etter hjerneskade"

[Det følgende er en formell tilråding fra personvernombudet. Les forutsetningene nøye og ta vare på denne eposten]

> Kjære forsker

> Viser til melding om behandling av personopplysninger / helseopplysninger. Det følgende er et formelt svar på meldingen. Forutsetningene nedenfor må være oppfylt før rekruttering av pasienter til studien kan starte.

> MANDAT FOR TILRÅDING:

> Med hjemmel i Personopplysningsforskriftens § 7-12 jf. Helseregisterlovens § 36 har Datatilsynet ved oppnevning av Heidi Thorstensen som personvernombud for forskning ved Sykehuset Innlandet HF, fritatt sykehuset fra meldeplikten til Datatilsynet. Behandling og utlevering av person-/helseopplysninger til forskning meldes derfor til sykehusets personvernombud. Personvernombudet tar stilling til om melding er dekkende eller om det må søkes om konsesjon hos Datatilsynet.

> Se forøvrig [www.datatilsynet.no](http://www.datatilsynet.no) for oversikt over oppnevnte personvernombud.

> Undertegnede har på fullmakt fra personvernombudet behandlet meldingen og uttaler seg på hennes vegne.

> TILRÅDING MED FORUTSETNINGER:

> Personvernombudet har vurdert den planlagte databehandlingen av personopplysninger/helseopplysninger og vurderer denne til å tilfredsstillende forutsetningene for melding gitt i personopplysningsforskriften § 7-27 og er derfor unntatt konsesjon, Personvernombudet har ingen innvendinger og tilrår at studien gjennomføres med den planlagte behandlingen av person- / helseopplysninger under forutsetning av følgende:

> 1. Behandling av personopplysninger/helseopplysninger i studien skjer i samsvar med og innenfor det formål som er oppgitt i meldingen (se vedlagte meldeskjema)

> 2. Vedlagte samtykke benyttes.

> 3. Melding pr. epost om avsluttet studie sendes personvernombudet senest 31.12.2010

> 4. Positiv uttalelse er innhentet fra Regional Komité for medisinsk forskningsetikk (> "> REK> "> ). Evt. endringer til pasientinformasjonen fra komitéen forevises undertegnede i god tid før de effektueres.

> 5. Prosjektansvarlig ved sykehuset har innhentet de nødvendige interne godkjenninger.

> ENDRINGER:

> Dersom det underveis i studien blir aktuelt å gjøre endringer i behandlingen av de aidentifiserte dataene, eller endringer i samtykket, skal dette forhåndsmeldes til personvernombudet.

> Intern saksnr. på studien hos personvernombudet er: 06-2009 SI

> Lykke til med studien!

> Mvh

> Kim Henrik Ruud

> Personvernrådgiver

> Kompetansesenteret for personvern, Konsern-IT Oslo

> universitetssykehus,Ullevål

> 90193508/23016881/22119644 (fax)/www.uus.no/personvern

## Vedlegg 4



## UNIVERSITETET I OSLO

DET MEDISINSKE FAKULTET

Professor Anne Marit Mengshoel  
Seksjon for helsefag  
Universitetet i Oslo  
Pb. 1153 Blindern

**Regional komité for medisinsk og helsefaglig  
forskningsetikk Sør-Øst B (REK Sør-Øst B)**  
Postboks 1130 Blindern  
NO-0318 Oslo

Telefon: 22 85 06 70

Telefaks: 22 85 05 90

E-post: [juliannk@medisin.uio.no](mailto:juliannk@medisin.uio.no)Nettadresse: <http://helseforskning.etikkom.no>

Dato: 5.6.2009

Deres ref.:

Vår ref.: S-09340b 2009/7555

**S-09340b Arbeidstittel: "Raskere tilbake" til arbeid etter hjerneskade [6.2009.1120]**

Vi viser til søknad mottatt til fristen 4.mai 2009.

Komiteen behandlet søknaden i sitt møte den 27.mai 2009. Prosjektet er vurdert etter lov om behandling av etikk og redelighet i forskning av 30. juni 2006, jfr. Kunnskapsdepartementets forskrift av 8. juni 2007 og retningslinjer av 27. juni 2007 for de regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk.

**Saksframstilling**

Prosjektet er et mastergradsarbeid der studenten vil undersøke dels hva personer med hjerneskade har måttet gjøre for å komme tilbake til arbeidslivet og dels hvordan deltakelse i rehabiliteringsprosjektet "Raskere tilbake" har hatt betydning i den forbindelse. Fem pasienter skal intervjues, og det er deres opplevelser av å være pasient og møtet med tjenestene som er i fokus. Det skal kun intervjues samtykkekompetente pasienter. Søker beskriver sin kompetanse i forhold til å møte personer i sårbare situasjoner og de belastninger en slik undersøkelse kan medføre.

**Forskningsetisk vurdering**

Komiteen oppfatter spørsmålet hva har pasienten har måttet gjøre for å komme tilbake til arbeid som relevant, men komiteen ønsker en nærmere drøftelse av enkelte sider ved prosjektet.

Komiteen ønsker en nærmere redegjørelse for hvordan spørsmålene knyttet til intervjuingsprogrammet skal vurderes.

Komiteen vil videre av hensyn til oppgavens omfang anbefale at man vurderer å stramme inn utvalgsriteriene. Med bare 5 informanter vil det være hensiktsmessig å inkludere en mer homogen gruppe; én patogenetisk gruppe.

**Informasjonsskriv/samtykkeerklæring**

1. Under "Hva innebærer studien" bør 5.-7.linje tas bort og 8.linje frem til punktum ("Intervjuet kan gi rom --- eventuelle signaler om ubehag".) Skrivet bør i det hele tatt føres i en mer nøktern tone.
2. Prosjektleder er tilsatt ved Universitetet i Oslo, og det er da naturlig at skrevet påføres UiOs logo.

**Vedtak**

Vedtaket utsettes. Det bes om svar på komiteens merknader og revidert informasjonsskriv. Komiteens leder vil ta stilling til eventuell godkjenning ved mottatt svar.

Komiteens avgjørelse var enstemmig.

Komiteens vedtak kan påklages (jfr. Forvaltningslovens § 28) til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag. Klagen skal sendes til REK Sør-Øst B (jfr. Forvaltningslovens § 32). Klagefristen er tre uker fra den dagen du mottar dette brevet (jfr. Forvaltningslovens § 29). Det bes presisert hvilke vedtak/vilkår som påklages og den eller de endringer som ønskes. Se informasjon om klageadgang og partsinnsynsrett på <http://www.etikkom.no/REK/klage>

REK har gått over til elektronisk saksbehandling og fått ny saksportal:

<http://helseforskning.etikkom.no>

Vi ber om at alle henvendelser sendes inn via denne portalen eller på e-post til:

[post@helseforskning.etikkom.no](mailto:post@helseforskning.etikkom.no)

Vennligst oppgi vårt saksnummer/referansenummer i korrespondansen.

Med vennlig hilsen

Tor Norseth (sign.)

Leder

Julianne Krohn-Hansen  
Komitésekretær

Kopi: [guri.einbu@sykehuset-innlandet.no](mailto:guri.einbu@sykehuset-innlandet.no)

## Vedlegg 5



### UNIVERSITETET I OSLO DET MEDISINSKE FAKULTET

Professor Anne Marit Mengshoel  
Seksjon for helsefag  
Universitetet i Oslo  
Pb. 1153 Blindern

**Regional komité for medisinsk og helsefaglig  
forskningsetikk Sør-Øst B (REK Sør-Øst B)**  
Postboks 1130 Blindern  
NO-0318 Oslo

Telefon: 22 85 06 70

Telefaks: 22 85 05 90

E-post: [juliannk@medisin.uio.no](mailto:juliannk@medisin.uio.no)

Nettadresse: <http://helseforskning.etikkom.no>

**Dato:** 06.08.2009

**Deres ref.:**

**Vår ref.:** S-09340b 2009/7555 SPREK: 2009/521

**S-09340b Arbeidstittel: "Raskere tilbake" til arbeid etter hjerneskade [6.2009.1120]**

Vi viser til brev datert 25.06.09 med svar på komiteens merknader, tematisk intervjuguide og revidert informasjonsskriv.

Komiteen tar svar på merknader til etterretning.

Komiteen har ingen øvrige merknader til det reviderte informasjonsskrivet.

**Vedtak**

Prosjektet godkjennes.

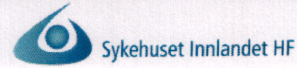
Med vennlig hilsen

Tor Norseth (sign.)  
Leder

Julianne Krohn-Hansen  
Komitésekretær

Kopi: [guri.einbu@sykehuset-innlandet.no](mailto:guri.einbu@sykehuset-innlandet.no)

## Vedlegg 6



Lillehammer 05.01.11

Til

### **Informasjon til deg som ble intervjuet i forskningsprosjektet "Raskere tilbake" til arbeid etter ervervet hjerneskade**

#### **Hei og godt nytt år!**

Studien der du ble intervjuet om dine erfaringer om hvordan du hadde opplevd din rehabilitering og tjenestetilbudet ved "Raskere tilbake" er fortsatt under arbeid. Jeg fikk et rikholdig og godt materiale å jobbe med fra samtaleene jeg hadde med dere som sa ja til å delta på studien. Jeg vil igjen takke deg for at du delte dine erfaringer med meg!

Før studien ble igangsatt, fikk jeg tillatelse av Personvernombudet til å samle inn og oppbevare informasjon fra intervjuene inntil studien var fullført. Datoen for fullføring var i utgangspunktet satt til 31.12.10.

På grunn av et avbrekk i studiene høsten 2009 er ikke oppgaven levert ennå. Jeg har trengt noe lengre tid på å fullføre studiene enn det som opprinnelig var planlagt og har orientert Personvernombudet om behovet for en utsettelse av fullføringsfristen. Målet er nå å avslutte studien i løpet av våren.

Jeg vil derfor orientere deg som deltok på intervjuene om at tidspunktet for å fullføre er forandret i forhold til datoen som først var bestemt og at det medfører at oppbevaringen av lydfilene blir forlenget til 01.07.11

Dersom du har spørsmål til dette eller noe annet vedrørende studien må du gjerne kontakte meg.

Vennlig hilsen

Guri Einbu  
Masterstudent Universitetet i Oslo/  
Spesialergoterapeut "Raskere Tilbake"-hjerneskade  
Avd. for Fysikalsk medisin og rehabilitering, Ottestad  
Sykehuset Innlandet

Tlf.: 97 67 57 51 eller [guri.einbu@sykehuset-innlandet.no](mailto:guri.einbu@sykehuset-innlandet.no)