

# «Balansekunst – om å manøvrere i ukjent farvann»

*En kvalitativ studie om  
rehabiliteringserfaringer hos personer med  
mild traumatisk hodeskade*

Anne-Margrethe Linnestad



Masteroppgave i interdisiplinær helseforskning  
Det medisinske fakultet  
Institutt for helse og samfunn  
Avdeling for tverrfaglig helsevitenskap

UNIVERSITETET I OSLO

2019



# «Balansekunst – om å manøvrere i ukjent farvann»

*En kvalitativ studie om rehabiliteringserfaringer hos personer med mild traumatisk hodeskade*

Anne-Margrethe Linnestad

Masteroppgave i interdisiplinær helseforskning

Det medisinske fakultet

Institutt for helse og samfunn

Avdeling for tverrfaglig helsevitenskap

Universitetet i Oslo

Juli 2019

© Forfatter Anne-Margrethe Linnestad

År: 2019

Tittel: «Balanskunst – om å manøvrere i ukjent farvann»

En kvalitativ studie om rehabiliteringserfaringer hos personer med mild traumatisk hodeskade

Forfatter: Anne-Margrethe Linnestad

<http://www.duo.uio.no>

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo

IV

# Sammendrag

## Formål:

Å få kunnskap om hvordan personer med mild traumatisk hodeskade (mild TBI) beskriver egne erfaringer med å få en hodeskade, hvordan de erfarer tiden etter skaden og hvordan ulike behandlingstiltak, inkludert Compensative Cognitive Training (CCT), får betydning for deres sykdomsattferd og sykdomsforståelse. Særlig oppmerksomhet ble rettet mot erfaringer knyttet opp mot hverdagsliv og arbeidsdeltakelse.

## Teoretisk forankring:

Resultatene er etter analyse blitt drøftet i lys av Aaron Antonovskys teori om salutogenese.

## Metode:

Denne kvalitative studien er en del av en pågående randomisert kontrollert studie (RCT). RCTen undersøker effekten av en kompleks intervensjon etter mild-til-moderat TBI omkring tilbakeføring til jobb, jobbstabilitet og produktivitet, livskvalitet og symptombelastning. Delstudien er forankret i et hermeneutisk perspektiv og består av semistrukturerte intervjuer med 8 pasienter, rekruttert fra RCTen. Intervjuene ble gjennomført rett etter 10 ukers CCT, transkribert verbatim og analysert med tematisk analyse (TA).

## Resultater:

Deltakerne uttrykte usikkerhet omkring en mengde- og noen ganger motstridende anbefalinger i postakutt fase etter skade. Denne usikkerheten, i kombinasjon med håp og tro om bedring, danner utgangspunkt for studiens overordnede tema: *Balansekunst – om å manøvrere i ukjent farvann*. Temaet utdypes gjennom tre hovedtemaer: 1) 'Usikkerhet og håp om å få et svar', 2) 'Å være så aktiv som mulig vs. Tiden leger alle sår', 3) 'Å bli som før vs. Å bli en ny versjon av meg selv'.

## Konklusjon:

Oversiktsstudier etterlyser mer forskning omkring pasienters erfaringer med bedringsprosessen. Resultater fra denne studien, med både tvil og usikkerhet, men samtidig optimisme og positiv tro på videre bedring, vil kunne tilføre kunnskap som kan være til nytte i videre utvikling av behandlingsprinsipper for personer med mild TBI.



# Summary

## **Purpose:**

To explore how individuals with mild traumatic brain injury (mild TBI) describe and make sense of their injury and recovery process. In particular, how treatment approaches, including Compensatory Cognitive Training (CCT), have contributed how they make sense of their recovery in relation to everyday life and return to work (RTW) was explored.

## **Theoretical perspective:**

The results are after analysis discussed in light of the salutogenic theory of Aaron Antonovsky.

## **Method:**

This qualitative study encompasses a hermeneutic approach, and is part of an ongoing randomized controlled trial (RCT) examining the efficacy of a complex intervention after mild to moderate TBI on RTW, work stability and productivity, quality of life and symptom burden. Semi-structured interviews of eight patients, recruited from the RCT, were conducted right after finishing the CCT intervention, transcribed verbatim and analyzed using a thematic analysis (TA).

## **Results:**

Participants expressed uncertainty according to a lot of and sometimes conflicting advice in the early phase after injury. *'A balancing act – maneuvering in uncharted waters'* revealed as an overarching topic. This topic was elaborated by three main themes: 1) *'Uncertainty and hope for an answer'*, 2) *'To be as active as possible vs. Time heals all wounds'*, 3) *'To become the one I used to be vs. To become a new version of myself'*.

## **Conclusion:**

Existing knowledge calls for more research on personal experiences regarding the individual recovery process. Results from this study with uncertainty, but also hope and positive belief in further recovery, will contribute to existing knowledge about developing treatment principles for the large variety of symptoms that affect participation in everyday life for people with mild TBI.





# Forord

Et stort arbeid nærmer seg slutten, et arbeid som har vært inspirerende, men også krevende, og det er mange å takke for at dette masterprosjektet har blitt en realitet.

Først og fremst ønsker jeg å rette en varm takk til alle deltakerne i denne studien som takket ja til å la seg intervju og som har delt uvurderlig kunnskap, erfaringer og opplevelser som jeg med ydmykhet har forsøkt å løfte frem.

Tusen takk til Sunnaas sykehus for at jeg fikk mulighet til å starte med masterstudiet og for at det ble lagt til rette for at studiet kunne gjennomføres. Takk til alle kollegaer som har heiet på meg og holdt ut med at jeg har vært fraværende i perioder og som ikke minst har vært nødt til å ta ekstra oppgaver når jeg ikke har vært til stede.

En spesiell takk til prosjektleder Nada Andelic og forskergruppen i RCT studien, et samarbeidsprosjektet mellom Oslo universitetssykehus (OUS), Sunnaas sykehus HF, OsloMet ved arbeidsforskningsinstituttet (AFI) og Norsk arbeids- og velferdsforvaltning (NAV) med jobbspesialister for at dere fant det interessant å tilknytte et masterprosjekt opp mot intervensjonsdelen i RCT studien. Å være en del av denne prosjektgruppen har utfordret meg og gitt meg verdifull tilleggs kunnskap om kunnskapsproduksjon og forskning på høyt nivå som jeg er stolt av å ha fått deltatt i. Det var stas å delta med poster, side om side med kollegaer fra OUS under IBIA konferansen i Toronto i mars.

Intet ante jeg, da jeg startet masterstudiet, om at jeg skulle ende opp med tre av Norges fremste forskere, på hvert sitt område, som veiledere for min lille studie. Jeg er uendelig takknemlig for alt jeg har lært av dere. Tusen takk Unni Sveen, Marianne Løvstad og Karen Synne Groven!

«Nå skal jeg ikke ha flere lekser», Hjalmar, Lavrans, Kari og Rasmus, og jeg gleder meg til å ta større del i alle aktiviteter sammen med dere!» Ikke minst tusen takk gode Casper som er min klippe! Jeg er ekstremt heldig som har deg og en stor og varm familie. Takk for all oppmuntring, gode klemmer når jeg har trengt det mest og for at dere hele tiden har minnet meg om at livet består av mer enn å skrive masteroppgave!

*Linnestad i Vestby, juli 2019, Anne-Margrethe Linnestad*



# Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	1
1.1	Problemstilling.....	2
1.2	Oppgavens oppbygging og avgrensning.....	2
1.3	Begrepsavklaringer.....	3
2	Studiens kontekst.....	4
2.1	Bakgrunn .....	4
2.1.1	Diagnostisering, definisjon, klassifikasjon av TBI og symptomer .....	5
2.1.2	Biopsykososial forståelse .....	7
2.1.3	Bakgrunn for RCT studien .....	7
2.2	Compensatory Cognitive Training (CCT).....	9
3	Tidligere forskning.....	11
4	Studiens teoretiske «bakteppe» .....	14
4.1	Salutogenese og helsefremming .....	14
4.1.1	Generelle motstandsressurser og forståelse av sammenheng.....	15
5	Forskningsdesign.....	18
5.1	Vitenskapsteoretisk forankring.....	18
5.2	Klargjøring av forforståelse.....	19
5.3	Observasjon av modulene i CCT intervensjonen .....	20
5.4	Intervjuene .....	21
5.4.1	Kvalitativt forskningsintervju .....	21
5.4.2	Intervjuguiden .....	22
5.4.3	Utvalg .....	22
5.4.4	Gjennomføring .....	24
5.5	Metodiske overveielser.....	26
6	Analyseprosessen .....	28

6.1	Transkripsjon .....	28
6.2	Analyse av data.....	30
6.3	Gyldighet og pålitelighet .....	33
7	Oppsummering av funn med diskusjon.....	35
8	Konklusjon .....	41
	Litteraturliste .....	42
	Artikkel.....	50
	Vedlegg 1 .....	78
	Vedlegg 2 .....	87
	Vedlegg 3 .....	89
	Vedlegg 4 .....	91
	Vedlegg 5 .....	93

# 1 Innledning

Hensikten med denne kvalitative studien har vært å få kunnskap om hvordan personer med mild traumatisk hodeskade (mild TBI) beskriver egne erfaringer med å få en hodeskade, hvordan de erfarer tiden etter skaden og hvordan ulike behandlingstiltak, inkludert gruppebasert kognitiv rehabilitering, får betydning for deres sykdomsatferd og sykdomsforståelse. Særlig oppmerksomhet ble rettet mot erfaringer knyttet opp mot hverdagsliv og arbeidsdeltakelse. Studien har vært inspirert av en hermeneutisk forskningstradisjon og har et utforskende og deskriptivt design. Det betyr at det er pasientenes erfaringer, slik som de uttrykker dem, som danner utgangspunkt for analysen, ikke en forhåndsdefinert teori. En salutogen tilnærming med forståelse av *betydning*, *håndterbarhet*, og *meningsfullhet* er senere lagt til grunn for videre utdyping av resultatene i diskusjonsdelen (kapittel 8).

Det å få en mild TBI er vanligvis forbundet med gode utsikter til bedring, og de aller fleste returnerer tilbake til vanlige, kjente hverdagsaktiviteter få dager og uker etter hendelsen (1, 2). Det viser seg imidlertid at en betydelig andel av personer med mild TBI erfarer kognitive, fysiske og følelsesmessige endringer som vedvarer i lengre tid. Dette kan hemme utførelse av daglige aktiviteter og kan få konsekvenser for hverdagsmestring og deltakelse på en rekke områder, herunder også tilbakeføring til arbeid (2). Selv om flere studier har beskrevet medisinske, psykologiske og arbeidsrelaterte faktorer som kan forutsi tilbakeføring til arbeid, så finnes det få velkontrollerte intervensjonsstudier med hensyn til denne prosessen. I tillegg har det tradisjonelt sett vært begrenset samarbeid mellom helserelatert rehabilitering, arbeids- og velferdssektoren (NAV) og arbeidssstedet (3-5).

Denne studien er en delstudie i en større randomisert kontrollert studie (Randomized Controlled Trial - RCT) ved navn: *Effect evaluation of combined cognitive and vocational interventions after mild-to-moderate traumatic brain injury: a randomized controlled trial and qualitative process evaluation*. Målet med RCT studien er å utvikle kunnskap ved å se på kombinert effekt av kognitiv- og arbeidsrettet rehabilitering (3, 4). RCT studien vil kort bli beskrevet i kapittel 2.1.3 og 2.2.

## 1.1 Problemstilling

Selv om det foreligger en del forskning som forsøker å kartlegge hva som kan bidra til vellykket rehabilitering og tilbakevending til arbeid (6-10), er det gjort svært lite forskning der man undersøker pasientenes egen opplevelse av det å motta rehabilitering, og hva som har vært oppfattet som nyttig, eventuelt unyttig (11, 12). Det er behov for mer kunnskap om pasientenes egne erfaringer med det å få en mild TBI, og hvordan de opplever bedringsprosessen og behandlingen de mottar. Dette vil kunne legge til rette for økt forståelse og bidra til bedre rehabiliteringsprosedyrer for denne gruppen (13). Kunnskapsgrunnlaget og en mer spesifikk forståelse av hvilke plager dette handler om vil bli nærmere beskrevet i kapittel 2.1 og i kapittel 3. På bakgrunn av ovennevnte problematikk er følgende forskningsspørsmål utarbeidet:

*Hvordan erfarer personer med mild TBI det å få en hodeskade og tiden etterpå?*

*Hvordan får erfaringene fra rehabiliteringsprosessen betydning for personenes sykdomsforståelse og sykdomsatferd i hverdags- og arbeidsliv?*

## 1.2 Oppgavens oppbygging og avgrensning

Denne masteroppgaven er utformet som en artikkel med en kappe. Kappen presenteres i del én og inneholder 8 kapitler der hele studien settes inn i en bredere sammenheng. Etter innledningen med problemstilling, oppbygging og avgrensning og begrepsavklaringer (kapittel 1) gis en oversikt over studiens kontekst med spesifisering av hvilken type og grad av hodeskade som deltakerne hadde, kort innføring biopsykososial forståelse, bakgrunn for RCT studien, samt en innføring i innholdet i gruppeintervensjonen som alle deltakerne i denne delstudien har deltatt i (kapittel 2). I kapittel 3 redegjøres for relevant forskning omkring personer med mild TBI. Teoretisk rammeverk som er lagt til grunn for forståelse av funn blir presentert i kapittel 4. Deretter redegjøres det for valg av forskningsdesign i kapittel 5 med begrunnelser for valgene som er foretatt. Analysen er en del av forskningsdesignet og beskrives utførlig i et eget kapittel (kapittel 6) før funnene oppsummeres og diskuteres i henhold til valgte teoretiske perspektiv i kapittel 7. Del én avsluttes med en kort konklusjon i kapittel 8.

Artikkelen presenteres i del to og følger retningslinjer for tidsskriftet som er valgt (se vedlegg 1). Artikkelen er planlagt innsendt for vurdering i tidsskriftet *Disability and Rehabilitation* <https://www.tandfonline.com/action/authorSubmission?journalCode=idre20&page=instructions>. Masterstudent (MS), førsteforfatter av artikkelen, har hatt hovedansvar for skriving av artikkelen slik den fremstår (del 2, s. 47). Tre veiledere står som medforfattere i denne versjonen av artikkelen og har vært viktige bidragsytere både med faglige- og språklige innspill for slutføring av artikkelen i sin nåværende form. Ved endelig publisering av artikkelen er det naturlig at flere forfattere inkluderes siden masterprosjektet er en delstudie i en større RCT studie. Masteroppgavens del 1 og del 2 er presentert i Vancouver referansestil. Tidsskriftets referansestil er en variant av Vancouverstilen og vil bli endelig tilpasset tidsskriftet ved publisering.

### 1.3 Begrepsavklaringer

Alle personene som ble inkludert i RCT studien er pasienter ved et sykehus i Sørøst-Norge og vil vekselvis omtales som *pasienter*, *personer* eller *deltakere*. Det er gjennomgående valgt *deltakere* og ikke informanter som begrep om pasientene som har deltatt i dette masterprosjektet. Dette begrunnes med at pasientene både er deltakere i en større RCT studie i tillegg til at de er deltakere i dette masterprosjektet. De er ikke bare passive mottakere, men deltar aktivt i gruppeprosessen og bidrar med verdifull informasjon omkring egne erfaringer om hvordan det er å leve med opplevde symptomer etter mild traumatisk hodeskade. Betegnelsen mild TBI, på engelsk mild traumatic brain injury, vil også bli benyttet som forkortelse på mild traumatisk hodeskade.

Masterprosjektet vil i det følgende bli omtalt som *studien* eller *delstudien*. Prosjektet som denne delstudien er en del av vil bli kalt *RCT studien* eller *forskningsstudien*.

Personlige pronomen er forsøkt unngått og masterstudenten som er forfatter av delstudien vil derfor bli omtalt som *masterstudent (MS)* eller som *forsker (-en)*.

## 2 Studiens kontekst

Beskrivelse av konteksten og en anerkjennelse av denne er av stor betydning i kvalitativ forskning (14, 15). Det betyr at resultatene forstås i lys av de omgivelsene og rammene som har ligget til grunn, herunder også beskrivelse av hvilke deltakere som har bidratt og hvordan deres ulike roller kan ha vært med på å farge resultatene og forståelsen av dem (14).

Beskrivelse av kontekst er dermed med på å understreke og anerkjenne subjektiviteten som den kvalitative forskningen er tuftet på. Lincoln & Guba pekte særlig på overførbarhet som en av flere viktige kvalitetskriterier for vurdering av kvalitativ forskning (16). For at vurdering av overførbarhet skal være mulig er det viktig å gi en nøyaktig beskrivelse av spesifikk kontekst, av deltakere og rammer omkring studien. Lincoln og Guba var spesielt opptatt av leserens viktige funksjon i vurdering av overførbarhet i det leseren selv må avgjøre om det er tilstrekkelige likhetspunkter mellom egen forskning og den originale studiens kontekst og deltakere (16).

I dette kapitlet presenteres konteksten som studien inngikk i. Det vil bli gitt en kort oversikt over bakgrunn for studien, beskrivelse av forhold som definerer pasientgruppen som studeres i tillegg til bakgrunn for RCT studien som delstudien foregikk i. Det vil også bli gitt en beskrivelse av intensiv kognitiv gruppeundervisning som deltakerne har gjennomgått. Beskrivelse av MS sin rolle og forforståelse, som også er en del av konteksten og viktig i kvalitetsvurdering av kvalitative studier (17), vil bli nærmere gjort rede for i kapittel 5 som beskriver studiens forskningsdesign.

### 2.1 Bakgrunn

Varige følgevirkninger etter traumatisk hodeskade, på engelsk traumatic brain injury (TBI), kan berøre livene til dem det gjelder på en rekke områder. Opplevde konsekvenser av TBI kan derfor ofte sette store begrensninger for personenes ønskede deltakelse og mestring i hverdagslivet. Med hverdagsliv menes det livet vi lever hver dag, sammen med andre mennesker. Hverdagslivet foregår med utgangspunkt i hjemmet og nærmiljøet, men innbefatter også arbeid og fritid (18). Det er komplekst, dynamisk, endres gjennom livsløpet, kjennetegnes av en viss regelmessighet og forutsigbarhet og oppfattes ofte som en selvfølgelighet (18).



I det følgende beskrives kort årsak og forekomst av TBI samt hvordan disse skadene klassifiseres medisinsk og hvilke symptomer som erfares. Dette gjøres for å gi en nærmere beskrivelse av hvem denne delstudien omhandler, ikke alle mennesker som har gjennomgått TBI, men en mindre gruppe.

### **2.1.1 Diagnostisering, definisjon, klassifikasjon av TBI og symptomer**

TBI defineres som en endret hjernefunksjon, eller andre tegn på hjernepatologi, som er forårsaket av et ytre traume (ytre påført skade) (19). Årsakene til TBI kan være flere, og varierer med alder, men omhandler hos voksne i hovedsak fall- og trafikkulykker (20). Traumatisk hodeskade opptrer i et bredt spektrum fra svært mild eller minimal skade til alvorlig skade som resulterer i død eller alvorlig funksjonshemming. En norsk studie anslo at ca. 4000 sykehusinnleggelse årlig i Norge er forårsaket av traumatiske hodeskader (20). Vanlige kognitive, atferdsmessige og emosjonelle følgevirkninger etter traumatisk hodeskade er: redusert oppmerksomhet, hukommelse, forsinket tankeevne, mental tretthet (fatigue), reguleringsvansker som for eksempel evne til planlegging, struktur, organisering, irritabilitet, impulsivitet, samt uhensiktsmessig sosial oppførsel, angst og depresjon (21). Kognitive vansker påvirker hvor raskt man løser og gjennomfører oppgaver. Evne til å lære nye arbeidsoppgaver, om man klarer å opprettholde konsentrasjon og oppmerksomhet, evne til planlegging og organisering og målrettet arbeid, er blant annet vist å ha sammenheng med hvor raskt personer med mild TBI kommer tilbake til jobb (5, 22, 23).

Alvorlighetsgrad av en hodeskade klassifiseres ved at man vurderer grad av bevissthet på skadetidspunktet og i det første døgnet etterpå, ofte ved bruk av Glasgow Coma Scale (GCS) (24), varighet av bevissthetstap samt varighet av posttraumatisk forvirring/desorientering (25). Det er vanlig å klassifisere hodeskadene som *alvorlig* (GCS 3-8), *moderat* (GCS 9-12) og *mild* (GCS 13-15). Denne klassifiseringen vil også kunne ha betydning for hvilken prognose som kan forventes (24). Mild TBI er den vanligste formen for traumatisk hodeskade og utgjør 70-90 % av alle behandlede personer med hodeskade (26). Komitéen av milde hodeskader i The American Congress of Rehabilitation Medicine (ACRM), definerer mild TBI som en liten skade mot hodet som medfører en kort periode med bevissthetstap, kortere enn 30 minutter, initiell GCS score 13-15 gjerne etterfulgt av forvirring og desorientering i mindre enn 24 timer (27, 28). Vanlige symptomer etter mild TBI kan være søvnforstyrrelser,

smerter, økt tretthet, hodepine, svimmelhet, emosjonelt stress, depresjon, angst, irritabilitet samt ulike kognitive utfall som berører oppmerksomhet, hukommelse og evne til organisering, struktur og problemløsning (2, 20, 29). Summen av symptomer kan hemme deltakelse på livsarenaer som hverdagsliv, sosialt liv og arbeidsliv (30).

Den største andelen av personer med mild TBI, for eksempel de som har fått en hjernerystelse, utgjør en svært sammensatt gruppe (2). Som antydnet i innledningen blir de fleste friske og har ikke behov for rehabilitering. En mindre andel, 10-20 %, blir ikke friske like raskt som forventet, og det er i akutfasen per i dag ikke mulig å forutsi hvem disse personene vil være (2, 29). Det utføres per i dag ikke rutinemessig bildediagnostikk gjennom MR eller CT etter slike hodeskader og ofte vil det også være negative funn, til tross for opplevde symptomer og plager (2, 29). Det vil derfor kunne være uklart om disse personene kan ha fått en skade som er mer alvorlig enn først antatt. En annen utfordring er at symptomene som ofte angis også innebærer en lang rekke symptomer som finnes i befolkningen for øvrig og kan skyldes andre somatiske og ikke minst psykologiske forhold (31). Slike symptomer kan være: søvnforstyrrelser, fatigue, hodepine, lett angst og depresjon. Tidligere studier har også antydnet funn som kan tyde på at psykologiske plager før skaden kan være med på å øke varighet av symptomer etter skaden (1, 32). Det betyr at det i gruppen mild TBI er betydelige differensialdiagnostiske problemstillinger (31, 33), og det er kontroversielt og til dels ukjent hvilken prognose som kan forventes, noe som også er til hinder for solid evidens for hvilken behandling og tiltak som vil være best egnet (2). Likevel finnes det nå flere mild TBI og TBI retningslinjer som til dels gir god veiledning basert på effektstudier og kunnskapsoppsummeringer (34, 35).

Uklar diagnostikk kan føre til at mange ikke får tilgang på systematisk rehabilitering, slik som er tilfelle med andre pasienter med ervervet hodeskade i spesialisthelsetjenesten. Det varierer hva slags råd personer med hjernerystelse får fra helsevesenet og det varierer også i stor grad om disse personene i det hele tatt oppsøker legevakt eller fastlege (2). Det er disse personene med mild TBI, som er sykemeldt grunnet vedvarende plager åtte uker etter hendelsen, denne delstudien handler om.

## 2.1.2 Biopsykososial forståelse

Selv om man fra medisinsk hold anerkjenner pasientenes opplevde plager etter mild TBI, så har man altså ikke kommet til klar enighet om det er biomedisinske, skaderelaterte årsaker som gir plager, om det er livssituasjon på skadetidspunktet som påvirker hvordan personen takler situasjonen, eller om tidligere livsbelastninger gjør at personen takler den nyoppståtte situasjonen dårligere (2, 29, 31). Ofte vil en tradisjonell biomedisinsk forståelse av symptomer uten kjent årsak komme til kort, og da blir det viktig å finne andre måter å forstå sykdomsmekanismene på (2, 3, 36). Kognitiv rehabilitering har generelt, gjennom de siste 25 årene, endret seg fra blant annet oppmerksomhet på «drilling» av enkeltferdigheter, med en avgrenset forståelse av hjernens funksjon, over til en bredere biopsykososial forståelse (2, 37). Med biopsykososial forståelse menes en helhetlig vurdering av at symptombildet etter hodeskade er et resultat av komplekse samspill mellom medisinske, psykologiske, sosiale og relasjonelle forhold (2). Med andre ord, en biopsykososial referanseramme fremheves for en bredest mulig forståelse av hva det vil si å erfare og leve med konsekvensene av en hodeskade. Iverson (38) fremhever en rekke forhold før skade som kan være med på å påvirke opplevde symptomer. Slike forhold kan være genetiske betingelser, personlighet, resiliens eller motstandsdyktighet mot påkjenninger, mental helse og også tidligere hodeskader. Faktorer etter skade kan være diffus aksonal skade hvor det har skjedd en draging av nervefibrene i hjernecellene og nevrofysiologiske eller nevrometabolske forstyrrelser (38). Iverson (38) er også opptatt av sosialpsykologiske faktorer som går på sykdomsforventninger og også mulige feilkilder som går ut på å fremheve at alt var bedre før, noe som i litteraturen ofte er referert til som «good-old-days bias» (12, 38-40). Videre vil depresjon, angst og traumatisk stress, og også vedvarende kroppslig smerte eller hodepine, kunne påvirke opplevelse og utvikling av symptomer (38).

## 2.1.3 Bakgrunn for RCT studien

Et viktig mål for mange voksne personer med *mild* og *moderat* TBI, er å komme raskt tilbake til arbeid. Kliniske erfaringer viser at mange av pasientene returnerer til arbeid etter endt rehabilitering, men med redusert tempo og intensitet. Eksisterende litteratur antyder imidlertid at andelen personer som returnerer tilbake til jobb etter gjennomgått TBI, varierer mellom 13-85 % (8, 9, 22). Samtidig viser Røe og kollegaer (22) at pasientene ikke alltid forblir i arbeid over tid, noe som kan ha sammenheng med utfordringer knyttet til somatiske, kognitive og

emosjonelle plager. Mange personer med mild TBI returnerer også for raskt og mislykkes med hensyn til krav på arbeidsplassen etterhvert som konsekvensene av endringer etter skaden erfares (5).

Ved mild TBI anbefales det å starte med tidlige tiltak, kort tid etter skade og allerede ved første møte med helsevesenet, rett etter hendelsen (2, 35). Det anbefales at man da understreker at det er gode utsikter til full bedring for å forebygge unødvendig bekymring og uheldig vektlegging på troen om at hjernen er skadet (2, 13, 34, 35). Studier understreker også at det er mulig å redusere opplevde symptomer, som tidligere beskrevet, blant annet ved psykoedukative tiltak som innebærer en kombinasjon av undervisning og erfaringsutveksling, gjerne i grupper (1, 2, 35, 41). Større kvantitative litteraturgjennomganger og oppsummeringsstudier av kognitiv rehabilitering, har dessuten dokumentert at det bør være praksis standard for rehabilitering av personer som har symptomer etter mild TBI, å lære strategier som kan kompensere for problemene som erfares (42-44). Praksis standard er basert på tilgjengelig forskning og betyr at det er det tiltaket som det er best evidens for og som dermed er anbefalt at man *skal* tilby i rehabiliteringen fremfor andre tiltak som har lovende, men foreløpig begrenset effekt. En studie av Cicerone & Azulay (45), som så på sammenheng mellom troen på egne ferdigheter (self-efficacy) og tilfredshet i hverdagen blant personer med TBI på tvers av alvorlighet, bekreftet at den subjektive opplevelsen av å klare å håndtere kognitive symptomer som oppmerksomhet, hukommelse og evne til planlegging, struktur og organisering, hadde stor betydning for opplevelse av livskvalitet. Studien konkluderte også med at det var grunn til å anbefale behandling som vektla aktiv bruk av strategier som kompenserte for endret funksjon (45).

Kompenserende strategier er beskrevet i henhold til utførelse av daglige aktiviteter. Det er så langt rettet lite søkelys mot strategier som kan fremme økt deltakelse i arbeidslivet (3, 4). En oppsummeringsstudie har imidlertid vist lovende funn etter bruk av Supported Employment (SE) som innebærer tidlig og pågående oppfølging over tid på arbeidsplassen (46). En oppsummeringsstudie fra 2016 bekrefter dessuten at det synes spesielt effektivt å involvere pasient og arbeidsgiver med arbeidsoppgaver på personens reelle arbeidsplass og ikke i en annen, ekstern arbeidsrettet aktivitet (47). Per i dag eksisterer det få randomiserte kontrollerte studier som kombinerer kognitiv- og arbeidsrettet rehabilitering ved bruk av for eksempel SE for pasienter med mild til moderat hodeskade (36, 48). Det er utforskning av effekt av en slik

kombinert kognitiv- og arbeidsrettet rehabilitering som er målet med den pågående RCT studien (3, 4).

I neste kapittel beskrives den kognitive, helserelaterte delen av RCT studien, en manualisert, kognitiv gruppeintervensjon som alle deltakerne har gjennomført før de ble inkludert i delstudien.

## 2.2 Compensatory Cognitive Training (CCT)

Felles for deltakerne i denne studien, i tillegg til at de har ervervet mild TBI, er at alle har gjennomgått et spesifikt behandlingsopplegg i løpet av perioden som har gått fra hendelsen til intervju tidspunktet.

CCT er en videreutvikling av Cognitive Symptom Management and Rehabilitation Therapy (CogSMART), og er utviklet av professor Elizabeth Twamley og kollegaer (36, 49).

CCT er en manualbasert intervensjon. Manualen er oversatt til norsk og tilpasset norske forhold av forskere ved Oslo Universitetssykehus (OUS) og Sunnaas sykehus i samarbeid med Personskadeforbundet, LTN (3, 4). Intervensjonen retter oppmerksomhet mot håndtering og mestring av vedvarende plager etter hjernerystelse og bygger på en teoretisk referanseramme der kompensatorisk strategitrening introduseres for personer med vedvarende somatiske, kognitive og emosjonelle symptomer etter TBI eller alvorlig psykisk lidelse (3, 4, 50). Det er et gruppebasert behandlingsprogram som foregår over 10 uker á to timer der deltakerne mottar psykoedukasjon, lærer kompensatoriske strategier og utveksler erfaringer med hverandre. Nedenfor, i tabell 1, presenteres en oversikt over temaer og eksempler på strategier som læres (3, 4).

*Tabell 1: Oversikt over temaene i CCT intervensjonen*

Dag	Tema	Eksempler på strategier
1	Kursintroduksjon og informasjon om TBI	Fast oppbevaringssted for viktige eiendeler
2	Håndtering av redusert kapasitet, hodepine, søvnproblemer og ansenhet	Søvnhygieneråd, avspenningsøvelser

3	Organisering og prospektiv hukommelse	Tidsorganisering, etablering av rutiner
4	Organisering og prospektiv hukommelse	Kalender og gjøremålslister
5	Oppmerksomhet og konsentrasjon	Holde oppmerksomheten under samtaler
6	Læring og hukommelse	Interne og eksterne hukommelsesstrategier
7	Læring og hukommelse	Overlæring, lære navn
8	Planlegging, målsetting og idémyldring	Plan for å oppnå målsettinger
9	Problemløsning og kognitiv fleksibilitet	Selv-monitorering
10	Integrering av ferdigheter, oppsummering og veien videre	Kursgjennomgang

CCT legger vekt på en biopsykososial forståelse (se kapittel 2.1.2) av ulike årsaks- og vedlikeholdende faktorer som kan medvirke i den enkeltes symptomutforming, og som kan være med på å påvirke aktivitet og deltakelse i hverdagslivet. Kompenserende strategier retter seg mot prospektiv hukommelse, oppmerksomhet og konsentrasjon, læring og hukommelse, problemløsning og kognitiv fleksibilitet (3). Psykoedukasjonen retter oppmerksomheten mot det friske, det som er naturlige og vanlige følgevirksomheter etter TBI og plager etter hjernerystelse. CCT legger også vekt på symptomer som søvnforstyrrelser, smerte, mental tretthet (fatigue), hodepine, spenninger og emosjonelt stress og hvilken betydning disse symptomene kan ha på opplevelsen av kognitive symptomer og funksjonell bedring. Ulike stressmestringsstrategier er også en del av intervensjonen i det stress kan bidra til å øke opplevelsen av symptomer og plager. Mellom hver sesjon får deltakerne hjemmelekser som gir mulighet for å bruke og øve på gjennomgåtte strategier. Gjentatt bruk av strategiene kan tenkes å bidra til automatisering og innarbeiding av ferdigheter samt øke mulighet for overføringsverdi til hverdagssituasjoner.

Både CCT og CogSMART er tidligere blitt gjennomført for personer med alvorlig psykisk lidelse og militærveteraner med mild til moderat TBI (36, 49, 50). I sistnevnte studier har det vist seg at CogSMART og CCT har bidratt til å redusere vedvarende symptomer, øke subjektiv opplevelse av - og objektive funn relatert til kognitive plager, samt har bidratt til økt livskvalitet (3, 4, 36, 49, 50).

### 3 Tidligere forskning

Som nevnt er det ingen enkle årsaksforklaringer som alene kan forutsi hvorfor noen personer med mild TBI får vedvarende symptomer (se kapittel 2.1.2). Både kvalitative og kvantitative studier har så langt etterlyst forskning som inkluderer pasientenes egne fortellinger og historier, spesielt med oppmerksomhet på hva som oppleves å ha vært med på å gi bedring i rehabiliteringsprosessen. Dette kapitlet søker å gi en oversikt over tidligere studier som utforsker personlige erfaringer, hva de har avdekket og hva som anbefales av videre forskning.

Betegnelsen *mild* TBI kan synes misvisende ut fra det personene selv beskriver. I en kvalitativ studie som omfattet seksten semistrukturerte intervjuer av militært personell med mild TBI, opptil 2 år etter skade, ble det særlig pekt på at betegnelsen *mild* i medisinsk forstand ikke betyr at den subjektive opplevelsen av å leve med vedvarende symptomer kjentes enkel eller triviell (51). Personene i denne studien var spesielt opptatt av selve hendelsen som hadde gitt hodeskaden, av erfaringer omkring symptomer, av bedring og av aksept (51). Det er viktig å presisere at militært personell i denne studien ikke betyr at alle hadde skadet seg i krigsrelaterte situasjoner, men at skadene også omfattet fallulykker og sportsrelaterte hendelser i forbindelse med militær tjeneste. Det kan antas at det er liten overføringsverdi til sivilbefolkningen med hensyn til hendelsen som har ført til disse skadene i militær sammenheng og opplevelsen av bedringen til disse personene (52). Skadene er sammenlignbare, men de traumatiske omstendighetene omkring hendelsen i militær sammenheng kan også tenkes å ha bidratt til økt symptombelastning blant disse personene. Opplevelse av forvirring omkring vedvarende symptomer og hvordan symptomene kom til syne gjennom gradvis gjenopptakelse av daglige aktiviteter synes likevel relevant.

I en metasynthese av 23 kvalitative studier av Levack og kollegaer (11), som handlet om den levde erfaringen med forløpet etter TBI, uavhengig av alvorlighetsgrad, fremhevet personene opplevelse av tap på ulike livsområder. Temaene som ble trukket frem var opplevelse av tap av fysisk- og kognitiv funksjon, av roller og rutiner, av familie- og sosiale relasjoner. Redusert håp for fremtiden og opplevelse av en endret identitet ble også trukket frem. Selv om symptomer og plager etter mild TBI kan oppleves som truende på identiteten, er det ikke først og fremst en total identitetsberøvelse dette handler om, men snarere en opplevelse av

endring i personlig rolleoppfatning, som medfører refleksjon om hvorvidt man kommer til å bli som før hodeskaden inntraff. Etablerte roller i hverdagen, som på arbeidsplassen i familien eller i vennekretsen kan oppleves truet.

Endret identitet som tema trekkes frem i flere av de kvalitative studiene (11, 53, 54). Det pekes særlig på behov for rekonstruksjon av identitet, og det etterlyses fortellinger i TBI-rehabilitering der personene selv beskriver erfaringer og sammenhenger som integrerer tidligere livshistorie med nåværende (53). I sistnevnte syntese av kvalitativ forskning fremhevet deltakerne at det var viktig for dem å uttrykke seg og kommunisere med andre, at de hadde behov for å bli verdsatt ved å bli lyttet til, at de ønsket å reflektere og lære om seg selv og at de hadde behov for å være produktive i å få frem fortellingene (53).

Sveen, Søberg & Østensjø (54) beskrev liknende opplevelser hos personer med mild TBI som deltok i fokusgruppeintervju i forbindelse med et tilbake-til-arbeid program. De brukte Bury sitt begrep *biografiske brudd* (55) for å beskrive hvordan deltakerne opplevde forandringer i identitet og deltakelse samt en endret opplevelse av kontroll over fremtiden. Deltakerne i denne studien fremhevet at de var nødt til å rekonstruere en ny måte å delta i og være i verden for å opprettholde aktiviteter og verdier i eget hverdagsliv.

En nylig publisert scoping review omkring mild TBI (13), pekte dessuten på at det i den videre rehabiliteringen av pasientgruppen var behov for mer kommunikasjon og informasjon omkring symptomer og plager, hvordan disse påvirket hverdagsliv og videre forventninger til bedring. Det ble dessuten etterlyst større oppmerksomhet om pasientenes egne erfaringsperspektiv. I en mixed methods studie av Snell og kollegaer (52) fremhevet de at forståelse av sammenheng omkring hendelse, symptomer og håndtering var en viktig faktor for opplevelse av økt bedring i tillegg til å ha en positiv innstilling og troen på egne ferdigheter (self efficacy).

Eksisterende forskning viser altså at de aller fleste som erfarer en mild til moderat TBI har gode utsikter til å bli bra igjen og at opplevelse av symptomer og plager som oftest er forbigående. Likevel er det et mindre antall som har plager som vedvarer. En rekke studier peker på at tidlig undervisning, som vektlegger et bredt biopsykososialt perspektiv (se kapittel 2.1.2), gir symptomlette (2, 29). Herunder fremheves opplæring i bruk av strategier for å kompensere for endringer samt mestringsstrategier for å håndtere stress og øvrige plager (2). Kvalitative studier har vist at personene selv opplever endringene som tap på ulike områder



og det savnes flere studier som beskriver hvordan personene selv opplever prosesser som kan føre til bedring.

I henhold til ovennevnte kunnskapsgjennomgang synes det å mangle studier som særlig vektlegger tidlige rehabiliterings erfaringer. Denne studien vektlegger nettopp de tidlige sykdoms- og rehabiliterings erfaringene og kan dermed bidra til å fylle deler av dette kunnskapsgapet.

## 4 Studiens teoretiske «bakteppe»

I dette kapittelet presenteres et teoretisk rammeverk som er med på å kaste lys over funnene i studien. Etter analyse og fremskriving av resultatene ble det tydelig at det var relevant å forstå erfaringene som trekkes frem av deltakerne i lys av teorien om opplevelse av sammenheng, *sense of coherence*, (SOC) som er utviklet av den medisinske sosiologen Aaron Antonovsky (56). Begrunnelse for valg og nærmere utdypning av dette teoretiske bakteppet vil bli presentert i neste kapittel, 4.1. Det presiseres at det er de deskriptive fortellingene som var utgangspunktet for analysen og at teori først er lagt til etter at analysen var ferdig. Analyseprosessen beskrives nærmere i kapittel 6.

### 4.1 Salutogenese og helsefremming

Kliniske retningslinjer for behandling av hjernerystelser/mild TBI og vedvarende symptomer understreker altså en anbefaling om tidlig, individuell eller gruppebasert undervisning (2, 29, 35). I prinsippet betyr dette tidlig og gjentakende informasjon helt fra den aktuelle hendelsen, om vanlige følgevirkninger, og tidlig forsikring om at det er gode utsikter til bedring, i tillegg til annen undervisning senere i forløpet (1, 2, 29, 35).

Styrking av individuelle mestringsressurser, som kan bidra til å fremme god helse, er et mål i helsefremmende arbeid (57, 58). Dette inkluderer også lærings- og mestringsarbeid med bruk av grupper. Siden intensiv gruppebehandling har vært fellesnevneren for alle deltakerne i denne studien er det relevant å ta utgangspunkt i *salutogenese* som teoretisk perspektiv for å utforske og forstå funnene. *Salutogenese* er et rammeverk som kan bidra til å forstå hvordan grupper eller personer håndterer forandringer, skaper mening og forståelse for å oppnå helse og forhåpentligvis positive resultater (59). I det følgende gis en kort introduksjon til *salutogenese* som teoretisk perspektiv.

Helseperspektivet har lenge vært preget av, og preges til en viss grad fortsatt av, tanken om at det er en motsetning mellom friske og syke mennesker (56). Denne tankegangen har vært utfordret av Verdens helseorganisasjon, Ottawa charteret (1986) (60), som inkluderte en mer biopsykososial forståelse av helse og sykdom der oppmerksomheten ble rettet mot både indre- og ytre faktorer. I prinsippet handler det salutogene perspektivet både om å skape helsefremmende omgivelser så vel som å bidra til at den enkelte oppnår kontroll gjennom å

oppdage ressurser og potensiale i bestemte helseforhold som kan bidra til å forbedre helsen (61, 62). En salutogen tilnærming innebærer hvordan man forstår og fremmer ens egen evne til aktiv tilpasning for å øke mestring, helse og velvære (56). Dette til forskjell fra å fokusere på patogenese som retter oppmerksomheten på sykdomsfremkallende forhold (56).

Antonovsky så på helse som et kontinuum, altså at det finnes grader av helse (62). Med det mener han at tross sykdom så er alle mennesker i en eller annen forstand også friske (56). Antonovsky var ikke bare opptatt av hva som kjennetegnet det å leve med sykdom, men av hva som bidro til god helse til tross for belastninger, kriser og sykdom. *Salutogenese* handler om å finne ut hvor på kontinuumet hver enkelt person til enhver tid befinner seg og at man retter oppmerksomheten mot faktorer som ser ut til å fremme bevegelse langs kontinuumet mot bedre helse. Med andre ord, *salutogenese* retter oppmerksomheten mot personens tilværelse, mot personens ressurser og muligheter fremfor diagnosen og vektlegger mestringsevnen i denne tilværelsen (62).

#### **4.1.1 Generelle motstandsressurser og forståelse av sammenheng**

Sentralt i Antonovskys teori om salutogenese ligger begrepet *Sense of coherence*, *SOC*, som betyr opplevelse av sammenheng (OAS på norsk). Antonovsky (56) mente at hovedforklaringen på hvorfor noen mennesker utvikler lidelser, sykdommer og stress ligger nettopp i opplevelsen av manglende opplevelse av sammenheng. SOC deles inn i tre komponenter: *Begripelighet*, *håndterbarhet* og *mening*. Alle de tre komponentene er nødvendige for forståelse av sammenheng, men ikke alle tre er like viktige. Antonovsky antydte at motivasjonskomponenten, som er en del av meningen, kan synes å være den mest sentrale drivkraften (56). Antonovsky forklarte dette med at en person som virkelig er engasjert og mener at han eller hun forstår situasjonen vil kunne oppnå både forståelse og finne ressurser til å mestre situasjonen. Antonovsky skilte mellom sterk og svak SOC. En sterk SOC er der det er sammenheng mellom de tre komponentene forståelighet, håndterbarhet og mening, kjennetegnes av at personen forstår situasjonen sin, slik som eventuelle følgevirkninger, symptomer og plager etter mild TBI (forståelighet). Videre at personen har troen på å ha nok tilgjengelige ressurser til å håndtere situasjonen og at personen finner løsninger (håndterbarhet), og opplever utfordringene som så motiverende (mening) at han eller hun er i stand til å ta i bruk iboende ressurser for å takle situasjonen. Å ha en sterk SOC betyr med andre ord å være motivert for å mestre stress og ha troen på at en kan forstå

og at ressurser er tilgjengelige. Selv om det er en sammenheng mellom de tre komponentene fremhevet Antonovsky (63) at en person ikke trenger å føle at alt i livet er gjennomgående begripelig, håndterbart og meningsfylt for å kunne ha en sterk SOC. Det avgjørende her er å finne ut om det finnes områder i livet som er viktige for personen (56).

Sentralt i teorien om salutogenese står ulike individuelle og kollektive motstandsressurser, eller også kalt mestringsressurser, som kan være med på å fremme effektiv mestring i krevende situasjoner (62). Underskudd av motstandsressurser kan være med på å skape stress som igjen kan medføre sykdom. Opplevelse av emosjonelt stress, slik tidligere antydnet i 2.1.1, er rapportert som en av flere symptomer etter mild TBI (2, 22, 32). Undervisning i grupper og ulike lærings- og mestringstilbud har derfor til hensikt å styrke den enkeltes motstandsressurser for å minske grad av stress. Antonovsky hevdet at jo høyere grad av motstandsressurser en person har tilgjengelig, og er i stand til å anvende dem, desto bedre vil forståelse av sammenheng være og dermed grad av helse (56). En person med svak SOC vil i følge Antonovsky ha generelt motstandsunderskudd.

CCT intervensjonen, som alle deltakerne i denne delstudien har deltatt i, kan sies å ha til hensikt å styrke den enkeltes mestringsressurser. Dette skjer gjennom undervisning blant annet om hjernen som kan bidra til å styrke *begripelighet* av symptomer og plager, innlæring av ulike strategier som kan øke *håndterbarhet* av potensielt stressende situasjoner, og gjennom bevisstgjøring av generelle ressurser som til sammen kan skape *mening*. Hvordan strategiene synes effektive i reelle hverdagssituasjoner kan igjen gi deltakerne økt forståelse av mening som er en viktig drivkraft i vurderingen om noe er verdt å engasjere seg i. Dersom hverdagen oppleves som forståelig emosjonelt sett, og noe er verdt å engasjere seg i, mente Antonovsky at krav og problemer i større grad kan betraktes som positive utfordringer enn som byrder (56). Antonovsky understreket videre at disse tre komponentene henger tett sammen. Håndterbarhet er eksempelvis avhengig av høy grad av begripelighet.

Meningsdimensjonen er igjen viktig for begripelighet, om man for eksempel har tilstrekkelige kognitive ressurser til å forstå hendelser, krav og utfordringer. Mening er også viktig for håndterbarhetsdimensjonen og om man oppfatter at man har tilstrekkelige ressurser tilgjengelig for å håndtere den aktuelle utfordringen. I boken *Helsens Mysterium* (56) redegjør Antonovsky også for slektskapet som teorien om salutogenese har med Alfred Banduras teori om *mestringstro* eller *self-efficacy*, samt teorier om positiv psykologi som omhandler betydningen av å styrke den enkeltes mestringsressurser. Styrking av *mestringstro*

og fremheving av positiv psykologi er ellers også trukket frem som viktige komponenter for opplevelse av vellykket kognitiv rehabilitering (42, 43, 45, 64).

## 5 Forskningsdesign

I dette kapitlet presenteres studiens kvalitative tilnærming med særlig vekt på metode, valg som er foretatt underveis i forskningsprosessen, inkludert MS sin rolle som forsker, samt beskrivelse av utvalg og selve gjennomføringen av delstudien.

En viktig del av problemstillingen var å utforske individuelle erfaringer. For å få innblikk i deltakernes erfaringer, inkludert deres erfaringer knyttet til det å leve med mild TBI var det relevant å benytte et kvalitativt forskningsdesign (17, 65). Kvalitative metoder søker blant annet å gi svar på spørsmål om hvordan mennesker tillegger mening til sine erfaringer (66). Semistrukturerte dybdeintervjuer ble benyttet for å innhente data, både fordi denne intervjuformen er fleksibel, i tillegg til å ha tilstrekkelige rammer som gir tilgang til og dybdeinnsikt i komplekse fenomener i den konteksten de fremtrer (15). I det følgende vil intervjuene, utvalget og selve gjennomføringen av studien bli beskrevet mer utførlig. Det er anvendt en tematisk analyse (TA) som analysestrategi. Valg av analysemetode og begrunnelse for det vil bli nærmere utdypet i kapittel 6.

### 5.1 Vitenskapsteoretisk forankring

Denne studien søker å beskrive deltakernes erfaringer med å få en mild TBI og belyse hvilke tidlige rehabiliteringserfaringer som har fått betydning for hverdagslivet til den enkelte. Betydning av livsverden og menneskets levde erfaringer, også kalt førstepersonserfaringer, står som en sentral del både i fenomenologien og hermeneutikken som vitenskapelig ståsted (67). I løpet av prosessen med planlegging, gjennomføring av intervjuene, analysen og fremskrivning av resultatene, ble det tydelig at denne studien i tillegg til å få frem og beskrive deltakernes egen forståelse ble viktig å utforske hvordan erfaringene ga mening for dem i hverdagslivet. Det ble derfor vektlagt en hermeneutisk tilnærming i studien. Omgjøring av intervjuer til tekst muliggjør fortolkning og understreker vekslingen mellom MS sin forforståelse, kunnskap som fremkommer gjennom intervjuene og dannelsen av en ny forståelse av hva teksten handler om (15, 68).

Livsverden som begrep retter seg mot hverdagslivet som vi er en del av og som vi ofte tar for gitt (69). Med livsverden som metafor forsøker man å beskrive verden slik den blir erfart av mennesker, beskrive hva det betyr å ha en verden og forholde seg til den, til hverandre, til

forskjellige situasjoner og ulike gjenstander (67). Ved å gå inn i livsverden blir det mulig å få tak i en ny forståelse omkring mennesker og deres erfaringer. Mennesket handler gjennom intensjonale prosesser, hvilket betyr at bevisstheten eller ubevisstheten vår alltid er rettet mot noe, mot den livsverden vi er i (67). Med andre ord, intensjonalitet handler om at mennesket alltid tar inn verden omkring seg, tolker den, forstår den og gir den mening (69). Dette er ofte automatiserte prosesser som vi ikke tenker så mye over og som kan virke selvsagt. I boken *Reflective Lifeworld Research* fremhever Dahlberg og kollegaer (67) at det å være menneske, det å ha en verden, å leve i og gjennom livsverden betyr å forholde seg til mening. Videre peker de på at det ikke er mulig å snakke om erfaringer uten samtidig å snakke om mening. Dahlberg og kollegaer hevder dessuten at meningen allerede er tilstede når vi begynner å forstå hva vi erfarer. Personene med mild TBI, som denne studien rettet seg mot, var i utgangspunktet i en tidlig fase av rehabiliteringen. Medisinsk sett var det knyttet stort håp til at de skulle bli fri fra plagene sine (1, 2), samtidig hadde de gjort seg erfaringer i samspill med omgivelsene sine på flere områder, både i hverdagsliv og i arbeidslivet etter den aktuelle hendelsen. Denne delstudien søker å beskrive disse uartikulerte erfaringene og sette ord på hva som hadde bidratt til den enkeltes forståelse og håndtering. For å få frem ny kunnskap ble det gjennom arbeidet med studien derfor tydelig at det ikke utelukkende holdt med en deskriptiv beskrivelse av erfaringene, men at det også var relevant å legge til et hermeneutisk perspektiv. Et hermeneutisk perspektiv gjorde det mulig å tolke hva deltakerne i delstudien fortalte om sine erfaringer utover det de konkret hadde sagt. Heidegger er en teoretiker som blant andre videreførte den fenomenologiske tradisjonen og kombinerte fenomenologi og hermeneutikk (70). Heidegger pekte særlig på det grunnleggende ved begge perspektiv, *det å forstå* som også innebærer *å ta et skritt tilbake* og på den måten tenke gjennom hva erfaringene og opplevelsene kan være et uttrykk for. Van Manen gjorde dessuten oppmerksom på det hermeneutiske perspektivet ved levde erfaringer som gjerne skjer ved refleksjoner i ettertid av selve hendelsen. Han mente at refleksjon over hendelser, det å snakke om dem og fortolke dem, vil kunne gi ytterligere mening til fenomenet (71). Dahlberg & Dahlberg (72) understreket dessuten verdien av å se på livsverden i sammenheng med mening og at det derfor kan være svært verdifullt å kombinere beskrivelser og fortolkning.

## 5.2 Klargjøring av forforståelse

Som forsker er det et uttalt mål å være så nøytral som mulig og at man i størst mulig grad skal møte det som skal studeres med åpent blikk, ufarget av egen fagprofesjon eller mulige kjennskap

til situasjonen som skal studeres, fagområde eller mennesker med eller uten diagnoser (15). Dette var også et mål med denne delstudien. Spørsmålet er om det er mulig å tre inn i en slik situasjon med total avstand og helt blanke ark. Et sentralt spørsmål ved oppstarten av delstudien var derfor om det var mulig å få tak i erfaringene til mennesker med mild TBI uten å la egen forforståelse farge måten spørsmålene ble stilt på, om det ble stilt oppfølgingsspørsmål og på hvilken måte erfaringene ble utforsket nærmere. Videre var det også viktig å ta stilling til analyse av den transkriberte teksten og etterhvert hva og hvordan eller på hvilken måte funnene senere skulle presenteres. Litteratur som omhandler forskningsmetodikk omkring beskrivelse og fortolkning, fremhever begrepet *bracketing* som betyr å sette i parentes. Dette innebærer en prosess der man identifiserer og kontrollerer forforståelse. Det kan være vanskelig å legge hele forforståelsen til side, derfor brukes også begrepet *bridling*, som innebærer at man tøyler forforståelsen, og begrenser påvirkningen ved at man er klar over den (67). MS kom fra et annet sykehusmiljø enn der delstudien ble foretatt og jobber ikke til daglig med pasientgruppen som studeres. Likevel har MS i en årrekke jobbet med andre ervervede hjerneskader og har derfor erfaring med pasienter som har beslektede symptomer og utfordringer knyttet til aktiviteter og deltakelse i hverdagslivet. Ordet *ervert* brukes for å skille mellom brått oppståtte og medfødte hjerneskader. MS hadde også tidligere erfaring med å jobbe med gruppebaserte tilbud både i en klinisk primæravdeling og ved et Lærings- og mestringssenter. MS var derfor kjent med vekslings av undervisning og erfaringsutveksling som foregikk som en del av gruppeintervensjonen.

Malterud (73) hevder at det ikke er mulig å stille seg helt nøytral i forskningsfeltet, og spørsmålet blir dermed ikke *hvorvidt*, men *hvordan* forskeren påvirker det som skal studeres. Braun & Clarke (14) fremhever nettopp denne subjektivitetens verdi i kvalitativ forskning og at man må være klar over at forskeren bringer med seg egne historier, verdier, antakelser og hypoteser, faglige perspektiver eller teoretiske referanserammer inn i situasjonen som ikke uten videre kan settes helt til side. Det samme gjelder deltakerne; de bringer også med seg egne erfaringer, perspektiver og verdier inn i forskningen. Til sammen kan dette tilføre den kvalitative forskningen nye dimensjoner og den menneskelige subjektiviteten kan på den måten bli et nødvendig forskningsverktøy som kan bidra til å bringe frem ny kunnskap. I kapittel 5.5 vil metodiske overveielser kort bli beskrevet.

### **5.3 Observasjon av modulene i CCT intervensjonen**

For å få en nødvendig oversikt over innholdet i gruppeintervensjonen deltok MS som observatør i alle de ti modulene til en av gruppene før intervjuene startet. Dette ble gjort for å



få inngående kunnskap om innholdet i modulene, for å få en oversikt over hva modulene vektla og hvordan vektingen fordelte seg mellom undervisning, oppgaver i kurset og hjemmelekser. Observasjonen ble også gjennomført som et ledd i å tilpasse intervjuguiden i henhold til problemstillingen for prosjektet. I tillegg ble det spesielt lagt merke til intervusjonens oppmerksomhet omkring gruppeinvolvering og erfaringsutveksling.

Det var tre deltakere i gruppen som ble observert i tillegg til to gruppeledere samt MS som observatør. MS sin fagbakgrunn, samt interesse for kognitiv rehabilitering ble introdusert ved oppstart av gruppeintervusjonen. I to av modulene ble MS bedt om å innta en mer aktiv rolle som fagperson i det den ene gruppelederen hadde planlagt fravær. Rollen ble avklart på forhånd slik at det var mulig å sette seg inn i innholdet før selve avviklingen av modulen. Gruppeleder nummer 1 hadde fortsatt hovedansvar for undervisningen og sørget for den røde tråden i gjennomføringen mens gruppeleder nummer 2 (MS) bidro som støtteperson i gruppedynamikken samt med praktiske eksempler der det var relevant. Ingen av deltakerne i observasjonsgruppen ble senere inkludert som deltakere i de åtte intervjuene som danner datamaterialet i denne studien. MS hadde dermed ikke tidligere kjennskap til noen av deltakerne som senere ble intervjuet.

## **5.4 Intervjuene**

### **5.4.1 Kvalitativt forskningsintervju**

Litteraturgjennomgangen slik beskrevet i kapittel 3, pekte på at det mangler kunnskap som inngående beskriver personenes egne erfaringer med rehabiliteringsprosessen etter mild TBI. Denne studien søkte derfor å utforske hva personene selv opplever, hvordan det har vært å få tilstanden med tilhørende, symptomer og hva de selv mente hadde bidratt til å endre situasjonen. Deltakernes erfaringer og opplevelser var sentrale elementer i problemstillingen (se kap 1.1), og vil være med på å tilføre kunnskap om et område som frem til nå har vært mangelfullt beskrevet. Et kvalitativt forskningsintervju var derfor godt egnet for innhenting av datamaterialet.

## 5.4.2 Intervjuguiden

En intervjuguide ble utformet i nær dialog med veilederne i prosjektet som ramme for intervjuene (se vedlegg 4). Denne intervjuformen ble benyttet for å strukturere MS og for å sikre at nødvendige sider ved problemstillingen ble besvart i samtlige intervjuer (15). Samtidig var det viktig å gi rom for å oppdage nye sider i det deltakerne snakket om slik at det var mulig å utforske den enkelte deltakers individuelle erfaringer med egen rehabiliteringsprosess. Spørsmålene i intervjuguiden ble derfor brukt for å anspore til samtale, men ble ikke nødvendigvis fulgt i kronologisk rekkefølge fra start til slutt.

Intervjuguiden var også en viktig ressurs i å holde tråden i samtalen enten ved intervjuer som ikke fløt av seg selv eller ved svært ordrike intervjuer der det var vanskelig for deltaker å holde tråden i samtalen som følge av kognitive utfordringer. Utfordringer med å starte/stoppe en samtale eller tankerekke, redusert oppmerksomhet og konsentrasjon er vanlige følgevirkninger etter ervervede hodeskader og rapporteres ofte som et problem for personer som opplever endringer enten kort tid etter skaden eller som et vedvarende symptom over tid (34, 35). Dette ble også antydnet som en utfordring for enkelte av deltakerne i studien.

Etter at det første intervjuet var gjennomført ble intervjuet gjennomgått og diskutert med veilederne. Mindre justeringer ble foretatt i intervjuguiden, men det ble ikke tilført eller utelatt vesentlige elementer, snarere diskutert hvordan ulike deler kunne fremstilles tydeligere, for eksempel være tydelig på å få frem beskrivelser av både hverdagsliv og arbeidsliv.

## 5.4.3 Utvalg

Datainnsamlingen og valg av deltakere ble et tilfeldig utvalg av deltakere som på gitte tidsrom var inkludert i intervensjonsdelen (CCT) av RCT-studien. Selv om RCT studien inkluderte personer med både milde og moderate traumatiske hodeskader, endte denne delstudien opp med et utvalg av kun milde skader (GCS 15). Dette synes ikke overraskende ettersom 95% av deltakerne i RCT studien hadde milde skader.

Deltakere ble rekruttert fortløpende, men ettersom det var mange aktører i RCT-studien, med flere delprosjekter som skulle rekruttere deltakere, var det et viktig kriterium at ikke de samme deltakerne skulle benyttes i samtlige delstudier. Dette både med hensyn til bredest

mulig deltakelse, men også av hensyn til deltakernes opplevelse av mental tretthet som følge av skaden sin.

I delstudien var det ønskelig med både kvinnelige og mannlige deltakere, en variasjon i årsaker til skaden og hvis mulig også ha deltakere fra ulike CCT intervensjonsgrupper. Det viste seg at alle disse faktorene ikke var mulig å påvirke i særlig grad. Akkurat i det tidsrommet hvor nye grupper skulle igangsettes var det færre aktuelle deltakere for inkludering i RCT studien. Det resulterte i at grupper måtte startes fortløpende, så fort det var to eller flere deltakere, slik at inklusjonskriteriene i forskningsstudien, om at det ikke skulle være gått mer enn 8 uker siden skade, ble ivaretatt.

Gruppelederne i intervensjonsgruppene (CCT) orienterte MS fortløpende om nye grupper som ble igangsatt, og det ble avtalt tid for informasjon til deltakerne som ble gjennomført av MS. Alle gruppene fikk denne informasjonen på den 10. og siste samlingen i gruppetilbudet. Deltakerne fikk også utdelt skriftlig informasjon om delprosjektet som del av samtykkeskjemaet. Samtlige deltakere ble ringt opp av MS et par dager senere for endelig avklaring av deltakelse i tillegg til å lage avtale om tid og sted for intervjuet.

Frivillig deltakelse var et viktig kriterium og dette oppleves ivaretatt i det forskeren ringte opp hver enkelt deltaker i etterkant av kurset for å bekrefte eller avkrefte deltakelsen. Forsker ønsket ikke at den enkelte skulle kjenne seg presset i å delta og at gruppas eventuelle «makt» eller opplevelsen av å skulle stå til rette for ulike fagpersoner, skulle bidra til en uønsket deltakelse. Deltakerne fikk på denne måten mulighet til å lese gjennom informasjonsskrivet i ro og fred etter gruppeundervisningen og de fikk mulighet til å tenke seg om litt ekstra i de påfølgende dagene før telefonsamtale og endelig avklaring.

Det er ikke noe krav om antall deltakere i kvalitative studier, men det anbefales likevel at man inkluderer så mange at problemstillingen synes tilstrekkelig belyst (14). Til sammen 9 personer fra tre ulike CCT grupper ble forespurt. Av dem samtykket 8 personer, fra tre ulike grupper, til deltakelse, hvorav 3 kvinner og 5 menn i alderen 27-55 år. Skademekanismene som deltakerne var involvert i var: Fallulykker, gjenstand mot hodet, vold, og dunking av hodet mot andre objekter. Alle ble intervjuet 4-6 mnd etter skade. De som ikke ønsket deltakelse svarte via SMS og ble da ikke ringt opp. Tid siden skade refererte til tidspunktet da intervjuet fant sted. Alle så nær som én av deltakerne hadde forsøkt seg i jobb på et eller annet

tidspunkt i forløpet. Ved intervju tidspunktet var det kun en deltaker som jobbet fullt og to deltakere var fullt sykmeldte.

Nedenfor, i tabell 2, vises en oversikt over deltakerne som har deltatt i delstudien.

Opplysningene er anonymisert og deltakerne er gitt fiktive navn. Navnene er presentert på engelsk som i artikkelen siden artikkelen er planlagt publisert i det engelskspråklige tidsskriftet, *Disability and Rehabilitation*. PTA refererer til post traumatisk forvirring/desorientering som er en del av den tidlige vurderingen og klassifiseringen av alvorlighetsgrad det første døgnet etter hodeskade (se kapittel 2.1.1).

Tabell 2: Oversikt over deltakerne i delstudien

Deltaker	Kjønn	Alder År	PTA	Sykmeldt (%)	Type arbeid
«Mathew»	M	40 årene	<1 time	Ja (60)	Montasje/drift
«Laura»	K	20 årene	Ikke registrert	Ja (80)	Ledelse
«Philip»	M	20 årene	Nei	Ja (80)	Ledelse
«John»	M	30 årene	Nei	Ja (100)	Montasje/drift
«Stanley»	M	40 årene	Nei	Ja (100)	Ledelse
«Richard»	M	50 årene	<1 time	Nei	Ledelse
«Amy»	K	50 årene	Nei	Ja (60)	Rådgivning
«Mary»	K	20 årene	Ikke registrert	Ja (50)	Undervisning

#### 5.4.4 Gjennomføring

Hver enkelt deltaker fikk selv velge hvor intervjuet skulle finne sted. Dette av hensyn til trygghet, etiske hensyn og for optimal tilrettelegging for best mulig datatilgang (15, 67). To intervjuer ble utført hjemme hos deltakerne, og de andre på ulike kaféer. Intervjuene ble videre gjennomført like etter avslutning av gruppeintervensjonen (CCT) i tidsrommet begynnelsen av april til slutten av juni 2018. Det ble foretatt opptak av alle intervjuer og det var derfor knyttet spenning til lyd kvaliteten på opptakene som ble gjennomført i potensielt støyende, offentlige omgivelser. Plassering i lokalet, både med hensyn til støy og med hensyn til mest mulig uforstyrret samtale, ble nøye vurdert i hvert enkelt intervju, og det var deltaker som til slutt fikk ta den endelige avgjørelsen. I ett av intervjuene ønsket deltaker i løpet av intervjuet å flytte til et annet sted i kafeen i det oppdagelsen av bekjente i nær avstand til intervjuet opplevdes sjenerende for deltaker. Opptaket ble stoppet og startet igjen få minutter etterpå etter at nytt sted for gjennomføring av intervjuet var identifisert.

Før opptak av intervjuet ble igangsatt ble informasjonen i samtykkeskjemaet (se vedlegg 2) gjennomgått på nytt for å minne om hva som var hensikt med delstudien og dokumentet ble underskrevet i to eksemplarer, ett til prosjektet og ett som gjenpart til deltaker. Det ble lagt vekt på at deltaker når som helst kunne trekke seg fra studien uten å oppgi grunn for en slik avgjørelse. Det ble dessuten også vektlagt mulighet for å be om pause dersom det skulle være behov for det. Dette spesielt med tanke på at økt trettbarhet kan være en del av symptom bildet for pasientgruppen og en mulig hemmende faktor for gjennomføringen av intervjuet. Ingen av deltakerne hadde behov for å ta pause underveis som følge av økt trettbarhet. Kun én deltaker var nødt til å ta korte pauser som følge av andre hensyn. Her ble opptaket stoppet og satt i gang igjen med en kort introduksjon og oppsummering av samtalestatus ved tidspunkt for avbrytelse.

Intervjuene varte fra 49 – 90 minutter. Alle intervjuer ble innledet med uformell prat om den aktuelle dagen, hva de hadde gjort i forkant av intervjuet og om de hadde tidspress rett etterpå. Deltaker ble også bedt om å fortelle litt om seg selv. For noen var dette helt nødvendig for å bli litt kjent og for å sette scenen for hva dette intervjuet skulle handle om, men for andre var det litt uvant å skulle ha oppmerksomheten rettet mot seg selv.

Intervjuguiden ble dermed benyttet på litt ulike måter i det den i noen sammenhenger ble fulgt kronologisk mens den for det meste fungerte som en slags sjekklister for innhold som var nødvendig å belyse i henhold til problemstillingen for prosjektet. MS bidro til at det var flyt i samtalen ved å stille oppfølgende spørsmål som: «*Hva tenkte du da*», «*si litt mer om det*», «*fortell mer om hvordan det var*», «*hvordan merket du det*» eller «*hva skjedde så*». Samtidig var det også utfordrende å bidra til at det kvalitative intervjuet fikk form som en historie om erfaringer og individuelle opplevelser i det hukommelse, konsentrasjon, oppmerksomhet, taleflom eller mangel på sådan, ble beskrevet som en viktig endring etter hodeskaden av flere av deltakerne. MS var derfor nødt til å gjenta mer enn hva som kanskje kunne vært tilfelle dersom ovennevnte symptomer ikke var en del av utfordringene til deltakerne.

Etter at intervjuet var ferdig og opptaksutstyret avslått, ble alle intervjuene avrundet med en liten debriefing om opplevelsen av intervjusituasjonen. Deltakerne ble blant annet spurt om hvordan de opplevde intervjusituasjonen, om det var opplysninger de ville tilføye, om de hadde forventninger til intervjuet som de ikke fikk innfridd eller om det hadde dukket opp nye spørsmål omkring intervjuet og videre bruk av opplysninger i forskningsammenheng.

Debriefingen ble vektlagt både for å sikre at deltaker hadde fått sagt alt han eller hun hadde på

hjertet i tillegg til å avklare om deltaker satt inne med eventuelle spørsmål som det var viktig å avklare. Dette er i tråd med anbefalte retningslinjer for gjennomføring av intervjuer som beskrives av Kvale & Brinkmann (15). En viktig tilbakemelding var deltakernes glede over å dele kunnskap med andre, både fagpersoner og andre gruppedeltakere med mild TBI. Flere av deltakerne fremhevet at skriftliggjøring av denne kunnskapen var en viktig motivasjonsfaktor for deltakelse i delprosjektet. Alle var også opptatt av om MS hadde fått tilstrekkelig informasjon. En av deltakerne ba dessuten om å sette på opptaksutstyret igjen idet deltaker kom på viktig informasjon i debriefingen som vedkommende oppfattet som vesentlig ved egen situasjon.

## 5.5 Metodiske overveielser

En svakhet ved fortløpende inklusjon i grupper, i en tid hvor det var noe treg rekruttering i RCT studien, var at noen av gruppene ble små, med to deltakere i to av gruppene og fem i en. Hensynet til tid siden skade var i denne sammenheng viktigere for inklusjon enn oppfyllelse av et bestemt antall deltakere i gruppene. Selv om CCT først og fremst er en gruppebasert intervensjon kan den også gjennomføres som en individuell intervensjon (3, 36). Det er imidlertid ikke utenkelig at antall deltakere i gruppene kan ha hatt betydning for hva den enkelte har trukket frem som viktige erfaringer med intervensjonen og hvordan de har klart å anvende strategiene gjennom gruppeoppgavene, fortløpende i kurset, eller mellom samlinger.

Denne studien er altså en delstudie i en større RCT studie der de overordnede ideene og ytre rammene var forhåndsdefinerte. MS hadde ikke vært med på valg av eller oversettelse av manualen som brukes i intervensjonen, og var heller ikke en av terapeutene som gjennomførte CCT intervensjonen. Dette ga en nødvendig distanse til gjennomføringen av intervjuene idet MS ikke hadde direkte eierskap til intervensjonen i RCT studien. På den annen side er MS også fagperson i helsevesenet, men ved et annet arbeidssted enn der studien ble gjennomført og med andre pasienter enn dem som er målgruppen for RCT studien. Det er imidlertid ikke til å legge skjul på at det også har vært krevende å holde seg nøytral, siden erfaringene som ble beskrevet, også er kjent i den forstand at andre personer med ervervede hodeskader har liknende erfaringer, og MS har arbeidet klinisk med denne pasientgruppen i en årrekke.

Kjennskap til arbeid med personer med hodeskade var ikke bare negativt. Denne erfaringen var også med på å øke forståelsen av hvor det var nødvendig å etterspørre flere svar, tillate pause eller også gi hint om innholdet i samtalen når deltakerne mistet tråden i det de snakket om. Kunnskap

om kognitive plager og symptomer, var med på å anerkjenne at konsentrasjonsvansker, hukommelsesvansker og økt tretthet som følge av fatigue, kan være en del av det mange personer med ervervede hodeskader kan streve med.

En viss distanse til fagfeltet bidro dessuten til delvis naivitet omkring det deltakerne fortalte (15). På den annen side kan det hende at slektskapet med liknende fagfelt også bidro til mindre utdyping enn dersom fagfeltet hadde vært totalt ukjent for MS.

## 6 Analyseprosessen

Analysen er valgt beskrevet i et eget kapittel for oversiktens skyld. I dette kapitlet beskrives analyseprosessen, hvordan transkripsjonen er gjennomført samt en inngående beskrivelse av selve analyseprosessen med eksempler på trinnene i metoden som er valgt. Til slutt gis en kort refleksjon omkring dataenes gyldighet og pålitelighet med hensyn til utvalg, innhenting av data og analysemetode.

### 6.1 Transkripsjon

Transkribering innebærer å omdanne lydopptak til tekst og er en svært viktig del av kvalitativ forskning, da det utgjør starten på analyseprosessen (14, 15). Det er allerede i denne fasen viktig å ta stilling til hva som skal skrives ned av tale og lyder og hvordan dette skal foretas. Teksten skal gjengis så korrekt som mulig, samtidig fremhever Braun & Clarke (14) at det er viktig at innholdet også skal forstås både med hensyn til innhold og lyd. Det betyr at valgene som forskeren allerede her tvinges til å foreta er med på å forme rådataene og å fjerne seg litt fra den originale samtalen. Braun & Clarke beskriver den ferdig transkriberte teksten som «delvis kokt» idet forskeren har vært med på å bestemme hva som skal løftes frem og hvordan dette skal skrives ned (14).

Intervjuene ble fortløpende transkribert verbatim av intervjuer (MS). Dette ga tidlig mulighet for å bli kjent med materialet og samtidig rom for oppklaring av uklarheter ettersom det var lett å tenke tilbake på konteksten hvor samtalen fant sted og i hvilken sammenheng de enkelte uttalelsene var sagt (14, 15). Eksempler som illustrerer betydning av kontekst var ett intervju som foregikk hjemme hos deltaker og et annet som ble gjennomført på kafé. I det første eksemplet hadde deltaker omsorgsansvar og intervjuet ble avbrutt av små pauser undervegs for å ivareta andre oppgaver. Det andre intervjuet illustrerer konteksten der intervjuet tok en annen vending i det deltaker oppdaget kjente i lokalet der intervjuet fant sted. I hvert av disse eksemplene ble det nødvendig for MS å repetere innholdet i samtalen i forkant av avbrytelsen slik at intervjuet kunne fortsette i tråd med sammenhengen når det kom i gang igjen. En markering av dette i den transkriberte teksten bidro til å øke forståelsen hvorfor samtalen stoppet opp eller eventuelt endret karakter.



Opptakene hadde jevnt over god kvalitet til tross for noe støy fra øvrig aktivitet og andre gjester i kafélokalene. Et par av intervjuene ble helt eller delvis gjennomført ute i friluft. Sterk vind skapte noe behov for å lytte ekstra varsomt under deler av transkriberingen til disse to intervjuene.

Pauser og fyllord ble gjennomgående skrevet ned for å bevare troverdigheten i datamaterialet og for å understreke kontekst og stemning som kunne bli betydningsfull for analysearbeidet. Dialektord eller annet nordisk språk er forsøkt utelatt og sitater vil senere bli presentert mest mulig nøytralt og i bokmålsform av hensyn til anonymiteten til deltakerne. Malterud (73) peker i denne sammenheng på at det ligger en potensiell fare i å skrive ned akkurat det som er sagt uten øre for og gjengivelse av det som faktisk er hørt. Her nevnes spesielt intervjuer der det er dialekter eller spesielle uttrykksmåter med språklige særpreg. Muntlig språk kan være usammenhengende og til tider uklart formulert. For å øke lesbarheten ble teksten derfor forsiktig redigert ved gjengivelse av sitater i den ferdige analysen (73).

Ivaretagelse av deltakernes anonymitet i et så lite datamateriale er krevende, men synes ivaretatt både gjennom valg av tekstutdrag som illustrerer tematikken, og også gjennom oversettelsen til bruk i et engelsk tidsskrift. Det er i denne sammenheng ikke mulig å oversette ord for ord for at det skal gi mening på et annet språk. Spesielt krevende har det vært å oversette faste ord og uttrykk og å ivareta den rike bruken av metaforer som forøvrig har vært et viktig kjennetegn ved erfaringene som er presentert i dette materialet. Metaforbruken kunne i seg selv vært løftet frem som språklige fremstillinger av personlige erfaringer som igjen kunne gitt grunnlag for videre fordypning. Det er ikke gått i dybden på disse språklige fremstillingene i denne studien. Ett eksempel på en slik metafor var allikevel deltakeren som beskrev tidlige erfaringer med hjernens manglende evne til sortering av sanseinntrykk som *en åpen epost helt uten Spam filter*.

## 6.2 Analyse av data

Det transkriberte materialet utgjorde til sammen 170 sider tekst. Alle intervjuer og transkripsjoner ble foretatt av MS. Dette ga mulighet til å bli gradvis kjent med materialet i alle deler av prosessen og inviterte MS tidlig inn i analyseprosessen. Overraskende og interessante uttalelser i tillegg til analytiske ideer ble lagt merke til under transkriberingen og markert i teksten med farger og eller ved en merknad i margen. Et eksempel på en slik overraskende eller interessant uttalelse var deltaker som fremhevet hvordan oppdagelse av påkledning fikk betydning for hvordan vedkommende så på seg selv og bidro til deltakers refleksjon omkring negativ holdning. Vedkommende opplevde at det å ikke seg joggebukse, dag etter dag, var med på å understreke en håpløs situasjon. Det å bruke tid på å kle seg i penere tøy ble av deltaker brukt som en metafor på et vendepunkt og understreket en mer positiv holdning til seg selv og egen prosess. Et annet eksempel var deltakeren som fremhevet at det var bedre å omtale seg selv som skadet fremfor syk da vedkommende opplevde at ordet sykdom ga flere negative konnotasjoner som deltaker oppfattet mer belastende i sammenheng med tilbakeføring til arbeid. Å omtale seg selv som skadet, blant for eksempel kollegaer på jobb, hadde en mer positiv gjenklang for akkurat denne deltakeren.

De første gjennomlesningene ble foretatt empirinært og uten spesifikk teoritilknytning utover analyseteori. Det er den tematiske analysen etter Braun & Clarke (14, 74) som ligger til grunn som analysemetode i denne studien. Det er videre anvendt manuell koding for hele datamaterialet. Braun & Clarke sin tematiske analyse bygger på en 6 trinns modell og beskrives av forfatterne som en svært fleksibel metode, godt egnet for å skape struktur i analysen spesielt for nybegynnere innen kvalitativ forskning (74). Flexibiliteten handler først og fremst om at metoden ikke forutsetter spesifikke metoder for datainnsamling, teoretiske posisjoner, epistemologiske eller ontologiske rammeverk, det er først og fremst bare en metode for analyse. Flexibiliteten handler også om at metoden kan benyttes på ulike forskningsspørsmål og utvalgsstørrelser (14, 74). Det er fristende å tenke på denne metoden som en oppskrift, men Braun & Clarke (14) fremhever at en god kvalitativ analyse ikke ene og alene bunner i en samvittighetsfull gjennomgang av de ulike trinnene, men at god kvalitet også handler om forskerens *analytiske sensibilitet*. Med analytisk sensibilitet menes en beskrivelse av hvordan data leses og forstås og på hvilken måte forskeren klarer å se bakenfor det som åpenbart er sagt ved å skape ny innsikt og mening i dataene som er samlet inn (14).

I det følgende beskrives de 6 trinnene i Braun & Clarke (74) sin tematiske analyse med eksempler fra analysen i delstudien:

1. **Gjennomlesning og bli kjent med data:** Transkribering med notater om begynnende ideer. Hvert datasett ble lest flere ganger, først hver for seg og senere etter hverandre.
2. **Opprette koder:** Systematisk gjennomgang av hvert intervju. Ulike tekstutdrag ble samlet omkring hver kode. Nedenfor vises et eksempel på hvordan denne delen av analysen foregikk.

*I eksemplet nedenfor forteller personen om endringen som vedkommende opplevde i etterkant av hendelsen som førte til hodeskade:*

Tekstutdrag	Eksempler på initielle koder
<p>«For jeg gikk fra å være veldig sosial, veldig aktiv, til at jeg ikke var aktiv i det hele tatt og ikke sosial i det hele tatt. [...] det var jo for at det var vanskelig å være det, for jeg ble jo kvalm, så det hemmet meg veldig mye og det tok fra meg [...] det som jeg føler at jeg identifiserer meg selv med».</p>	<p>Opplevelse av endret identitet Fysiske plager som hemmer hverdagsutfoldelse</p>

3. **Sortere koder i temaer:** Samling av tekstutdrag i potensielle temaer. En manuell sorteringsprosess ble valgt for gjennomføring av dette trinnet. Se eksempel nedenfor.

*Eksempler på koder samlet i potensielle temaer*

Koder	Undertema	Hovedtema
<p>Bedre å være i aktivitet enn å ligge på sofa</p>	<p>Betydning av aktivitet</p>	<p>Være så aktiv som mulig vs tiden leger alle sår</p>
<p>Ikke vente på å bli frisk, må gjøre noe aktivt selv</p>		
<p>Ta aktive valg, ikke være skuffet over at ting er som de er</p>		

*Ikke uroe hjernen,  
engasjement trigger  
symptomer*

*Betydning av tid*

*Være så aktiv som mulig vs tiden  
leger alle sår*

*Tidligere  
hjernerystelse – det  
tok lang tid sist*

*Hjernen trenger tid på  
å bearbeide*

4. **Gjennomgang av temaene:** Her ble det sjekket om temaene passet med de initielle kodene fra trinn 2, gjennom hele datasettet, trinn 3. Temaene ble sortert i et tematisk kart for analysen med temaer, undertemaer og sammenhengen mellom dem. Se vedlegg 5.
5. **Definere og navngi temaer:** Pågående analyse ble gjort for å raffinere det unike ved hvert tema, og en overordnet historie om hva analysen fortalte. Her ble det foretatt en endelig revidering av temaene i dialog mellom MS og veilederne sett i nær sammenheng med problemstillingen for studien. En ny gjennomgang medførte at enkelte undertemaer ble slått sammen for å tydeliggjøre det unike ved hvert tema.

Initielle ideer om fremstilling av tematikk oppdelt i en rehabiliterings- og en hverdagslivskontekst syntes kompliserende og ble valgt bort i denne delen av analysen til fordel for 3 tydelige hovedtemaer som syntes å ivareta begge perspektiv.

6. **Skriving av den endelige analysen:** Valg av levende og overbevisende eksempler på tekstutdrag som passet sammen med forskningsspørsmålet og valgt teori. Videre ble tekstutdragene analysert på nytt og den endelige analysen skrevet. Braun & Clarke (14, 74) fremhever at utdragene må være en del av den analytiske fortellingen som man ønsker å beskrive og den analytiske fortellingen må gå bakenfor den konkrete beskrivelsen av det som er sagt for å poengtere/belyse forskningsspørsmålet. I kapittel 7 gis en oppsummering av funnene i delstudien. Resultatene med tekstutdrag presenteres i sin helhet i artikkelen, del to av studien, s. 49.

Deltakernes beskrivelser av ambivalens i rehabiliteringsprosessen ga utgangspunkt for vurdering av teoretisk tilknytning. I denne studien er det anvendt en induktiv tilnærming

som betyr at teorien først ble koplet inn etter at analysen var gjennomført. For å bringe dybde til resultatene ble det valgt å se dem i lys Antonovskys teori om salutogenese. Se kapittel 4.1. Etter at teori var valgt ble intervjuene lest flere ganger på nytt i lys av teorien. Dette ble gjort for å sjekke om eventuelle momenter var oversett og for å vurdere resultatenes gyldighet og konsistens.

Analyseprosessen med bruk av Braun & Clarke (74) sin tematisk analyse var med på å understreke en stadig veksling mellom helhet og deler og var til god hjelp for å dekontekstualisere dataene slik at ulike deler kunne tas ut av helheten for så å bli satt sammen med andre deler av materialet. Denne måten å jobbe på understreket også bruk av den hermeneutiske spiral der veksling mellom helhet og deler var med på å etterstrebe at ingenting ble oversett og at det ikke ble tillagt annen mening enn den opprinnelige (15).

### 6.3 Gyldighet og pålitelighet

Det eksisterer en del formelle kvalitetskriterier for evaluering av kvantitativ og kvalitativ forskning. Det er imidlertid omdiskutert om de samme reglene skal gjelde både for kvantitative og kvalitative studier (14). I kvantitativ -, og også i kvalitativ forskning, benyttes ofte begreper som *reliabilitet* (pålitelighet) og *validitet* (gyldighet). Med pålitelighet menes, kort fortalt, om resultatene er konsistente og troverdige og man ser blant annet på metoden som er brukt og hvordan datasamlingsmetode, analysestrategi og fremstilling kan ha påvirket resultatene. Herunder gjelder også klargjøring av egen forforståelse og forskerrolle slik tidligere beskrevet i kapittel 5.2. Med en synliggjøring av forforståelsen og også konteksten hvor studien fant sted, er det i denne studien gjort et forsøk på å brette ut hvilke rammefaktorer som har ligget til grunn for valg av gjennomføring av studien, samt hvordan resultatene er drevet frem og senere presentert.

Med gyldighet menes blant annet å ta stilling til hva som er sant – hva metoden og materialet gir anledning til å si noe om, om resultatene besvarer eller belyser problemstillingen og hvilken rekkevidde eller overførbarhet resultatene har (73). Ved å vise frem deler av analyseprosessen og vise frem i teksten hvordan koding og senere tematisering er foretatt i studien, er leseren gitt en mulighet til å vurdere bakgrunnen for fortolkninger av materialet og deretter avgjøre om de er gyldige (14). Bruk av semistrukturert intervju for å få tak levde

erfaringer, er i tråd med anbefalinger for datainnsamling i kvalitative forskningsprosjekter (15, 66).

Det objektive blikket er problematisk innen kvalitativ forskning i det denne forskningstradisjonen forutsetter forskerens subjektive involvering gjennom hvordan forskeren fargelegger analysene og fremskaffer ny viten ved å fortolke resultatene i en bredere teoretisk forståelse. Hva som kommer frem i intervjuene hviler i stor grad på forskerens ferdigheter i å engasjere seg i intervjuet og måten vedkommende klarer å få frem interessante aspekter gjennom sin tilstedeværelse som kan fortelle noe om problemstillingen (14).

Som tidligere beskrevet ble intervjuguiden utarbeidet i nær dialog med veilederne og ble justert i plenum etter at første intervju var gjennomført. Diskusjon av analyse og resultater ble foretatt i flere omganger underveis i prosjektperioden både på veiledningstimer, i prosjektmøter og via klargjøring av en presentasjon under eksternt foredrag samt deltakelse med poster på en internasjonal konferanse om hjerneskaderehabilitering. En stadig veksling mellom deler og helhet, mellom de-kontekstualisering av de enkelte intervjuene og en re-kontekstualisering til sammenhengen de var hentet fra i tillegg til klargjøring av resultater for presentasjon, har bidratt til at det har vært en rød tråd gjennom studien med mulighet for å vurdere gyldighet.

Selv om utvalget var lite, var både kvinner og menn representert, med overvekt av menn, hvilket er representativt for hjerneskadepopulasjonen. Videre var det spredning i alder og det var også spredning i antall symptomer og hvordan symptomene var med på å hemme den enkeltes deltakelse i daglige aktiviteter. Dette til tross for at alle deltakere hadde mild TBI (GCS 15). Dette gjør at utvalget synes gyldig sett i en større ramme og forståelse.

Kunnskapen som fremkom kan ha relevans for rehabilitering av andre personer med ervervede hodeskader og det er også mulig at den kan ha overføringsverdi for andre grupper som preges av usikkerhet og mangel på tydelige behandlingslinjer.

Etiske hensyn er forsøkt ivaretatt gjennom informasjon og underskriving av samtykke for deltakelse i delstudien. Videre er det foretatt anonymisering av tekstutdrag og det er også brukt fiktive navn i gjengivelsen av utdragene. Delstudien er dessuten godkjent som delstudie i pågående RCT studie gjennom de regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) (vedlegg 3).

## 7 Oppsummering av funn med diskusjon

I dette kapitlet oppsummeres funnene i studien kort og diskuteres i lys av valgte teori om salutogenese og relevante studier. Resultatene blir utførlig presentert i artikkelen i del 2 av studien. I denne oppsummeringen beskrives kort de ulike temaene som ble analysert frem gjennom intervjuetekstene. For nærmere eksempler, tekstutdrag og sitater henvises til artikkelen i del 2.

Funnene i delstudien viser at rehabiliteringserfaringer etter mild TBI kan være en svært sammensatt prosess, både med hensyn til personlig forståelse av hva tilstanden og symptomene handler om, men også av håndtering og behov for kunnskap som kan lede til bedring. Resultatene tyder på at deltakerne hadde store forventninger til avklaring om tidsaspektet for forventet bedring og hvilke tiltak som ville gi tilfriskning, en avklaring som ofte ikke var mulig å få, da det pr i dag ikke finnes klare svar som gir grunnlag for å predikere utkomme på individnivå (2, 38). Svært fremtredende var deltakernes søken etter svar blant en mengde ulike ressurser, på internett, blant mange ulike behandlere, terapeuter, helsepersonell, bekjente, kollegaer og også sjefen på jobb. De fikk mange råd og til dels også motstridende råd, og når de fikk klare svar så uttrykte enkelte deltakere også usikkerhet over hva de skulle tro på. Er det i det hele tatt mulig å gjøre noe for å bidra til at hodet kan heles raskere? Bølgingen mellom tvil og usikkerhet, men også håp og tro på videre fremgang dannet utgangspunkt for det overordnede temaet i delstudien: *Balansekunst – om å manøvrere i ukjent farvann*. Dette temaet ble igjen utdypet gjennom tre hovedtemaer.

Det første temaet var, *'usikkerhet og håp om å få et svar'* og refererte til deltakernes erfaringer om søken etter viten blant ulike kilder. På den annen side rommet temaet også behov for å avslutte letingen og komme til enighet både med seg selv og med behandlere de hadde tillit til. Deltakerne erfarte å bruke mye tid på å lete etter kunnskap og ikke minst også få bekreftelse på egne forestillinger om hva som var best i egen situasjon for å skape en meningsfull hverdag med opplevelse av kontroll. For å utdype dette nærmere ble temaet videre delt inn i to undertemaer: *'Kunnskap fra helsepersonell vs. Egen kunnskap'* og *'Å være min egen coach'*. Undertemaet *'Kunnskap fra helsepersonell vs. Egen kunnskap'* går mer i dybden på hvilken informasjon som ble gitt og beskrivelse av ulike kilder som var med på å skape forståelse. Samtidig forteller temaet også noe om deltakernes tidligere erfaringer med

liknende hendelser som har vært med på å farge hvordan de så på den nye skaden. *‘Å være min egen coach’* referer til deltakernes gradvise erkjennelse av at ingen hadde svar på akkurat hva som ville hjelpe dem, av å være prisgitt egne vurderinger, og at de selv måtte finne sine svar og dermed bli agenter i egne liv.

Det andre temaet var: *‘Å være så aktiv som mulig vs. Tiden leger alle sår’*. Med dette temaet fortalte deltakerne om tvil og usikkerhet knyttet til aktivitet, på tross av symptomer, og ikke minst mengde aktivitet på den ene siden og etablerte råd etter hjernerystelse om at hjernen trengte hvile på den andre. Det er grunn til å anta at denne opplevelsen understreker at det har vært et stort skifte i hvordan man tenker omkring mild TBI. Tidligere var rådet at man skulle hvile seg frisk, men i tråd med nye kliniske retningslinjer (35) er dette ikke lengre det som anbefales. Nye retningslinjer vektlegger aktivitet og undervisning, individuelt eller i grupper, om hvordan symptomene kan håndteres blant annet for å øke forutsigbarhet, redusere stress og for tidlig vektlegging omkring gode utsikter til bedring (35). På den måten kan deltakernes forvirring være et uttrykk for at nytt tankegods omkring håndtering av mild TBI antakelig ikke er fullt integrert i behandlingssystemet og heller ikke i lekfolks forståelse av hva som er hensiktsmessig etter hjernerystelse. Temaet beskrev også tvilen knyttet til om det i det hele tatt er mulig å gjøre noe for å bli bedre eller om man bare må vente og se. Dette temaet ble videre delt inn i tre undertemaer: *‘Betydning av tidligere og nåværende mestringsressurser’*, *‘Betydning av aktivitet’* samt *‘Betydning av tid’*.

*‘Betydning av tidligere og nåværende mestringsressurser’* refererte til deltakernes erfaringer om at usikkerhet og endret hverdag også var med på å utløse tidligere og nåværende mestringsressurser. Endrede aktiviteter bidro dessuten til at flere av deltakerne oppsøkte nye situasjoner for å få bekreftelse på seg selv og styrket selvtillit. Flere av dem fremhevet verdien av positivt tankesett. På samme tid uttrykte enkelte deltakere også en opplevelse av at mestringsstrategier som tidligere hadde vært til hjelp for dem, nå motarbeidet og også var til hinder for opplevelse av videre fremgang. Herunder kan nevnes deltakere som opplevde seg selv som svært målrettede, løsningsorienterte og med stor kapasitet til å håndtere mange parallelle oppgaver. Dette var i utgangspunktet positive egenskaper i deres øyne, men samtidig egenskaper som kunne sette i gang en mengde samtidige tankeprosesser som de nå var i tvil om var hensiktsmessige og som for noen virket ugunstig på opplevelsen av videre fremgang. Antonovsky (56) peker nettopp på slektskapet mellom salutogenese og andre sosialkognitive læringsteorier som for eksempel Albert Banduras teori om «self-efficacy»,



mestringsforventninger eller mestringstro. Han beskriver dette som et slags åndelig slektskap spesielt når han søker å forklare ulike former for stresshåndtering. Selv om det er lagt vekt på å beskrive den overordnede usikkerheten som samler opplevelsene til deltakerne i denne studien er det også oppsiktsvekkende hvordan flere av deltakerne fremhever nettopp mestringsforventning og et positivt tankesett som viktige bidragsyttere i deres opplevelse av hva som har gitt bedring. Den intensive CCT intervensjonen ble, av flere av deltakerne, i så måte trukket frem som viktig tiltak i å få kunnskap om hjernen, få informasjon om og tips til håndtering av symptomer og ikke minst for å møte fagfolk og andre personer i liknende situasjoner. Strategier for håndtering av stress ble særlig trukket frem som et nyttig tiltak.

*'Betydning av aktivitet'* reflekterte deltakernes erfaring om at hvile ikke gjorde situasjonen særlig bedre og at denne erkjennelsen også bidro til at flere av dem oppsøkte nye aktiviteter som var mulige å gjennomføre med tilrettelegging tross symptomer. Dette kunne være personlige ADL aktiviteter som å lære seg å flette håret eller bake gjærbakst, men også aktiviteter som å lese lydbøker, lytte til Podcast eller oppsøke nye relasjoner via internett for å engasjere seg i andre mennesker og samtidig få bekreftelse på egen person. Herunder ble viktigheten av aktivitet som buffer spesielt trukket frem av deltakerne for ivaretagelse av egen mental helse. *'Betydning av tid'* ble erfart både som frustrasjon og tvil på den ene siden, men på den andre siden også som noe positivt. Tid som frustrasjon kan mulig knyttes til en utålmodighet som nevnes hos flere av deltakerne om at det allerede hadde gått en del uker og måneder og at det både lå en indre, personlig styrt - og en ytre omgivelsesstyrt forventning blant for eksempel pårørende, relasjoner privat og på jobb om rask bedring etter mild TBI. I en studie av Sveen og kollegaer (54) som utforsket biografiske brudd blant personer med mild traumatisk hodeskade, ble også tid trukket frem som et av temaene. Her ble det blant annet pekt på en diskrepans mellom fagfolks og deltakernes forståelse av tid. Fra et profesjonelt perspektiv ble fem måneder etter skade ansett som tidlig i rehabiliteringsprosessen, deltakerne derimot erfarte dette som lang tid. Videre ble det i studien til Sveen og kollegaer (54) også antydnet at oppfatning av tid og betydning av tid var relatert til bedring og at dette så ut til medvirke i hvordan deltakerne tilpasset seg hverdagen etter skade. Sistnevnte studie pekte dessuten også på sammenhenger mellom fortidsorienterte deltakere som så ut til å oppleve større grad av stress sammenlignet med mer fremtidsorienterte deltakere som så ut til å kommunisere håp og optimisme. Flere deltakere i MS sin delstudie trakk også frem betydning av tid som en sentral faktor i implementering og tilpassing av nye strategier de lærte i rehabiliteringen. Forståelse av tid i denne sammenheng ble av enkelte deltakere formidlet som

nødvendig for at de trengte tid på å innarbeide og erfare betydningen av nye rutiner før de ble etablert som en del av en ny måte å håndtere hverdags- og arbeidsliv på. Også dette synes å være i tråd med liknende resultater i studien til Sveen og kollegaer (54) der tid ble oppfattet som en viktig bedringsfaktor i å oppleve progresjon. Håp og lengsel etter å bli bedre var dessuten viktige motivasjonsfaktorer for videre fremgang.

Det tredje og siste temaet var: '*Å bli som før vs. Å bli en ny versjon av meg selv*'. Dette temaet omhandlet deltakernes erfaringer med den pågående prosessen de var inne i fra skadetidspunktet til tidspunkt for intervjuet. De fleste deltakerne hadde fortsatt som nærmeste referansepunkt at de ønsket å bli som før. Samtidig erfarte flere at det allerede hadde gått en del tid og all usikkerhet til tross, fortalte flere at de hadde blitt bedre. Parallelt erfarte de fortsatt symptomer og plager, men deltakerne fortalte samtidig om hvordan strategier og tilrettelegging var med på å redusere stress og å forme den nye hverdagen med vekt på forståelse av sammenheng som bidro til økt aktivitet og deltakelse. Liknende funn understrekes også i en kvalitativ studie av King og kollegaer (75) som utforsket sykdomsforventninger blant militærveteraner med vedvarende postconcussion symptomer etter traumatisk hodeskade. Studien konkluderte med at deltakerne, uavhengig av skadens alvorlighet, opplevde betydelige konsekvenser av sin hodeskade. Feilinformasjon og usikkerhet ble antydnet som åpenbar betydning for opplevelse av langtidskonsekvenser, sannsynlig rehabiliteringsforløp og opplevelse av kontroll etter hodeskaden.

For å utdype temaet nærmere ble det lagt til ett undertema: '*Eksponering, tilpasning og forbedring*'. Dette temaet inkluderer deltakernes opplevelse av endringer med hensyn til roller på jobb, men også endrede oppfatninger av seg selv og innsikt i forholdet til nære relasjoner. Nært forbundet med dette erfarte deltakerne at de fortsatt hadde behov for å minne omgivelsene om at de ikke var helt friske ennå og at ikke alt var på plass. Flere deltakere fremhevet at de fortsatt hadde behov for å bli tatt hensyn til. Samtidig understreket temaet også *forandringen* som enkelte deltakere trakk frem i det hodeskaden også hadde bidratt til at de satte mer pris på hverdagen, på små og store oppdagelser i omgivelsene, på relasjoner hjemme og på jobb, og flere opplevde at de var mer til stede her og nå. Et par av deltakerne uttrykte dessuten sin nye situasjon som en slags ny «oppvåkning», og benyttet anledningen til å reflektere om de skulle fortsette med samme intensive tempo som før skaden eller om de faktisk skulle benytte anledningen til å gjøre litt mindre og istedenfor ha som mål å gjøre det som er godt nok. Disse resultatene synes å være i tråd med funn i den kvalitative studien til

Sveen og kollegaer (54), der betydning av redefinering av verdier omkring sosialt liv og arbeidsdeltakelse ble fremtredende for en del av deltakerne. Deltakere som var i stand til å definere egne grenser og sørge for balanse i aktivitet og hvile i hverdagsliv, arbeid og i sosialt liv, fremhevet hvor viktig dette var for bedringsprosessen og for rekonstruksjon av en meningsfull hverdag.

Samlet sett understreker funnene i denne delstudien betydningen av at det er viktig å legge til rette for et bredt biopsykososialt perspektiv i rehabiliteringen av personer med mild TBI. Med et slikt helhetlig blikk kan det være enklere for helsepersonell å identifisere hvilke ressurser hvert enkelt individ besitter i tillegg til å identifisere hvilke ressurser og også begrensninger som finnes i omgivelsene til deltakerne. I kombinasjon med en biopsykososial forståelse understreker resultatene også at forståelse av sammenheng er et viktig behov som bør tas hensyn til som del av bedringsprosessen til personer med mild TBI. På sett og vis kan deltakernes uttrykte erfaringer også tyde på at de søker etter begripelighet i en ny og uoversiktlig situasjon. De var åpne for at ulike strategier og god tilrettelegging av omgivelsene bidro til å øke håndtering og skape kontroll over potensielt stressende situasjoner, men mening ble først skapt når tiltakene syntes relevante i en erfart hverdagssituasjon. Dette antyder også at teorien om salutogenese kan være en relevant tilnærming i å skape økt forståelse om mild TBI i tillegg til å identifisere hva som er potensielt stressende situasjoner og hvilke ressurser som kreves for å få kontroll over situasjonen. Disse funnene er i tråd med det Snell og kollegaer fant i sin studie (52), der deltakerne understreket at det å ha en sammenhengende forståelse av skaderelaterte symptomer og bedring reduserte angst, underbygget selvtillit, ga kontroll over seg selv og medførte positive bedringsforventninger. Tilstedeværelse eller fravær av sosial støtte, en opplevelse av å være bekreftet og beroliget versus ingen bekreftelse og forvirring, ble opplevd som enten fremmende eller hemmende for videre positiv utvikling. Disse funnene likner funnene til Levack og kollegaer (11), hvor deltakerne fremhevet viktigheten av å bli respektert, bekreftet og akseptert av andre, og å bli verdsatt i prosessen med å rekonstruere en ny identitet etter TBI (11). Brunger og kollegaer (51) fremhevet kaos og forvirring som hemmende faktorer i opplevelse av bedring. I tillegg opplevde deltakerne i sistnevnte studie at intervensjonen de mottok var hjelpsom først når intervensjonen hjalp dem med å gjenvinne stabilitet og struktur i hverdagen.

Oppsummert ser det ut til at det kan være krevende å oppnå forståelse av sammenheng når man har en medisinsk tilstand med et sammensatt symptom-bilde. I tillegg er det en utfordring at det for disse personene med mild TBI ikke foreligger utvetydige og evidensbaserte svar, verken på hvorfor de opplever vedvarende plager, eller hva deres individuelle prognose er.

## 8 Konklusjon

Denne delstudien har utforsket hvordan personer med mild TBI beskriver opplevelser omkring det å få en hodeskade og hvordan ulike tiltak i rehabiliteringsprosessen bidrar til sykdomsforståelse og håndtering i hverdagen. Erfaringene er svært varierte, noe som også understreker eksisterende kunnskap, der det er betydelig heterogenitet i årsaker til plager og i strategier som kan bidra til å dempe symptomer (2). Deltakerne balanserer mellom usikkerhet og håp for fremtiden, og de savner en konkret person som kan hjelpe dem gjennom en veldefinert behandlingskjede. På den annen side oppdager deltakerne også en gradvis forståelse av at det er nødvendig med personlig engasjement i å velge ut strategier og muligheter i sin individuelle tilværelse som kan bidra til å ta ansvar og styring i egen rehabiliteringsprosess.

Intensiv gruppebehandling bidro til at deltakerne fikk innsikt i personlige mestringsressurser og hjalp dem med å avdekke eller identifisere potensielt stressende situasjoner. En salutogen tilnærming med oppmerksomhet på å oppdage tilgjengelige mestringsressurser og styrking av disse kan være relevant for videre forskning, spesielt i tett sammenheng med en biopsykososial forståelse.

# Litteraturliste

1. Ponsford J, Willmott C, Rothwell A, Cameron P, Kelly AM, Nelms R, et al. Impact of early intervention on outcome following mild head injury in adults. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2002;73(3):330. doi: 10.1136/jnnp.73.3.330
2. Iverson LG. Outcome from mild traumatic brain injury. *Current Opinion in Psychiatry*. 2005;18(3):301-17. doi: 10.1097/01.yco.0000165601.29047.ae
3. Howe E, Langlo K-P, Terjesen HCA, Røe C, Schanke A-K, Sjøberg HL, et al. Combined cognitive and vocational interventions after mild to moderate traumatic brain injury: study protocol for a randomized controlled trial. 2017;18(1). doi: 10.1186/s13063-017-2218-7
4. Howe EI, Løvstad M, Langlo K-PS, Hellstrøm T, Spjelkavik Ø, Ugelstad H, et al. Feasibility of a Cognitive Rehabilitation Program for Individuals with Mild-to-Moderate Traumatic Brain Injury: Participants' Engagement and Satisfaction. *Cogent Medicine*. 2019. doi: 10.1080/2331205X.2019.1565614
5. Gilworth G, Eyres S, Carey A, Bhakta BB, Tennant A. Working with a brain injury: Personal experiences of returning to work following a mild or moderate brain injury. *J Rehabilitation Medicine*. 2008;40(5). doi: 10.2340/16501977-0169
6. Ponsford JL, Olver J, Curran C, Ng K. Prediction of employment status 2 years after traumatic brain injury. *J Brain injury*. 1995;9(1):11-20. doi: <https://doi.org/10.3109/02699059509004566>
7. Ponsford JL, Spitz G. Stability of employment over the first 3 years following traumatic brain injury. *J The Journal of head trauma rehabilitation*. 2015;30(3):E1-E11. doi: doi: 10.1097/HTR.0000000000000033
8. Saltychev M, Eskola M, Tenovuo O, Laimi K. Return to work after traumatic brain injury: systematic review. *J Brain injury*. 2013;27(13-14):1516-27. doi: <https://doi.org/10.3109/02699052.2013.831131>
9. Shames J, Treger I, Ring H, Giaquinto S. Return to work following traumatic brain injury: trends and challenges. *J Disability rehabilitation Literature*. 2007;29(17):1387-95. doi: <https://doi.org/10.1080/09638280701315011>
10. Willemse-van Son AH, Ribbers GM, Verhagen AP, Stam HJ. Prognostic factors of long-term functioning and productivity after traumatic brain injury: a systematic

- review of prospective cohort studies. *J Clinical rehabilitation*. 2007;21(11):1024-37. doi: <https://doi.org/10.1177/0269215507077603>
11. Levack WMM, Kayes NM, Fadyl JK. Experience of recovery and outcome following traumatic brain injury: a metasynthesis of qualitative research. *Disabil Rehabil*. 2010; 32(12):986-99. doi: 10.3109/09638281003775394
  12. Snell DL, Hay-Smith EJC, Surgenor LJ, Siegert RJ. Examination of outcome after mild traumatic brain injury: The contribution of injury beliefs and Leventhal's Common Sense Model. *J Neuropsychological Rehabilitation*. 2013;23(3):333-62. doi: <https://doi.org/10.1080/09658211.2012.758419>
  13. Mah K, Hickling A, Reed N. Perceptions of mild traumatic brain injury in adults: a scoping review. *Disabil Rehabil*. 2018;40(8):960-73. doi: 10.1080/09638288.2016.1277402
  14. Braun V, Clarke V. *Successful qualitative research : a practical guide for beginners*. Los Angeles, Calif: Sage; 2013.
  15. Kvale S, Brinkmann S. *Det kvalitative forskningsintervju (3. utg.)* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag. 2015.
  16. Lincoln YS, Guba EG. *Naturalistic inquiry*. Beverly Hills, Calif: Sage; 1985.
  17. Willig C. *Introducing qualitative research in psychology*. 3rd ed. Maidenhead: McGraw Hill Open University Press; 2013.
  18. Gullestad M. *Kultur og hverdagsliv : på sporet av det moderne Norge*. Oslo: Universitetsforlaget; 1989.
  19. Menon DK, Schwab K, Wright DW, Maas AI. Position Statement: Definition of Traumatic Brain Injury. *Arch Phys Med Rehabil*. 2010;91(11):1637-40. doi: 10.1016/j.apmr.2010.05.017
  20. Andelic N, Sigurdardottir S, Brunborg C, Roe C. Incidence of hospital-treated traumatic brain injury in the Oslo population. *J Neuroepidemiology*. 2008;30(2):120-8. doi: <https://doi.org/10.1159/000120025>
  21. Olver JH, Ponsford JL, Curran CA. Outcome following traumatic brain injury: a comparison between 2 and 5 years after injury. *J Brain injury*. 1996;10(11):841-8. doi: <https://doi.org/10.1080/026990596123945>
  22. Røe C, Sveen U, Alvsaker K, Bautz-Holter E. Post-concussion symptoms after mild traumatic brain injury: influence of demographic factors and injury severity in a 1-year

- cohort study. *Disabil Rehabil.* 2009;31(15):1235-43. doi: 10.1080/09638280802532720
23. Benedictus MR, Spikman JM, van Der Naalt J. Cognitive and Behavioral Impairment in Traumatic Brain Injury Related to Outcome and Return to Work. *Arch Phys Med Rehabil.* 2010;91(9):1436-41. doi: 10.1016/j.apmr.2010.06.019
  24. Teasdale G, Jennett B, Teasdale G. Assessment of coma and impaired consciousness. A practical scale. 1974. p. 81-4. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(74\)91639-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(74)91639-0)
  25. Rees PM. Contemporary issues in mild traumatic brain injury. *J Archives of physical medicine rehabilitation Literature.* 2003;84(12):1885-94.
  26. Hayward C, Herron Katherine A, Sterr A, Montaldi D. Are mild head injuries as mild as we think? Neurobehavioral concomitants of chronic post-concussion syndrome. *BMC Neurol.* 2006;6(1):7. doi: 10.1186/1471-2377-6-7
  27. Carroll LJ, Cassidy JD, Peloso PM, Borg J, Von Holst H, Holm L, et al. Prognosis for mild traumatic brain injury: results of the WHO Collaborating Centre Task Force on Mild Traumatic Brain Injury. *J Rehabil Med.* 2004;36(43 Suppl):84. doi: 10.1080/16501960410023859
  28. Definition of mild traumatic brain injury. *J Head Trauma Rehabil.* 1993;8(3):86-7. doi: 10.1097/00001199-199309000-00010
  29. Ponsford J. Rehabilitation interventions after mild head injury. *J Current Opinion in Neurology.* 2005;18(6):692-7. doi: 10.1097/01.wco.0000186840.61431.44
  30. McInnes K, Friesen CL, Mackenzie DE, Westwood DA, Boe SG, McInnes K. Mild Traumatic Brain Injury (mTBI) and chronic cognitive impairment: A scoping review. *PLoS ONE.* 2017. p. e0174847-e. doi: 10.1371/journal.pone.0174847
  31. Iverson GL, Lange RT. Post-Concussion Syndrome. In: Schoenberg MR, Scott JG, editors. *The Little Black Book of Neuropsychology: A Syndrome-Based Approach.* New York: Springer; 2011. p. 745-63. doi: 10.1007/978-0-387-76978-3\_24
  32. Ponsford J, Cameron P, Fitzgerald M, Grant M, Mikocka-Walus A, Schönberger M. Predictors of postconcussive symptoms 3 months after mild traumatic brain injury. *J Neuropsychology.* 2012;26(3):304. doi: 10.1037/a0027888
  33. Larrabee GJ, Rohling ML. Neuropsychological differential diagnosis of mild traumatic brain injury. *J Behavioral sciences the law.* 2013;31(6):686-701. doi: <https://doi.org/10.1002/bsl.2087>



34. Marshall S, Bayley M, McCullagh S, Velikonja D, Berrigan L, Ouchterlony D, et al. Updated clinical practice guidelines for concussion/mild traumatic brain injury and persistent symptoms. *Brain Injury*. 2015;29(6):688-700. doi: 10.3109/02699052.2015.1004755
35. Ontario Neurotrauma Foundation. *Guideline for Concussion/Mild Traumatic Brain Injury and Persistent Symptoms* Toronto, ON, Canada: Ontario Neurotrauma Foundation; 2018 [cited 2019 07.05]. Third:[Available from: <http://braininjuryguidelines.org/concussion/fileadmin/media/adult-concussion-guidelines-3rd-edition.pdf>
36. Twamley EW, Jak AJ, Delis DC, Bondi MW, Lohr JB. Cognitive Symptom Management and Rehabilitation Therapy (CogSMART) for Veterans with traumatic brain injury: pilot randomized controlled trial.(Report). *J Rehabil Res Dev*. 2014;51(1):59. doi: 10.1682/jrrd.2013.01.0020
37. Wilson BA, Gracey F, Evans JJ, Bateman A. *Neuropsychological Rehabilitation : Theory, Models, Therapy and Outcome*. Cambridge University Press; 2009. doi: 10.1017/CBO9780511581083
38. Iverson GL. A Biopsychological Conceptualization of poor Outcome from Mild Traumatic Brain Injury. In: Vasterling JJ, Bryant RA, Keane TM, editors. *PTSD and Traumatic Brain Injury*. New York, London: The Guilford Press; 2012.
39. Gunstad J, Suhr JA. “Expectation as etiology” versus “the good old days”: Postconcussion syndrome symptom reporting in athletes, headache sufferers, and depressed individuals. *J Int Neuropsychol Soc*. 2001;7(3):323-33. doi: <https://doi.org/10.1017/S1355617701733061>
40. Gunstad J, Suhr JA. Cognitive factors in postconcussion syndrome symptom report. *J Archives of Clinical Neuropsychology*. 2004;19(3):391-405. doi: [https://doi.org/10.1016/S0887-6177\(03\)00073-8](https://doi.org/10.1016/S0887-6177(03)00073-8)
41. Borg J, Holm L, Peloso PM, Cassidy JD, Carroll LJ, Von Holst H, et al. Non-surgical intervention and cost for mild traumatic brain injury: results of the WHO Collaborating Centre Task Force on Mild Traumatic Brain Injury. *J Rehabil Med*. 2004(43 Suppl):76-83. doi: 10.1080/16501960410023840
42. Cicerone KD, Dahlberg C, Malec JF, Langenbahn DM, Felicetti T, Kneipp S, et al. *Evidence-Based Cognitive Rehabilitation: Updated Review of the Literature From*

- 1998 Through 2002. *Arch Phys Med Rehabil.* 2005;86(8):1681-92. doi: 10.1016/j.apmr.2005.03.024
43. Cicerone KD, Langenbahn DM, Braden C, Malec JF, Kalmar K, Fraas M, et al. Evidence-Based Cognitive Rehabilitation: Updated Review of the Literature From 2003 Through 2008. *Arch Phys Med Rehabil.* 2011;92(4):519-30. doi: 10.1016/j.apmr.2010.11.015
44. Cicerone KD, Goldin Y, Ganci K, Rosenbaum A, Wethe JV, Langenbahn DM, et al. Evidence-Based Cognitive Rehabilitation: Systematic Review of the Literature From 2009 Through 2014. *J Archives of physical medicine rehabilitation Literature.* 2019. doi: 10.1016/j.apmr.2019.02.011
45. Cicerone DK, Azulay DJ. Perceived Self-Efficacy and Life Satisfaction After Traumatic Brain Injury. *J Head Trauma Rehabil.* 2007;22(5):257-66. doi: 10.1097/01.HTR.0000290970.56130.81
46. Fadyl KJ, McPherson MK. Approaches to Vocational Rehabilitation After Traumatic Brain Injury: A Review of the Evidence. *J Head Trauma Rehabil.* 2009;24(3):195-212. doi: 10.1097/HTR.0b013e3181a0d458
47. Donker-Cools BHPM, Daams JG, Wind H, Frings-Dresen MHW. Effective return-to-work interventions after acquired brain injury: A systematic review. *Brain Injury.* 2016:113-31. doi: 10.3109/02699052.2015.1090014
48. Man DWK, Poon WS, Lam C. The effectiveness of artificial intelligent 3-D virtual reality vocational problem-solving training in enhancing employment opportunities for people with traumatic brain injury. *Brain Inj.* 2013;27(9):1016-25. doi: 10.3109/02699052.2013.794969
49. Twamley WE, Thomas RK, Gregory MA, Jak JA, Bondi WM, Delis CD, et al. CogSMART Compensatory Cognitive Training for Traumatic Brain Injury: Effects Over 1 Year. *J Head Trauma Rehabil.* 2015;30(6):391-401. doi: 10.1097/HTR.0000000000000076
50. Storzbach WD, Twamley SE, Roost MM, Golshan JS, Williams PR, O'neil MM, et al. Compensatory Cognitive Training for Operation Enduring Freedom/Operation Iraqi Freedom/Operation New Dawn Veterans With Mild Traumatic Brain Injury. *J Head Trauma Rehabil.* 2017;32(1):16-24. doi: 10.1097/HTR.0000000000000228
51. Brunger H, Ogden J, Malia K, Eldred C, Terblanche R, Mistlin A. Adjusting to persistent post-concussive symptoms following mild traumatic brain injury and

- subsequent psycho-educational intervention: a qualitative analysis in military personnel. *Brain Inj.* 2014;28(1):71-80. doi: 10.3109/02699052.2013.857788
52. Snell DL, Martin R, Surgenor LJ, Siegert RJ, Hay-Smith EJC. What's wrong with me? seeking a coherent understanding of recovery after mild traumatic brain injury. *Disabil Rehabil.* 2017;39(19):1968-75. doi: 10.1080/09638288.2016.1213895
  53. D'cruz K, Douglas J, Serry T. Personal narrative approaches in rehabilitation following traumatic brain injury: A synthesis of qualitative research. *Neuropsychol Rehabil.* 2017:1-20. doi: 10.1080/09602011.2017.1361844
  54. Sveen U, Soberg HL, Ostensjo S. Biographical disruption, adjustment and reconstruction of everyday occupations and work participation after mild traumatic brain injury. A focus group study. *Disabil Rehabil.* 2016;38(23):2296-304. doi: 10.3109/09638288.2015.1129445
  55. Bury M. Chronic illness as biographical disruption. *Sociol Health Illn.* 1982;4(2):167-82. doi: 10.1111/1467-9566.ep11339939
  56. Antonovsky A, Sjøbu A. *Helsens mysterium : den salutogene modellen.* Oslo: Gyldendal akademisk; 2014.
  57. Lindström B, Eriksson MJ. Contextualizing salutogenesis and Antonovsky in public health development. *Health prom int.* 2006;21(3):238-44. doi: <https://doi.org/10.1093/heapro/dal016>
  58. Tveiten S. *Helsepedagogikk: pasient-og pårørendeopplæring: Fagbokforl.;* 2016.
  59. Super S, Wagemakers MAE, Picavet HSJ, Verkooijen KT, Koelen MA. Strengthening sense of coherence: opportunities for theory building in health promotion. *Health Promot Int.* 2016;31(4):869-78. doi: 10.1093/heapro/dav071
  60. Organization WH. *The Ottawa Charter for Health Promotion* Ottawa, Canada: World Health Organization; 1986 [cited 2019 19.05]. Available from: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0004/129532/Ottawa\\_Charter.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/129532/Ottawa_Charter.pdf?ua=1).
  61. Langeland E, Wahl AK, Kristoffersen K, Hanestad BR. Promoting coping: salutogenesis among people with mental health problems. *J Issues in mental health nursing.* 2007;28(3):275-95. doi: <https://doi.org/10.1080/01612840601172627>
  62. Langeland EJSf. Betydningen av en salutogen tilnærming for å fremme psykisk helse. 2009;4(4):288-96.
  63. Antonovsky A. *Health, stress, and coping.* 1979.

64. Cicerone KD, Mott T, Azulay J, Sharlow-Galella MA, Ellmo WJ, Paradise S, et al. A Randomized Controlled Trial of Holistic Neuropsychologic Rehabilitation After Traumatic Brain Injury. *Arch Phys Med Rehabil.* 2008;89(12):2239-49. doi: 10.1016/j.apmr.2008.06.017
65. Green J, Thorogood N. *Qualitative methods for health research.* 3rd ed. Silverman D, editor: Sage; 2014.
66. Starks H, Brown Trinidad S. Choose Your Method: A Comparison of Phenomenology, Discourse Analysis, and Grounded Theory. *Qual Health Res.* 2007;17(10):1372-80. doi: 10.1177/1049732307307031
67. Dahlberg K, Dahlberg H, Nyström MJLS. *Reflective lifeworld research.* 2008;2.
68. Gadamer H-G, Linge DE. *Philosophical hermeneutics.* Berkeley, Calif: University of California Press; 1977.
69. Svenaeus F, Nilsen L. *Sykdommens mening : og møtet med det syke mennesket.* Oslo: Gyldendal akademisk; 2005.
70. Svenaeus F. The body uncanny—Further steps towards a phenomenology of illness. *J Medicine, Health Care Philosophy.* 2000;3(2):125-37.
71. Van Manen M. *Researching lived experience: Human science for an action sensitive pedagogy:* Routledge; 2016.
72. Dahlberg KM, Dahlberg HK. Description vs. interpretation—a new understanding of an old dilemma in human science research1. *J Nursing philosophy.* 2004;5(3):268-73. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1466-769X.2004.00180.x>
73. Malterud K. *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag.* 4. utg. ed. Oslo: Universitetsforl.; 2017.
74. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology.* 2006;3(2):77-101. doi: 10.1191/1478088706qp063oa
75. King PR, Beehler GP, Vest BM, Donnelly K, Wray LO. Qualitative exploration of traumatic brain injury-related beliefs among US military veterans. *J Rehabilitation psychology.* 2018;63(1):121. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/rep0000165>

# Artikkel

## RESEARCH PAPER

### “A balancing act – manoeuvring in uncharted waters”: an exploration of improvement and treatment after mild traumatic brain injury

Anne-Margrethe Linnestad <sup>1</sup>

Marianne Løvstad <sup>1,3</sup>

Karen Synne Groven <sup>4,5</sup>

Unni Sveen <sup>2,5</sup>

<sup>1</sup> Sunnaas Rehabilitation Hospital, Nesoddtangen, Norway

<sup>2</sup> Department of Physical Medicine and Rehabilitation, Oslo University Hospital, Oslo, Norway

<sup>3</sup> Department of Psychology, University of Oslo, Oslo, Norway

<sup>4</sup> Department of Health Sciences, Institute of Health and Society, University of Oslo, Oslo, Norway

<sup>5</sup> Faculty of Health Sciences, Oslo Metropolitan University, Oslo, Norway

**Contact information:** Anne-Margrethe Linnestad, Competency Unit, Sunnaas Rehabilitation Hospital, Bjørnemyrveien 11, 1450 Nesoddtangen. E-mail: [anne.linnestad@sunnaas.no](mailto:anne.linnestad@sunnaas.no)

## **Abstract**

### **Background:**

Persons who have sustained a mild traumatic brain injury (mild TBI) with a protracted course of recovery may experience long-lasting somatic, cognitive, and emotional symptoms affecting ADLs. There is limited knowledge regarding patients' lived experiences with treatment services offered post-injury.

### **Purpose:**

To explore how individuals with a mild TBI describe and make sense of their recovery process, and their experience with different treatment approaches.

### **Methods:**

Using a qualitative, hermeneutical approach, eight participants recruited from an ongoing randomized controlled trial (RCT) were interviewed. Thematic analysis was applied, and findings were discussed in light of salutogenic theory.

### **Results:**

Participants expressed uncertainty regarding the conflicting advice given in the early phase of recovery. Three main themes were developed: 1) "Uncertainty and hope for an answer"; 2) "To be as active as possible vs. time heals all wounds"; and 3) "To become the one I used to be vs. to become a new version of myself."

### **Conclusion:**

Findings, which indicate both uncertainty and hope for further recovery, contribute to new knowledge about the experiences of people with a mild TBI. Rehabilitation is challenged by various TBI symptoms that affect patients' participation in everyday life, and the absence of evidence-based treatment and advice.

### **Keywords:**

Post-concussive symptoms, mild TBI, recovery, qualitative, uncertainty, sense of coherence

### **Implications for Rehabilitation:**

- A protracted recovery after mild TBI may hamper the return to work (RTW) process.
- Group-based intensive cognitive rehabilitation with a focus on psychoeducation and learning strategies was reported to be relevant for strengthening coping resources.

- Uncertainty about prognosis and an unclear recovery path may hamper the recovery process and should be accentuated through sessions within hospital or outpatient settings.

**Word Count:** 7442 (With abstract and references total 8993)



## Introduction

Prolonged symptoms after a mild traumatic brain injury (mild TBI) can place major limitations on the affected persons' participation in everyday life, including social and vocational participation (1, 2). Despite a growing body of research on treatment options, there is limited knowledge regarding patients' experiences, particularly regarding experiences with services offered in the early phase after injury (3). It has been suggested that knowledge about how persons think about and understand their injury and recovery may have implications for rehabilitation interventions (3, 4).

To generate deeper understanding about experiences of everyday life after injury as well as treatment efforts in this early phase of rehabilitation, this article explores how patients with a mild TBI describe and make sense of their injury and recovery process.

Mild TBI, also commonly referred to as mild head injury or concussion (5-7), is the most common form of TBI, representing approximately 70-90 % of all patients with traumatic brain injury (8). The Mild Traumatic Injury Committee of the American Congress of Rehabilitation Medicine (ACRM) defines mild TBI as a small injury to the head that causes a short period of unconsciousness (less than 30 minutes), an initial Glasgow Coma Scale score (GCS) (9) of 13-15, followed by confusion and disorientation for no more than 24 hours (2, 10, 11).

Individuals who sustain a mild TBI will typically recover within a few days or weeks, and thereafter resume normal activities in their daily life (7). However, a significant proportion of people who sustain a concussion – between 10-20 % – may experience longstanding symptoms such as sleep disorders, pain, fatigue, headache, dizziness, disorders of vision and balance, emotional stress, depression, anxiety, and irritability (12). Various cognitive problems like reduced attention and memory, and impaired organization, structure, and problem-solving have also been reported (2, 7, 12-14). Many individuals return to work, but sometimes with reduced pace and intensity (15). Moreover, as Røe et al. have shown, even those who return to work do not always remain (15). The rate at which individuals with a mild TBI are able to return to work has been shown to be linked to e.g. cognitive symptoms like problem-solving and the ability to learn new tasks. This also includes the ability to maintain concentration and attention, as well as plan and organize work (15-17).

Although there is medical recognition of experienced symptoms, there is often uncertainty among clinicians as to whether there are biomedical, injury-related causes that give rise to the

symptoms, whether aspects of the patient's life situation at the time of injury affect how he/she handles the situation, or whether previous life events and coping styles affect the patient's mastery of mild TBI symptoms (12). The application of a biopsychosocial perspective has therefore been recommended, in which not only medical but also social and psychological contributions are acknowledged and taken into account concerning how symptom development is understood (5, 6, 12, 18, 19). In other words, a biopsychosocial approach is recommended to promote understanding with regards to the lived experience of the consequences of a traumatic brain injury (19, 20). Moreover, psychological factors may influence symptom perceptions and report after a mild TBI, such as psychological distress, personality characteristics, and social-psychological factors (including maladaptive coping behaviour and reinforcement of illness behaviour) (3, 19, 20). Given the complexity of symptom causality after mild brain injury, the advice patients receive from health care personnel varies significantly, as does whether or not patients seek information from a general practitioner (12).

Clinical practice guidelines for treating concussion/ mild TBI and persistent symptoms highlight early individual and/or group-based education (6, 21). This primarily involves the provision of consistent and early information from the day of injury about the positive chances for full recovery, but also includes educational activity later on. The development of coping strategies and the strengthening of health promotion through self-efficacy and mastering everyday challenges are two overall aims of these group-based interventions (22, 23).

As of today, few studies have focused on individual perspectives of recovery (4, 24). A recently published scoping review about mild TBI pinpointed the need for more communication and information in future rehabilitation endeavours – specifically targeting symptoms and how these affect everyday life, and expectations of recovery (3). A greater awareness of the patient's own perspective and subjective experience was also emphasized. Further, in a recent mixed methods study involving 10 semi-structured interviews with adults with a mild TBI (4), Snell et al. highlighted the importance for patients to find a coherent understanding of their current situation and to establish a positive attitude and belief in their own abilities (self-efficacy). Moreover, Brunger et al. (24), in their qualitative study of military personnel experiencing persistent symptoms after sustaining a mild TBI, found that participants were concerned with the event that had caused the brain damage, experiences around the symptoms, improvement, and acceptance. It has been suggested that transferability

of these findings to the civilian population might be possible, depending on the context of the patients' injury (e.g. whether the circumstances were traumatic) and recovery (4). The participants in Brunger et al.'s study also expressed concern regarding their persistent symptoms and how many symptoms only emerged once they began re-engaging in daily activities.

In a review and meta-synthesis of 23 qualitative studies (25) on individuals' lived experience after TBI, regardless of severity, the experience of loss in different domains of life was highlighted, e.g. loss of physical and cognitive function, of life roles and routines, of social and family relationships, of hope for the future, and of sense of self. Although symptoms from a mild TBI can be experienced as threatening to the individuals' identity, it is not a total "loss of self," but rather a change in life circumstances that may make the person reflect on what lies ahead and wonder, "Will I recover to be the person I was before the injury?" Established roles in life, for instance in one's job or among one's family and friends, may be threatened. Changed identity is a theme that has been highlighted in several qualitative studies (25-27). In particular, the importance of reconstructing a (strengths-based) identity has been emphasized. In a synthesis conducted by D'cruz et al. (26), participants also highlighted the importance of expressing themselves and of communicating with others. They needed to be appreciated and validated through the act of someone listening, to reflect and learn about themselves, and to be productive in the process of narrative engagement.

Similar experiences were described by Sveen, Sjøberg and Østensjø (27), in their study of individuals with a mild TBI participating in a return to work (RTW) programme. A qualitative approach using focus group interviews and Bury's theory of biographical disruption (28) was applied to describe how participants experienced changes in identity and participation as well as an altered experience of control over the future. Participants highlighted the realization that, to maintain the activities and values in their own everyday lives, they would have to reconstruct a new way to participate and be in the world.

In summary, the vast majority of people experiencing mild TBI have a promising prognosis with regards to recovery, in which their symptoms and reduced level of functioning may be a passing phase. However, for a minority, these problems will persist (19, 20). Several studies point towards early psychoeducation, which emphasizes a wide-ranging biopsychosocial perspective, as a possible path to symptom relief. Education and training in the use of

strategies to compensate for changes, as well as coping strategies to deal with stress and emotional issues, are accentuated in this approach (6, 12).

Both quantitative and qualitative studies call for more research exploring patients' own stories and experiences, particularly regarding their perceptions of what has helped them improve throughout their rehabilitation process (4). To the best of our knowledge, there are few studies, especially within the civilian population, that have investigated individual perceptions about recovery processes in the post-acute phase of recovery (24).

The main aim of this study was thus to explore how patients with a mild TBI describe and make sense of their injury and recovery process. In particular, we focused on the rehabilitation process – i.e whether treatment approaches, including intensive cognitive group-based training – helped patients make sense of their recovery in terms of their participation in everyday life and RTW.

### **Theoretical background**

We applied Antonovsky's salutogenic theory to explore and bring depth to the understanding of participants' experiences. Here, what Antonovsky conceptualizes as a sense of coherence (SOC) reflects individuals' coping capacity, and may provide a relevant framework for improved understanding regarding how patients with a mild TBI deal with everyday life stressors (29). According to the design of this study, the theory was applied after analysis.

Antonovsky viewed health as a continuum, which he labelled the health ease/dis-ease continuum (30). He suggested that the ability to successfully cope with a range of stressors may enable one to maintain good health, whereas unsuccessful coping strategies may lead to substantially poorer health (30). SOC involves the idea that good health evolves when individuals are provided with the resources needed to comprehend, manage, and make sense of the (stressful) situation they are faced with (29, 30). These general resistance resources (GRRs) describe any psychosocial factors, e.g. attitudes, self-efficacy beliefs and knowledge, or factors in the environment, e.g. social support and cultural stability (29). Moreover, the salutogenic model suggests two important mechanisms: the behavioural and the perceptual (29, 30). The behavioural perspective focuses on empowering individuals to use their own resources in stressful situations; the perceptual mechanism, in turn, focuses on reflecting on and understanding stressful situations in connection with the resources available to deal with demanding life events (like sustaining a mild TBI). Snell et al., in their recent study, highlighted SOC as an umbrella construct to better facilitate and understand injury beliefs and

recovery after mild TBI (4). The SOC elements of comprehensibility, manageability, meaningfulness, and general resistance resources were used to more fully interpret the findings, as will be discussed later in the paper.

## **Methods**

We chose to use a hermeneutic approach in this study, allowing our understanding to develop through the interactive relationship between our participants' expressed lifeworld and our interpretation and meaning-making of it (31). Specifically, we drew upon Gadamer's hermeneutic approach (32), in which the researchers' own preunderstandings and prejudices are taken into account, particularly with regard to how these interact with the data.

### **Context of the study**

This sub-study was performed within an ongoing randomized controlled trial (RCT) examining the efficacy of a complex intervention after mild-to-moderate TBI on RTW, work stability and productivity, quality of life, and symptom burden (33, 34). The intervention consisted of manualized group-based Compensatory Cognitive Training (CCT) (35) and supported employment (SE), and was provided at a hospital in South-Eastern Norway in collaboration with the Norwegian Labour and Welfare Administration (NAV).

Patients randomized to the intervention group of the RCT were invited to participate in a CCT programme (33), comprised of 10 weekly group sessions (each lasting 2 hours) and focusing on psychoeducation and compensatory strategy training. The training targeted post-concussive symptom management and cognitive symptoms within topics of learning and memory, prospective memory, attention and concentration, cognitive flexibility, and executive functions (e.g. problem-solving, planning, and goal-setting) (33-35). The training was also focused on the effect that post-concussive symptoms – such as sleep disturbance, pain, fatigue, headache, tension, and emotional distress – can have on cognitive symptoms and functional recovery. Moreover, the CCT intervention emphasized a biopsychosocial understanding aimed at educating participants about this complex interrelationship, and taught stress reduction techniques and strategies to compensate for the functional consequences of symptoms (33). Participants were encouraged to do homework assignments that were aimed at integrating and generalizing strategies between sessions.

In combination with CCT, Individual Placement and Support (IPS) – a novel “place-and-train” approach to vocational rehabilitation – was implemented, and involved SE in real-life

competitive work settings (33). SE aims to provide professional services to help people with disabilities participate in the competitive labour market. The ongoing RCT study differs from earlier CCT-SE studies (33, 35, 36), in that all participants had permanent (half-time to full-time) employment at the time of injury.

This sub-study had a particular interest in how the CCT intervention was experienced by the participants, and does not explicitly address their experiences with supported employment.

### **Participants and injury characteristics in the sub-study**

Individuals between 18 and 60 years of age who had sustained mild-to-moderate TBI and had participated in the RCT study were eligible for this sub-study. Patients with a history of severe psychiatric or neurological illness, active substance abuse, or inability to speak Norwegian were excluded (33, 34).

Three women and five men, aged 27-55 years, were interviewed immediately following their completion of 10 weekly sessions of CCT, 4-6 months after injury. All eight patients, who had been recruited from the RCT study, had sustained mild TBI (GCS 15) after a fall, a blow to the head from a heavy object, or exposure to violence. This is not surprising, as more than 95% of participants in the RCT study had sustained a mild TBI. Participants in this sub-study had been enrolled in the RCT study 8-12 weeks after injury and were on zero-to full-time sick-leave. Two of the patients were on full-time sick-leave at the time of their interviews. Three of the patients were struggling with anxiety, depression, and post-traumatic stress disorder (PTSD) and were treated for these conditions. The participants' demographic and injury characteristics have been anonymized and are summarized in table 1. All names are pseudonyms.

Table 1. Characteristics of patients and their injuries (n=8).

Participant	Gender	Age group	PTA	Sick-leave (%)	Type of work
“Mathew”	M	40-50	<1 hour	60	Technical support/maintenance
“Laura”	F	20-30	Not registered	80	Management
“Philip”	M	20-30	No	80	Management
“John”	M	30-40	No	100	Construction operations
“Stanley”	M	40-50	<1 hour	100	Management
“Richard”	M	50-60	No	0	Management
“Amy”	F	50-60	No	60	Counselling
“Mary”	F	20-30	Not registered	50	Education

## Procedures

Participants were consecutively recruited from three different CCT intervention groups within the RCT study. The group size varied due to overall inclusion rates in the RCT. Two of the groups consisted of two individuals and one group consisted of five. One person did not want to attend the interview. Recruitment and data collection took place between March and June 2018.

Information about the study was provided by the first author at the final CCT session. Information about the content of the study was given. Participants all received a phonecall from the first author two days later to clarify details, obtain consent, and make an appointment for an interview.

To familiarize herself with the CCT intervention, the first author participated as an observer in all 10 sessions with one group before performing the interviews. Participants for this study were not recruited from this group.

A semi-structured interview guide was prepared in accordance with the research questions. The interview guide was developed by the first author in collaboration with the research team. Firstly, the participants were asked to tell something about themselves, their interests, families, and favourite activities. The main questions targeted the participants’ experiences at

the time of injury, as well as their symptoms and how these influenced activity and participation. They were further asked to describe coping strategies from before the injury and what they normally did when life was stressful. Later, they were asked about their experiences related to treatment efforts, including experiences with taking part in the CCT intervention. Finally, they were asked to talk about their beliefs and hopes for the future.

### **Ethical considerations**

The study was approved by the Regional Committee for Medical Research Ethics–South East Norway (approval number 2016/2038-9) and conducted in compliance with the Helsinki Declaration and requirements for data processing (37). The participants provided written, informed consent and were informed about their right to withdraw without incurring consequences with regards to further treatment or participation in the RCT study. All information regarding the identities of participants were anonymized, both in the transcripts and in this article.

### **Data analysis**

The interviews lasted from 50-90 minutes and were digitally recorded. All interviews were conducted and transcribed verbatim by the first author. The data were analysed using a thematic analysis (TA) approach inspired by Braun and Clarke (38), grounded in the participants' experiences. TA is widely used as a flexible method within qualitative research (38, 39) and aligns well with the philosophical hermeneutic approach, as the data of the expressed lifeworld of the participants are interpreted in a close interplay between the researchers' preunderstandings and the data (38, 39). The six stages in Braun and Clarke's thematic analysis provided a framework with which to familiarize ourselves with the data, through coding and to develop themes that captured the essence of the dataset, and throughout and across the eight interviews. Moreover, the coding process was data driven and inductive, meaning the researchers did not have any specific theory in mind during this early stage of analysis. The final results were later discussed in light of Antonovsky's salutogenic theory (30). In the following, our analysis is described in more detail using Braun and Clarke's six steps:

All four authors familiarized themselves with the data (step 1). The first author reread and coded the dataset in close relation to the research question, using manual coding (step 2). Codes and categories were refined and collapsed and later developed into themes by the first author (step 3). Themes were reviewed and subthemes and relationships between them were



discussed within the group of authors until a final consensus was reached for all findings (step 4). Finally, one overarching topic was developed to represent the overall experience of the participants. The analysis revealed three major themes and subthemes (step 5). These findings are presented in the Results section (step 6).

## **Results**

Our analysis identified a consensus among participants that the symptoms they experienced from their mild TBI had affected their everyday life in many ways; and, further, that classification of their injury as “mild” in the medical sense did not seem right to them, given their everyday experiences. All participants described struggling with cognitive symptoms, such as impaired concentration, memory, and problem-solving, and/or with fatigue. Physical problems – e.g. balance, dizziness, nausea, vestibular problems, and impaired vision – were also reported.

Based on the participants’ expressed confusion and uncertainty about what to do in order to improve, the findings were summarized into one overarching topic, “A balancing act – manoeuvring in uncharted waters,” within which three core themes were developed: 1) “Uncertainty and hope for an answer”; 2) “Being as active as possible vs. time heals all wounds”; and 3) “To become the one I used to be vs. to become a new version of myself.”

Below, the findings are described thematically and within subthemes. Quotations are provided to illustrate themes.

### **Theme 1: “Uncertainty and hope for an answer”**

A recurring finding was the participants’ search for knowledge and a coherent understanding of their new situation, including what they could do in order to recover. The theme “uncertainty and hope for an answer” refers to this process of seeking information from different sources, trying to find both understanding and meaning. At the same time, this theme also captures participants’ decision to stop the search, and the development of their confidence and feelings of control regarding the situation.

Most of the participants spent a considerable amount of time searching for information that would help them understand their new situation. A few of the participants were admitted to a hospital immediately after the incident, but most did not see any health professional in the acute phase following their injury. Those who did were advised to do as little and rest as

much as possible. Some said they were told to rest in a dark room with little or no stimulation. They had all been informed that they could expect a good prognosis.

I was told to rest for a week or so, in a relatively dark room without reading and using my cell phone and (...) just rest. (Mary)

Some also expressed meeting with general practitioners or other health professionals who had little or no knowledge about cognitive symptoms and were unsure how to give guidance. On the other hand, some participants met health professionals who told them to be as active as possible. Dealing with both their own uncertainty and that of the health professionals left them feeling confused as to what to do.

Because of this conflicting information, uncertainty on how to treat concussions, and sometimes misinformation regarding the course of rehabilitation, the analysis identified two subthemes within “uncertainty and hope for an answer”: 1) “Knowledge from health professionals vs. my own knowledge”; and 2) “To be my own coach.”

#### *Subtheme 1: “Knowledge from health professionals vs. my own knowledge”*

With time, participants discovered that their symptoms lasted longer than expected and that this affected their participation in normal everyday activities. They searched for information on the internet, they asked family, friends, and neighbours, and some also joined concussion support groups on social media. Some of the participants also mentioned having a colleague or supervisor at work with a partner who had recently experienced a concussion.

My boss told me – and that is a bit of luck [for me] that his wife had a concussion last year. I have done a lot of what she has done [regarding treatment] (...). (Stanley)

Some of the participants referenced previous concussions (sustained either recently or when they were younger). They compared the two events to try to understand their current situation.

I more or less thought the recovery would last about one year this time. Because last time I had so many hopes, and there were so many setbacks, therefore I felt it was best to prepare for one year and be positively surprised if I recovered in half a year. (Laura)

The limited and fragmented information available lead some participants to seek treatment with neurologists and chiropractors, and also ophthalmologists, optometrists, and opticians who helped them with vision therapy. They also sought help from non-medical therapies like meditation, yoga, and mindfulness. These activities kept them occupied, and provided some

structure in their everyday life while on sick-leave. Some of these treatment options also made them think about previous treatments – like for instance mindfulness – in a new way.

I have always thought about mindfulness as something that is nice and good for general brain health, but now, after this incident, my experience has been that mindfulness is completely necessary for my brain. (Mary)

Additionally, some participants expressed the need to see professionals who provided clear advice.

The chiropractor told me what the medical doctor theoretically could have. He is a strict person that puts things into perspective, like, “You should get better at resting!” “Don’t start working now!” (Stanley)

### *Subtheme 2: “To be my own coach”*

Participants described their search for consistent information and clear advice as an exhaustive process. They felt that health professionals seemed to lack the whole picture, and they felt alone in their search for solutions.

And this is what seems awkward to me with the whole arrangement, let’s call it health care. Everything I have done, I have done on my own (...). I have demanded computer scans of my brain, several X-rays, referral to a neurologist, I have consulted a chiropractor, an ophthalmologist, and no advice has come from the health care service – like, “You should do this.” (Stanley)

Stanley pointed out that there was a risk to being forced to be one’s own personal coach:

(...) There is a risk that you will choose the strategy or activity that feels comfortable for you and not choose the thing that may be the best for you.

Other participants described being their own coach in other ways, e.g. when dealing with their symptoms in everyday life. One of the participants highlighted the challenge of going to the grocery store with his family:

I wanted to do be as normal as possible and to do normal activities. In the beginning I didn’t have any strategies. I just had to figure it out on my own, just close my eyes, rub my temples, leave the shop, or whatever. (Mathew)

## **Theme 2: “Being as active as possible vs. time heals all wounds”**

During the CCT intervention, participants were advised to stay as active as possible within the limitations set by their symptoms. Activity and active strategies were highlighted throughout most of the CCT lessons, e.g. in the goalsetting and educational components, and in the homework and group activities. For many of the participants, this led to uncertainty regarding the correct thing to do, as they had previously been told by general practitioners and others to rest as much as possible. This uncertainty also affected how some of the participants engaged in the practical aspects of the CCT intervention. One exercise, for example, was to develop memory-enhancing strategies by retelling a short story about a group of family members told by another person within the CCT group.

It feels strange learning all these strategies while all the information I have heard and read about in the early phase of injury tells us to do as little as possible and that the brain should rest as much as possible. (Stanley)

Within the recovery process, participants discovered other aspects related to the balance between activity and rest that seemed to help them regain a sense of control. The analysis captured these aspects in three subthemes: 1) “Significance of past and current coping resources”; 2) “Significance of activity”; and 3) “Significance of time.”

### ***Subtheme 1: “Significance of past and current coping resources”***

This subtheme centres around the participants’ awareness of the need to exert personal agency. While mild TBI will heal itself to a certain degree, taking an active role in one’s personal rehabilitation is also necessary. Further, although old coping strategies may prove helpful, this is not always the case.

All participants talked about adjustment and some emphasized that positive self-talk, humour, enjoyable activities with good friends, and keeping a positive attitude kept them going in their daily life.

When I was home in the beginning, and was lying on the sofa, I was wearing workout clothes. After a while I recognized that [not being properly dressed] made me feel more sick (...). It affected my attitude (...). If you think the situation is exhausting, it will become exhausting. (Laura)

Some participants also pointed out that it was important to stay as active as possible, to search for meaningful activities and take part in the possibilities that were actually there, like taking part in the CCT intervention:

You can't wait for the solution to fall on you, you have to be active. (Mary)

Some participants felt that their brain injury had confirmed what they believed were important personal characteristics.

I really have been at an all-time low, and now I am recovering (...). This tells me that you should never give up. (Philip)

### *Subtheme 2: "Significance of activity"*

Confusion around resting also led participants to reflect on the meaning of activity. The participants wondered if they could do specific activities, and the degree of intensity with which they could do them. Participants wondered, "Can I do sports, and if so, how often and with what intensity?" "Can I go to a party and how long can I stay there?" "Can I start working and how much should I work?" Despite the frustration expressed by all participants, however, they acknowledged the importance of being active, especially for the positive impact on their mental health.

To lie on the sofa all day, that was frustrating. I had to do something (...). I started to engage in some new activities (...), I have learned to braid my hair, I have started baking, and I have started listening to podcasts. (Laura)

I can't just sit here and wait to become like before, I need to do something (...), make active choices and not feel sorry for myself and my situation. (Mary)

On the other hand, some participants also stated that symptoms limited their engagement in the kinds of sports-related activities that had been important to them prior to their injury:

I can do sports, but I can't reach the intensity that I want to in order to get that good feeling after working out [without triggering symptoms like a headache]. (...) It feels a little meaningless (...). I feel I have lost that part in a way. (Philip)

### *Subtheme 3: "Significance of time"*

The third subtheme concerned participants' experience of the timeline of recovery. On the one hand, they expressed time-related frustration (in terms of recovery time); on the other,

however, time was seen as a central factor in participants' ability to implement and transform new strategies into daily routines.

There isn't much I can do other than to wait and see (...) and that seems a little frustrating (...). It may be that time alone has healed the situation, or the vision therapy or the CCT intervention (...), I don't know. (Amy)

I believe that [the] time since [my] injury has made me start recovering, but I do not believe that you can force your brain to recover more quickly (...), though I believe that you can find strategies to cope with your issues (...), and that is what the CCT has been about, to find methods for coping. (Mathew)

Additionally, some participants pointed out that it was difficult to implement new strategies immediately, and that they needed time to find the right moment to try and apply them. The quote below describes one participant's process as he learned over time to apply the breathing techniques he learned in the CCT intervention:

(...) I was sweating and my anxiety was increasing (...), then I managed to use one of the breathing exercises for like 5 to 6 minutes (...) [and] my anxiety decreased (...). This breathing strategy has become very important to me, it can help me out of unpleasant situations and now this is the technique I use the most. (John)

### **Theme 3: "To become the one I used to be vs. to become a new version of myself"**

This theme captures the process participants went through from the time of injury to the interview. At the start of this process, they compared themselves to the person they had been before. Even though participants felt frustration, uncertainty, and scepticism around the advice they were given (and the lack thereof), each of them felt that their condition had improved significantly. Some also described having come to view life from a different perspective following their injury:

I have always been happy with my life, but I haven't celebrated life in the same way that I have after the injury. Now I appreciate everyday life in another way, my relationships, my family... everything. Just to be outside, go for a walk, look at nature, and listen to the birds (...), I appreciate more in a different way (...). And all this despite my balance problems... (Mathew)

### *Subtheme 1: “Exposing, adapting and improving the new me”*

All participants reported that they still had symptoms to deal with, which were sometimes obvious to their families and co-workers, but not always. There was a fine line between participants’ attempts to cover up their difficulties or make them more visible. On the one hand, participants sought empathy from others. On the other, they found it frustrating when close friends and family pointed out difficulties that participants had hoped were not visible to others.

At the workplace, the symptoms participants had to manage became visible to their co-workers through adaptations that were made: for instance, working part-time or at specific times of the day, or being given fewer tasks and less responsibility. Philip explained how his well-meaning employer had tried to help but did not fully understand Philip’s level of functionality:

I have a nice employer that seems to understand the situation. On the other hand, during my return to work process, I am working on the busiest days [of the week] and at the time of day where there is the most to do (...). I can understand the need for my employer to fill things in on busy days, but it is not the best for me.

Attending the CCT intervention, however, helped make participants’ symptoms more visible. Most participants found that participating in the training once per week provided them with a necessary anchoring, and that the training – in a hospital setting – was a way of making the severity of their situation visible to others in their community.

Some participants also expressed how their cognitive problems, which were not necessarily visible to others, affected their relationships with family members in everyday life:

I am just sitting there, with my thoughts, watching all the tasks I should engage in, and my children are talking to me, and I do not listen (...), they are repeating and repeating and then I lose my patience... and it is me that has not listened... I feel sorry for them, and that makes me feel more depressed because I am not functioning as I should.

(John)

As the participants reflected back, they could see that there had been a step-by-step improvement in their conditions: not day-to-day, perhaps, but maybe week-to-week and definitely month-to-month. One of the participants shared some reflections about when he first met the doctor associated with the CCT intervention:

I was sitting there asking, “When will I be back on track?”... and I was looking at my watch and the doctor looked at the calendar (...), and then he said, “Maybe by this summer you will be...” “What?! By the summer?!” That was definitely the biggest surprise. If I knew what I now know, I would have been a more diligent student during the CCT intervention. (Richard)

The brain injury also caused participants to reflect on values in their everyday life. Some participants had experienced traumatic accidents, which triggered “what-could-have-happened-if” reflections; they felt that this made them be more present in the here-and-now, and made them appreciate things in their everyday life, at work and with friends and family. Some of them mentioned paying closer attention when their relatives spoke; one participant described how she had a closer relationship with her husband, since they talked with one another instead of watching television.

Almost all participants reported that the injury and being on sick-leave for a long period of time had resulted in lower self-esteem. This brought up the need for self-validation.

[...] I started dating after the injury to get to know new people, both to challenge my own awareness within the conversation, but also to get confirmation that I am a nice person to talk to in spite of some small holes in my memory. (Mary)

The mild TBI had also made some of the participants reconsider how much time to spend at work in the future – they aspired to return to working full-time rather than working overtime, as they had done prior to injury.

## **Discussion**

Existing knowledge about the management of and improvement of symptoms after sustaining a mild TBI calls for more knowledge about patients’ experiences – in particular, experiences with the treatments offered (3, 24, 25). To the best of our knowledge, this is the first study among civilians that explores their recovery experiences following an intensive group-based compensatory cognitive intervention.

The findings describe a process of recovery that is multifaceted, characterized by uncertainty, mood instability, and the necessity of navigating multiple sources to establish a coherent understanding of one’s specific situation – and subsequently a sense of control. Moreover, findings show how the participants had to deal not only with their own uncertainty and



confusion, but also that of their health care providers. These experiences of being in limbo without any clear pathway or steps to achieve recovery was revealed in the overarching topic, “A balancing act – manoeuvring in uncharted waters.” Drawing on Antonovsky’s salutogenic theory, this balancing act can be interpreted as participants’ search for meaningfulness within their everyday life, and for coping strategies to draw upon in their reality. Below, the findings will be discussed in light of prior research and Antonovsky’s salutogenic theory, as its main elements of comprehensibility, manageability, and meaningfulness bring depth to the interpretation of the participants’ experiences.

### **“Uncertainty and hope for an answer”**

The search for clarification and a SOC in order to handle a broad range of activities and life events – both large and small – develop during childhood, youth, and adulthood (30). Clarity and coherence can help individuals create order and a sense of control when a problem arises. Further, when faced with a multitude of solutions for a specific problem, most individuals will choose the solution that feels most comfortable and is in line with one’s resources, the environment, and one’s specific situation. Many of the participants in this sub-study described the confusion that arose when they could not find clear answers from medical professionals about their prognosis and how to manage their symptoms.

Some turned to alternative medicine, and felt this was helpful as they received coherent advice which in turn provided them with a sense of clarity. This, however, does not mean that the answers they received were actually helpful or in line with current medical guidelines. Indeed, at times the advice participants received was also in conflict with information the participants had already acquired. From a salutogenic perspective, the participants were searching for comprehensibility. While they had been told they could expect a full recovery, they still had symptoms and had not yet been able to return to their normal activities. If the new information was in line with previous information, or if several health professionals had given the same advice, it became more trustworthy to them. If the answers or advice they received were in line with their own personal experiences, it also made sense.

In Antonovsky’s conceptualization, manageability is closely connected with comprehensibility and meaningfulness (30, 40): to manage a situation, one must first comprehend what is happening, and once one both comprehends and can manage a situation, one may find meaningfulness (29). This can be illustrated through the strategies the participants learned in the CCT intervention. While the strategies could be learned

theoretically, they were not used until the participant had a cognitive understanding of the rationale underpinning them and could see its usefulness in real, everyday activities outside the group sessions.

Findings from this study are in line with those of Snell et al. (4), who found that having a coherent understanding of their injury-related symptoms and recovery reduced anxiety, facilitated self-esteem, self-control and a sense of agency, and led to positive expectations regarding their recovery. Here, a coherent understanding meant that the participants were able to draw on their coping strategies in stressful situations, and that they had information about, and an understanding of, the resources that were available (29). In Snell et al.'s study, the presence or absence of social support, and feeling validated and reassured versus invalidated and confused, were expressed as either facilitating or hindering positive development. This is also similar to Levack et al.'s (25) study, in which participants described the importance of feeling respected, validated, and accepted by others, and of having a valued place in the world, as they reconstructed their self-identity after a TBI (25). Brunger et al. (24), similarly, found that chaos and confusion hindered recovery. Moreover, participants in Brunger et al.'s study perceived interventions to be helpful if they helped them re-establish their sense of stability and order in daily life (4) – this is in keeping with the findings from our present study. In summary, it might be particularly difficult for individuals to obtain a sense of coherence when faced with medical problems that are multifaceted and individualized, and where there are few or no clear, reliable evidence-based treatment guidelines for symptom relief.

### **“Being as active as possible vs. time heals all wounds”**

Previous research and clinical guidelines have highlighted the importance of early psychoeducation to ensure good prognosis and hopes for full recovery (6, 12, 21, 41-43). All participants were interviewed following their completion of an intensive CCT intervention. The present findings contribute knowledge about structured interventions in the post-acute phase after injury. Participants found meeting others with similar injuries helpful together with input (and advice from) professional health personnel. Most of the patients were happy to learn coping strategies, but some of the strategies felt strange to them, and partly in conflict with previous advice regarding rest and activity. This may reflect a shift in evidence-based knowledge, from the belief that maximal rest is the best pathway to recovery, to current advice holding that patients should be active as soon as possible and increase activity levels as rapidly as symptoms allow (21, 44). The participants' confusion and uncertainty may thus

indicate that the most recent evidence-based recommendations have not yet been introduced among healthcare personnel or lay people.

Some of the participants remained uncertain as to whether they could actually do anything about their mild TBI, or if time alone would be enough to repair their brain and relieve symptoms. An essential aspect of Antonovsky's SOC is that it concerns the individual's *perceived* meaningfulness, manageability, and comprehensibility (29). According to Antonovsky, it is not only the actual stimuli, the actual resources, and the actual challenges that are important – the ideas one has about one's stimuli, resources, and challenges are also relevant (29). One of the reported benefits of the CCT intervention, for the participants, was the validation of information they had received from health care professionals. In addition they appreciated mirroring other participants in the group. CCT is in line with evidence-based knowledge about treatment after mild TBI (21), but in contradiction to previous perceptions about rest and activity. This may have hampered the understanding and knowledge of the participants. In particular, strategies that stimulated problem-solving and metacognitive, abstract thinking and planning ahead were frequently mentioned as confusing to understand and in conflict with the participants' thoughts about allowing the brain to rest as much as possible. Here, with Antonovsky's SOC conceptualization in mind, though the participants may have reached comprehensibility and manageability of the strategies (i.e. understanding and using them), they had not fully arrived at the meaningfulness of the strategies' meaningfulness. However, there is evidence that early psychological approaches, consisting of supportive and educational interventions, are effective in helping individuals to recover from a mild TBI (14, 42, 44).

### **“To become the one I used to be vs. to become a new version of myself”**

The participants all described a shift in how they viewed their condition: from looking back before the injury to looking ahead following the injury. Some of them mentioned earlier coping strategies as being helpful, while others felt that these in fact worked against them. Most also reported having an altered way of thinking about their everyday life, their relationships with relatives, friends, and colleagues, and their work participation – not despite their injury, but because of it. Discussing resources and defining possible stressful situations within group sessions and reflections among group members and professionals may have strengthened their confidence in their own coping strategies. This finding is supported by the literature, which suggests that a salutogenic orientation may contribute to enhancing the

quality of life of individuals who have sustained a mild TBI, and to decreasing their psychological distress (40).

## **Conclusions**

This study explored how patients with a mild TBI described and made sense of their injury and recovery process. The experiences were highly individual, a finding supported by a literature that describes mild TBI as having significant heterogeneity in the causes of and strategies to alleviate symptoms (12). The participants balanced between uncertainty and hope for the future, and they sought help that would guide them along a well-defined pathway where they would not need to be their own coach. On the other hand, they also realized over time that they had to exert personal agency in terms of deciding what advice was helpful for them – in their individual situation – and taking charge of their own rehabilitation process. Intensive group training contributed to individual awareness of personal coping resources and increased awareness of potentially stressful situations. A salutogenic approach with a focus on resources may be relevant for future research, especially within the biopsychosocial perspective.

## **Acknowledgements**

The authors thank all participants in this study, as well as all members of the RCT group that contributed.

## **Declaration of interest statement**

This study is part of an ongoing randomized controlled trial conducted by Oslo University Hospital, Sunnaas Rehabilitation Hospital, the Norwegian Labour and Welfare Administration (NAV), and the Work Research Institute (AFI), and funded by the Research Council of Norway (RCN). The authors report no conflicts of interest.

## References

1. Andelic N, Sigurdardottir S, Schanke A-K, Sandvik L, Sveen U, Roe C. Disability, physical health and mental health 1 year after traumatic brain injury. *Disabil Rehabil.* 2010;32(13):1122-31. doi: 10.3109/09638280903410722
2. McInnes K, Friesen CL, Mackenzie DE, Westwood DA, Boe SG. Mild Traumatic Brain Injury (mTBI) and chronic cognitive impairment: A scoping review. *PLoS ONE.* 2017;12(4): p. e0174847. doi: 10.1371/journal.pone.0174847
3. Mah K, Hickling A, Reed N. Perceptions of mild traumatic brain injury in adults: a scoping review. *Disabil Rehabil.* 2018;40(8):960-73. doi: 10.1080/09638288.2016.1277402
4. Snell DL, Martin R, Surgenor LJ, Siegert RJ, Hay-Smith EJC. What's wrong with me? seeking a coherent understanding of recovery after mild traumatic brain injury. *Disabil Rehabil.* 2017;39(19):1968-75. doi: 10.1080/09638288.2016.1213895
5. Marshall S, Bayley M, McCullagh S, Velikonja D, Berrigan L, Marshall S. Clinical practice guidelines for mild traumatic brain injury and persistent symptoms. 2012. p. 257-67.
6. Marshall S, Bayley M, McCullagh S, Velikonja D, Berrigan L, Ouchterlony D, et al. Updated clinical practice guidelines for concussion/mild traumatic brain injury and persistent symptoms. *Brain Injury.* 2015;29(6), p688-700. doi: 10.3109/02699052.2015.1004755
7. Iverson GL, Lange RT. Mild Traumatic Brain Injury In: Schoenberg MR, Scott JG, editors. *The little Black Book of Neuropsychology: A Syndrome-Based Approach.* New York: Springer; 2011:697-719. doi: 10.1007/978-0-387-76978-3\_22
8. Hayward C, Herron Katherine A, Sterr A, Montaldi D. Are mild head injuries as mild as we think? Neurobehavioral concomitants of chronic post-concussion syndrome. *BMC Neurol.* 2006;6(1):7. doi: 10.1186/1471-2377-6-7
9. Teasdale G, Jennett B, Teasdale G. Assessment of coma and impaired consciousness. A practical scale. 1974:81-4. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(74\)91639-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(74)91639-0)
10. Carroll LJ, Cassidy JD, Peloso PM, Borg J, Von Holst H, Holm L, et al. Prognosis for mild traumatic brain injury: results of the WHO Collaborating Centre Task Force on Mild Traumatic Brain Injury. *J Rehabil Med.* 2004;36(43 Suppl):84. doi: 10.1080/16501960410023859
11. Definition of mild traumatic brain injury. *J Head Trauma Rehabil.* 1993;8(3):86-7.

- doi: 10.1097/00001199-199309000-00010
12. Iverson LG. Outcome from mild traumatic brain injury. *Current Opinion in Psychiatry*. 2005;18(3):301-17. doi: 10.1097/01.yco.0000165601.29047.ae
  13. Andelic N, Sigurdardottir S, Brunborg C, Roe C. Incidence of Hospital-Treated Traumatic Brain Injury in the Oslo Population. *Neuroepidemiology*. 2008;30(2):120-8. doi: <https://doi.org/10.1159/000120025>
  14. Ponsford J. Rehabilitation interventions after mild head injury. *JCOiN*. 2005;18(6):692-7. doi: 10.1097/01.wco.0000186840.61431.44
  15. Røe C, Sveen U, Alvsker K, Bautz-Holter E. Post-concussion symptoms after mild traumatic brain injury: influence of demographic factors and injury severity in a 1-year cohort study. *J Disabil Rehabil*. 2009;31(15):1235-1243. doi: 10.1080/09638280802532720
  16. Gilworth G, Eyres S, Carey A, Bhakta BB, Tennant A. Working with a brain injury: Personal experiences of returning to work following a mild or moderate brain injury. *J Rehab Med*. 2008;40(5). doi: 10.2340/16501977-0169
  17. Benedictus MR, Spikman JM, van Der Naalt J. Cognitive and Behavioral Impairment in Traumatic Brain Injury Related to Outcome and Return to Work. *Arch Phys Med Rehabil*. 2010;91(9):1436-41. doi: 10.1016/j.apmr.2010.06.019
  18. Whittaker R, Kemp S, House A. Illness perceptions and outcome in mild head injury: a longitudinal study. *BMJ Publishing Group Ltd*. 2007;644-646 doi: 10.1136/jnnp.2006.101105
  19. Iverson GL, Lange RT. Post-Concussion Syndrome. In: Schoenberg MR, Scott JG, editors. *The Little Black Book of Neuropsychology: A Syndrome-Based Approach*. New York: Springer; 2011;745-63. doi: 10.1007/978-0-387-76978-3\_24
  20. Silverberg ND, Iverson GLJN. Etiology of the post-concussion syndrome: physiogenesis and psychogenesis revisited. *J NeuroRehabilitation*. 2011;29(4):317-29. doi: 10.3233/NRE-2011-0708
  21. Ontario Neurotrauma Foundation. *Guideline for Concussion/Mild Traumatic Brain Injury and Persistent Symptoms* Toronto, ON, Canada: Ontario Neurotrauma Foundation; 2018 [cited 2019 07.05]. Third:[Available from: <http://braininjuryguidelines.org/concussion/fileadmin/media/adult-concussion-guidelines-3rd-edition.pdf>
  22. Bandura A. *Self-efficacy: The exercise of control*: Macmillan; 1997.
  23. Bandura AJAp. Self-efficacy mechanism in human agency. 1982;37(2):122.

24. Brunger H, Ogden J, Malia K, Eldred C, Terblanche R, Mistlin A. Adjusting to persistent post-concussive symptoms following mild traumatic brain injury and subsequent psycho-educational intervention: a qualitative analysis in military personnel. *Brain Inj.* 2014;28(1):71-80. doi: 10.3109/02699052.2013.857788
25. Levack WMM, Kayes NM, Fadyl JK. Experience of recovery and outcome following traumatic brain injury: a metasynthesis of qualitative research. *Disabil Rehabil.* 2010;32(12):986-999. doi: 10.3109/09638281003775394
26. D'cruz K, Douglas J, Serry T. Personal narrative approaches in rehabilitation following traumatic brain injury: A synthesis of qualitative research. *Neuropsychol Rehabil.* 2017:1-20. doi: 10.1080/09602011.2017.1361844
27. Sveen U, Soberg HL, Ostensjo S. Biographical disruption, adjustment and reconstruction of everyday occupations and work participation after mild traumatic brain injury. A focus group study. *Disabil Rehabil.* 2016;38(23):2296-304. doi: 10.3109/09638288.2015.1129445
28. Bury M. Chronic illness as biographical disruption. *Sociol Health Illn.* 1982;4(2):167-82. doi: 10.1111/1467-9566.ep11339939
29. Super S, Wagemakers MAE, Picavet HSJ, Verkooijen KT, Koelen MA. Strengthening sense of coherence: opportunities for theory building in health promotion. *Health Promot Int.* 2016;31(4):869-78. doi: 10.1093/heapro/dav071
30. Antonovsky A. *Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well*: Jossey-bass; 1987.
31. Starks H, Brown Trinidad S. Choose Your Method: A Comparison of Phenomenology, Discourse Analysis, and Grounded Theory. *Qual Health Res.* 2007;17(10):1372-80. doi: 10.1177/1049732307307031
32. Gadamer H-G, Linge DE. *Philosophical hermeneutics*. Berkeley, Calif: University of California Press; 1977.
33. Howe E, Langlo K-P, Terjesen HCA, Røe C, Schanke A-K, Sjøberg HL, et al. Combined cognitive and vocational interventions after mild to moderate traumatic brain injury: study protocol for a randomized controlled trial. 2017;18(1). doi: 10.1186/s13063-017-2218-7
34. Howe EI, Løvstad M, Langlo K-PS, Hellstrøm T, Spjelkavik Ø, Ugelstad H, et al. Feasibility of a Cognitive Rehabilitation Program for Individuals with Mild-to-Moderate Traumatic Brain Injury: Participants' Engagement and Satisfaction. *Cogent Medicine.* 2019. doi: 10.1080/2331205X.2019.1565614

35. Twamley EW, Jak AJ, Delis DC, Bondi MW, Lohr JB. Cognitive Symptom Management and Rehabilitation Therapy (CogSMART) for Veterans with traumatic brain injury: pilot randomized controlled trial.(Report). *J Rehabil Res Dev*. 2014;51(1):59. doi: 10.1682/jrrd.2013.01.0020
36. Twamley WE, Thomas RK, Gregory MA, Jak JA, Bondi WM, Delis CD, et al. CogSMART Compensatory Cognitive Training for Traumatic Brain Injury: Effects Over 1 Year. *J Head Trauma Rehabil*. 2015;30(6):391-401. doi: 10.1097/HTR.0000000000000076
37. World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. *Bull World Health Organ*. 2001;79(4):373-4. doi: 10.1590/S0042-96862001000400016
38. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*. 2006;3(2):77-101. doi: 10.1191/1478088706qp063oa
39. Braun V, Clarke V. *Successful qualitative research : a practical guide for beginners*. Los Angeles, Calif: Sage; 2013.
40. Langeland E, Wahl AK, Kristoffersen K, Hanestad BR, Jimhn. Promoting coping: salutogenesis among people with mental health problems. 2007;28(3):275-95. doi: <https://doi.org/10.1080/01612840601172627>
41. Theadom A, Parag V, Dowell T, McPherson K, Starkey N, Barker-Collo S, et al. Persistent problems 1 year after mild traumatic brain injury: a longitudinal population study in New Zealand. *British Jo Gen Prac*. 2016. p. e16-e23. doi: 10.3399/bjgp16X683161
42. Ponsford J, Willmott C, Rothwell A, Cameron P, Kelly AM, Nelms R, et al. Impact of early intervention on outcome following mild head injury in adults. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2002;73(3):330. doi: 10.1136/jnnp.73.3.330
43. Borg J, Holm L, Peloso PM, Cassidy JD, Carroll LJ, Von Holst H, et al. Non-surgical intervention and cost for mild traumatic brain injury: results of the WHO Collaborating Centre Task Force on Mild Traumatic Brain Injury. *J Rehabil Med*. 2004;43(Suppl):76-83.
44. McCrea M, Iverson GL, McAllister TW, Hammeke TA, Powell MR, Barr WB, et al. An integrated review of recovery after mild traumatic brain injury (MTBI): implications for clinical management. 2009;23(8):1368-90. doi: <https://doi.org/10.1080/13854040903074652>



# Vedlegg



## Disability and Rehabilitation

### Instructions for authors

Thank you for choosing to submit your paper to us. These instructions will ensure we have everything required so your paper can move through peer review, production and publication smoothly. Please take the time to read and follow them as closely as possible, as doing so will ensure your paper matches the journal's requirements. For general guidance on the publication process at Taylor & Francis please visit our [Author Services website](#).



This journal uses ScholarOne Manuscripts (previously Manuscript Central) to peer review manuscript submissions. Please read the [guide for ScholarOne authors](#) before making a submission. Complete guidelines for preparing and submitting your manuscript to this journal are provided below.

#### About the journal

*Disability and Rehabilitation* is an international, peer reviewed journal, publishing high-quality, original research. Please see the journal's [Aims & Scope](#) for information about its focus and peer-review policy.

From 2018, this journal will be online only, and will no longer provide print copies.

Please note that this journal only publishes manuscripts in English.

*Disability and Rehabilitation* accepts the following types of article: Reviews, Research Papers, Case Studies, Perspectives on Rehabilitation, Reports on Rehabilitation in Practice, Education and Training, and Correspondence. Systematic Reviews should be submitted as "Review" and Narrative Reviews should be submitted as "Perspectives in Rehabilitation".

Special Issues and specific sections on contemporary themes of interest to the Journal's readership are published. Please contact the Editor for more information.

## Peer review

Taylor & Francis is committed to peer-review integrity and upholding the highest standards of review. For submissions to *Disability and Rehabilitation* authors are given the option to remain anonymous during the peer-review process. Authors will be able to indicate whether their paper is 'Anonymous' or 'Not Anonymous' during submission, and should pay particular attention to the below:

- Authors who wish to remain **anonymous** should prepare a complete text with information identifying the author(s) removed. This should be uploaded as the "Main Document" and will be sent to the referees. A separate title page should be included providing the full affiliations of all authors. Any acknowledgements and the Declaration of Interest statement must be included but should be worded mindful that these sections will be made available to referees.
- Authors who wish to be **identified** should include the name(s) and affiliation(s) of author(s) on the first page of the manuscript. The complete text should be uploaded as the "Main Document".

Once your paper has been assessed for suitability by the editor, it will be peer-reviewed by independent, anonymous expert referees. Find out more about [what to expect during peer review](#) and read our guidance on [publishing ethics](#).

## Preparing your paper

All authors submitting to medicine, biomedicine, health sciences, allied and public health journals should conform to the [Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals](#), prepared by the International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE).

We also refer authors to the community standards explicit in the [American Psychological Association's \(APA\) Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct](#).

We encourage authors to be aware of standardised reporting guidelines below when preparing their manuscripts:

- Case reports - [CARE](#)
- Diagnostic accuracy - [STARD](#)
- Observational studies - [STROBE](#)
- Randomized controlled trial - [CONSORT](#)
- Systematic reviews, meta-analyses - [PRISMA](#)

Whilst the use of such guidelines is supported, due to the multi-disciplinary nature of the Journal, it is not compulsory.

## Structure

Your paper should be compiled in the following order: title page; abstract; keywords; main text, introduction, materials and methods, results, discussion; acknowledgments; declaration of interest statement; references; appendices (as appropriate); table(s) with caption(s); figures; figure captions (as a list).

In the main text, an introductory section should state the purpose of the paper and give a brief account of previous work. New techniques and modifications should be described concisely but in sufficient detail to permit their evaluation. Standard methods should simply be referenced. Experimental results should be presented in the most appropriate form, with sufficient explanation to assist their interpretation; their discussion should form a distinct section.

Tables and figures should be referred to in text as follows: figure 1, table 1, i.e. lower case. The place at which a table or figure is to be inserted in the printed text should be indicated clearly on a manuscript. Each table and/or figure must have a title that explains its purpose without reference to the text.

The title page should include the full names and affiliations of all authors involved in the preparation of the manuscript. The corresponding author should be clearly designated, with full contact information provided for this person.

### **Word count**

Please include a word count for your paper. There is no word limit for papers submitted to this journal, but succinct and well-constructed papers are preferred.

### **Style guidelines**

Please refer to these [style guidelines](#) when preparing your paper, rather than any published articles or a sample copy.

Please use any spelling consistently throughout your manuscript.

Please use double quotation marks, except where "a quotation is 'within' a quotation". Please note that long quotations should be indented without quotation marks.

For tables and figures, the usual statistical conventions should be used.

Drugs should be referred to by generic names. Trade names of substances, their sources, and details of manufacturers of scientific instruments should be given only if the information is important to the evaluation of the experimental data.

### **Formatting and templates**

Papers may be submitted in any standard format, including Word and LaTeX. Figures should be saved separately from the text. To assist you in preparing your paper, we provide formatting template(s).

[Word templates](#) are available for this journal. Please save the template to your hard drive, ready for use.

A [LaTeX template](#) is available for this journal. Please save the template to your hard drive, ready for use.

If you are not able to use the templates via the links (or if you have any other template queries) please contact us [here](#).

## References

Please use this [reference guide](#) when preparing your paper. An [EndNote output style](#) is also available to assist you.

## Taylor & Francis Editing Services

To help you improve your manuscript and prepare it for submission, Taylor & Francis provides a range of editing services. Choose from options such as English Language Editing, which will ensure that your article is free of spelling and grammar errors, Translation, and Artwork Preparation. For more information, including pricing, [visit this website](#).

## Checklist: what to include

1. **Author details.** Please ensure everyone meeting the International Committee of Medical Journal Editors (ICJME) [requirements for authorship](#) is included as an author of your paper. All authors of a manuscript should include their full name and affiliation on the cover page of the manuscript. Where available, please also include [ORCiDs](#) and social media handles (Facebook, Twitter or LinkedIn). One author will need to be identified as the corresponding author, with their email address normally displayed in the article PDF (depending on the journal) and the online article. Authors' affiliations are the affiliations where the research was conducted. If any of the named co-authors moves affiliation during the peer-review process, the new affiliation can be given as a footnote. Please note that no changes to affiliation can be made after your paper is accepted. [Read more on authorship](#).
2. A structured **abstract** of no more than 200 words. A structured abstract should cover (in the following order): the *purpose* of the article, its *materials and methods* (the design and methodological procedures used), the *results* and conclusions (including their relevance to the study of disability and rehabilitation). Read tips on [writing your abstract](#).
3. You can opt to include a **video abstract** with your article. [Find out how these can help your work reach a wider audience, and what to think about when filming](#).
4. 5-8 **keywords**. Read [making your article more discoverable](#), including information on choosing a title and search engine optimization.
5. A feature of this journal is a boxed insert on **Implications for Rehabilitation**. This should include between two to four main bullet points drawing out the implications for rehabilitation for your paper. This should be uploaded as a separate document. Below are examples:

*Example 1: Leprosy*

- Leprosy is a disabling disease which not only impacts physically but restricts quality of life often through stigmatisation.
- Reconstructive surgery is a technique available to this group.
- In a relatively small sample this study shows participation and social functioning improved after surgery.

### *Example 2: Multiple Sclerosis*

- Exercise is an effective means of improving health and well-being experienced by people with multiple sclerosis (MS).
  - People with MS have complex reasons for choosing to exercise or not.
  - Individual structured programmes are most likely to be successful in encouraging exercise in this cohort.
6. **Acknowledgement.** Please supply all details required by your funding and grant-awarding bodies as follows: *For single agency grants:* This work was supported by the under Grant . *For multiple agency grants:* This work was supported by the under Grant ; under Grant ; and under Grant .
  7. **Declaration of Interest.** This is to acknowledge any financial interest or benefit that has arisen from the direct applications of your research. [Further guidance on what is a declaration of interest and how to disclose it.](#)
  8. **Data availability statement.** If there is a data set associated with the paper, please provide information about where the data supporting the results or analyses presented in the paper can be found. Where applicable, this should include the hyperlink, DOI or other persistent identifier associated with the data set(s). [Templates](#) are also available to support authors.
  9. **Data deposition.** If you choose to share or make the data underlying the study open, please deposit your data in a [recognized data repository](#) prior to or at the time of submission. You will be asked to provide the DOI, pre-reserved DOI, or other persistent identifier for the data set.
  10. **Supplemental online material.** Supplemental material can be a video, dataset, fileset, sound file or anything which supports (and is pertinent to) your paper. We publish supplemental material online via Figshare. Find out more about [supplemental material and how to submit it with your article.](#)
  11. **Figures.** Figures should be high quality (1200 dpi for line art, 600 dpi for grayscale and 300 dpi for colour). Figures should be saved as TIFF, PostScript or EPS files.
  12. **Tables.** Tables should present new information rather than duplicating what is in the text. Readers should be able to interpret the table without reference to the text. Please supply editable files.
  13. **Equations.** If you are submitting your manuscript as a Word document, please ensure that equations are editable. More information about [mathematical symbols and equations.](#)
  14. **Units.** Please use [SI units](#) (non-italicized).

### **Using third-party material in your paper**

You must obtain the necessary permission to reuse third-party material in your article. The use of short extracts of text and some other types of material is usually permitted, on a limited basis, for the purposes of criticism and review without securing formal permission. If you wish to include any material in your paper for which you do not hold copyright, and which is not covered by this informal agreement, you will need to obtain written permission from the copyright owner prior to submission. More information on [requesting permission to reproduce work\(s\) under copyright.](#)

## Declaration of Interest Statement

Please include a declaration of interest statement, using the subheading "Declaration of interest." If you have no interests to declare, please state this (suggested wording: *The authors report no conflicts of interest*). For all NIH/Wellcome-funded papers, the grant number(s) must be included in the disclosure of interest statement. [Read more on declaring conflicts of interest](#).

## Clinical Trials Registry

In order to be published in a Taylor & Francis journal, all clinical trials must have been registered in a public repository at the beginning of the research process (prior to patient enrolment). Trial registration numbers should be included in the abstract, with full details in the methods section. The registry should be publicly accessible (at no charge), open to all prospective registrants, and managed by a not-for-profit organization. For a list of registries that meet these requirements, please visit the [WHO International Clinical Trials Registry Platform \(ICTRP\)](#). The registration of all clinical trials facilitates the sharing of information among clinicians, researchers, and patients, enhances public confidence in research, and is in accordance with the [ICMJE guidelines](#).

## Complying with ethics of experimentation

Please ensure that all research reported in submitted papers has been conducted in an ethical and responsible manner, and is in full compliance with all relevant codes of experimentation and legislation. All papers which report *in vivo* experiments or clinical trials on humans or animals must include a written statement in the Methods section. This should explain that all work was conducted with the formal approval of the local human subject or animal care committees (institutional and national), and that clinical trials have been registered as legislation requires. Authors who do not have formal ethics review committees should include a statement that their study follows the principles of the [Declaration of Helsinki](#).

## Consent

All authors are required to follow the [ICMJE requirements](#) on privacy and informed consent from patients and study participants. Please confirm that any patient, service user, or participant (or that person's parent or legal guardian) in any research, experiment, or clinical trial described in your paper has given written consent to the inclusion of material pertaining to themselves, that they acknowledge that they cannot be identified via the paper; and that you have fully anonymized them. Where someone is deceased, please ensure you have written consent from the family or estate. Authors may use this [Patient Consent Form](#), which should be completed, saved, and sent to the journal if requested.

## Health and safety

Please confirm that all mandatory laboratory health and safety procedures have been complied with in the course of conducting any experimental work reported in your paper. Please ensure your paper contains all appropriate warnings on any hazards that may be involved in carrying out the experiments or procedures you have described, or that may be involved in instructions, materials, or formulae.

Please include all relevant safety precautions; and cite any accepted standard or code of practice. Authors working in animal science may find it useful to consult the [International Association of Veterinary Editors' Consensus Author Guidelines on Animal Ethics and Welfare](#) and [Guidelines for the Treatment of Animals in Behavioural Research and Teaching](#). When a product has not yet been approved by an appropriate regulatory body for the use described in your paper, please specify this, or that the product is still investigational.

## Submitting your paper

This journal uses ScholarOne to manage the peer-review process. If you haven't submitted a paper to this journal before, you will need to create an account in the submission centre. Please read the guidelines above and then [submit your paper in the relevant Author Centre](#), where you will find user guides and a helpdesk. By submitting your paper to *Disability and Rehabilitation* you are agreeing to originality checks during the peer-review and production processes.

The Editor of *Disability and Rehabilitation* will respond to appeals from authors relating to papers which have been rejected. The author(s) should email the Editor outlining their concerns and making a case for why their paper should not have been rejected. The Editor may choose to accept the appeal and secure a further review, or to not uphold the appeal. In case of the latter, the Editor of *Disability and Rehabilitation: Assistive Technology* will be consulted.

On acceptance, we recommend that you keep a copy of your Accepted Manuscript. Find out more about [sharing your work](#).

## Data Sharing Policy

This journal applies the Taylor & Francis [Basic Data Sharing Policy](#). Authors are encouraged to share or make open the data supporting the results or analyses presented in their paper where this does not violate the protection of human subjects or other valid privacy or security concerns.

Authors are encouraged to deposit the dataset(s) in a recognized data repository that can mint a persistent digital identifier, preferably a digital object identifier (DOI) and recognizes a long-term preservation plan. If you are uncertain about where to deposit your data, please see [this information](#) regarding repositories.

Authors are further encouraged to [cite any data sets referenced](#) in the article and provide a [Data Availability Statement](#).

At the point of submission, you will be asked if there is a data set associated with the paper. If you reply yes, you will be asked to provide the DOI, pre-registered DOI, hyperlink, or other persistent identifier associated with the data set(s). If you have selected to provide a pre-registered DOI, please be prepared to share the reviewer URL associated with your data deposit, upon request by reviewers.

Where one or multiple data sets are associated with a manuscript, these are not formally peer reviewed as a part of the journal submission process. It is the author's responsibility to ensure the soundness of data. Any errors in the data rest solely with the producers of the data set(s).



## Publication charges

There are no submission fees, publication fees or page charges for this journal.

Color figures will be reproduced in color in your online article free of charge.

## Copyright options

Copyright allows you to protect your original material, and stop others from using your work without your permission. Taylor & Francis offers a number of different license and reuse options, including Creative Commons licenses when publishing open access. [Read more on publishing agreements](#).

## Complying with funding agencies

We will deposit all National Institutes of Health or Wellcome Trust-funded papers into PubMedCentral on behalf of authors, meeting the requirements of their respective open access (OA) policies. If this applies to you, please tell our production team when you receive your article proofs, so we can do this for you. Check funders' OA policy mandates [here](#). Find out more about [sharing your work](#).

## Open access

This journal gives authors the option to publish open access via our [Open Select publishing program](#), making it free to access online immediately on publication. Many funders mandate publishing your research open access; you can check [open access funder policies and mandates here](#).

Taylor & Francis Open Select gives you, your institution or funder the option of paying an article publishing charge (APC) to make an article open access. Please contact [openaccess@tandf.co.uk](mailto:openaccess@tandf.co.uk) if you would like to find out more, or go to our [Author Services website](#).

For more information on license options, embargo periods and APCs for this journal please go [here](#).

## My Authored Works

On publication, you will be able to view, download and check your article's metrics (downloads, citations and Altmetric data) via [My Authored Works](#) on Taylor & Francis Online. This is where you can access every article you have published with us, as well as your [free eprints link](#), so you can quickly and easily share your work with friends and colleagues.

We are committed to promoting and increasing the visibility of your article. Here are some tips and ideas on how you can work with us to [promote your research](#).

## **Article reprints**

For enquiries about reprints, please contact the Taylor & Francis Author Services team at [reprints@tandf.co.uk](mailto:reprints@tandf.co.uk).

## **Queries**

Should you have any queries, please visit our [Author Services website](#) or contact us [here](#).

*Updated 23-05-2018*

<https://www.tandfonline.com/action/authorSubmission?journalCode=idre20&page=instructions>

## Vedlegg 2: Informasjonsskriv med samtykkeskjema

Kombinert kognitiv og arbeidsrettet behandling etter traumatisk hodeskade – tilleggsstudie



### FORESPØRSEL OM DELTAKELSE I FORSKNINGSTUDIE

#### **Kombinert kognitiv og arbeidsrettet behandling etter mild og moderat traumatisk hodeskade - Erfaringer med å gjennomgå gruppebasert kognitiv trening med mål om å komme tilbake til arbeid**

##### BAKGRUNN

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

Utvidelsen av prosjektet har som mål å få kunnskap om og synliggjøre deltakernes erfaringer med å gjennomgå den gruppebaserte kognitive intervensjonen i prosjektet (Compensatory cognitive training, CCT). Deltakernes erfaringer med behandlingen vil kunne bidra til verdifull kunnskap som vil være nødvendig for ytterligere tilrettelegging av behandlingstilbud for personer med milde og moderate hodeskader. Prosjektet ledes av Avdeling for fysikalsk medisin og Rehabilitering ved Oslo universitetssykehus Ullevål (OUS). OUS har derfor ansvar for å behandle dataene i forskningsprosjektet.

##### HVA INNEBÆRER UTVIDELSEN AV STUDIEN?

Tilleggsstudien innebærer å gjennomgå et individuelt intervju etter at du har fullført ti ukers kognitiv trening. Du vil få spørsmål om hvilke erfaringer og opplevelser du har hatt i forbindelse med deltakelse i gruppebehandlingen. Spørsmålene vil også handle om hvordan du forstår din egen sykdom, din symptomhåndtering, og betydningen behandlingen har hatt for din sykdomsutvikling. Særlig oppmerksomhet vil bli rettet mot behandlingens opplevde betydning for arbeidsdeltakelse.

Intervjuet vil vare i 45-60 minutter, og vil bli foretatt av masterstudent og spesialergoterapeut Anne-Margrethe Linnestad. Når vi har mottatt ditt samtykke vil hun ta kontakt med deg for å avtale tid og sted for intervjuet.

##### MULIGE FORDELER OG ULEMPER

Du vil ikke ha noen spesielle fordeler av studien, men erfaringer fra studien vil senere kunne hjelpe andre med milde og moderate hodeskader. Det vil ikke være helserisiko forbundet med studien. Intervjuet vil eventuelt oppleves trettende for noen. Det vil derfor bli lagt inn pauser i intervjuet dersom det er behov for det, og tidspunktet kan tilpasses den enkeltes behov.

## HVA SKJER MED INFORMASJONEN OM DEG?

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

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

## FRIVILLIG DELTAKELSE

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

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

PhD/psykologspesialist Marianne Løvstad, tlf: 934 52 003, epost: [marianne.lovstad@sunnaas.no](mailto:marianne.lovstad@sunnaas.no)

## Samtykke for deltakelse i studien

Jeg er villig til å delta i studien

-----  
(Signert av prosjektdeltaker, dato)

## Bekreftelse på at informasjon er gitt deltakeren i studien

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien

-----  
(Signert, rolle i studien, dato)

## Vedlegg 3: Svarbrev fra REK



Region: Helse sør-øst	Saksbehandler: Siri Ege Sjøbakken	Telefon: 22846602	Wår dato: 11.12.2017	Wår referanse: 20162038-H-4 sør-øst A
			Deres dato: 11.12.2017	Deres referanse:

Vår saksnr. er 20162038-H-4 sør-øst A

Nada Hadzic-Andelic  
Pb 4950 Nydalen

### 2016/2038 Traumatisk hodeskade: Kognitiv og arbeidsrettet intervensjonsstudie

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

Vi viser til søknad om prosjektendring datert 11.12.2017 for ovennevnte forskningsprosjekt. Søknaden er behandlet av leder for REK sør-øst på fullmakt, med hjemmel i helseforskningsloven § 11.

#### Vurdering

REK har vurdert følgende endringer i prosjektet:

En ny medarbeider tas med i prosjektgruppen, Anne-Margrethe Linnestad.

Hun skal skrive mastergrad knyttet til pasientenes subjektive opplevelse med å delta i den kognitive, gruppebaserte intervensjonen (CCT-intervensjon) som inngår som del av hovedstudien. Hovedformålet med denne oppgaven er å fakkunnskap om hvordan personer med mild og moderat TBI beskriver egne erfaringer med å gjennomgå en psykoedukativt orientert gruppebasert intervensjon.

Det er 6-8 deltakernes som vil forespørres om å delta og gjennomgår et intervju som vil ta 45-60 minutter. Det er vedlagt intervjuguide, nytt samtykke og ny protokoll.

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

#### Vedtaks

Komiteen godkjenner med hjemmel i helseforskningsloven § 11 annet ledd at prosjektet videreføres i samsvar med det som fremgår av søknaden om prosjektendring og i samsvar med de bestemmelsene som følger av helseforskningsloven med forskrifter.

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

Av dokumentasjonshensyn skal opplysningene oppbevares i 5 år etter prosjektslutt. Opplysningene skal deretter slettes eller anonymiseres.

Opplysningene skal oppbevares avidentifisert, dvs. atskilt i en nøkkel- og en datafil. Forskningsprosjektets data skal oppbevares forsvarlig, se personopplysningsforskriften kapittel 2, og Helsedirektoratets veileder for «Personvern og informasjonssikkerhet i forskningsprosjekter innenfor helse- og omsorgs sektoren».

Bestillingsnavn:  
Sultbevegelsen i 4 utkast Oslo

Telefon: 22645777  
E-post: [etik@helse.sor-ost.no](mailto:etik@helse.sor-ost.no)  
Web: <http://etik.helse.sor-ost.no>

All informasjon som inngår i  
saksbehandling er behandlet i henhold til  
de som gjelder for helse og omsorgssektoren

Helse og omsorgsdepartementet, med  
Helse og omsorgsdepartementet, REK  
sør-øst, er ansvarlig for

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

*Klageadgang*

Du kan klage på komiteens vedtak, jf helseforskningsloven § 10 og forvaltningsloven § 28 flg. Klagen sendes til REK sør-øst. Klagefristen er tre uker fra du mottar dette brevet. Dersom vedtaket opprettholdes av REK sør-øst, sendes klagen videre til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag for endelig vurdering.

Med vennlig hilsen

Knut Engedal  
Professor dr. med.  
Leder

Elin Evju Sagbakken  
Seniorrådgiver

**Kopi til:** [esmeland@rr-research.no](mailto:esmeland@rr-research.no), [ous-hf@godgjenning@ous-hf.no](mailto:ous-hf@godgjenning@ous-hf.no)

## Vedlegg 4: Intervjuguide

### Introduksjon

Velkommen, og takk for at du er med på denne delen av prosjektet. Dette masterprosjektet er som du kanskje vet en liten del av det store prosjektet som du er med i.

Minne om samtykkeerklæringen. Gi en kort repetisjon.

I denne studien er jeg opptatt av dine erfaringer og opplevelser omkring skadetidspunktet og tiden etterpå og hva du tenker fremover.

### Personlige opplysninger

Kan du ikke fortelle meg litt om deg selv.

(Hvem du er, sivilstatus, familieforhold, om du er i arbeid og i tilfelle hvor mye).

### Skadetidspunktet

Felles for dere som deltar i dette prosjektet er at dere alle har slått hodet på en eller annen måte. Og jeg lurer veldig på hvordan har det vært for deg?

Kan du fortelle meg hva som skjedde den gangen da du skadet deg?

Hvilke tanker gjorde du deg da?

Hva tenkte du da, da du fikk disse opplysningene?

Kan du fortelle meg litt om hvordan hverdagen din er etter hendelsen?

Kan du beskrive hvordan en vanlig dag ser ut for deg?

Hvis noe har endret seg hva vil du si at det er?

Hvordan merker du disse symptomene nå?

Har de endret seg undervegs?

Hvordan er det når du er på jobb?

Er det noen episoder der du tenker symptomene var veldig problematiske?

Hva betyr dette for deg i hverdagen din?

Hva betyr det for deg i relasjon med andre mennesker, med familien, med venner, kollegaer osv?

Hvordan vil du beskrive disse plagene til en som ikke har opplevd dette?

Har du noen erfaringer fra tidligere i livet som du tenker har betydning for hva du tenker om skaden din?

Hva gjør du når livet butter?

### Deltakelse på kurs

Hva var det som gjorde at du bestemte deg for å delta på kurs?

Kan du ikke fortelle meg litt om hvorfor du valgte å delta

Hva sitter du igjen med etter kurset?

Hva var det som gjorde at du fullførte?

Vurderte du noen gang å slutte?

Hvordan var det for deg å delta på kurset?

Jobbet du mens du deltok på kurset?

Hvordan har det vært? (Krevende, utfordrende, problematisk/uproblematisk)

Er det noen episoder du spesielt vil trekke frem?

Prosjektet du er med i retter stor oppmerksomhet på arbeid. Hvilke tanker har du om overføringsverdi av det du har lært til arbeidssituasjonen din?

Jeg har også vært med på ett av disse kursene..... jeg ble spesielt opptatt av pusteøvelsene..... hvordan vil du tenke at de har preget hverdagen din?

Var det noe som virket meningsløst, spesielt, nyttig eller rart?

Hvordan har det vært å delta på kurs iht hverdagslivet ditt?

Har det tatt mye tid? Hvordan har det vært?

Var det noe som skjedde som gjorde det verre for deg?

Har du noen tanker om varigheten på kurset?

Hvordan har det vært å være i en gruppe?

Var det vanskelig å delta?

Hvordan vil du beskrive denne gruppeundervisningen dersom du skulle fortelle en som ikke har deltatt hva dette handler om?

Er det noen episoder du husker spesielt godt fra kurset?

Man tenker at dette kurset er et godt opplegg, ville det være andre ting tenker du som kunne hjelpe?

Hva kunne det være?

Kan det også tenkes at noen vil oppleve at det ikke har betydd noe, hva kan det i tilfelle skyldes?

### Fremtidstro

Hva tenker du om situasjonen din nå? (skaden)

Hva er viktig for deg nå?

Hva tenker du om plagene dine nå?

Hvordan ser du på tiden som kommer? Fortell meg mer om det.

Hva tenker du om din egen tilbakeføring til arbeid?

Hvilke erfaringer har denne hendelsen gitt deg?..... Har den gitt deg noe positivt?..... Har den endret deg på noen måte?

Hvordan ser du på hverdagen din utenom jobb?

Hva med videre rehabilitering? Er det andre ting du ser for deg som du har behov for?

Er det noe annet du har lyst til å tilføre?



# Vedlegg 5: Tema og kodeoversikt

