

Strokepatienters erfarenheter av återgång i arbete*

Jennie Medin

Syftet med denna kvalitativa studie är att beskriva strokepatienters upplevelse av återgång i arbete. Patienterna upplevde att rehabilitering främst syftade till att återfå kroppslig funktionsförmåga och återgång till vardagsaktiviteter, ej till återgång i arbete. Rehabiliteringen upplevdes ej som anpassad till individernas behov eller deras ålder. Arbetsplatsen var väldigt viktig i dessa patienters rehabiliteringsprocess, när inte rehabiliteringsaktörerna handlade tog dessa patienter själva befäl över sin arbetsrelaterade rehabilitering. De upplevde att de hade handlingsutrymme då deras arbetsplatser var flexibla och att de möttes av stöd och förståelse från arbetskamrater. Fynden visar att återgång i arbete främjades av motivation, self-efficacy i kombination med socialt stöd från arbetsplats och närstående.

Jennie Medin Fil. Mag Folkhälsovetenskap, medicine doktor inom området arbetslivsinriktad rehabilitering, Universitetslektor vid Nordiska Högskolan för Folkhälsovetenskap,

Kontakt: Jennie Medin, Nordiska Högskolan för Folkhälsovetenskap, Box 12133, 40242 Göteborg. jennie.medin@nhv.se

Introduktion

Rehabilitering och rekonstruktion av en yngre strokepatients liv kan vara en komplex process då patienten kan vara yrkesverksam samt ha ansvar för barn och familj (1-3). Tidigare studier har visat att återgång i arbete efter stroke främjar välbefinnande och livskvalitet (4-5). En stroke får även stora konsekvenser för samhället i form av produktionsbortfall associerat med sjukdom och för tidig död (6). Detta understryker vikten av välfungerande

strategier med syfte att främja återgång i arbete efter stroke. Dessvärre är detta ett lite beforskat område och de studier som genomförts har ej primärt varit designade för att studera återgång i arbete. De flesta rapporterar endast andelen som återgått i arbete vid uppföljning och dessa siffror varierar mellan 1-91% (5,7-9). Det är dessutom svårt att jämföra dessa studier då de har olika studiedesign, uppföljningstid, samt definition av stroke

*Detta är en något omarbetad version av ett arbete som jag publicerat tillsammans med Barajas J och Ekberg K i Disability and Rehabilitation September 2006;28 (17):1051-1060.

och arbete. Flera faktorer framkommer dock som tycks främja återgång i arbete efter stroke nämligen att ha ett tjänstemannayrke, högre utbildning och hög socioekonomisk status (5,7-9).

Återgång i arbete efter stroke är relaterat till flera faktorer som patientens förmåga att återta sin tidigare sociala position eller att anpassa sig till sin nya sociala situation och patientens interaktion med personer i sin sociala kontext (1,10-13). Det är ett komplext samspel mellan social struktur och personliga faktorer. I arbetslivsinriktad rehabilitering har arbetsgivaren och arbetsplatsen stor betydelse då arbetsplatsens utmärkande egenskaper, sociala stöd och motivation att få tillbaka arbetstagaren har visat sig vara viktiga faktorer i predicering av återgång i arbete efter andra sjukdomar (14). Dessa faktorer har dessvärre sällan studerats närmare i arbetslivsinriktad rehabilitering efter stroke. Något som kan grundas i en allmän uppfattning om att strokepatienter är äldre människor för vilka ett arbetslivsperspektiv är sekundärt.

För att kunna utveckla rehabiliteringsprogram som ska främja återgång i arbete behöver vi öka vår kunskap om patientens egen erfarenheter av rehabiliteringsprocessen. Syftet med denna studie är att beskriva erfarenheter av återgång i arbete efter stroke utifrån ett patientperspektiv.

Metod och material

Informanter

Informanterna bestod av personer (30-65 år) som insjuknade 2001 i förstagångsstroke, hade arbete vid tid-

punkten för sin stroke och som inkom till Linköpings universitetssjukhus eller Vrinnevi sjukhus i Norrköping. De skulle dessutom ha deltagit i en fall-kontrollstudie med syfte att studera arbetsrelaterad stress och risk för att insjukna i stroke (15). I samband med denna studie hade de träffat J Medin och gett informerats samtycke att bli kontaktade igen. Åtta personer var möjliga att inkludera enligt inklusionskriterierna (fyra män och fyra kvinnor), sex personer valde att delta. Två av informanterna hade mild afasi, alla sex led av olika grad av koncentrationsbesvär, trötthet och depression. När de valdes ut att delta var det inte känt om de hade återgått i arbete eller ej, men det var känt att de upplevde en del besvär efter sin stroke. De två personer som valde att inte delta uppgav som orsak att de hade för mycket att göra.

Datinsamling

Alla intervjuer genomfördes under november/december 2004. Intervjuerna baserades på ett öppet frågeschema som inkluderade frågor om rehabilitering efter stroke, arbetsinriktad rehabilitering efter stroke, faktorer som informanten upplevde hade främjat respektive hindrat återgång i arbete, samt personer och professionella aktörer som informanterna ansett som delaktiga i rehabiliteringsprocessen. Under intervjun användes även ett sociogram och informanterna uppmanades att skriva ner namn eller profession på de som han/hon upplevt som delaktiga i rehabiliteringsprocessen. De ombads också dra pilar för att visa vem som tog initiativ för

olika handlingar. Sociogrammet, och speciellt diskussionen kring sociogrammet, användes för att uppmuntra informanterna att tala fritt kring sin rehabiliteringsprocess. Sociogrammet möjliggjorde identifikation av vilka signifikanta andra som funnits med under rehabiliteringsprocessen och hur interaktionsprocessen sett ut.

Analys

Den filosofiska utgångspunkten för denna studie är fenomenologi, en tradition utvecklad av Husserl (1859-1938) och Heidegger (1889-1976). Kärnan är att gå tillbaka till tingen i

sig och därför är vardagsvärlden eller "livsvärlden" fokus för studium. Vi var intresserade av fenomenet återgång i arbete efter stroke och ville få beskrivningar av detta fenomen från personer som erfarit det. Materialet analyserades utifrån Giorgis empiriska fenomenologi (16). För närmare genomgång av analysmetoden se Giorgi (16) och Koivisto (17).

Resultat

Tre huvudteman (processen återgång i arbete, individuella faktorer, socialt stöd) och flera underteman identifierades i analysen (tabell 1).

Tabell 1. Främjande eller hindrande faktorer för återgång i arbete efter stroke.

1. Processen för återgång i arbete	2. Individen	3. Socialt stöd
<p><i>1. Typ av rehabilitering</i></p> <p>1.1 Kroppsfunktioner</p> <p>1.2 Återgång till vardagsaktiviteter</p> <p>1.3 Inte åldersanpassad</p> <p><i>2. Brist på information</i></p> <p>2.1 Komplikationer</p> <p>2.2 Arbetslivsinriktad rehabilitering</p> <p>2.3 Någon att tala med</p> <p><i>3. Professionella</i></p> <p>3.1 Sjukhuspersonal</p> <p>3.1.1 Arbetsterapeut</p> <p>3.2 Arbetsplats</p> <p>3.2.1 Arbetsgivare</p> <p>3.2.2 Arbetskamrater</p> <p><i>4. Arbetsmiljö</i></p> <p>4.1 Stabila förutsättningar</p> <p>4.1.1 Information</p> <p>4.1.2 Kunskap</p> <p>4.1.3 Flexibilitet Instabila förutsättningar</p> <p>4.1.4 Downsizing</p> <p>4.1.5 Brist på kompetens</p>	<p><i>1. Anpassning</i></p> <p>1.1 Sjukrollen</p> <p>1.2 Sjukdom</p> <p>1.3 Kontroll</p> <p><i>2. Brist på information</i></p> <p>2.1 Trötthet</p> <p>2.2 Depression</p> <p>2.3 Koncentrationsproblem</p> <p><i>3. Återgång i arbete</i></p> <p>3.1 Beslutsamhet</p> <p>3.1.1 Kontroll</p> <p>3.1.2 Förmåga att handla</p> <p>3.1.3 Finna nya vägar</p>	<p><i>1. Familj</i></p> <p>1.1 Make/maka (ex- make/maka)</p> <p>1.2 Föräldrar</p> <p>1.3 Barn</p> <p><i>2. Arbete</i></p> <p>2.1 Arbetskamrater</p> <p>2.1.1 Förståelse</p> <p><i>3. Försäkringskassan</i></p> <p>3.1 Flexibilitet</p>

Tema 1. Processen för att återgå i arbete.

Informanterna beskrev att rehabiliteringen på sjukhuset framförallt syftade till att förbättra kroppsfunktioner och återgång till vardagliga aktiviteter, inte återgång i arbete. De berättade att sjukhuspersonalen gjorde vad ”de skulle” göra, varken mer eller mindre. Rehabiliteringen inkluderade aktiviteter som att väva och arbeta med lera, något som upplevdes som ganska meningslöst och inte anpassat till dessa informanternas behov eller ålder. En informant vägrade att gå till rehabiliteringsavdelningen då han kände att det var bättre att gå hem och genomföra praktiska saker där istället. De saknade information om de symptom som uppstod för dem efter stroke, såsom att förlora talet, trötthet, koncentrationssvårigheter och depression. De önskade att de hade haft en professionell att tala med efter stroke om processen från rehabilitering till oberoende, och om det nya liv som de skulle vara tvungna att möta i fråga om relationen till sin familj och återgång i arbete.

De informanter som hade haft kontakt med försäkringskassan uppgav att de fått god hjälp av handläggaren och att denne bistått i kommunikationen mellan arbetsplatsen och dem själva. De betonade att handläggarna varit bra på att skapa flexibla lösningar som grundades i de behov som den stokedrabbade hade. I denna grupp hade två personer fått god hjälp av arbetsterapeuten i sin arbetsrehabilitering. Arbetsterapeuten hade ordnat möten med arbetsplats, arbetsgivare och i ett fall även med arbetskamrater.

De övriga uppgav att ingen förberedelse eller planering av återgång i arbete hade förekommit vid utskrivning från sjukhuset.

A(3) Inget, (Ingen arbetsrehabilitering) Det är obegripligt! Så jag gjorde väldigt mycket på egen hand med hjälp av min arbetsplats.

Två informanter som var egenföretagare upplevde att de inte hade behov av arbetsrehabilitering.

E(3) Nej. Jag vet inte vad man skulle kunna ha hjälpt mig med mer. Jag är van att ta hand om allting och ja liksom komma igen. Jag har varit ute för en bilolycka en gång i tiden och det ... det var inget snack då beller om rehabiliteringen och ... det gällde att ta sig tillbaka då själv med. Och det gick ju bra. Sedan är det väl att har man varit med om lite sådana grejer så tror jag att man ... ja ... inte van ska jag väl inte säga men ... man blir inte helt ställd inför uppgiften i alla fall, man får försöka reda ut det som är.

C(2) Ja, men som sagt var, jag hade ju inte haft någon rehabilitering men ... nej, men det var bara att man började tänka klart igen för i början, jag låg ju avsvimrad ett bra tag så att ... ja ... det var ... nej men, jag började jobba direkt och sedan har jag väl aldrig sett tillbaka på det sättet på något sätt.

Arbetsplatsen uppfattades som väldigt viktig i rehabiliteringsprocessen, av såväl egenföretagarna som de med vanlig anställning. En stabil arbetsplats som uppmuntrade individen och fick denna att känna sig trygg och säker främjade återgång i arbete.

A (1) "...jag hade problem med att jag inte hittade orden, talet. Och då tänkte jag det att sitta hemma ensam så pratar jag inte speciellt mycket så jag pratade med dem på jobbet och de sa att kom hit och sitt här, var här halva dagarna. Och du behöver inte svara telefonen eller göra någonting utan du tar det i din takt. Och så har det funkat och det har successivt byggts på då.

En instabil arbetssituation, som kännetecknades av neddragningar och förändringar upplevdes som ett hinder för återgång i arbete.

F(2a,2b) "... ett företag som redan var litet från början och så gick ner och blev ännu mindre var dessutom den största delen av personalen var kvar i Tyskland (...) Och att då har varit utvecklingschef liksom det är svårt att arbetsträna. Så att det gjorde eller det vi kom fram till var att jag skulle arbetsträna på utvecklingsavdelningen med en som då tidigare hade varit under mig (...) jag märkte ju att han var rätt så hämmad i närvaro och jag hade ju lite svårt att inte, när man har bestämt allting och så plötsligt ska man inte bestämma så mycket. Och sedan då i samband med, jag var ju inte alls överens med, jag satt ju i ledningsgruppen och var inte alls överens om hur den här nedskärningen och förändringarna gick till så att ganska snart så insåg vi alla att det höll inte. så att ifrån och med januari så ... blev jag ... eller jag sa upp mig (...).

En informant upplevde att chefen inte kunde mycket om rehabilitering, alternativt inte var intresserad av rehabilitering. Hon var tvungen att kämpa för att få till stånd saker som kunde främja återgång i arbete för henne, i detta fall förändring av arbetsuppgif-

ter, förståelse från arbetskamrater om sjukdomen och dess konsekvenser. Hon beskrev att hon inte haft någon dialog med sin arbetsgivare och att arbetsplatsens brister rehabilitering berodde på brist av kunskap och erfarenhet kring dessa frågor.

Den mest anmärkningsvärda observation som utvanns i relation till Tema 1 var att de strokedrabbade upplevde att deras återgång arbete var en stegvis process i vilken de själva var motorn.

Tema 2. Individ (i interaktion med sitt sociala sammanhang).

Förutom de fysiska och kognitiva funktionsnedsättningar som informanterna hade, påverkade stroken också allvarligt dessa informanternas vardagsliv, bland annat genom att de upplevde att stroken medfört att de var tvungna att anpassa sig en ny social roll. Att vara sjukskriven var en sådan ny roll för alla informanter och en person berättade att det inte ens varit en roll som han hade kunnat föreställa sig innan sin stroke.

F(5) "... då hade man innan stroken frågat mig om jag skulle vara sjukskriven eller under en lång tid, då hade jag skrattat åt dem och sagt att det är inte möjligt. Men på något sätt så var jag så pass påverkad att jag insåg ju väldigt snabbt att det här kommer att ta tid. Men däremot så, jag har ju aldrig som typ tänkt att jag skulle bli helt återställd så att därför så fanns en så att säga drift i att ändå komma igång.

I intervjuerna framkom också att informanterna upplevde det som skönt att de hade en "riktig" sjuk-

dom. Vid denna tidpunkt var det i Svensk massmedia mycket diskussion om sjukskrivningar av vad som kunde uppfattas som mer "diffusa" sjukdomstillstånd t.ex utmattning, utbrändhet osv. Informanterna hade liten insikt i sjukdomens konsekvenser och de visade alla förvåning över de symtom som de drabbades av, koncentrationssvårigheter, trötthet och depression. De upplevde det som besvärligt att hantera dessa symtom och de uppgav att de ej fått tillräcklig information från sjukhuset om dessa långvariga effekter som sjukdomen kunde föra med sig.

Alla informanter talade om vikten av att kunna återgå i arbete, de var vana med att ta hand om saker själva och med att arbeta mycket. En återgång i arbete betraktades som ett slags bevis på tillfrisknande och de var alla väldigt angelägna om en snar återgång. Denna starka vilja, eller drift, att återgå i arbete kan också ha medfört att de återgick i arbete för snart efter sin stroke. Två av informanterna erbjöds förtidspension efter stroke men de insisterade på att återgå i arbete.

E(8) Det är jag själv som har gett mig fan på det, som har gjort det (återgått i arbete). Det var aldrig frågan om ... de frågade mig till och med läkaren om någon jag tyckte att jag klarade mig eller om jag ville ha halvpension eller så där. Men jag nej.

Strokepatienterna berättade att de upplevde att de själva tagit kontroll över sin situation. Att ta kontroll över situationen och göra det bästa av den, sågs inte som ett hinder utan som en självklarhet.

C(3) Ja, man får ju lära om ganska mycket för jag kan inte använda högerhanden riktigt, så att jag får ju köra, jag jobbar ju mycket med dator och sådant, då får jag köra mycket med vänster och sedan om man skriver så använder man mycket vänstern också. Så du får köra musen med vänstern och sådana bitar. Man lär sig alltid hur man ska lösa situationer i alla fall har jag lärt mig det, så det är inget konstigt med det.

När rehabiliteringsaktörerna inte gjorde något tog dessa patienter tag i sitt eget liv. De uttryckte stolthet över sin egen förmåga att vara drivkraften i rehabiliteringen, att de inte väntade på att saker skulle hända utan att de själva såg till att saker hände. Främjande faktorer i processen var att ha ett flexibelt arbete, att de själva kunde bestämma över sin arbetstid och sina arbetsuppgifter och att de var delaktiga i processen.

Tema 3 Social stöd

Informanterna identifierade själva sina familjer som primär källa för socialt stöd under rehabiliteringen. I arbetsrehabiliteringen var arbetskamrater och chefer betydelsefulla och i arbetet med att anpassa sig till sitt "nya" arbetsjag var arbetskamraternas förståelse och uppmuntran väldigt viktig. Dessutom upplevdes de få kontakterna med försäkringskassan som viktiga då handläggarna varit stödjande och att de hade respekt för informanternas egna idéer och deras behov.

Diskussion

Syftet med denna studie var att få ökad kunskap och förståelse kring

nyngres strokepatienters erfarenhet av återgång i arbete. Resultaten visar att återgång i arbete påverkas av flera faktorer som ligger bortom fysisk återhämtning och en biomedicinsk syn på hälsa. Förutom fysiska och kognitiva funktionsnedsättningar påverkades återgång i arbete av informanternas egen vilja och drift att återgå, socialt stöd från familj, arbetskamrater och försäkringskassa samt en flexibel arbetssituation.

Forskningen kring rehabilitering efter stroke bland yngre har ökat under de senaste decennierna men de flesta studier fokuserar på kliniska resultat (18) vilka huvudsakligen utgår från en biomedicinsk syn på hälsa. Hälsa är i detta sammanhang definierat som "frånvaro av sjukdom" (19) och hälso- och sjukvårdspersonal arbetar inom en biomedicinsk diskurs, i vilken fokus ligger på återhämtning av kognitiva och fysiologiska funktionsförsämringar (10).

Det finns lite skrivet om främjande och hindrande faktorer för återgång i arbete för denna grupp patienter (13). Rehabilitering efter stroke tycks vara otillräcklig för att förbereda patienten för återgång i arbete (1,10,12-13). I denna studie visade patienterna också att de egentligen inte räknade med att rehabiliteringen på sjukhuset skulle vara inriktad på något annat än fysiska och kognitiva funktionsnedsättningar. Viss frustration för detta fanns dock då de önskade mer arbetslivsinriktad rehabilitering då återgång i arbete för denna grupp patienter var ett mål, samt bevis på att de återhämtat sig efter stroke. Bendz (10) visade att sjukvårdspersonal och strokepa-

tienter hade olika syn och förväntningar på behandling. Sjukvårdspersonalen utgick från ett biomedicinskt perspektiv med mål att förbättra och återskapa kroppsfunktioner medan målet för patienten var att utifrån ett bio-psyko-socialt perspektiv kunna använda funktionerna för att kunna rekonstruera sina vardagsliv. Detta konfirmerades i denna studie. Rehabilitering utifrån ett biomedicinskt perspektiv tycks tillräcklig för att få strokepatienten i gång igen men tycks inte tillräcklig för att förbereda och möjliggöra återgång i arbete och rekonstruktion av vardagligt liv.

Tidigare studier (1,13) har, som denna studie, visat att samarbete kring rehabilitering och socialt stöd är främjande faktorer för återgång i arbete. Utöver detta visar denna studie att återgång i arbete efter stroke även påverkas av individens motivation och empowerment, i termer av förmåga att ta kontroll över faktorer i sitt liv samt tro på sin egen förmåga att kunna ta kontroll över faktorer i sitt liv (self-efficacy).

Rehabilitering handlar då även om att skapa strategier för patienten att hantera sin nya livssituation och förmåga att handla utifrån sina nya förutsättningar. I relation till Nordens teori om "necessities for action" (20) är en individs förmåga (eller kapacitet) att handla ett samspel mellan andra ordningens förmåga (dvs förmågan att lära sig en förmåga vilket kan vara att lära sig ett nytt språk, återfå förmågan att använda en dator) och individens önska/vilja att handla. En individ kan ha förutsättningar för att kunna handla, men det i sig inne-

bär inte att en handling kommer till stånd. Det tycks krävas en motivationskomponent (21) som driver processen, motivation här definierat som vilja eller drift att handla. Men denna komponent är inte att se som en individuell karaktärsegenskap.

I denna lilla grupp med strokepatienter tycktes stöd från andra personer bidra stort till återgång i arbete. Signifikanta andras tro på patientens kapacitet och handlingsförmåga tycks vara en nödvändig förutsättning för en hållbar rehabiliteringsprocess. Dessa signifikanta andra var i denna studie familj, arbetsledare, arbetskamrater och handläggare vid försäkringskassan. Flera studier visar att rehabilitering främjas av individens eget deltagande i processen och hennes handlingsutrymme till att vara den som driver och har makten över processen (22-24). Detta är också grundförutsättningarna för hälsofrämjande arbete (25). Ett förslag är därför att processen att återgå i arbete ska ses som en hälsofrämjande process i vilken aktörerna skapar arenor i vilka individerna får förtroende att delta och vara problemlösare.

Begränsningar

Viss försiktighet ska tas i att generalisera denna studie som bestod av sex informanter, varav alla återgick i arbete efter sin stroke. Detta kan betyda att de upplevde mindre fysiska och kognitiva funktionsnedsättningar vilket i sig främjar återgång i arbete. Våra fynd visar samma mönster som tidigare studier kring återgång i arbete, främst av patienter med muskuloskeletal besvär (26) vilket kan öka

sannolikheten för att dessa faktorer även gäller för strokepatienter. Mer forskning behövs dock inom detta område.

Konklusion

Bland denna grupp patienter var återgång en stegvis process som pågick under en lång period. De uppgav att de saknade information om de symptom som kunde komma efter stroke, att rehabiliteringen ej var åldersanpassad eller anpassad till deras behov. Individens återgång i arbete främjades av empowerment och self-efficacy i kombination med socialt stöd som kännetecknades av flexibilitet på arbetsplatsen och stöd från signifikanta rehabiliteringsaktörer. Det finns likheter mellan processen som främjar återgång i arbete och hälsofrämjande arbete.

Referenser

1. Kersten P, Low JTS, Ashburn A, George SL, McLellan DL. The unmet needs of young people who have had a stroke: results of a national UK survey. *Disability and Rehabilitation* 2002;24(16):860-866.
2. Röding J, Lindström B, Malm J, Öhman A. Frustrated and invisible- younger stroke patients' experiences of the rehabilitation process. *Disability & Rehabilitation* 2003;25(15):867-874.
3. Teasell R, McRae M, Finestone H. Social issues in the rehabilitation of younger stroke patients. *Arch Phys Med Rehabil* 2000;81(february):205-209.
4. Vestling M, Tufvesson B, Iwarsson S. Indicators for return to work after stroke and the importance of work for subjective well being and life satisfaction. *J Rehabil Med* 2003(35):127-131.
5. Treger I, Shames J, Giaquinto S, Ring H. Return to work in stroke patients. *Disability and Rehabilitation*, 2007;29(17):1397-1403.
6. Ghatnekar O, Glader E-L, Terént A. Cost of stroke in Sweden: An incidence estimate. *International Journal of Technology Assessment*

- in Health Care 2004;20(3):375-380
7. Wozniak MA, Kittner SJ. Return to work after ischemic stroke: a methodological review. *Neuroepidemiology* 2002;21(1):159-166.
 8. Perk J, Alexanderson K. Sick leave due to coronary artery disease or stroke. *Scand J Public Health* 2004;32((Suppl 63)):181-206.
 9. Saeki S. Disability management after stroke: its medical aspects for workplace accommodation. *Disability & Rehabilitation* 2000;22(13/14):578-582.
 10. Bendz M. The first year of rehabilitation after a stroke-from two perspectives. *Scand J Caring Sci* 2003;17(3):215-222.
 11. Bendz M. Rules of relevance after a stroke. *Social Science & Medicine* 2000;51:713-723.
 12. Low JTS, Kersen P, Ashburn A, George S, McLellan DL. A study to evaluate the met and unmet needs of members belonging to Young Stroke groups affiliated with the Stroke Association. *Disability & Rehabilitation* 2003;25(18):1052-1056.
 13. Lock S, Jordan L, Bryan K, Maxim J. Work after stroke: focusing on barriers and enablers. *Disability & Society* 2005;20(1):33-47.
 14. Krause N, Dasinger LK, Neuhauser F. Modified Work and Return to Work: A Review of the Literature. *Journal of Occupational Rehabilitation* 1998;8(2)
 15. Medin, J, Nordlund, A, Eklund, J, Ekberg, K. Organisational change, job strain and increased risk of stroke? A pilot study. In press, *WORK* (2007)
 16. Giorgi A, editor. *Phenomenology and Psychological Research*. Pittsburgh: Duquesne University press; 1985.
 17. Koivisto K, Janhonen S, Vaisanen L. Applying a phenomenological method of analysis derived from Giorgi to a psychiatric nursing study. *J Adv Nurs* 2002;39(3):258-265.
 18. Teasell R. *Stroke Recovery and Rehabilitation*. *Stroke* 2003;34(2):365-366.
 19. Boorse C. Health as a theoretical concept. *Philosophy of Science* 1977;44:542-573.
 20. Nordenfelt L. Clinical commentary: Action theory, disability and ICF. *Disability and Rehabilitation* 2003;25(18):1075-1079
 21. Maclean N, Pound P. A critical review of the concept of patient motivation in the literature on physical rehabilitation. *Soc Sci Med* 2000;50:495-506.
 22. Björvell H. "Patient empowerment" -målet är bättre hälsa och stärkt beslutanderätt. *Läkartidningen* 1999;96(44):4816-4820.
 23. Feste C, Andersson RM. Empowerment: from philosophy to practice. *Patient Education and Counseling* 1995(26):139-144.
 24. Tones K. Health promotion, self-empowerment and the concept of control. In: Colqhoun D, editor. *Health Education: Politics and Practice*. Geelong, Australia: Deakin University; 1992.
 25. Laverack G. *Health Promotion Practice- Power & Empowerment*. Sage, London, 2005
 26. Shrey DE. Worksite disability management model for effective return-to-work planning. *Occupational medicine* 2000;15(4):789-801.

Summary in English

Stroke patients experiences of Return to Work (RTW).

The aim of this phenomenological study was to describe the experience of return to work (RTW) after stroke from the patient's perspective. Six patients who had their first-ever stroke in 2001, were < 65 years of age and were working at the time of their stroke were included. The results show that among this group of stroke patients, the individual patient's capacity and ability to return to work was enhanced by motivation or "will" and self-efficacy in combination with external support. Self-efficacy was not only a personal trait or internal factor; it was enhanced and encouraged in interaction with contextual conditions. There are similarities between the RTW process and processes of health promotion.

Keywords: Stroke, RTW, health promotion,