

Faktorer som kan påverka tidig återgång till arbete efter stroke

Gerd Andersson

Arbetsförmåga är ett komplext koncept och för att en patient med stroke ska kunna återgå till arbete krävs bedömningar och interventioner på funktions-, aktivitets- och delaktighetsnivå, men rehabiliteringsinsatserna måste också inbegripa omgivningen och ta hänsyn till individens personliga faktorer. Denna artikel innehåller en sammanfattning av personliga faktorer och omgivningsfaktorer som kan påverka arbetsrehabiliteringen efter stroke - information som i ett senare skede kan användas vid utarbetning av en checklista.

Gerd Andersson är arbetsterapeut, har varit med och tagit fram Nationella riktlinjer för försäkringsmedicinskt beslutsstöd för stroke, 2007 och är kliniskt verksam på Strokecentrum/Neurologiska Kliniken, Universitetssjukhuset MA

Kontakt: gerd.b.andersson@skane.se

Inledning

Stroke

Stroke är en av våra vanligaste sjukdomar och man beräknar att ca 25000 – 30000 drabbas i Sverige varje år varav ca 20 % är i yrkesverksam ålder. Insjukandet i stroke bland personer under 65 år ökade i Sverige mellan 1989-2000, i synnerhet bland kvinnor (Medin, 2006).

Några av de vanligaste förekommande funktionsnedsättningarna efter stroke är nedsatt senso/motorik, balanssvårigheter, synfältsbortfall, kognitiva störningar, emotionella reaktioner, neurogen smärta och hypersensibilitet (Nationella riktlinjer för strokesjukvård, 2005).

I en studie i Göteborg av patienter

med ”mild stroke” har man funnit att ca 71 % av strokepatienterna drabbas av Asthenoemotional syndrome (AE-syndrom) även kallat hjärnrötthets-syndrom. AE-syndrom karaktäriseras framför allt av ökad mental uttrötthet men också av nedsatt koncentration, minnessvårigheter, irritabilitet, emotionell instabilitet, nedsatt stresstolerans samt ljud och ljuskänslighet (Carlsson, 2007).

Funktionsnedsättningar efter stroke kan leda till nedsatt aktivitetsförmåga, svårigheter att upprätthålla fritidsaktiviteter samt nedsatt arbetsförmåga (Vestling, 2004; Medin, 2006; Röding, Lindström, Malm, Ohman, 2003).

Målet med arbetsrehabilitering.

Återgång till arbete är en viktig faktor för livskvalité och subjektivt välbefinnande (Vestling, 2004; Medin, 2006) och arbetsrehabilitering bör därför övervägas tidigt i rehabiliteringsprocessen. Tidpunkten för återgång till arbete är mycket individuell beroende på sjukdomstillstånd och arbetets art men studier har visat att ca 41 % kan återgå till någon form av lönearbete inom ett år (Vestling, 2004).

Syftet med rehabiliteringen utgår från individens globala situation och berör begrepp som hälsa, livstillfredsställelse, oberoende och självkänsla. Målet är "att skapa välbefinnande utifrån en ny livssituation med bestående symptom" (Gerdle & Eljert, 1999).

Rehabiliteringsprocessen.

Begreppet arbetsrehabilitering används i denna artikel synonymt med tidig rehabilitering, i bemärkelsen att patienten fortfarande har stora möjligheter att kunna återgå till sin arbetsplats i vissa fall till samma arbetsuppgifter i allmänhet inom ett år efter insjuknandet i stroke.

Rehabiliteringen inleds med en kartläggning av somatiska, psykologiska, sociala, ekonomiska, kulturella och personlighetsmässiga aspekter som ska utmynna i en rehabiliteringsplan med konkreta individuella mål fastställda av individen själv för optimal delaktighet i rehabiliteringsprocessen (Gerdle & Eljert, 1999). Vidare bör en arbetsplatsanalys ingå i problemlidentifieringen, omfattande såväl fysiska som psykosociala aspekter i syfte att skapa förutsättningar för balans mellan arbetets krav och individens ka-

pacitet (Gard & Odenrick, 1999). För att öka möjligheterna till en adekvat rehabilitering bör försäkringskassan och arbetsgivaren involveras tidigt och helst redan vid upprättandet av rehabiliteringsplanen och vid långsiktig arbetskapacitetsbedömning krävs i allmänhet ett omfattande tvärprofessionellt teamarbete.

Tidigare studier visar att arbetsprövningen i första hand bör ske på ordinarie arbetsplats. På detta sätt får prövningen högre kvalité och patienten kan i större utsträckning erbjudas möjligheter att återgå till sitt tidigare arbete efter nödvändiga anpassningar. Arbetsplatsbesök har visat sig ge ökat underlag vid arbetskapacitetsbedömningar och bidrar till totalt mindre tidsåtgång inom vården.

Vid utvärdering av rehabiliteringseffekten är återgång till arbete eller ökning av arbetstiden effektvariabler som framhålls. I detta sammanhang är det viktigt att framhålla att en god rehabilitering innebär balans mellan arbetet och andra aktiviteter i det dagliga livet. Återgång till arbete får således inte ske till priset av möjligheter till upprätthållande av sociala kontakter med familj och vänner, fritidsaktiviteter etc. (Gerdle & Ejert, 1999).

Problemlidentifiering och syfte

Det finns idag ett flertal validerade instrument som är tillämpbara på dessa olika nivåer men det finns inga strukturerade och utvärderade checklistor som kan användas vid kartläggning av omgivningsfaktorer och personliga faktorer.

Syftet med den här artikeln är att göra en sammanställning av faktorer

på personlig nivå och omgivningsnivå som kan påverka återgång till arbete efter stroke.

Resultat

Personliga faktorer.

Personliga faktorer är kontextuella faktorer som t.ex. hänför sig till patientens ålder, kön, sociala status och livserfarenheter. En av dessa faktorer är *motivation* som anses som en kritisk och avgörande faktor inom rehabilitering. Motivation kan ses som en individuell faktor påverkad av den egna personligheten men också av yttre materiella och sociala faktorer (Gard, 2001). Motivationen påverkas också av omgivningen i vilken individen rehabiliteras. MacLean och medförfattare fann i en studie att strokepatienter som fick en fördjupad förståelse för rehabiliteringsprocessen och den egna, förväntade rollen blev motiverade och aktiva i sin rehabilitering (MacLean, Pound, Wolf, Rudd, 2000).

Intresse och nyfikenhet är några av människans frekventaste upplevda känslor och är viktiga motivationsfaktorer för inlärning, kompetens och intelligens. Att göra något som man är intresserad av ökar motivationen liksom individens *attityd*, d.v.s vilken inställning man har till, i detta fall, återgång i arbete. En positiv inställning till sig själv och arbetssituationen underlättar också arbetsrehabiliteringen (Gard, 2001).

Hög utbildningsnivå är en prediktor för återgång till arbete och det har visat sig att personer med god utbildning är mer motiverade till att återgå till sitt arbete (McMahon R, 1998; Corr & Wilmer, 2003; Vestling, 2004).

Studier har visat att det finns samband mellan höga mått av *behov* och hög arbetsmotivation. Inom ramen för denna faktor ryms behov av trygghet, sociala behov och prestationsbehov (Gard, 2001), men också finansiella aspekter (Lock, Jordan, Bryan, Maxim, 2005). En yrkesarbetande person tillbringar ca. en tredjedel av dygnet på arbetet, många har stora delar av sitt sociala nätverk knutet till arbetskamraterna och för de flesta människor är arbetet en förutsättning för ekonomisk trygghet. Det finns också ett nära samband mellan arbete och identitet (Vestling, 2004).

Orealistiska *förväntningar* kan reducera motivationen och det är viktigt att förväntningarna ska ligga på en relevant nivå. Att formulera sina mål har visat sig vara en styrande motivationsfaktor och förutsättningen för att detta ska vara möjligt är att patienten har insikt i sina förmågor och sina begränsningar. *Självförtroende* är viktigt i detta sammanhang (Gard, 2001), liksom *upplevd själveffektivitet* (self-efficacy) vilket är beskrivet som individens tro på sig själv avseende förmågan att lära och anpassa speciella förmågor i relation till framtida situationer. Individens insikt i den egna förmågan baseras på vad Bandura kallar ”performance history”. Konsekvent framgång leder till hög self-efficacy och konsekvent misslyckande innebär låg self-efficacy (Bandura, 1997).

KASAM – känslan av sammanhang är en viktig faktor bakom upprätthållande av hälsa. Kasam innehåller tre viktiga komponenter – begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet. Människor med förmåga att uppleva

omvärlden som förnuftsmässigt begriplig, kan hantera livets krav och utmaningar och uppfattar livet som meningsfullt har enligt Antonovsky ett starkt *KASAM* – känsla av sammanhang. Kaos och stress är alltid närvarande i livet men människor med ett starkt *KASAM* har lättare för att klara påfrestningar och hitta sina egna resurser (Antonovsky, 1991).

Omgivningsfaktorer

Att ha en *fast anställning* att komma tillbaka till efter stroke är en av de viktigaste faktorerna vid arbetsrehabilitering och arbetslöshet kombinerat med funktionsnedsättning är därför ett stort hinder vid arbetsrehabilitering (Lock et al. 2005).

Många strokepatienterna får transportproblem efter stroke tex. vid medicinskt körförbud och i en studie från England fann författarna att frånvaron av alternativa *transportmedel* till och från arbetet kan vara ett hinder vid återgång till arbete. (Lock et al. 2005).

Många individer kan börja arbetsträna alternativt deltidsarbeta trots kvarstående funktionsnedsättningar om det skapas förutsättningar på arbetsplatsen tex. *anpassning* av arbetsuppgifter, arbetstid och arbets hjälpmedel (Brag-Pettersson, 2007). Negativa attityder, oflexibilitet och svårigheter att införa förändringar anpassade till strokepatientens nya förhållanden har visat sig vara en barriär vid återgång till arbete (Lock et al. 2005).

Arbetsinnehållet är viktigt för individens motivation vid återgång till arbete. Först och främst måste det kännas meningsfullt och individen måste

uppleva att han/hon kan utföra det på ett tillfredställande sätt, enligt egna och arbetskamraternas normer. Det är också en fördel om arbetet är varierande och strukturerat (Gard, 2001). Flera studier har visat att personer inom tjänstemannayrken har lättare för att återgå till arbete efter stroke jämfört med personer som arbetar inom lågstatusyrken (Vestling, 2004; McMahon, R, 1998).

Krav kan enligt Jeding och Theorell (1999) vara fysiska eller psykiska. Personer som drabbats av stroke kan få svårt att klara arbetsuppgifter som har höga fysiska krav och de personer som har möjlighet att sitta ner under utövandet av sina arbetsuppgifter har större förutsättning för återgång till arbete i jämförelse med de som måste stå eller röra sig runt på sin arbetsplats. (Wozniak & Kittner, 2002)

Psykologiska krav kan delas upp i kvalitativa och kvantitativa krav. Till kvalitativa arbetskrav räknas krav på koncentration, uppmärksamhet etc. Med kvantitativa krav menar man deadlines, hur mycket som produceras etc. *Kontroll* handlar om hur mycket inflytande den anställde har över sitt arbete och kan uppdelas i tre områden: *Uppgiftskontroll* som berör i vilken utsträckning individen kan planera och lägga upp sin arbetsdag och kunna välja arbetsmetod. *Deltagande i beslutsfattande*, vilket innebär att ha beslutsutrymme och kunna påverka organisationen kring arbetet, arbetstider och delaktighet i kontinuerligt utvecklingsarbete samt den långsiktiga planeringen och formuleringen av mål för det egna arbetet och verksamheten i övrigt. *Färdighetskontroll*

omfattar den del som berör kunskap och färdighetsanvändandet i arbete. Forskning har visat att människor som inte kan utnyttja sin kapacitet mår dåligt på sin arbetsplats. Detta är särskilt uttalat inom lågstatusyrken (Jeding & Theorell, 1999).

Socialt stöd kan vara stöd från överordnande och stöd från arbetskamrater. Flera studier har visat att det finns ett samband mellan allmänt socialt stöd och hälsa (Schwarzer & Leppin, 1989). Denna koppling är starkare för kvinnor och personer som upplever en stressfylld livssituation (Schwarzer & Leppin, 1989, André-Petersson, Engström, Hedblad, Janzon, Rosvall, 2007). Forskning inom arbetsliv och hälsa indikerar att stöd från överordnad spelar större roll för arbetstillfredsställelse och arbetsrelaterad hälsa än stöd från arbetskamrater (Jeding & Theorell, 1999) och i en studie om faktorer som påverkar återgång till arbete efter stroke, fann författarna att stöd från företaget kunde vara avgörande för rehabiliteringsutfallet (McMahon, 1998).

Stöd kan också komma från familjen och familjerelationer har visat sig ha betydelse för utfallet av arbetsrehabiliteringen (Lock et al. 2005).

Information har visat sig vara ett centralt område vid återgång till arbete. Information kan vara direkt riktad mot patienten gällande sjukdomen, dess symptom, prognos, behandling och förväntad konsekvens för funktionstillstånd. Den kan också gälla rekommendationer avseende lämplig tidpunkt och form för återgång till arbete, för patienter med nedsatt sjukdomsinsikt i syfte att förhindra förtidig återgång till arbete (Brag-Petersson, 2007). Vidare kan information vara förmedlad kunskap till patienten kring regler, lagar, bidrag vid sjukskrivning och arbetsträning och den kan vara riktad mot allmänheten i syfte att höja generell kunskap om stroke och dess konsekvenser i yrkesverksam ålder. (Lock et al. 2005).

Tabell 1 visar personliga faktorer och omgivningsfaktorer som kan påverka återgång till arbete.

Tabell 1. Personliga faktorer och omgivningsfaktorer

Personliga faktorer	Omgivningsfaktorer
Motivation	Fast anställning
Intresse	Transport
Attityd	Anpassning
Utbildning	Arbetsinnehåll
Behov	Krav (fysiska och psykiska)
Förväntningar	Uppgiftskontroll
Upplevd själv effektivitet	Deltagande i beslutsfattande
Självförtroende	Färdighetskontroll
KASAM	Socialt stöd, sociala nätverk
	Information

Diskussion

Stroke förefaller att bli allt vanligare i Sverige bland personer i yrkesverksam ålder, framför allt bland kvinnor. Medin har i sin forskning (2006) visat att några av riskfaktorerna är relaterade till arbetsmiljön, vilket ställer stora krav på arbetsrehabiliteringen och de aktörer som deltar i processen.

Återgång till arbete efter stroke har visat sig vara viktigt för hälsorelaterad livskvalité och är ett angeläget område inom strokerehabilitering (Vestling, 2004). Trots detta är det ett lågprioriterat område inom såväl klinisk verksamhet som forskning (Corr & Wilmer, 2003; Wozniak & Kittner, 2002; Lock et al, 2005) och många yngre patienter upplever frustration över att rehabiliteringen stannar upp då mål såsom självständighet inom personlig vård uppnåtts (Röding et al, 2003).

Huruvida en patient ska kunna återgå till arbete beror på en mängd faktorer såsom grad av funktionsnedsättning, ADL-status, rehabiliteringsmetodik och pedagogik, insatser från försäkringskassa och arbetsförmedling men framför allt påverkas resultatet av faktorer inom omgivningen och på personlig nivå.

I den här artikeln har fokus varit på personliga - och omgivningsfaktorer vilket har utmynnat i några hörnstenar som kan vara en utgångspunkt vid utarbetning av en checklista inom ramen för metodutveckling inom arbetsrehabilitering.

Personliga faktorer är just högst individuella och därmed svåra att påverka, men de är viktiga att känna till och beakta i rehabiliteringen. Patientens

erfarenheter och subjektiva aspekter av arbetssituationen har stor betydelse för motivationen och därmed utfallet av arbetsrehabiliteringen och bör därför identifieras tidigt i rehabiliteringen (Vestling, 2004). Intresse för arbetsuppgifterna, attityd och inställning till chefen och arbetskamraterna är några av dessa faktorer, liksom behov av stöd, social gemenskap, uppskattning, belöning och god ekonomi.

Omgivningsfaktorer har stor betydelse för arbetsrehabiliteringens utfall och kan påverkas genom adekvata insatser från såväl sjukvården som Försäkringskassan och arbetsgivaren.

Oro för nytt insjuknande är ofta närvarande hos yngre strokepatienter och kan skapa rädsla och obalans i aktivitetsmönstret (Carlsson, 2007). Genom information till patient och omgivningen om vikten av balans mellan vila och aktivitet, stimulirik och stressfri miljö, social gemenskap samt fysisk aktivitet kan patienten bemästra sin oro och komma igång med meningsfulla aktiviteter som ett komplement till arbetsrehabiliteringen.

En del av de patienter som drabbas av stroke får nedsatt insikt kring sin sjukdom och dess konsekvenser och behöver då hjälp så att förväntningar och mål blir konkreta och relevanta. Orealistiska förväntningar på rehabiliteringen och dess resultat kan också uppstå om informationen kring sjukdomen, dess konsekvenser, prognos och rehabilitering skiljer sig inom teamet. Det har också visat sig att jämförelser med andra patienter kan vara ett hinder vid återgång till arbete (MacLean et al, 2000) men man vet också att det är viktigt för yngre

strokepatienter att de får träffa andra personer i liknande situation (Röding et al. 2003) varför strokeinformation i grupp till patienter och anhöriga rekommenderas som en del av rehabiliteringen.

Många patienter som drabbas av stroke får "osynliga handikapp" i form av kognitiva funktionsnedsättningar, emotionella svårigheter och hjärntrötthetssyndrom (Andersson, 2002; Carlsson, 2007). Dessa patienter upplever ofta "en förlamande trötthet", är starkt påverkade av omgivningen och stresskänsliga vilket påverkar i stort sett alla deras aktivitetsområden. De är osäkra på sin självveffektivitet, känner sig oförstådda av sin omgivning, tappar självförtroendet och undviker aktiviteter och situationer där de inte känner sig osäkra. Den här patientgruppen får ofta problem vid återgång till arbete och är i stort behov av stöd under pågående arbetsrehabilitering. Genom information till patienten och samtliga aktörer i arbetsrehabiliteringen kan varje enskild person få de individuella anpassningar av arbetsmiljö och arbetstid som krävs för att arbetsrehabiliteringen ska fungera.

Obalans mellan psykiska krav, kontroll, och stöd på arbetsplatsen kan leda till ökad förekomst av hjärt- och kärljukdom, sämre psykologisk hälsa, ökad sjukfrånvaro och försämrad arbetstrivsel (Karasek & Theorell, 1990). Om patienter som drabbas av stroke har detta i bagaget då de insjuknar i stroke kan detta medföra stora problem och risk för ohälsa vid återgång till arbete (Medin, 2006). I vissa fall är det inte möjligt att arbetsrehab sker på

ordinarie arbetsplats utan prövning av arbetsförmåga och arbetsträning bör ske på annan arbetsplats med anpassat arbete.

De flesta strokepatienter har någon form av arbetsförmåga men långt ifrån alla återgår till arbete. Möjligheterna till återgång skiljer sig dessutom mellan högutbildade personer inom tjänstemannayrken och personer som arbetar med manuella arbeten. Skälet till detta kan vara att högutbildade personer inte är utbytbara i samma utsträckning som lågutbildade och att företag med högutbildad personal därför kan vara mer motiverade till att ta ansvar för den anställdes arbetsrehabilitering och återgång till arbete. Manuella arbeten kan också vara svåra att rehabiliteras tillbaka till för patienter med kvarstående senso/motoriska funktionsnedsättningar och det saknas ofta förutsättningar för anpassning av arbetsuppgifter och tid inom företag som innehåller denna typ av arbeten. Ett annat skäl till att patienterna ställs utan möjligheter till arbetsrehabilitering kan bero på okunskap och oklarheter runt uppdraget inom sjukvården. Det är inte självklart på vilken vårdnivå arbetsrehabiliteringen ska bedrivas, att arbetsrehabilitering är en del av den medicinska rehabiliteringen och det saknas metodik inom området. Det finns inte heller något entydigt konsensus om vem som ska leda arbetet. I en studie där unga patienter ingick i fokusgrupper och diskuterade kring hinder och möjligheter för återgång till arbete efter stroke identifierades arbetsterapeuterna som intresserade och proaktiva inom arbetsrehabili-

tering men deras roll var långt ifrån självklar och tydlig (Lock et al 2005).

I vissa fall kan inte patienterna återgå till arbete pga. att de inte kan erbjudas arbetsuppgifter där arbetsförmågan kan prövas och som alternativ till arbetsträning övervägs istället sjukersättning. Orsaken kan vara att det inte finns ekonomiska förutsättningar för inköp av utredningstjänster inom Försäkringskassan eller att företaget har begränsade möjligheter att erbjuda sina anställda anpassade arbetsuppgifter och minskad arbetstid. I de flesta fall rekommenderas dessa patienter att söka sjukersättning eftersom det inte är rimligt att ställa en person med tveksam eller begränsad arbetsförmåga till en arbetsmarknads förfogan där lätta och anpassade arbeten saknas.

Många strokepatienter i arbetsför ålder får kvarstående nedsättningar på funktions-, aktivitets- och delaktighetsnivå. En del återgår trots detta till någon form av arbete, i allmänhet genom arbetsträning, medan några kvarvarande arbetsförmåga inte tas tillvara, vilket innebär risk att hamna i en slags ”sjukersättningsfälla”.

Med ökad metodutveckling och forskning inom området samt relevanta arbetspolitiska insatser skulle sannolikt en ökad andel kunna återgå till arbete och därmed få större möjligheter till upplevd hälsa och livskvalité.

Referenser

- Andersson G (2002). Aktivitetsförmåga, delaktighet och livskvalité efter minor stroke (magisteruppsats). Lund: Lunds universitet, Institutionen för klinisk neurovetenskap. Avdelningen för Arbetsterapi.
- Andre-Petersson L., Engström G., Hedblad B., Janzon L., Roswall M. (2006). Social support at work and the risk of myocardial infarction and stroke in women and men. *Social Science & medicine*, 64, 830-841.
- Antonovsky, A (1991). Hälsans mysterium. Natur och Kultur.
- Bandura A (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavior change. *Psychol. Rev.* 84, 191-215.
- Bandura A (1982): Self-efficacy mechanism in human agency. *Am Psychol.* 37, 122-147.
- Brag Pettersson N.(2007). Försäkringsmedicinskt beslutsstöd – vägledning för sjukskrivna. Socialstyrelsen: Cerebrovaskulära sjukdomar. [WWW document] URL [http://www . socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se)
- Carlsson G (2007). Mild Stroke – Consequences in Everyday Life, Coping and Life satisfaction (Doctoral dissertation). Göteborg: Institute of Neuroscience and Physiology. The Sahlgrenska academy at Göteborg University Göteborg Sweden.
- Corr S., Wilmer S. (2003). Returning to work after a stroke: an important but neglected area. *British Journal of Occupational Therapy*, 66, 186-192.
- Gard, G, Odenrick P.(1999). Ergonomi – en kunskapsöversikt. E Holmström, M Eklund, K Ohlsson (red). Människan i arbete. Lund: Studentlitteratur.
- Gard G. (2001). Work motivating factors in rehabilitation: A brief review. *Physical Therapy Reviews*, 6, 8-9.
- Gerdle, B., Elert, J. (1999). Arbetsinriktad rehabilitering. E Holmström, M Eklund, K Ohlsson (red). Människan i arbetslivet. Lund: Studentlitteratur.
- Jeding K., Theorell T. (1999). Arbetsorganisation och hälsa. S, Marklund, (red). Ett friskt arbetsliv. Stockholm: Arbetslivsinstitutet.
- Lock S., Jordan L., Bryan K., Maxim, J. (2005). Work after stroke: focusing on barriers and enablers. *Disability & Society*, 20, 33-47.
- Maclean, N., Pound, P., Wolfe, C., Rudd, A. (2000). Qualitative analysis of stroke patients' motivation for rehabilitation. *BMJ*, 321, 1051-1054.
- McMahon R., Slowinski-Crown D. Return to Work Factors Following a Stroke (1998). *Top Stroke*

- Rehabil, 5 (2), 54-60.
- Medin J. Stroke among people of working age – from a public health and working life perspective. Doctorial dissertation. National Centre for Work and Rehabilitation, Department of Health and Society. Linköping University, Sweden, 2006.
- Röding J., Lindström B., Malm J., Öman. (2003). Frustrated and invisible – younger stroke patients' experiences of the rehabilitation process. *Disability and rehabilitation*, 2003, 25, 867-876.
- Sandqvist J., Henriksson M. (2003). Work functioning: A conceptual framework. Department of Neuroscience and Locomotion, Section of Occupational Therapy, Villa Medica, University Hospital, Linköping Sweden.
- Schwarzer R., Leppin., A (1989). Social support and health: a meta-analysis. *Psychology and health*, 3, 1-15.
- Socialstyrelsen, 2005. Nationella riktlinjer för strokesjukvård; version för hälso och sjukvårdspersonal.
- Vestling M (2004). Well-being, life satisfaction, subjective aspects of work, and indicators for return to work (Thesis for of Licentiate degree of Medical Science in Occupational therapy). Lund: Department of Clinical Neuroscience. Division of Occupational Therapy Faculty of Medicine, Lund University.
- Wozniak M., Kittner S.(2002). Return to Work after Ischemic Stroke: A Methodological Review. *Neuroepidemiology*, 21, 159-166.

Summary in English

Factors that can affect early return to work after stroke

About 30 000 people suffer a stroke every year in Sweden and there seems to be a growing incidence among persons aged 30 -65.

Being able to return to work after stroke is an important factor for a person's well-being and work rehabilitation should be considered early on in the rehabilitation process. Work rehabilitation includes evaluation and intervention on the body function-, activity- and participation level. Environmental and personal factors must also taken into consideration.

The author, who is an occupational therapist, suggest in this article a selection of environmental and personal factors that may have impact on the work rehabilitation after a stroke – information that in a later stage may be useful for checklist purpose. Key words: Stroke, work rehabilitation, function, activity, participation, personal factors, environmental factors.