



**MEDICINSKA FAKULTETEN**

Lunds universitet

Sektionen för arbetsterapi

# **Upplevelser av arbete efter stroke**

- Tankar kring rehabilitering, nuvarande arbetssituation och framtid

Författare: Annelie Ralvert

Handledare: Eva Ramel

December 2006

**Kandidatuppsats**

Adress: Sektionen för arbetsterapi, Box 157, S-221 00 Lund



MEDICINSKA FAKULTETEN  
Lunds universitet

**Sektionen för arbetsterapi**  
December 2006

## **Upplevelser av arbete efter stroke**

- Tankar kring rehabilitering, nuvarande arbetssituation och framtid

**Annelie Ralvert**

### **Abstrakt**

Andelen yngre som insjuknat i stroke har under de senaste åren ökat och möjligheten för dessa individer att kunna återgå till arbete med hjälp av rehabilitering eller kompensatoriska åtgärder är av stor vikt. Syftet med denna studie är att undersöka hur individer som insjuknat i stroke upplever sin nuvarande arbetssituation, men även belysa hur de upplever rehabiliteringens roll som en del av återgången till arbete. Datainsamlingen skedde genom en egenutformad enkät med kvalitativ ansats. Deltagarna bestod av två män och två kvinnor i åldrarna 32-60 och med olikartade yrkesroller. Resultatet visade att framförallt arbetsgivare och rehabiliteringspersonal hade en avgörande roll i individernas upplevelser av återgången till arbete. Det förekom skillnader i dessa upplevelser som framförallt grundades i om individen hade synliga eller osynliga symtom. Samtliga hade fått ändra på arbetsuppgifter, arbetstider och även i viss mån sluta att utföra vissa uppgifter på grund av främst trötthet. För att kunna genomföra en återgång till arbete spelade motivation en stor roll där viktiga faktorer var trivsel, att kunna återfå samma ekonomi som innan insjuknandet samt arbetsgivares och arbetskamraters stöd.

Nyckelord: arbetsrehabilitering, återgång till arbete, arbetsplats, motivation

Kandidatuppsats  
Sektionen för arbetsterapi, Box 157, S-221 00 Lund

## Innehållsförteckning

<b>1. Bakgrund.....</b>	<b>2</b>
1.1 Stroke.....	2
1.2 Arbete.....	2
1.3 Rehabilitering.....	4
1.4 Upplevelser.....	6
<b>2. Syfte.....</b>	<b>7</b>
<b>3. Metod.....</b>	<b>7</b>
3.1 Urvalsförfarande.....	7
3.2 Metod/instrument för insamling av information.....	8
3.3 Procedur.....	9
3.4 Bearbetning av den insamlade informationen.....	9
<b>4. Resultat.....</b>	<b>10</b>
4.1 Bakgrundsfakta.....	10
4.2 Kvarstående symtom och dess påverkan på upplevelsen av arbete.....	10
4.3 Arbetets betydelse.....	11
4.4 Stöd på och utanför arbetsplatsen.....	12
4.5 Rehabilitering.....	12
4.6 Tankar inför framtiden.....	13
<b>5. Diskussion.....</b>	<b>13</b>
5.1 Metoddiskussion.....	13
5.2 Resultatdiskussion.....	14
<b>6. Referenser.....</b>	<b>19</b>

### Bilaga

Enkät

# **1. Bakgrund**

## **1.1 Stroke**

Varje år insjuknar runt 30000 personer i Sverige i stroke och cirka 6000 av dessa är i arbetsför ålder. Stroke är en benämning på de tillstånd som uppstår till följd av en akut störning i hjärnans blodcirkulation. Orsaken är hjärninfarkt eller hjärnblödning, det vill säga antingen en propp eller en blödning i ett av hjärnans kärl. Hjärnceller i det drabbade området dör på grund av syrebrist och en rad symtom kan uppkomma. (Socialstyrelsen, 2001)

Vanliga konsekvenser efter insjuknandet är halvsidigt motoriskt och sensoriskt bortfall (oftast vänster sida), balanssvårigheter, synfältspåverkan, tal och språksvårigheter. Mer osynliga följder som ofta påverkar aktivitetsförmågan hos yngre personer som insjuknat är trötthet, minnessvårigheter, koncentrationssvårigheter, depression och humörsvängningar. Tröttheten kan göra det svårare att hålla kvar uppmärksamheten på aktivitetsutförandet. Energin är låg och det behövs mer sömn för att återhämta energi. Det kan också uppstå problem med koncentrationen, att slutföra påbörjade aktiviteter och att lära in nytt. Minnesproblem kan uppstå och enkla vardagliga saker glöms bort, däremot påverkas sällan faktakunskaper. Depression är ytterligare en vanlig men osynlig konsekvens av stroke. Depression kan vara en följd av hjärnskadan men även en reaktion på den förändrade situationen och förlusten av vissa förmågor (Spanó, 2002). När aktivitetsförmågan blir påverkad kan det uppstå problem med bland annat personlig vård, upprätthållande av sociala relationer, fritidsaktiviteter, hushållsarbete och lönearbete (Christiansen & Baum, 1997).

Andelen yngre som insjuknar i stroke har ökat de senaste åren. De kan vara mitt i livet vad gäller familj och arbete och har på grund av detta delvis ett annat behov av rehabilitering än äldre människor som insjuknat på samma sätt. De upplever ofta aktivitetsproblem inom arbete och kan behöva rehabilitering inför arbetsåtergång (SoS ,2005).

## **1.2 Arbete**

Christiansen & Baum (1997) delar in aktiviteterna i vår vardag i fem olika kategorier vilka är arbete, lek, fritid, egenvård och sömn. En balans mellan dessa aktiviteter är viktig för vårt välbefinnande. I denna studie kommer jag främst att fördjupa mig i aktiviteten arbete som enligt

Christiansen & Baum (1997) och Kielhofner (1995) kan definieras som de aktiviteter en person utför för att kunna försörja sig själv, sin familj och stödja samhället. Det är en produktiv aktivitet som bidrar till att ge service eller att producera varor åt andra. Det kan vara att bidra med idéer, kunskap, hjälp och information. Arbete är målinriktade aktiviteter där man uppnår resultat. Det behöver inte enbart innebära lönearbete utan även studier och obetalda arbeten såsom hushållssysslor brukar numera räknas till denna kategori. Det finns många anledningar till att arbete är viktigt för oss. Arbetet gör oss självförsörjande och leder till en känsla av självständighet. Det gör att vi får en speciell roll i en grupp, sociala relationer, gemenskap och ofta en känsla av att vara betydelsefulla vilket har visat sig vara viktigt för självförtroende och välbefinnande (Holmström, Eklund & Ohlsson, 1999). Arbetet ger erfarenheter, utmaningar och bidrar till personlig utveckling. Många strävar också efter den struktur som arbete ger, vilket kan leda till att man organiserar sin fritid bättre och lär sig att uppskatta sin lediga tid (Turner, Foster & Johnson, 2002).

Arbetsterapeutisk teori belyser att det är relationen och interaktionen mellan individen, aktiviteten och den fysiska miljön som möjliggör ett aktivitetsutförande. Alla dessa delar är beroende av varandra och om någon del förändras påverkas även de övriga delarna och därmed hela aktivitetsutförandet. Om individens kapacitet är låg måste också miljöns och aktivitetens krav vara låga för att det ska bli en positiv upplevelse av aktivitetsutförandet (Christiansen & Baum, 1997). Det är viktigt att hitta en balans där individens förmåga möter aktivitetens och miljöns krav. Detta kan enligt Dhalin- Ivanoff & Kroksmark (1995) ske genom olika strategier som kan tillämpas enskilt eller i kombination. Strategierna är att ändra utförandet av aktiviteten, förändra omgivningen, förenkla aktiviteten, kompensera, be om hjälp eller sluta att utföra aktiviteten. För att klara av aktiviteter på arbetsplatsen krävs det också att individen har förmåga att planera, strukturera, organisera, genomföra och avsluta.

I tidigare studier gjorda på yngre strokepatienter har det framkommit att motoriska och kognitiva problem är vanliga kvarstående konsekvenser av en stroke vilka försvårar en återgång till arbete. Det är lättare att återgå till arbete om individen är oberoende av gånghjälpmedel, om den kognitiva förmågan är intakt samt om man har ett tjänsteyrke (Vestling, Tufvesson & Iwarsson, 2003). Även Wozniak & Kittner (2002) och Corr & Wilmer (2003) konstaterade att tjänstemän

med hög inkomst, bra utbildning och med stimulerande arbete är mer motiverade, vilket möjliggör att de oftare kan återgå till arbetet efter stroke. De som klarar att återgå till arbete har visat sig uppleva bättre livstillfredsställelse och subjektivt välbefinnande jämfört med dem som inte återgår i arbete. De upplever större tillfredsställelse med sin finansiella situation, vänner och fritid. Även hälsa, minne, humör, energi och självförtroende har skattats högre hos dem som är tillbaka i arbete (Vestling et al., 2003). De som kunnat återgå till arbete efter stroke upplever i helhet en positiv och lyckad återgång, men ofta finns där svårigheter att utföra arbetsuppgifterna på ett optimalt sätt. Många som insjuknar i stroke kan drabbas av depression vilket försvårar en återgång till arbete vilket de bör få stöd för att klara av att hantera (Wozniak & Kittner, 2002; Röding, Lindström, Malm & Öhman 2003). Det är även vanligt att arbetskamraterna inte riktigt förstår konsekvenserna av en stroke och därför inte är tillräckligt flexibla för att kunna stötta den som insjuknat. Stöd från arbetsgivare och anställda underlättar för en lyckad återgång till arbete (Corr & Wilmer, 2003).

### **1.3 Rehabilitering**

Då arbete oftast anses vara en meningsfull aktivitet som upptar en stor del av den vuxna människans aktivitetsrepertoar, blir möjligheten att kunna återgå till arbete ett viktigt mål och en naturlig del av rehabiliteringen (Christiansen & Baum, 1997). World Health Organisation (1993) beskriver rehabilitering som en process riktad mot att möjliggöra för individer med funktionsnedsättningar att nå optimal fysisk, sensorisk, intellektuell och social funktionsnivå. Att med hjälp av verktyg och strategier kunna återbygga eller kompensera bortfall av förmågor vilket leder till att individen blir mer självständig och oberoende. Rehabiliteringen ska vara klientcentrerad, heltäckande och meningsfull och den kan vara allt från grundläggande till mer målorienterad såsom arbetsrehabilitering. Det är enligt Röding et al (2003) viktigt att hela tiden inkludera individens önskningar och behov i rehabiliteringen så att de blir delaktiga. Det är också av stor vikt att rehabiliteringsperioden ger möjlighet för individerna att möta människor som befinner sig i en liknande livssituation.

Den medicinska rehabiliteringen sker främst på rehabiliteringsklinker där man arbetar i team med personal som besitter olika kunskaper (SoS, 2005). Det råder en konsensus om att tidig aktivering och tidig rehabiliteringstart är av stor vikt i den framgångsrika vården. De som insjuknat i stroke

och fortfarande är i arbetsför ålder får i Sverige inte bara medicinsk rehabilitering utan även arbetsrehabilitering (SoS, 2005). Arbetsrehabiliteringen kan enligt Selander, Marnetoft, Bergroth & Ekholm (2002) vara en kombination av medicinska åtgärder med fysisk, social och psykologisk inriktning som syftar på att återbygga förlorade funktioner som uppstått efter insjuknandet, men även icke medicinska åtgärder såsom arbetsvägledning, arbetsträning och praktisk eller teoretisk utbildning är ofta av stor vikt för att kunna återgå i arbete. Den icke medicinska rehabiliteringen sker i ett samarbete mellan främst Försäkringskassan, arbetsgivaren och andra rehabiliteringsaktörer såsom arbetsterapeut och sjukgymnast. En rehabiliteringsplan diskuteras fram där resurser och begränsningar i individens kapacitet och den kontext hon befinner sig i på arbetet identifieras. Därefter sätts mål och åtgärder upp för att öka individens kapacitet eller minska miljöns krav. Det kan bli aktuellt att anpassa den fysiska miljön på arbetsplatsen eller så kan den psykosociala arbetsmiljön behöva förändras till den enskildas förutsättningar och behov genom förändringar av arbetsuppgifter, arbetsmetoder och arbetstider (Försäkringskassan, 2005). Arbetsterapeuten kan ha en viktig roll i denna process då hon arbetar problembaserat istället för diagnostiserande. Detta innebär att arbetsterapeuten kan ta tillvara på och analysera hur och på vilket sätt arbetsförmågan kan upprättas trots skada eller sjukdom så att individen kan fungera på ett för henne tillfredställande sätt (Åkerstedt & Jonsson, 1997). Arbetsterapi ger en helhetsbedömning av individens problem, resurser och behov av åtgärder och kan vara ett viktigt bidrag till den rehabiliteringsplan som sätts upp. När arbetsterapeuten tränar människor för arbete handlar det ofta om att medverka på arbetsplatsen med till exempel anpassning av miljön, arbetstekniska hjälpmedel, ergonomisk rådgivning eller förändrade arbetsmetoder. Det kan även innefatta att uppmuntra och föreslå aktiviteter som kan utföras trots en funktionsnedsättning och att hjälpa individen att återvinna självkänslan (Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter, 2006). Arbetsterapeuten kan även arbeta med information om funktionsnedsättningarna och dess konsekvenser i aktivitet och delaktighet till individen som insjuknat i stroke men även till anhöriga, arbetsgivare och myndigheter (Vestling, Ramel & Iwarsson, 2005). Många som insjuknat i stroke uttrycker att de skulle velat ha mer tid med rehabiliteringspersonal såsom arbetsterapeut och sjukgymnast (Röding et al, 2003).

För de som insjuknat i stroke och är i arbetsför ålder anses arbetsträningen värdefull där man med motivation och kreativitet kan hitta nya sätt att lösa problem på. De mest komplexa

arbetsuppgifterna kan tas bort vilket oftast upplevs som något positivt då individerna efter insjuknandet i stroke känner en trötthet och inte har lika mycket energi (Vestling, Ramel & Iwarsson, 2006). Röding et al. (2003) studie visar att det finns en stor frustration över den trötthet som uppkommit efter insjuknandet. Tröttheten påverkar familjeliv, social samvaro med vänner och gör det svårt att klara av att arbeta heltid. Kvinnorna uttryckte att familj och hem tog så mycket av deras energi efter insjuknandet att det var svårt att klara av arbetet. Många upplevde att tröttheten påverkade dem så mycket att de var tvungna att omvärdera sina liv.

#### **1.4 Upplevelser**

Arbete kan ge meningsfullhet till de insjuknades liv genom att de får aktivera sig och ingå i ett socialt sammanhang. Att återgå till arbete efter stroke bidrar med många positiva känslor såsom lycka över livet och tillfredställelse över att kunna arbeta. (Vestling et al., 2006). Känslan av livskvalitet och välbefinnande ökar då individerna kan behålla rollen som anställd (Vestling et al., 2005). Många känner dock också en oro över situationer de inte längre kan kontrollera, nedstämdhet och rädsla över att bli sjuka igen. Det uppstår en ny livssituation där de ska klara av att lära sig leva med de komplikationer som uppstått efter insjuknandet. De flesta upplever både en tro på och en rädsla inför framtiden (Vestling et al, 2006).

Då stroke bland yngre människor har blivit ett alltmer vanligt problem och forskning kring dessa individers upplevelse av att vara tillbaka till arbete är begränsad i litteraturen så kände jag att det här kunde vara ett intressant uppsatsämne. Arbetsterapi har en viktig roll i rehabiliteringen för strokepatienter och för att få det optimala ur denna process är det viktigt att man har en djup förståelse för patienters känslor och upplevelser av att återgå till arbete. Jag har därför valt att belysa detta ämne.



## **2. Syfte**

Syftet med studien är att undersöka hur individer som insjuknat i stroke upplever sin nuvarande arbetssituation, men även belysa hur de upplever rehabiliteringens roll som en del av återgången till arbete.

## **3. Metod**

Till denna studie användes en egenutformad enkät, med kvalitativ ansats där syftet var att djupare beskriva, förstå och tolka upplevelser som kan bidra med nya insikter (DePoy & Gitlin, 1999).

### **3.1 Urvalsförfarande**

Med hjälp av arbetsterapeut på en rehabiliteringsklinik som främst riktar sig till personer i arbetsför ålder hittades lämpliga personer till studien. För att välja ut undersökningsgruppen användes målinriktad sampling där individer som kunde vara representativa för studien valdes ut i enlighet med DePoy & Gittlin, 1999. Inklusionskriterierna var att undersökningspersonerna efter insjuknandet i stroke rehabiliterats på rehabiliteringsklinik, de skulle vara yngre än 65 år och varit tillbaka i lönearbete i minst ett år. Vidare skulle de ha bevarad kognitiv förmåga och förstå svenska. Utöver inklusionskriterierna ville jag också att undersökningsgruppen skulle bestå av både män och kvinnor. Det var också en önskan att de skulle ha olika slags arbeten i avseendet offentligt/privat, stort/litet företag eller tjänsteman/arbetare. Anledningen till detta var för att se om arbetsrehabilitering och arbetsåtergång kan upplevas olika beroende på skiljande arbetsförutsättningar. Eftersom studien var begränsad i tid och omfattning kan den betraktas som en pilotstudie. Undersökningsgruppens storlek bestämdes därför i samråd med arbetsterapeuten till fem individer. Efter två externa bortfall valde jag att privat kontakta en kvinna som uppfyllde inklusionskriterierna. Den slutliga undersökningsgruppen bestod då av två män och två kvinnor i åldrarna 32 till 60.

### **3.2 Metod/instrument för insamling av information**

Det är en enkätstudie med fenomenologisk ansats där jag undersöker främst upplevelser av olika situationer relaterade till den nuvarande arbetssituationen hos undersökningsgruppen men också upplevelsen av rehabiliteringens roll som en del av återgången till arbete. Individerna får själva

tolka och analysera sina upplevelser i en fenomenologisk studie vilket kan ge en djupare förståelse (DePoy & Gittlin, 1999). Öppna frågor som kan ge omfattande svar ger möjlighet till en fenomenologisk studie och användes därför. Med en enkät är det större sannolikhet att de svarar ärligt då de vet att deras anonymitet är garanterad vilket kan ge delvis annorlunda svar. De får även mer tid på sig att reflektera kring frågorna och blir inte påverkade av min närvaro (DePoy & Gittlin, 1999). En egenutformad enkät (se bilaga) utarbetades med frågor som svarar mot syftet. Frågornas grad av strukturering och standardisering är därför låg. Enkäten består av 19 frågor. De inledande frågorna i en enkät bör enligt Hansagi & Allebeck (1994) vara enkla, korta och intresseväckande. Det vanliga är då att börja med faktafrågor om personens bakgrund. Enkäten inleds därför med åtta, främst slutna, frågor om bakgrundsfaktorer som kön, ålder, yrke, sysselsättningsgrad, tidpunkter för insjuknade respektive återgång till arbete. Efter bakgrundsfrågorna följer två öppna frågor om upplevelser av rehabiliteringsperioden och då även arbetsrehabilitering. Den fortsätter med nio öppna frågor om upplevelser kring den nuvarande arbetssituationen, förändringar i den fysiska miljön, förändrade arbetsuppgifter, vilka symtom som påverkar dem i arbete, vilket stöd de har på och utanför arbetsplatsen och hur det påverkar dem, vad de tror varit avgörande för deras återgång och vilka känslor och tankar de har inför framtiden. Enkäten avslutas genom att ställa en fråga om det var något mer de ville tillägga, detta för att få reda på om det var något om dem som de ville uttrycka men inte fått tillfälle till.

För att se efter hur enkäten fungerade i relation till syftet, om den var begriplig och om eventuella ändringar behövde göras fick ett flertal testpersoner som inte ingick i studien svara på frågorna. Efter att ha mottagit hjälpsamt kommentarer gjordes vissa justeringar för att förbättra enkäten. Enligt Patel & Davidsson (2003) är det bra om även personer som är väl insatta i problemområdet analyserar frågorna. Den har därför också reviderats tillsammans med två experter inom området för att se om frågorna är relevanta, kan svara på syftet och inte är ledande eller förutsättande. Detta ökar enkätens validitet då språket formuleras bättre och då frågorna tydligare motsvarar syftet med studien.

### **3.3 Procedur**

Brev med information om studien och förfrågan om godkännande skickades till arbetsterapeuten på rehabiliteringskliniken. Efter godkännande tog hon kontakt med undersökningspersonerna och

ett liknande brev där jag presenterade mig själv och min studie skickades därefter till dem via henne. I brevet betonades även att de skulle förbli anonyma för mig och därför inte kunna identifieras. Det underströks också att deltagandet i studien var frivilligt och undersökningspersonerna hade rätt att avbryta sitt deltagande när som helst utan att ge något skäl. Angiven tid de hade på sig att svara var två veckor. Till varje brev bifogades enkäten med frågorna de skulle besvara och ett frankerat svarskuvert som de kunde skicka tillbaka enkäten i. Efter två veckor hade endast svar från två av deltagarna inkommit, Arbetsterapeuten ringde då upp de resterande vilket ledde till svar från ytterligare en deltagare. Som tidigare nämnts blev det två externa bortfall och därför tog jag privat kontakt med en person som uppfyllde inklusionskriterier och gärna deltog. Även denna deltagare har garanteras anonymitet och noga avidentifierats.

### **3.4 Bearbetning av den insamlade informationen**

Enkäterna bearbetades enligt en kvalitativ analysmetod. De lästes och analyserades först var för sig för att få en helhetsbild av varje individ. För att kunna skilja deltagarna åt och se dem som fyra olika individer skrevs stödord ner som belyste de individuella upplevelserna. Att få en helhetsbild av varje individ kan vara lämpligt för att på så sätt underlätta den mer ingående analysen av svaren (DePoy & Gittlin, 1999). Nästa steg blev att analysera och jämföra en fråga i taget individerna emellan. Efter ett antal genomläsningar slogs vissa frågor ihop då de berörde liknande element. Jag jämförde likheter, gemensamma drag och skillnader hos individernas erfarenheter och i detta arbete framkom de kategorier som ligger till grund för uppsatsen. Följande kategorier utkristalliserades: Kvarstående symtom och dess påverkan på upplevelsen av arbete, Arbetets betydelse, Stöd på och utanför arbetsplatsen, Rehabilitering och Tankar inför framtiden. Dessa har därför använts som rubriker i resultatet. Bearbetningen fortsatte med att sammanfatta var deltagares erfarenheter för sig under rubrikerna och sedan analysera dem i relation till varandra och hitta likheter och skillnader dem emellan. Citat valdes noggrant ut för att illustrera och tydliggöra deltagarnas upplevelser (DePoy & Gittlin, 1999). Citaten är markerade med kursiv stil och inom citationstecken.

## 4. Resultat

### 4.1 Bakgrundsfakta

Deltagarna består av två män och två kvinnor i åldrarna 32-60 (Tabell 1). Kvinna C är den enda som återgått till den sysselsättningsgrad hon hade innan insjuknandet (Tabell 1). Av de fyra deltagarna är det enbart man B som har förändrade arbetsuppgifter (Tabell 1). Kvinna C har endast varit tillbaka i arbete i ett halvår. De resterande deltagare har varit tillbaka i arbete i minst ett år.

	Ålder	Sysselsättningsgrad %, nu / tidigare	Arbete innan insjuknandet	Nuvarande arbetsuppgifter
Man A	60	25 / 100	Ingenjör	Samma
Man B	53	50 / 100	Läkare	Ej operativ, endast med på ronder. Forskar
Kvinna C	32	100 / 100	Översättare, Egenföretagare	Samma
Kvinna D	43	25 / 80	Undersköterska	Samma

Tabell 1: Bakgrundsfakta om deltagarna

### 4.2 Kvarstående symtom och dess påverkan på upplevelsen av arbete

Man A och Kvinna C & D har inga synliga fysiska funktionshinder kvar efter insjuknandet. Alla tre upplever dock en stor trötthet, koncentrationssvårigheter och minnesproblem. Tröttheten gör dem långsammare än tidigare, de gör lättare fel och måste sova mer. Man A har också begränsad känsel i vänster kroppshalva, värk och krypningar. Kvinna D har en viss svaghet i vänster kroppshalva som gör att hon överbelastar höger sida vilket med åren lett till belastningssmärter. Man B upplever också trötthet efter en kort tids koncentration men till skillnad från de övriga har han även vänstersidig armpares, vänstersidig bensvaghet.

De tre med dolda handikapp har i stor utsträckning kvar samma arbetsuppgifter som innan insjuknandet (Tabell 1). Två av dem har dock fått gå ner i arbetstid på grund av trötthet och värk. På frågan om arbetsuppgifterna förändrats efter insjuknandet svarar man A: "Delvis. Jag orkar

*mycket mindre!! Jag fungerar idag mer som idéspruta, detaljerna gör andra.*” Tidigare gjorde han allt själv från idé till färdig produkt. Han kan i nuläget inte sitta på längre möten eller åka på tjänsteresor, detta för att han bara kan koncentrera sig max ett par timmar innan tröttheten slår till och han upplever kaos. Tröttheten kan vara både fysisk och psykisk där den psykiska är värst. Han upplever också att han har ett försämrat minne och lätt glömmet viktiga saker vilket gör att han i arbetet inte vågar ta ansvar i samma utsträckning som tidigare. Man B har fått förändra sina arbetsuppgifter i stor utsträckning (Tabell 1). Han har på grund av sin vänstersidiga svaghet blivit rullstolsburen och kan inte utföra tvåhandsaktiviteter längre. Han har nästan ingen patientkontakt numera och väldigt lite pappersarbete. Han arbetar nu halvtid då tröttheten gör det svårt för honom att koncentrera sig vid icke stimulerande arbete. De tre som inte har några synliga funktionshinder upplever att omgivningen ibland kan glömma bort att de inte är friska och kräver för mycket av dem. Man B däremot som har främst synliga funktionshinder tycker att omgivningen inte respekterar honom på samma sätt som tidigare: *”Att sitta i rullstol på ronderna innebär mindre pondus och sämre överblick.*” Ingen av deltagarna har anpassat den fysiska miljön på arbetsplatsen och de känner inte något behov av det heller.

### **4.3 Arbetets betydelse**

För Man A & B samt Kvinna D betyder arbetet mycket. Arbetet har haft en betydande roll i deras liv och innan insjuknandet har de alltid tyckt om att gå dit. De har en stor vilja och är mycket motiverade att klara av att fortsätta arbeta. Man A kallar sig själv *”arbetsnarkoman”*. Han har alltid älskat att skapa nya saker som uppskattats och han har fortfarande många idéer. Han ger sig inte, vill bli bättre och tränar och motionerar mycket för att klara av mer. Kvinna D skriver att det som gjort att hon kunnat återgå är: *”Min starka drivkraft, livsglädjen, tron på mig själv + att jag haft tur som tillfrisknat så pass bra som jag gjort.*” Man B tyckte mycket om sitt arbete men upplever i nuläget att det ger honom för lite stimulans, att det är svårt att få balans mellan klinik och akademi. Han tycker att han har för lite patientarbete och för långa forskningspass. Kvinna C kände att hon skulle vilja vara sjukskriven och kunna återhämta sig under en lite längre tid men den möjligheten gavs inte: *”Jag hade inget val än att återgå! Jag blev nekad förlängd sjukskrivning.*”

#### 4.4 Stöd på och utanför arbetsplatsen

Man A och Kvinna D upplever att de har en mycket bra och förstående närmsta chef medan man B tycker att, *"arbetsgivaren glider på att ge anpassade arbetsuppgifter- oerhört frustrerande och tröttande. Det största problemet för närvarande!"* Kvinna C är egenföretagare och är därför sin egen arbetsgivare. Samtliga upplever stöd och uppmuntran från arbetskamrater som de tycker accepterar deras begränsningar. De tycker också att vänner bidrar med glädje, stimulans och ett bättre humör. Man B betonar också att hustru och barn ger kärlek och ömhet och stöttar honom i allt, de uppmuntrar honom också att kämpa vidare i träning. Släkten finns alltid till hands och gör att han känner ork och trygghet. Sjukgymnasten har hjälpt honom få bättre rörlighet och ett bättre humör. Den enda som upplevde stöd från Försäkringskassan var Kvinna D som kände att de var hennes största stöd under hela rehabiliteringsperioden och i återgången till arbete. Kvinna D tycker också att det är svårare för familjen att förstå hennes problem än det är för arbetskamrater. *"Sambo + barn ser mig nog som frisk nu, många gånger känner de irritation över min trötthet. Jag har nog skämt bort dom. Jag tror inte arbetslivet påverkas så mycket, utan det är hemma allting märks"*. Tröttheten gör också att hon måste hitta bra strategier mellan arbete och fritid.

#### 4.5 Rehabilitering

Kvinna D tyckte att rehabiliteringsperioden varit den jobbigaste delen i hennes liv trots ett bra stöd från rehabiliteringspersonal. Hennes förväntningar av att återgå till arbete infriades dock, fast det tog sju år. Man A och Kvinna C upplevde att deras rehabiliteringsperiod överträffade förväntningarna de haft. Man A var under hela sin rehabiliteringsperiod oerhört motiverad att bli frisk igen. Han förbättrades mycket och trodde till och med ett tag att han skulle kunna bli helt återställd. Alla tre har genomgått arbetsrehabilitering och tycker att detta gett mycket i form av styrka, kondition och självkänsla. Man A träffade då andra som också insjuknat i stroke vilket gjorde ett starkt intryck på honom. *"Såg andra svårare fall med sämre utgång! Desto mer kämpade jag- jag skulle bli frisk igen!"* Kvinna D skrev att *"arbetsrehabiliteringen betydde mycket då det visade sig att jag kunde arbeta inom mitt tidigare område utan att behöva byta jobb"*. Man B däremot upplevde rehabiliteringsperioden som en besvikelse. Han tyckte att de *"glömde bort"* hans vänstra arm. På frågan om rehabiliteringsperioden motsvarade hans förväntningar svarade han: *"Nej ofta verkade det som om det var första gången de upptäckte mina problem."* Han har också genomgått arbetsträning. Han fick då träffa arbetskamrater och

röra sig på arbetsplatsen vilket gjorde att han lättare kunde ta tag i verkligheten igen. Han fick då även hjälp med att återta en del tidigare aktiviteter till exempel forskning.

#### **4.6 Tankar inför framtiden**

Man A uttrycker en rädsla inför framtiden. Han har funderingar kring hur han kommer att klara sig ekonomiskt och hur det kommer att bli med den nya regeringen. Han skriver också: ”*Och hoppas, att jag inte få återfall!*” Man B undrar hur mycket bättre han kommer att bli och vilka förbättringar som kommer att ske med fortsatt fysisk rehabilitering. Kommer han att få utföra mer adekvata uppgifter framöver? Även han har funderingar kring hur han och hans familj ska kunna få bättre ekonomi. Kvinna C ser positivt på framtiden då hon ska flytta från hus till hyreslägenhet och byta arbete vilket känns bra för henne i dagsläget. Kvinna D har en viss oro över att inte kunna återgå till att arbeta 80 procent. Hon behöver den inkomsten för att klara sin tillvaro. Även hon uttrycker en rädsla över att insjukna igen, men hon är också hoppfull över att hennes liv ska få en positiv utveckling.

## **5. Diskussion**

### **5.1 Metoddiskussion**

Undersökningsgruppen består av fyra individer som alla delar erfarenheten av att återgå till arbete efter insjuknande i stroke. Det hade varit önskvärt med ett större urval då det hade gett en rikare bredd och djup i studien (Allebeck & Hansagi, 1994) men eftersom tiden var begränsad och inklusionskriterierna förhållandevis strikta var det svårt att hitta lämpliga individer. En viss variation blev det ändå, då studien kom att omfatta både män och kvinnor med olika arbeten som gav olika förutsättningar för återgång. För att besvara syftet gjordes en enkätstudie med fenomenologisk ansats. Denna metod möjliggjorde för mig att få en djupare förståelse av individernas upplevelser av den nuvarande arbetssituationen och rehabiliteringen. Jag beaktade alternativen av att använda telefonintervju eller vanlig intervju då det är rekommenderat vid denna typ av studie (DePoy & Gittlin, 1999). Men som ovan intervjuare kunde det vid telefonintervju bli svårt att hinna anteckna deras svar. Vid en personlig intervju kanske de skulle bli påverkade av min närvaro och uppleva det svårt att prata om känsliga upplevelser. Det kan även underlätta för individerna som ska svara på frågorna att besvara via enkät eftersom de får tid

på sig att tänka igenom frågorna medan det under en intervju kan förekomma en stressfaktor i svarsprocessen. En enkät innebär en högre grad av standardisering (Allebeck & Hansagi, 1994) och det är större sannolikhet att de svarar ärligt då de vet att deras anonymitet är garanterad vilket kan ge mer givande svar (DePoy & Gittlin, 1999). Bearbetningen av enkäterna underlättades av att deltagarna svarat på exakt samma frågor vilket gjorde arbetet med jämförelsen och analysen smidigare. Jag upptäckte under uppsatsarbetet att nackdelen med att använda enkät är att man löper större risk att få externa bortfall. Pilotstudien som redan från början var begränsad till fem individer blev lidande av de externa bortfall som skedde vilket gjorde att jag fick en tidsförskjutning i mitt uppsatsarbete. En annan nackdel med enkät är att den kan vara begränsande i en kvalitativ studie då följdfrågor inte kan ställas och individerna är styrda av frågorna på enkäten och kan inte fritt prata om sina upplevelser (DePoy & Gittlin, 1999).

Jag fick utförliga svar på frågorna och samtliga svarade på alla frågor, alltså inget internt bortfall. Ingen fråga misstolkades vilket underlättade analysen av svaren och urskiljandet av kategorier. För att begränsa antalet frågor på enkäten skrev jag ihop vissa frågor och fick därför bland annat inte så utförligt svar om deras kontakt med försäkringskassa som jag hade önskat. Det framgår inte heller av studien vilken roll arbetsterapeuten haft i deras rehabilitering, vilket jag nu i efterhand känner mig intresserad av att veta.

Extern validitet med möjlighet att generalisera resultaten är omöjligt då urvalet är för litet, resultatet blir därmed specifikt för undersökningsgruppen. Studien handlar om mänskliga subjektiva upplevelser och meningen är att den ska ge en djupare förståelse för en upplevd livssituation. Det är inte min avsikt att generalisera utan mer att beskriva en speciell grupp upplevelser av att vara tillbaka i arbete utifrån deras egna perspektiv (DePoy & Gittlin, 1999).

## **5.2 Resultatdiskussion**

I resultatet framkom det hur två män och två kvinnor som insjuknat i stroke och återgått till arbete upplever sin nuvarande arbetssituation och rehabiliteringen. Tre av deltagarna var mycket motiverade av att kunna återgå till arbete. De båda männen som hade arbeten med hög status beskrev arbetet som en stor del av deras liv och identitet. Att personer med hög utbildning och utvecklande arbeten har en stor motivation till att kunna återgå återfinns även i andra tidigare



gjorda studier av bland annat Wozniak & Kittner (2002); Corr & Wilmer (2003); Vestling et al. (2003). Även kvinnan som arbetade som undersköterska var motiverad att återgå. Hon trivdes på arbetsplatsen och hade kämpat hårt för att kunna återgå. En av deltagarna uttryckte inte samma motivation. Hon kanske inte heller trivdes lika bra på sitt arbete för hon skulle byta arbete och det upplevde hon som positivt. Det framkom följaktligen att trivsel på arbetsplatsen är en motiverande faktor. En annan motiverande faktor för att kunna återgå i arbete kan vara att återfå samma inkomst som innan insjuknandet (Wozniak & Kittner, 2002). Tre av deltagarna i föreliggande studie uttrycker en oro över hur deras ekonomiska situation kommer att se ut framöver. De båda männen upplever sig kanske ha ett ekonomiskt ansvar i familjen. Då de båda haft arbeten med hög status har de kanske även en hög levnadsstandard som de nu efter insjuknandet har svårare att klara av att leva upp till. Denna tendens har även uppmärksammats i tidigare gjorda studier av bland annat Röding et al. (2003). Även en av kvinnorna i min studie uttrycker en oro över den ekonomiska situationen. Anledningen till att den fjärde deltagaren inte gör det kan bero på att hon återgått till att arbeta heltid. Förutom en oro över den ekonomiska situationen pratar kvinnorna om krav från familjen, att det kan vara svårt för familjemedlemmarna att förstå att de inte orkar lika mycket längre. Den ena kvinnan väljer också att flytta från hus till lägenhet med sin familj, kanske för att minska hushållsarbetet. Männen tar inte upp så mycket om familjen mer än att de är ett stöd för dem. Det är intressant att notera att när männen diskuterar familjen är det i form av stöd medan det för kvinnorna kan upplevas tvärtom, att kvinnorna själva måste vara ett stöd till familjen vilket för dem upplevs belastande. Detta kan spegla det faktum att det fortfarande i samhället finns en uppfattning om att hushållssysslor och barnomhändertagande i huvudsak är en kvinnlig göra. För rehabiliteringspersonal kan det vara viktigt att komma ihåg att kvinnor oftare kan uppleva en press från hemmet som tar på krafterna vilket i sin tur kan gå ut över den energi de har att lägga på arbetet.

Samtliga tar upp tröttheten de numera upplever som ett stort hinder i arbetet. Tröttheten gör att de inte kan arbeta heltid, då de har svårt att koncentrera sig under längre stunder. Den ena mannen klarar bara av att arbeta ett par timmar innan han blir så pass trött att han måste vila. Att trötthet är ett av de största upplevda problemen i arbetsåtergången går att återfinna i samtliga artiklar jag läst om upplevelser av arbete efter stroke. I övrigt har deltagarna olika symtom kvar efter

insjuknandet. Den ena mannen har främst synliga funktionsnedsättningar, han sitter i rullstol och kan inte använda vänster hand. Han tycker i viss mån detta gör att arbetskamrater och arbetsgivare ser på honom annorlunda nu jämfört med innan insjuknandet. Han upplever sig inte inge samma respekt som tidigare då de ser honom som sjukare än vad han upplever sig vara. De övriga har inga synliga funktionshinder vilket gör att arbetskamrater ibland har svårt att förstå att de inte besitter samma kapacitet som innan insjuknandet. Kraven på dem blir för stora och de får ofta påminna sina arbetskamrater om att de faktiskt har funktionsnedsättningar. Det kan alltså vara svårt för omgivningen på arbetsplatsen att sätta sig in i, förstå och hantera både synliga och osynliga symtom som uppstått hos den som insjuknat. Det är värt att notera att det finns skillnader i upplevelser som grundas i om individen har synliga eller osynliga symtom. Arbetsterapeuten kan i arbetsrehabiliteringen arbeta med information om funktionsnedsättningarna och dess konsekvenser i aktivitet och delaktighet till individen som insjuknat i stroke men även till arbetsgivare och arbetskamrater (Vestling et al., 2005).

Då deltagarnas kapacitet har blivit lägre kan det vara aktuellt att anpassa antingen den fysiska miljön på arbetsplatsen eller arbetsuppgifterna för att möjliggöra en återgång. Detta kan enligt Dhalin- Ivanoff & Kroksmark (1995) ske genom olika strategier som är att ändra utförandet av aktiviteten, förändra omgivningen, förenkla aktiviteten, kompensera, be om hjälp eller sluta att utföra aktiviteten. Ingen av deltagarna upplevde att miljön skulle kunna anpassas för att underlätta, däremot har de fått ändra på arbetsuppgifter, arbetstider och även i viss mån sluta att utföra vissa uppgifter för att möjliggöra en återgång. Det är viktigt att hitta en balans där individens kapacitet möter aktivitetens och miljöns krav. De tre med dolda handikapp känner sig nöjda med förändringarna i arbetsuppgifterna medan mannen med synliga funktionshinder känner sig understimulerad och tycker att arbetsuppgifterna anpassats för mycket. Han tror att han i större utsträckning kan återgå till tidigare arbetsuppgifter men arbetsgivaren tillåter inte honom. Arbetsgivaren har en viktig roll och ett ansvar att hitta anpassade arbetsuppgifter som ger lagom utmaning och upplevs meningsfulla. Arbetsgivaren är inte alltid insatt i vad som kan göras för den som insjuknat då hon ofta inte har någon större kunskap i ämnet (MacEachen, Clarke, Franche & Irwin, 2006). Försäkringskassa eller rehabiliteringspersonal som besitter mer kunskap inom området skulle kunna vara behjälpliga för att hitta lämpliga och meningsfulla aktiviteter på arbetsplatsen. De övriga deltagarna hade en hjälpsam och förstående arbetsgivare vilket var

underlättande för dem. Upplevelserna av arbetsgivarens stöd varierar hos dem, men alla uttrycker hur viktig roll arbetsgivaren har och samtliga upplevde stöd från arbetskamrater. Arbetsgivare och anställdas stöd har i tidigare studier visat sig underlätta återgång i arbete (Corr & Wilmer, 2003; MacEachen et al., 2006). Den rullstolsburne mannens motivation skulle ha kunnat öka om arbetsgivaren haft ett större förtroende för honom och de till exempel haft samtal om vilka förändringar som skulle ha kunnat göras för att höja motivationen. Ibland kan dock kraven individen har på sig själv vara för stora vilket leder till negativa resultat då de inte klarar att hantera situationen. För att hitta lämpliga arbetsuppgifter bör arbetsgivaren ta hänsyn till individens vilja, motivation och kapacitet. (Gard & Larson, 2003)

Upplevelsen av rehabiliteringen var skiftande. Den främsta anledningen till detta kan vara att de hade olika förväntningar. Tre av dem gjorde stora förbättringar och de symtom som de hade kvar efter rehabiliteringstiden var dolda som inte kan tränas bort. Den rullstolsburne mannen upplevde att han skulle kunna rehabiliterats ytterligare då tidigare fall med liknande symtom blivit återställda vilket inte skedde i hans fall. Just vetskapen om att det går att bli återställd har säkert höjt hans förväntningar, vilket har gjort det svårt för honom att hantera det faktum att hans funktionshinder kan vara bestående. Hans upplevelse av rehabiliteringen kan vara ett sätt att undvika ett accepterande av situationen, men det kan också vara så att han har fått en icke tillfredställande rehabilitering som inte mött hans behov vilket han har uttryckt. Enligt Gard & Larson (2003) påverkas rehabiliteringen av individuella faktorer såsom intressen, attityder, förväntningar, behov, självförtroende och motivation. Individens motivation ökar vid delaktighet i rehabiliteringsprocessen där kommunikationen med rehabiliteringspersonalen är givande och information ges om vilka interventioner som kan erbjudas. Kanske är det här det brustit mellan den rullstolsburna mannen och rehabiliteringspersonalen. Samtliga har dock positiva erfarenheter av arbetsrehabiliteringen men bara en av deltagarna hade stöd från Försäkringskassan i denna process. Detta stöd upplevde hon positivt så möjligen skulle Försäkringskassan kunna vara till hjälp även vid övriga deltagares återgång.

Arbetsterapeuten har redan en viktig roll vid rehabiliteringen av strokepatienter men skulle i större utsträckning kunna bidra med sin kompetens även vid arbetsrehabiliteringen. Arbetsterapeuten besitter kunskap om vilka konsekvenser en stroke kan medföra och vilken

rehabilitering som kan vara aktuell eller vilka kompensatoriska åtgärder som kan användas på arbetsplatsen. Det kan vara i arbetsgivarens bästa intresse att ha någon med denna expertis att samarbeta med och därmed ge den drabbade en bättre upplevelse av att återgå till arbete. Då inte alla deltagarna upplevde förståelse och stöd från arbetsgivare bör alltså inte arbetsterapeuten kontakt sluta efter rehabiliteringen. På arbetsplatsen kan arbetsterapeuten fortsätta fungera som en kommunikatör mellan arbetsgivare och individ då hon kan bidra med mer auktoritär kunskap inom området. Vid fortsatt forskning inom området hade det varit intressant att fördjupa sig ytterligare i hur samarbetet mellan olika aktörer kan förbättras och effektiviseras för att på så sätt tillgodose den insjuknades behov. För att uppnå detta måste fler studier göras av upplevelser hos de som insjuknat, för att få en kunskap om vad som upplevs positivt i rehabiliteringskedjan. Det skulle vara intressant att fördjupa sig i arbetsterapeutens roll i denna process. Vilken kompetens kan arbetsterapeuten bidra med och hur upplever deltagare och arbetsgivare detta stöd?

## 6. Referenser

- Christiansen, C., & Baum, C. (Eds) . (1997). *Occupational Therapy: Performance, Participation and Well-Being*. Thorofare: Slack Incorporated.
- Corr, S. & Wilmer, S. (2003) Returning to Work after a Stroke:an Important but Neglected Area. *British Journal of Occupational Therapy*. April 66(5).
- Dhalin-Ivanoff, S. & Kroksmark, U. (1995). *Folkhälsoarbete i arbetsterapi, ur ett hälsoperspektiv fokuseras arbetsterapi på vardagsaktiviteter*. Nacka: Förbundet Sveriges arbetsterapeuter.
- DePoy, E., & Gitlin, L.N. (1999). *Forskning - en introduktion*. Lund: Studentlitteratur.
- Gard, G. & Larsson, A. (2003). Focus on Motivation in the Work Rehabilitation Planning Process: A Qualitative Study From the Employer's Perspective. *Journal of Occupational Rehabilitation, Vol. 13, No. 3*
- Hansagi, H. & Allbeck, P. (1994) *Enkät och intervju inom hälso- och sjukvård: handbok för forskning och utvecklingsarbete*. Lund: Studentlitteratur
- Holmstöm, E., Eklund, M., & Ohlsson, K. (1999). *Människan i arbetslivet: teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur
- Kielhofner, G. (1995). *A Model of Human Occupation: Theory and Application*. Philadelphia: Williams & Willkins
- MacEachen, E., Clarke J., Franche R-E. & Irwin E. (2006). Systematic review of the qualitative literature on return to work after injure. *Scand J Work Environ Health*, 32(4): 257-269
- Patel, R., Davidson, B. (2003) (3.ed). *Forskningsmetodikens grunder: att planera, genomföra och rapportera en undersökning*. Lund: studentlitteratur.
- Röding, J., Lindström, B., Malm, J., & Öhman, A. (2003). Frustrated and invisible-younger stroke patients' experiences of the rehabilitation process. *Disability and Rehabilitation*. Vol. 25, No.15, 867-874.

Selander, J., Marnetoft, S.-U., Bergroth, A., & Ekholm, J. (2002) Return to work following vocational rehabilitation for neck, back and shoulder problems: risk factors reviewed. *Disability and Rehabilitation*. Vol. 24, No14, 704-712

Spanó, L. (2002). *Stroke mitt i livet: en informationsskrift*. Stroke-Riksförbundet. Hägersten

Turner, A., Foster, M., Johnson, E, S. (2002). *Occupational therapy and physical dysfunction* (5.ed.). Edinburgh, New York: Churchill Livingstone

Vestling M, Ramel E & Iwarsson S. (2006). Thoughts and experiences from returning to work after stroke. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, Submitted.

Vestling M, Ramel E & Iwarsson S. (2005). Quality of life after stroke: well-being, life satisfaction and subjective aspects of work. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 12, 89-95.

Vestling M., Tufvesson B., & Iwarsson S. (2003) Indicators for return to work after stroke and the importance of work for subjective well-being and life satisfaction. *Journal of Rehabilitation Medicine*; 35(3), 127-131

Wozniak, M, A., & Kittner, S, J.(2002). Return to Work after Ischemic Stroke: A Metodological Review. *Neuroepidemiology*. 21, 159-166.

Åkerstedt, C. & Jonsson, H. (1997) *Arbetsterapeuten : ny yrkeskategori i rehabiliteringsprocessen*. Stockholm : Försäkringskassan, Stockholms län.

### **Elektroniska referenser:**

Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter. [Hemsida på Internet]. *Vad du behöver veta om arbetsterapi*. [ Uppdaterad 2006; besökt 2006 09 09].  
URL: <http://www.fsa.akademikerhuset.se/>

Försäkringskassan. [Hemsida på Internet]. [Uppdaterad 2005; besökt 2006 09 11].  
URL <http://www.fk.se>

Socialstyrelsen. [Hemsida på Internet]. *Speciella förhållanden i hälso- och sjukvården*. [Uppdaterad 2001; besökt 2006 08 12].  
URL: <http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/17882DCC-FA53-4BA2-A823-E8BFE80CA652/1549/Kap4.pdf>

Socialstyrelsen. [Hemsida på Internet]. *Nationella riktlinjer för strokesjukvård*. [Uppdaterad 2005; besökt 2006 08 12].  
URL: [http://www.socialstyrelsen.se/Amnesord/halso\\_sjuk/riktlinjer/stroke+index.htm](http://www.socialstyrelsen.se/Amnesord/halso_sjuk/riktlinjer/stroke+index.htm)

Världshälsoorganisationen. [Hemsida på Internet]. *Standard Rules on the Equalization of Opportunities for Persons with Disabilities* [Uppdaterad 1993; besökt 2006 10 05].  
URL: <http://www.un.org/esa/socdev/enable/dissre01>

## Enkät som berör arbete efter stroke

### ***Bakgrundsfakta***

1. Kvinna  Man

2. Ålder:.....

3. När insjuknade du i stroke?.....

När återgick du i arbete?.....

4. Vilken skolutbildning har du?

.....

5. Vad arbetar du med och på vilken arbetsplats?

.....  
.....

6. Har du samma arbetsuppgifter som innan sjukandet i stroken?

Ja

Nej  Vilka är förändringarna?

.....  
.....

7. Vilken sysselsättningsgrad har du nu?

Heltid

Halvtid

Annan.....

8. Har du samma sysselsättningsgrad nu som innan insjukandet i stroke?

Ja

Nej  Vilken är skillnaden?

.....



**Rehabilitering**

9. Hur upplevde du rehabiliteringsperioden, motsvarade den dina förväntningar?

.....  
.....  
.....  
.....

10. Har du genomgått någon form av arbetsrehabilitering?

Ja  Vad betydde den för dig?

Nej  Varför inte?

.....  
.....  
.....  
.....

**Arbetsplatsen**

11. Har du efter insjuknandet i stroke fått miljön anpassad på arbetsplatsen?

Ja  På vilket sätt?

Nej  Varför inte?

.....  
.....  
.....

12. Har dina arbetsuppgifter förändrats eller förenklats?

Ja  På vilket sätt?

Nej  Varför inte?

.....  
.....  
.....  
.....

13. Finns det uppgifter på arbetet du efter insjuknandet i stroke inte längre kan utföra eller får be om hjälp av någon annan för att klara utföra?

Ja  Vilka och hur upplever du det?

Nej

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

14. Upplever du att du idag har kvar symtom efter insjuknandet i stroke som kan påverka dig i ditt arbete?

Ja  Vilka och hur påverkar de dig?

Nej

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

15. Vilket stöd har du på och utanför arbetsplatsen och hur tror du det påverkar dig i ditt arbete? ( t.ex. arbetsgivare, arbetskamrater, familj, vänner, försäkringskassan osv)

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

16. Hur upplever du din arbetsituation nu jämfört med när du precis återgick i arbete?

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

17. Vad tror du varit avgörande för dig när det gäller att återgå i arbete?

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

18. Vilka känslor och tankar har du inför framtiden?

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

19. Har du något mer du vill tillägga?

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Skriv gärna på baksidan om du inte får plats på raderna ovan

**Tack för hjälpen!!**

