

FORORD

Et praksisopphold i Nepal skulle på så mange vis få en stor betydning i mitt liv, både personlig og faglig. Oppholdet i Nepal bar med seg opplevelser og møter med mennesker som er mye av årsaken til, og grunnlaget for, at jeg i dag sitter her med det endelige utkastet av en masteroppgave i helsevitenskap.

Proessen har vært en reise full av oppturer og nedturer, som har ført til ny forståelse og innsikt, men også endeløse stunder med intens grubling og frustrasjon. I den forbindelse er det mange å takke, både for faglig innspill, men også de som har heiet meg fram og støttet meg hele veien, de er det mange av.

Først og fremst vil jeg rette en stor takk til mine informanter som stilte opp og delte sine erfaringer fra praksis. Deres bidrag har gjort denne studien mulig. Takk. Videre vil jeg takke min hovedveileder Heidi Hjelmeland for gode og konstruktive tilbakemeldinger og ikke minst min biveileder Marit Solbjør som tok over stafettspinnen mot slutten og inspirerte og motiverte meg i slutteprosessen.

Videre vil jeg rette en stor takk til Sidsel for alt fra korrekturlesing og traktement, du har vært uvurderlig. Takk til Kirsti, pappa og Marie for gjennomlesing og tilbakemeldinger, og en stor takk til både mamma og Rita for støtte på alle bauer og fronter. Videre vil jeg takke alle gode venner og familie for all støtte og for at dere har hatt troen på meg, og takk for at dere har holdt ut alle de gangene jeg har lagt ut i det vide og brede om masteroppgaven. Ingen nevnt, ingen glemte. Dere har vært uvurderlige i denne prosessen og dere vet selv hvem dere er. Sist men ikke minst vil jeg rette en stor takk til Martin og Joakim for gode stunder både på og utenfor skolen.

Trondheim, desember 2015.

Ingrid Jakobsen

SAMMENDRAG

Bakgrunn: Som et resultat av globaliseringen, vil ergoterapeuter verden over i dag og i framtiden, møte et mangfold av mennesker i sin praksis. På bakgrunn av at ergoterapifaget bygger på vestlige verdier og normer, indikerer tidligere studier at dette kan medføre komplikasjoner i tverrkulturelle intervensjoner. Dette kan medføre at mennesker ikke får tilgang til, eller utbytte av, ergoterapeutiske intervensjoner som også utfordrer målsettingen om likeverdige helsetjenester og *occupational justice*.

Hensikt: Hensikten med studien er å belyse hvordan ergoterapeuter i Norge opplever det å praktisere faget sitt i møte med mennesker fra ikke-vestlige land, og om hvilke eventuelle berikelser og utfordringer dette medfører i ergoterapeutisk praksis.

Metode: Seks semistrukturerte intervjuer er gjennomført med ergoterapeuter i Oslo og Drammen. Intervjuene er analysert ved bruk av systematisk tekstkondensering, som er inspirert av Giorgis' fenomenologiske analyse. **Resultater:** Krysskulturelle møter i ergoterapeutisk praksis kan beskrives som en kollisjon mellom to livsanskuelser. Ergoterapeutene uttrykker opplevelser knyttet til utfordringer ved det å fremme selvstendighet, å bruke aktivitet som terapiform, ulike oppfattelser av meningsfull aktivitet og forståelse for hvem ergoterapeuten er, hva behandling innebærer og hva og hvordan helsesystemet fungerer. Videre skisseres det utfordringer i forhold til kommunikasjon og bruk av tolk. Imidlertid er ergoterapeutene bevisste på mange av utfordringene de står ovenfor og reflekterer over hvordan utfordringer løses eller bør tilnærmes ved bruk av ulike strategier. Ergoterapeutene uttrykker og at de opplever å ha med seg lite kunnskap fra utdanningen hva gjelder tverrkulturelle møter, men at de søker å tilegne seg ny kunnskap gjennom kurs og lignende, men med varierende utbytte. Imidlertid kan praksisperioder og likeledes arbeidserfaring ha en betydning for hvordan ergoterapeutene går fram i tverrkulturelle møter og hvorvidt de føler seg trygg i sin praksis. **Konklusjon:** Det kan være mulig å anta at ergoterapeuter og ergoterapifaget også i Norge, står overfor utfordringer i årene som kommer hva gjelder likeverdige helsetjenester for alle og *occupational justice*. I den sammenhengen bør forskere, ergoterapeuter og de respektive utdanningene bidra til ytterligere utvikling av ergoterapi som fag, slik at flere får tilgang til og utbytte av ergoterapiintervensjoner. I så måte blir det også nødvendig og viktig å implementere brukerperspektivet, da i form av både nåværende og framtidig brukere av ergoterapitjenesten.

SUMMARY

Background: As a result of globalization, occupational therapists will now and in the future, meet a diversity of people in their practice. Recent studies show that the western values, within the occupation, might lead to complications in cross-cultural interventions, such as difficulties in accessing, and benefitting from occupational therapy interventions. The challenges might undermine the goal of equal healthcare for all and occupational justice. **Aim:** The aim of this study is to examine how occupational therapists in Norway experience encounters with people from non-western countries in their practice, and by this display possible enrichments and challenges that this might lead to in occupational therapy practice. **Method:** Six semi-structured interviews with occupational therapists from Oslo and Drammen were completed. Interviews are analysed through systematic text condensation inspired by Giorgis' phenomenological analyses. **Results:** Cross-cultural interventions in occupational therapy practice can be described as a collision between two different views of the world. Occupational therapists express experiences with challenges in promoting independence, using activity as a form of therapy, having different apprehension towards meaningful activities, and different understanding about who the occupational therapist is, what treatment is or should be and what and how the healthcare system works. Moreover, challenges are related to communication and the use of interpreters. Nevertheless, the occupational therapists are aware of many of the challenges that they are up against, and reflect upon how challenges can, or should be met. They also express a lack of knowledge from their education regarding cross-cultural encounters. Nevertheless, they seek areas to improve their competence in cross-cultural encounters, with varying outcomes. Practice during education, and also work experience seems to be significant in terms of how occupational therapists engage in cross-cultural interventions and how confident they feel when practicing. **Conclusion:** Occupational therapists in Norway and the occupation itself are facing challenges in the years to come, rendering equal healthcare for all and occupational justice. In that matter scientists, occupational therapists and the education programs need to contribute to further development of occupational therapy as a profession, so that everyone who wants or needs can access and benefit from occupational therapy interventions. In that manner it is inevitable an important to implement the perspectives of both present and future clients of occupational therapy services.

INNHold

KAPITTEL 1: INNLEDNING	1
1.1 Bakgrunn	1
1.2 Aktualitet og politiske føringer	2
1.3 Forskningsbehov	3
1.4 Formål og problemstilling	5
KAPITTEL 2: TEORI.....	7
2.1 Ergoterapifaget- et fag i stadig endring	7
2.1.1 Ergoterapifaget- en kultur i seg selv?	8
2.2 Kultur, mangfold og globalisering	8
2.2.1 Kultur	9
2.2.2 Globalisering og glocalization	10
2.3 Rett til aktivitet og deltakelse.....	11
2.3.1 Occupational justice og occupational deprivation	11
2.4 Kulturkompetanse og kulturell ydmykhet.....	13
KAPITTEL 3: TIDLIGERE STUDIER	15
3.1 Utfordringer.....	15
3.1.1 Selvstendighet, individorientering og klientsentrert praksis.....	16
3.1.2 Occupation, aktivitetsvalg og aktivitet som terapiform	17
3.1.3 Å jobbe med standardiserte rammeverk og behandlingsplanlegging	19
3.1.4 Interaksjon	21
3.1.5 Sosiale omgivelser, kjønnsroller og sosioøkonomiske forhold	21
3.1.6 Utfordringer i praksis - oppfordring til endring og utvikling	22
3.2 Berikelser, positive konsekvenser for faget og ergoterapeuten	23
3.2.1 Kulturell bevissthet - refleksjon i praksis	24
3.2.2 Å tilegne seg ny kunnskap og nye ferdigheter.....	26
3.2.3 Praksis og erfaring	27
3.2.4 Å tilpasse terapien og utvikle faget.....	28
3.3 Oppsummering av tidligere studier.....	30
KAPITTEL 4: METODE.....	33
4.1 En kvalitativ tilnærming.....	33
4.1.1 Fenomenologisk- hermeneutisk metode	33
4.2 Forforståelse	34
4.3 Om utvalg.....	36
4.3.1 Rekruttering	36
4.3.2 Utvalg.....	37
4.4 Intervju.....	38
4.4.1 Intervjuguide	38
4.4.2 Gjennomføring av intervjuene	39
4.5 Strukturering av datamaterialet.....	40
4.6 Analysen	40
4.7 Etske refleksjoner	43
4.8 Troverdighet, bekreftbarhet og overførbarhet	44
KAPITTEL 5: FUNN OG FORTOLKNINGER	47
5.1 Ergoterapeutens opplevelser i møte med mennesker fra ikke-vestlige land - en kollisjon mellom to livsanskuelser	47
5.1.1 Selvstendighet eller gjensidig avhengighet- individualisme eller kollektivism? ..	48
5.1.2 Familien og familieroller	51
5.1.3 Meningsfull aktivitet.....	52
5.1.4 Oppfatning av og forventninger til behandleren, behandlingen og helsesystemet ..	54

5.1.5 Kommunikasjon og samarbeid	60
5.1.6 Kulturkunnskap.....	65
5.2 Utdanningsressurser, kurs og erfaring	68
5.2.1 Utdanning.....	68
5.2.2 Kurs og videre læring	71
5.2.3 Arbeidserfaring	72
KAPITTEL 6: DISKUSJON.....	73
6.1 Oppsummering av hovedfunn.....	73
6.2 Diskusjon.....	74
6.2.1 Kollektivism og individualisme	74
6.2.2 Aktivitet som terapiform, behandleren og et komplisert helsevesen.....	78
6.2.3 Meningsfull aktivitet.....	79
6.2.4 Praksis og arbeidserfaring.....	81
6.2.5 Kommunikasjon.....	82
6.3 Styrker og svakheter	83
6.3.1 Troverdighet.....	83
6.3.2 Bekreftbarhet	85
6.3.3 Overførbarhet.....	86
6.4 Implikasjoner for praksisfeltet	87
6.5 Videre forskning.....	89
6.6 Konklusjon.....	90
REFERANSELISTE	91
VEDLEGG	97

KAPITTEL 1: INNLEDNING

1.1 Bakgrunn

Sett i et norsk perspektiv vil den økende innvandringen og endring av demografien i årene som kommer, skape utfordringer for det norske helse- og sosialsystemet. Dette vil også gjelde ergoterapeuter, med tanke på å kunne imøtekomme behov i en mangfoldig befolkning. Ut i fra tidligere studier (Bonder et al., 2004; Bourke- Taylor og Hudson, 2005; Castro et al., 2014; Fitzgerald et al. 1997; Hammel, 2009a, 2009b; Iwama et al., 2009; Kinébanian og Stomph, 1992; Pooremamali et al. 2011; Yang et al. 2006) og erfaringsbasert praksis kan det synes som om ergoterapifaget med bakgrunn i fagets opprinnelse med røtter i vestlige verdier og normer, utfordres. Det kan se ut som det oppstår et gap mellom fagets filosofi og verdier i møte med mennesker som har opprinnelse fra ikke- vestlige land¹ og kulturer. Dette blant annet i forhold til oppfatningen av hva helse, sykdom og hvordan helsesystem er, hvordan man ønsker å bli behandlet og hvilke behov en har som bruker i møte med ergoterapitjenesten. Dette kan ha betydning for ergoterapeutisk praksis, og menneskene som benytter seg av ergoterapitjenesten, særlig med tanke på det å skulle tilrettelegge for at mennesker, uansett bakgrunn, skal kunne engasjere seg og delta i aktiviteter og prosesser som er meningsfulle og har verdi (Iwama, 2007). Videre peker føringer fra helsemyndigheter, lovgivning, samt endring i demografien, på ulikheter i helse mellom innvandrerbefolkningen i Norge og den øvrige befolkningen, dette skisseres under punkt *1.2 Aktualitet og politiske føringer*. Dette utfordrer helsesystemet, herunder ergoterapeuter, til å utvikle og heve kompetansen sin for å imøtekomme behov i en mangfoldig befolkning og å nå målet om likeverdige helsetjenester (Helsedirektoratet, 2009).

¹ Begrepene ikke-vestlige og vestlige land er i dag erstattet med 2 landgrupperinger; **1) EU/EØS-land, Canada, Australia og New Zealand** EU/EØS; Belgia, Bulgaria, Danmark, Estland, Finland, Frankrike, Gibraltar, Helas, Irland, Island, Italia, Kypros, Latvia, Liechtenstein, Litauen, Luxembourg, Malta, Nederland, Norge, Polen, Portugal, Romania, Slovakia, Slovenia, Spania, Storbritannia, Sveits, Sverige, Tyskland, Tsjekkia, Østerrike og Ungarn, samt Andorra, Færøyene, Grønland, Monaco, San Marino og Vatikanstaten. **2) Asia, Afrika, Latin-Amerika, Oseania utenom Australia og New Zealand, og Europa utenom EU/EØS**; Asia med Tyrkia, Afrika, Latin-Amerika, Oseania utenom Australia og New Zealand, og Albania, Bosnia-Hercegovina, Hviterussland, Kosovo, Kroatia, Makedonia, Moldova, Montenegro, Russland, Serbia og Ukraina (Høydahl, 2008).

Da dette er en omfattende beskrivelse av hva de to landgrupperingene innebærer har jeg på tross av de nye benevningene valgt å bruke begrepene vestlig og ikke- vestlig for å ikke ta opp plass i oppgaven. Samtidig er det viktig å understreke at begrepene vestlig og ikke-vestlig ikke er de politisk korrekte termene å ta å bruk, men at det er utfordrende å finne korte og gode termer som kan beskrive de ovenfor nevnte landene.

1.2 Aktualitet og politiske føringer

Av Statistisk Sentralbyrå, SSB (2014) sin *Befolkningsframskrivinger 2014- 2100* kommer det fram at mennesker fra Asia, Afrika, Latin-Amerika og Øst- Europa utenfor EU (landgruppe 3)² i dag utgjør den største innvandringsgruppen i Norge, og at dette vil være den dominerende innvandringsgruppen i framtiden. 15,5 % av Norges befolkning har innvandringsbakgrunn hvorav innvandrere i landgruppe 3 utgjør 55, 9 % av alle innvandrere (SSB, 2015). Helsedirektoratet (2009: 35) bemerker at et mangfoldig Norge vil utfordre helsetjenesten på bakgrunn av likhetstankegangen. Om alle skal behandles likt vil dette medføre at enkelte vil få dårligere tilbud og redusert utbytte av helsetjenestene som tilbys (ibid.). Poenget med likeverdige helsetjenester er dermed ikke å tilby like helsetjenester til alle, men å tilby helsetjenester som tar høyde for og legger til rette for ulike ønsker og behov i befolkningen (Kommunal- og regionaldepartementet, 2004: 32).

I Helseforetaksloven § 1-2 (2013) stadfestes det også at det skal ytes likeverdige helsetjenester uavhengig av alder, kjønn, bosted, økonomi og etnisk bakgrunn. Dette understreker også Helsedirektoratet (2014) som bemerker at det skal tilbys likeverdige helse- og omsorgstjenester uavhengig av blant annet fødeland og etnisitet. Pasient- og brukerrettighetsloven § 3- 5 (2015) stadfester at informasjon skal gis på en hensynsfull måte og skal være tilpasset individuelle forutsetninger så som kultur- og språkbakgrunn. Helsepersonell forpliktes til å bidra til målsettingen om likeverdige helsetjenester gjennom Spesialisthelsetjenesteloven § 1-1.3 (2015) hvor det bemerkes at helsepersonell skal bidra til et likeverdig helsetjenestetilbud. Helse- og omsorgstjenesteloven §1-1.4 (2013) stadfester at en skal sikre tjenestetilbudets kvalitet og likeverdighet.

Blom (2011) bemerker derimot at innvandrere rapporterer dårligere helse enn befolkningen for øvrig. 66 % av innvandrere benevner sin helse som god eller meget god, mens det i befolkningen totalt er 87 % som rapporterer lignende helse.

² I Norge er innvandrerne delt inn i grupper etter landbakgrunn. **Landgruppe 1:** Vesteuropiske EØS-land, samt Nord-Amerika, Australia og New Zealand. **Landgruppe 2:** Østeuropiske EØS-land (Bulgaria, Estland, Latvia, Litauen, Polen, Romania, Slovakia, Slovenia, Tsjekkia og Ungarn). **Landgruppe 3** innbefatter resten av Øst-Europa, Afrika, Asia (inkl. Tyrkia), Latin-Amerika og Oseania (uten Australia og New Zealand) (Texmon, 2012)

Indikasjoner fra Helsedirektoratet (2009: 42) peker på at dagens helsetjenester ikke fungerer like godt for alle. Målet om likeverdige helsetjenester for alle utfordres blant annet av kulturelle forskjeller og språklige barrierer (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013). Folkehelseinstituttet (2014) antyder at barrierer for å oppsøke helsetjenesten også er knyttet til brukerens kunnskap og forståelse av helsesystemet med tanke på å kunne benytte seg av de tjenestene som finnes. Videre peker de og på at mangel på kunnskap blant helsepersonell om helseutfordringer i innvandringsgrupper og ulike stigma knyttet til helse og sykdom, kan være et hinder knyttet til bruk av helsetjenester (ibid.). Helsedirektoratet (2009: 42) bemerker at helsetjenestetilbudene bør tilrettelegges med en tanke om at de skal gagne og ivareta mangfoldet i befolkningen (Helsedirektoratet 2009: 42).

1.3 Forskningsbehov

Det er gjort flere studier internasjonalt som belyser utfordringene ved faget og det å praktisere ergoterapifaget i møte med mennesker fra ulike land og kulturer, disse skisseres *kapittel 3*, (Bonder et al. 2004; Bourke-Taylor og Hudson, 2005; Castro et al., 2014; Fitzgerald et al. 1997; Hammel, 2009a, 2009b; Iwama et al., 2009; Kinébanian og Stomph, 1992; Pooremamali et al., 2011; Yang et al. 2006). Det er også gjort studier som peker på hvordan ergoterapeuter lærer, utvikler og tilpasser sine ferdigheter og kunnskap i tverrkulturelle møter (Bonder et al., 2004, Humbert et al. 2011; Iwama et al., 2009; Munoz, 2007; Odawara, 2005; Pooremamali et al. 2011; Simonelis et al. 2011; Suarez- Balcazar et al., 2009; Watson, 2006; Wray og Mortenson, 2011). Norske studier på området er derimot vanskeligere å finne, dette til tross for at også Norge opplever en økende innvandring og endring i demografien. Med tanke på at det finnes flere internasjonale studier om hvordan ergoterapeuter jobber, utfordres og utvikler seg i tverrkulturelle møter er det dermed interessant å se nærmere på hvordan ergoterapeuter i Norge opplever møtet med brukere fra ikke-vestlige land og kulturer.

Fokuset til Norsk Ergoterapeutforbund har de siste årene vært rettet mot hverdagsrehabilitering og velferdsteknologi, noe som er både aktuelt og med sannsynlighet vil gagne mange brukere i velferdsstaten Norge. Nelson (2007)

poengterer imidlertid at denne tankegangen kan medføre at brukere fra ikke-dominante kulturelle grupper kan ha vanskeligheter med å få tilgang til, og benytte seg av helsesystemet hvis de opplever helsesystemet som tyngende eller irrelevant i forhold til deres kulturelle kontekst. Samtidig bør det skje en kunnskapsutvikling med hensyn til ergoterapeutiske modeller, teorier, kartleggingsverktøy og kunnskap blant ergoterapeuter slik at flere får utbytte av ergoterapeutiske intervensjoner både på landsbasis og verdensbasis. En ytterligere dimensjon er viktigheten av at mennesker, gjennom aktivitet, har muligheten til å fremme deltakelse og inkludering i hverdagslivet (Ergoterapeutene, 2008).

1.4 Formål og problemstilling

Hensikten med studien er å belyse hvordan ergoterapeuter opplever det å praktisere faget sitt i møte med mennesker fra ikke-vestlige land og kulturer, og om hvilke eventuelle berikelser og utfordringer dette medfører for ergoterapeutisk praksis. Oslo og Drammen er valgt på bakgrunn av at dette er kommuner hvor antall mennesker med innvandringsbakgrunn fra landgruppe tre er høyere enn gjennomsnittet i landet forøvrig. Dette beskrives nærmere i metodekapittelet. Ny kunnskap om hvordan ergoterapeuter i Norge opplever det å praktisere ergoterapifaget i møtet med mennesker fra ikke-vestlige land og kulturer kan bidra til å skape innsikt i måten ergoterapeuter praktiserer faget sitt på. Dette gjelder særlig hva angår å jobbe mot likeverdige helsetjenester for alle og å utvikle faget i den retning at mangfoldet av mennesker som ønsker og har behov for ergoterapitjenester, får tilgang til og utbytte av disse. Problemstillingen som belyses i denne studien er som følger;

”Hvordan opplever ergoterapeuter møtet med mennesker fra ikke-vestlige land i ergoterapeutisk praksis?”

Videre har studien har utgangspunkt i følgende forskningsspørsmål:

- Hvilke berikelser og/eller utfordringer opplever ergoterapeutene i møte med mennesker fra ikke-vestlige land i sin praksis?
- Hvilke løsninger finner ergoterapeutene på eventuelle utfordringer i praksis?
- Hvilke ressurser opplever ergoterapeutene at de har med seg fra utdanningen sin som støtter dem i arbeidet med å imøtekomme behov i en stadig mer mangfoldig befolkning?

KAPITTEL 2: TEORI

Det teoretiske perspektivet har som siktemål å belyse ergoterapifaget, dets opprinnelse og utvikling. Videre belyses kultur sett i et ergoterapeutisk perspektiv, samt ergoterapifaget som en kultur i seg selv og globaliseringens innvirkning på faget. Deretter belyses *occupational justice*, samt begrepene kulturkompetanse og kulturell ydmykhet som teoretiske perspektiv. I dette kapitlet beskrives også andre begreper som er gjennomgående for studien.

2.1 Ergoterapifaget- et fag i stadig endring

Ergoterapifaget har sitt utgangspunkt på tidlig 1900- tallet i USA og England (Borg et al., 2007). Forut for det 20. århundre finnes det en utstrakt historie som indirekte er knyttet til ergoterapifaget (ibid.), men som ikke blir berørt i min oppgave. Pionerene bak faget hadde ulike yrkesbakgrunner, deriblant fra psykiatri, somatikk, kunst, sosialarbeid og arkitektur. Felles hadde de et syn på aktivitet som et menneskelig behov, og en metode for opptrening og/ eller avledning fra sykdom (Ness, 2002). I tiden etter 2.verdenskrig flyttes fagets fokus fra et aktivitetsfokus til et biomedisinsk perspektiv (ibid.). Utover 1980-90 tallet går faget inn i nok et paradigme, hvor fokuset dreies mot helse i et sosialt perspektiv, og den grunnleggende tankegangen om helse gjennom aktivitet kommer tilbake. På denne tiden skjer også utviklingen av ulike modeller og teorier, så som Model of Human Occupation (MOHO) og Canadian Model of Occupational Performance (CMOP). Modellene og teoriene synliggjør kompleksiteten og sammenhengen mellom mennesket, aktivitet og omgivelser og at dette har en relasjon til helse.

Ergoterapifaget er med andre ord et fag i skjæringspunktet mellom medisin- og naturvitenskapen og samfunns- og humanvitenskapen. Det har dermed sitt grunnlag i både positivismen og i fenomenologien (Ergoterapeutene, 2008). Ergoterapeuter jobber med å bedre helse og velvære gjennom aktivitet og fokuserer på å muliggjøre deltagelse i meningsfulle hverdagsaktiviteter for både individer og grupper (Law, 2002). Ness (2002) oppsummerer ergoterapifaget slik; ”*en profesjon med et*

aktivitetsperspektiv som i samarbeid med befolkningen arbeider for å muliggjøre aktiv helse og sosial deltagelse i hverdagslivet”. For å kunne jobbe ut fra et slikt ståsted, poengterer Ness (2002) imidlertid at det bør skje endringer i faget, blant annet ved at faget bør gå fra en individsentrert tankegang til inkludering av grupper og befolkningsmasser. Ness (2002) vektlegger også viktigheten av at faget utvikles fra å være styrt av vestlige verdier til også å være et fag som tar høyde for og er sensitiv til lokal kontekst.

2.1.1 Ergoterapifaget- en kultur i seg selv?

Som nevnt har ergoterapifaget sin opprinnelse fra USA og England (Borg et al., 2007), og fagets verdier vektlegger individualisme og å fremme selvstendighet, noe som kan relateres til vestlige verdier og normer (Ness, 2002). Dette er verdier som også ligger i ergoterapifagets prinsipper og som bringes videre til nyutdannede ergoterapeuter. Ergoterapifaget, som de fleste helserelevante fag, bygger på noen felles oppfatninger, verdier og antagelser. Ergoterapeuter adopterer gjennom disse et felles språk og hvor felles normer, grenser, anerkjennelse og straff, fordeling av makt og status utvikles (Bourke- Taylor og Hudson, 2005; Trentham et al. 2007; Watson, 2006). Bonder et.al. (2004: 162) bemerker at en lærer kulturen til et yrke gjennom direkte læring i utdanningen. Ikke bare lærer ergoterapeuter hvordan en skal planlegge og gjennomføre en intervensjon, men også verdisystemet til yrket gjennom yrkesetikk, og tankemåter som verdsetter klientsentrertbehandling og betydningen av evidensbasert praksis. Verdisynet i et yrke blir så bragt videre til nye medlemmer og bidrar til å skape strukturer i ergoterapifaget (Watson, 2006). Dette fordrer at ergoterapeuter, utdanningen og forskere tenker nytt og utfordrer sitt verdigrunnlag, tankesett og arbeidsmåte for å kunne imøtekomme mangfoldet av ønsker og behov i befolkningen (Trentham et al., 2007 og Watson, 2006).

2.2 Kultur, mangfold og globalisering

I World Federation of Occupational Therapy (WFOT) sine *Guiding Principles on Diversity and Culture* fremheves det at ergoterapeuter verden over oppfordres til å

diskutere, verdsette og innlemme kultur og mangfold i sin praksis, i utdanningen og i forskning, slik at alle som ønsker og har behov for ergoterapitjenester, får tilgang på disse (Kinébanian og Stomph, 2009). Kinébanian og Stomph (2009) beskriver mangfold som de ulike måtene menneskeheten uttrykker seg på gjennom etnisitet, kultur, sosioøkonomisk posisjon, kjønn, klasse, seksuell identitet, alder og religiøse overbevisninger.

2.2.1 Kultur

Dickie (2004) bemerker at en blir oppmerksom på kultur i det en forlater sin egen verden og møter forskjeller. Forskjeller i hva som er betydningsfullt eller ikke, hvordan dagliglivet fortøner seg, ulikheter i hva som utgjør en familie og oppfatninger om hvordan barn bør oppdras og ulike måter å kommunisere på er eksempler på kulturforskjeller. På en annen side bemerker Ingstad (2007) at kultur ikke bare innebærer det som er forskjellig mellom mennesker, men også likheter. Kultur skjer blant og mellom mennesker (Dickie, 2004).

Kulturbegrepet er komplekst og således vanskelig å definere. Iwama (2004: 1) peker på at kultur er *a slippery construct*, som har utallige og varierte definisjoner og meninger avhengig av hvordan det er sosialt og historisk plassert og av hvem. Her benyttes Murden et al. (2008) sin beskrivelse av kulturbegrepet, nemlig at kultur er et lært, delt og sosialt konstruert sett av verdier og trosoppfatninger som er formet gjennom interaksjon og delt kunnskap med andre. Videre kan kultur beskrives på ulike nivå, slik som Brinkmann og Hylland Eriksen (1996) sin beskrivelse av kultur som et isfjell. Den delen av isfjellet som vises er faktorer i et menneskes liv som er synlig, så som kles- og mat tradisjoner, og andre tradisjoner og skikker. Videre bemerker de at de usynlige delene ved kultur er aspekter som normer, verdier og holdninger. Begrepet kultur må imidlertid ikke forveksles med begrepet etnisitet, da det ligger et klart skille mellom disse begrepene. Etnisitet refererer til; *"identity derived from membership of a group united by a common culture, religion or language within a national society"* (Howarth og Jones, 1999: 452). Watson (2006) hevder at kultur er et dynamisk, interaktiv og utviklende psykososialt system i konstant bevegelse. Med andre ord er kultur et begrep med mange fasetter som ikke

kan settes i bås eller beskrives ut i fra ett ståsted. Det er et begrep som både utfordrer og gir innsikt. Samtidig bemerker Ingstad (2007: 38) at ” *det ligger en fare for overeksotisering av mennesker, ved at all (for oss) uforståelig atferd tolkes som kultur*”. Med andre ord kan ikke ulik oppfattelse av helse og sykdom, hvordan en ønsker å bli ivaretatt ved sykdom og hvordan en oppfatter helsesystemet, betraktes som en forskjell i kulturelle ståsted. Å tro at kultur er noe som former en bestemt gruppe mennesker og deres handlinger, er å forenkle realiteten kraftig (Ingstad, 2007).

2.2.2 Globalisering og glocalization

I likhet med andre yrker påvirkes ergoterapifagets utvikling av endringer som skjer i samfunnet, politiske og økonomiske, lokalt og globalt (Borg et al., 2007). Dette viser også paradigmen ergoterapifaget har gjennomgått i årenes løp. Borg et al. (2007: 873) definerer globaliseringen som ” *den stadig økende kulturelle og økonomiske utvekslingen mellom de forskjellige verdensdelene*”. I takt med globaliseringen synliggjøres også utfordringene i ergoterapifaget ved at ergoterapeuter i dag, i større grad enn tidligere, vil møte et mangfold av mennesker i sin praksis (Borg et al., 2007). Endringsprosessene skjer raskere enn noen gang, noe som legger et intenst press på ergoterapeuter verden over for å bidra til å utvikle muligheter for aktivitet og deltagelse. Dette fordrer utvikling av vår faglige kompetanse, gjennom et internasjonalt arbeid og samarbeid (Borg et al., 2007).

Globaliseringen gir imidlertid ikke bare utfordringer for ergoterapeuter, det gir også ergoterapeuter muligheter. Fordelen med globaliseringen er, slik Borg et al. (2007) bemerker det, at studenter, ergoterapeuter og forskere i større grad kan hente inspirasjon og kunnskap samt samarbeide på tvers av landegrenser, blant annet ved å søke kunnskap og bygge nettverk gjennom internettbaserte kunnskapskanaler eller gjennom forbund som WFOT, og Council of Occupational Therapists for the European Countries (COTEC). I denne sammenhengen er begrepet *glocalization* interessant. Begrepet er satt sammen av begrepene *global* og *local*, og belyser at hendelser globalt kan få konsekvenser lokalt og vise versa (Persson og Erlandsson, 2014). Således er også utviklingen og samarbeidet innenfor ergoterapifaget, slik også Ergoterapeutene (2011) understeker ” *Tenk globalt - handle lokalt*”.

2.3 Rett til aktivitet og deltakelse

Før presentasjon av *occupational justice*, gis det her en kort beskrivelse av begrepene aktivitet og deltakelse, da dette er sentrale begreper innenfor ergoterapien som også vil være gjennomgående for denne studien. Deltakelse er definert av WHO (2013: 73) som "*involvement in a life situation*". I følge Law (2002) er deltakelse i hverdagsaktiviteter en vital del av livet, men også en viktig del av menneskelig utvikling og livserfaring. Videre finnes det i likhet med begrepet kultur en lang rekke definisjoner av begrepet aktivitet. Jeg har valgt å støtte meg på Kielhofner (2008: 20) sin definisjon av menneskelig aktivitet, som en lang rekke meningsfulle aktiviteter som foregår og formes i tidens, rommets, samfunnets og kulturens kontekst.

Det norske begrepet *aktivitet* benyttes i mange tilfeller som tilsvar til det engelske begrepet *occupation*. Da begrepet aktivitet ikke dekker det engelske ordets betydning (yrke, arbeid, stilling, beskjeftigelse, virksomhet og sysselsetting) vil begrepet *occupation* her benyttes videre i tilfeller hvor litteratur og/eller forskning referer til dette begrepet. Darnell (2002) bemerker at *occupation* i engelske termer innbefatter en måte å være sysselsatt på som er sosialt akseptert. De kulturelle verdiene som er en del av *occupation* er resultatet av spesifikke sosiale-, politiske-, og økonomiske system som kommer fra vestlig europeisk modernitet (ibid.). Verdien av en aktivitet er med andre ord avhengig av om hvor sosialt akseptert aktiviteten er (Darnell, 2002).

2.3.1 Occupational justice og occupational deprivation

Occupational justice (rett til aktivitet og deltakelse) innebærer at alle mennesker skal ha lik rett og mulighet til å velge og å delta i aktiviteter de finner meningsfulle (Bernhoft- Osa et al., 2005; Borg et al., 2007; Stadnyk et al., 2014). Dette innebærer økonomiske, politiske og sosiale krefter som skaper like muligheter og midler til å velge, organisere og utføre *occupations* som mennesker finner meningsfulle i sine omgivelser (Townsend, 1999: 154). Dette gjelder uavhengig av alder, kjønn, ferdigheter, sosial klasse eller andre forskjeller (Nilsson og Townsend, 2014). Begrepet *social justice* (sosial rettferdighet) tatt i betraktning, omhandler sosiale relasjoner og levevilkår (Borg et al., 2007; Durocher et al., 2014). Med tanke på at

denne studien ønsker fokus på ergoterapi og ergoterapeutens opplevelser i forhold til det å jobbe med og imøtekomme behov i møte med mennesker fra ikke-vestlige land og kulturer, vektlegges dermed *occupational justice*.

Videre bygger *occupational justice* på en tanke om at alle mennesker er *occupational beings*, og har ulike og unike behov (Stadnyk et al., 2014). Mennesker er sosiale vesen hvis liv er støpt i sosiale verdier, regler, restriksjoner, kulturer og samfunn hvor mennesker er gjensidig avhengig av hverandre i et mangfold av kontekster (Stadnyk et al., 2014). Mennesker trenger og vil være *occupied* med tanke på helse, livskvalitet og opprettholdelse av familier og samfunn (ibid.). *Occupational justice* bygger på de fire prinsippene. Det finnes fortsatt ingen god norsk oversettelse på disse prinsippene, jeg har derfor valgt å gi en kort beskrivelse av de ulike prinsippene. *Empowerment Through Occupation*, omhandler å styrke personer eller grupper i å ta kontroll over eget liv ved at de får kunnskap og erfaring gjennom deltagelse i aktivitet (Bernhoft-Osa et al., 2005). *Inclusive Classification of Occupations*, er basert på en ide om at alle aktiviteter er likeverdige. Med andre ord er det som oppleves meningsfullt og hvilke forutsetninger vi har for å gjennomføre ulike aktiviteter er individuelt (ibid.). *Enablement of Occupational Potential Diversity*, omhandler det å, muliggjøre og å tilrettelegge for at enkeltindivider og gruppers potensiale kan benyttes i ulike aktiviteter. Videre at alle mennesker har rett til å delta og velge aktiviteter ut fra sine aktivitetsforutsetninger, også for å kunne utvikle sitt aktivitetspotensiale (ibid.). *Inclusion and Shared Advantage in Occupational Participation*, omhandler at alle i samfunnet har rett til aktivitet og deltagelse, og at sosialklasse eller kulturell bakgrunn ikke skal være et hinder for å kunne delta i aktivitet (Stadnyk et al., 2014). Konseptet *occupational justice* fordrer med andre ord ergoterapeuter til å jobbe, ikke bare med ferdigheter og utfordringer blant individer, men også å være en forkjemper for retningslinjer som fordrer aktivitet og deltakelse for alle (Stadnyk et al., 2014).

I likhet med uttalelsen i St. Meld 16, bemerker Borg et al. (2007) og Whiteford (2000) at mennesker som forhindres fra å delta i aktiviteter frarøves muligheten til aktivitet og deltagelse som igjen kan få konsekvenser for helse og livskvalitet. Dette omtales blant annet som *occupational deprivation* (Borg et al., 2007; Whiteford, 2005; Whiteford, 2000). Andre beslektede begreper er *occupational marginalization*, *alienation*, *imbalance* eller *apartheid* (Durocher et al., 2014). *Occupational*

deprivation, er et anliggende hvor mennesker blir forhindret fra å gjennomføre aktiviteter som har sosial, kulturell og personlig relevans (Whiteford, 2000). Blant annet med bakgrunn i ytre omstendigheter så som sosiale, omgivelsesrettede, økonomiske, geografiske, historiske kulturelle, politiske eller mellommenneskelige faktorer som står til hinder for meningsfull aktivitet (ibid.) I følge Whiteford (2000: 204) bør ergoterapeuter omfavne *occupational justice* for å kunne jobbe mot *occupational just societies*. Et fokus på *occupational justice* innebærer at en ser mangfoldet av behov, styrker og potensialer hos individer og grupper, og på samme tid reflekterer over utfordringer i forhold til rettigheter, rettferdighet, empowerment og mulig-gjøring av *occupational possibilities* (Stadnyk et al., 2014).

2.4 Kulturkompetanse og kulturell ydmykhet

Camphina-Bacote (2002) identifiserer *kulturkompetanse* som en prosess som involverer og karakteriseres ved kulturell bevissthet, kunnskap, ferdigheter, erfaringer og et ønske om å lære. Om helsearbeidere bemerker Cuellar et al. (2008) at kompetanse forutsetter omsorg og følelser hos helsearbeideren med utgangspunkt i de ulikheter de møter hos brukerne, det være seg kulturelle, seksuelle eller sosioøkonomiske forskjeller. Thomas et al. (2004) antyder at skal flere få tilgang til likeverdige helsetjenester må det blant annet også tas høyde for kulturelle faktorer i helsearbeidet. Kulturkompetanse omhandler det å tilegne seg kompetanse og bevissthet rundt både egen og andres kultur og kulturelle overbevisninger. Ifølge Dickie (2004) er ikke kulturforståelse noe man kan oppnå til det fulle, da det er for mye å lære, og ingenting forblir det samme. Imidlertid bemerker Dickie (2004) at en kan oppnå kulturkompetanse i øyeblikket ved å være tilstede, være mottakelig for forskjeller, og å være bevisst på de kulturelle aspektene i våre egne virkeligheter.

Crigger et al. (2006: 16) stiller seg derimot kritisk til bruk av begrepet kompetanse i kulturkompetanse, da dette kan indikere at helsearbeidere oppfyller kravene til omsorg i alle kulturer ved at de tilegner seg kunnskap om ulike kulturer og dets folk. Racher og Annis (2007: 265) bemerker at kulturkompetanse indikerer at en kan eller har mestret en annen persons kultur og at det å vite kan begrense ønsket om å lære, eller hindre en person i å forstå en annen. Dette kan og sees i sammenheng med

Ingstads (2007: 38)” tidligere nevnte utsagn om at *det ligger en fare for overeksotisering av mennesker, ved at all (for oss) uforståelig atferd tolkes som kultur*”.

I denne sammenhengen presenteres begrepet *kulturell ydmykhet* som et alternativ til kulturkompetanse. I følge Isaacson (2014: 252) illustrer kulturell ydmykhet viktigheten av å inkludere brukerens syn på og fortolkning av kultur, mens kulturkompetanse indikerer at helsearbeideren har en forståelse av en brukers kultur forut for intervensjon. Tervalon og Murray-Garcia (1998: 119) hevder at å praktisere kulturell ydmykhet innebærer at helsearbeideren tar hensyn til en persons kultur fra individets spesifikke betraktning, og at helsearbeideren er bevisst og ydmyk nok til å kunne si at han eller hun ikke vet, når en ikke vet.

KAPITTEL 3: TIDLIGERE STUDIER

Denne studien har som mål å belyse hvordan ergoterapeuter opplever møtet med mennesker fra ikke-vestlige land. I gjennomgangen av tidligere studier søkes det å skape et innblikk i hvilke eventuelle berikelser og utfordringer ergoterapeuter og ergoterapifaget står ovenfor i tverrkulturelle møter med tanke på fagets utgangspunkt. Videre utdypning presenteres under punktene *3.1 Utfordringer* og *3.2 Berikelser*. Studiene som her presenteres er fra ulike kontekster og land, hvor ergoterapeutene har ulik arbeidserfaring fra ulike arbeidsfelt. Enkelte av studiene belyser også ergoterapistudenters læring i internasjonal praksis, studier som har særlig relevans ved at de kan belyse noe om læring og utvikling i møte med mennesker fra andre land og kulturer enn en selv.

3.1 Utfordringer

Studiene som her presenteres er undersøkelser som belyser hvilke aspekter ved ergoterapifaget som kan skape utfordringer for ergoterapeuter i praksis, samt hvilke utfordringer ergoterapeuter møter i deres praksis i tverrkulturelle intervensjoner. Det tas utgangspunkt i ti studier (Bonder et al., 2004; Bourke-Taylor og Hudson, 2005; Castro et al., 2014; Fitzgerald et al. 1997; Hammel, 2009a, 2009b; Iwama et al., 2009; Kinébanian og Stomph, 1992; Pooremamali et al. 2011; Yang et al. 2006). Samtlige peker på og/eller viser fellesnevnerne ved utfordringer ved ergoterapifaget i tverrkulturelle møter. Disse er framstilt og systematisert under punktene; *3.1.1 selvstendighet, individorientering og klientsentrert praksis*, *3.1.2 occupation, aktivitetsvalg og aktivitet som terapiform*, *3.1.3 standardiserte rammeverk og behandlingsopplegg*, *3.1.4 interaksjon, sosiale omgivelser, roller og sosioøkonomiske forhold*, samt et tema om *3.1.5 utfordringer i praksis- en oppfordring til endring og utvikling*. Flere av temaene som presenteres kan vanskelig sees hver for seg, da de på en eller annen måte påvirker hverandre. Dog er det forsøkt gjort et skille mellom ulike utfordringer som oppstår i ergoterapeutisk praksis.

3.1.1 Selvstendighet, individorientering og klientsentrert praksis

Flere (Bourke-Taylor og Hudson, 2005; Fitzgerald et al., 1997; Kinébanian og Stomph, 1992; Pooremamali et al., 2011; Yang et al., 2006) peker på utfordringer ved det å fremme selvstendighet og ergoterapifagets individorienterte terapiform. Hammel (2009b) påpeker at selv om den vestlige verden verdsetter individualisme og selvstendighet står dette i sterk kontrast til mange ikke-vestlige kulturer. De nåværende teoriene som omhandler *occupation* (MOHO, CMOP) vier liten plass til betydningen av det å fremme gjensidig avhengighet eller det å bidra til velvære for andre (ibid.).

Yang et al. (2006) har i sin studie sett nærmere på relevansen og anvendeligheten av ergoterapeutiske rammeverk i Singapore på bakgrunn av at de fleste ergoterapeutiske rammeverk er utviklet i vesten. Ergoterapeutene som deltok i studien så viktigheten av en klientsentrert praksis, men skisserte samtidig utfordringer med å skulle fremme selvstendighet hos brukerne, og det å ha en klientsentrert terapiform. Dette da brukerne hadde for vane å innta en passiv rolle i terapisammenheng. Dette skyldtes blant annet at de forventet å bli ivaretatt av sine nærmeste (Yang et al., 2006). I likhet med Yang et al. (2006) peker Fitzgerald et al. (1997) i studien *Cultural issues from practice*, på at brukere hadde for vane å innta en passiv rolle i terapien, da de inntok en "sykerolle" hvorpå det var forventet av familien å ta vare på og "varte opp" sine nærmeste, eller at brukerne forventet en kur som skulle gjøre dem friske. Likeledes bemerker Fitzgerald et al. (1997) at 90 % av de ergoterapeutene som deltok i studien mente at ergoterapifagets verdier (selvstendighet, individualisme og produktivitet) var utfordrende i tverrkulturelle møter.

Dette skisserer også Bourke-Taylor og Hudson (2005), som i sin studie har sett på anvendelighetene av ergoterapiintervensjoner i den Dominikanske Republikk, med den bakgrunnen at faget er basert på vestlige modeller og tanker om rehabilitering. De peker blant annet på at brukere som oppsøkte ergoterapitjenesten ikke higet etter selvstendighet slik amerikanske brukere gjorde, da personer med funksjonsnedsettelse ble ivaretatt av sine nærmeste. Kinébanian og Stomph (1992) peker også på utfordringer ved det å fremme selvstendighet i møte med brukere med innvandringsbakgrunn i Nederland. I følge Kinébanian og Stomph (1992) har ergoterapiintervensjoner ofte som mål å oppnå selvstendighet, noe som er relatert til

de vestlige verdiene; frihet til å ta egne valg og å ha egne ønsker og å ta ansvar for eget liv. Kinébanian og Stomph (1992: 752) hevder at dette er utfordrende i ergoterapeutisk praksis, da det kan oppstå en konflikt i møte med mennesker fra ikke-vestlige kulturer hvor avhengighet er et respektert valg.

Pooremamali et al. (2011) har i sin studie intervjuet åtte svenske ergoterapeuter som jobber innenfor psykisk helsevern med brukere fra Midt-Østen. Pooremamali et al. (2011) peker på de *kulturelle dilemmaene* hvor ergoterapeutenes utfordringer omhandlet fagets individorientering og fokus på å skulle ta egne valg og sette egne mål, for å fremme individets selvstendighet i møte med brukere som verdsetter fellesskapet (Pooremamali et al., 2011). Mens ergoterapeutene ofte verdsatte et individualistisk verdenssyn, ble dette en stor kontrast til brukerne som ofte hadde et mer kollektivistisk syn. Terapeutens ideal om selvstendighet i daglige aktiviteter, kolliderte i møte med enkelte brukeres ønske om å bli ivaretatt (Pooremamali et al., 2011).

3.1.2 Occupation, aktivitetsvalg og aktivitet som terapiform

Studier av (Bourke-Taylor og Hudson, 2005; Hammel, 2009a, 2009b; Kinébanian og Stomph, 1992; Pooremamali et al. 2011; Yang et al., 2006) peker på utfordringer i forhold til aktivitetsperspektivet i ergoterapifaget og aktivitet som terapiform. Det å fremme selvstendighet og mestring i aktivitet henger tett sammen. Dette viser seg også ved at studier peker på at brukere kan ha for vane å innta en passiv rolle, da med tanke på aktivitet som terapiform. Pooremamali et al. (2011) hevder at de største utfordringene ergoterapeutene i deres studie møtte i møte med brukere fra Midt-Østen, var det å forstå hvorfor brukerne i enkelte tilfeller var passive eller motvillige til å engasjere seg i terapien. Kinébanian og Stomph (1992) bemerker at kjernen i ergoterapifaget, det å muliggjøre og legge til rette for deltagelse i meningsfull aktivitet, blir utfordret. Dette fordi det å aktivisere syke eller personer med funksjonsnedsettelse, står i sterk kontrast til mange ikke-vestlige kulturers tanke om at en skal bli tatt vare på og pleiet, eller at terapeuten skal ”gjøre” noe for at brukeren skal bedre sin tilstand. Bourke-Taylor og Hudson (2005; 194) sin studie i den Dominikanske Republikk peker på at mange brukere kom til sykehuset for å motta

terapi, ikke å gjøre terapi. Terapi var en del av det å bli i varetatt i brukernes øyne, brukerne hadde ingen forestilling om konseptet rehabilitering eller å vende tilbake til dagliglivet eller arbeid. Yang et al. (2006) peker på at brukere i møte med ergoterapeuten i Singapore i mange tilfeller måtte si hva brukeren skulle gjøre, framfor at brukeren selv ga uttrykk for sine ønsker for terapien.

Yang et al. (2006) fremhever i tillegg i sin studie at det oppsto en mismatch i forhold til terapeutens valg av aktiviteter og aktivitetene som var meningsfulle for brukeren. utfordringer i intervensjonsøyemed oppsto da brukerne i større grad vektla aktiviteter som innebar arbeid framfor det å finne en balanse mellom arbeid, egenomsorg og fritid. Videre bemerker Yang et al. (2006) at tidsbruk i forhold til type aktiviteter (arbeid, egenomsorg og fritid) ble disponert annerledes av brukere fra Singapore enn det som var forventet av vestlige brukere (Yang et al., 2006). Pooremamali et al. (2011) hevder på sin side at ulik oppfattelse og forståelse av hva *occupation* innebar, ble i mange tilfeller oppfattet som at brukeren ikke var engasjert eller villig til å delta i aktivitetene ergoterapeuten foreslo, samt at det var vanskelig for terapeuten å få brukerne til å forstå betydningen av *occupational balance*, altså det å skape en balanse mellom arbeid, egenomsorg og lek. Hammel (2009a, 2009b) antyder at teorier i ergoterapifaget klassifiserer *occupation* i kategorier som er prioritert av terapeutene fremfor de betingelser, kvaliteter, subjektive erfaringer eller dimensjoner av mening som er viktig for brukerne. Å tro at all aktivitet kan deles inn i de tre kategoriene; arbeid, egenomsorg og lek, *Model of Human Occupation*, MoHO (Kielhofner, 2008) eller egenomsorg, produktivitet og fritidsaktiviteter, *Canadian Model of Occupational Performance*, CMOP (Creek, 2008), blir problematisk i følge Hammell (2009b).

Castro et al. (2014) belyser i sin litteraturstudie hvordan kultur som fenomen uttrykkes i ergoterapeutisk forskning påvirker ergoterapeutisk praksis og hvordan utviklingen på området har vært. Castro et al. (2014; 407) peker på to dimensjoner. For det første anerkjennes kultur som et dynamisk fenomen som kan forstås på mange måter, og at kultur har betydning for ergoterapeutisk praksis på en eller annen måte- "*culture is alive*". Den andre dimensjonen omhandler at ergoterapifaget i seg selv er en kultur hvor mønster av kommunikasjon, handling, meninger, verdier og forhold til makt kommer til syne, "*Occupational Therapy as a culture*" (ibid.). Kultur er og bør være et nøkkelfenomen i ergoterapifaget, spesielt med tanke på begrepet *occupation*

(Castro et al., 2014). Både kultur og occupation er nøkkelbegreper innenfor ergoterapifaget. Samtidig deler de to begrepene det faktum at det er komplekse begreper som begge mangler en felles konsensus, utstrekning og anvendelighet (Castro et al., 2014).

”Occupational therapy works directly with sensitive issues such as purpose, meaning, and what people actually do. Ignoring how culture is connected to these aspects may lead to unethical or even iatrogenic practices from individual to global levels” Castro et al. (2014: 412).

Castro et al. (2014) antyder at resultatet av dette vil være en fornektelse av mangfoldet av mennesker i lokale praksiser i et forsøk på å pålegge mennesker standardiserte regler, ideer, og levemåter og kan paradoksalt nok undergrave ergoterapiens ønske om en global identitet.

3.1.3 Å jobbe med standardiserte rammeverk og behandlingsplanlegging

Hammel (2009b) peker på at dagens teorier i ergoterapifaget er kulturspesifikke, knyttet til klasser og derav diskriminerende. Det at den vestlige verdens antakelser omkring ergoterapifaget ikke er universelle, men kulturspesifikke, fører til inadekvate teorier som også bidrar til etnosentrisme (Hammell, 2009b). Kinébanian og Stomph (1992) bemerker at modeller utviklet av og i ergoterapeutisk henseende må betraktes med et kritisk blikk, da disse er fulle av kulturelle bias, på bakgrunn av at de er utviklet ut i fra et vestlig ståsted. Både Bonder et al. (2004) og Iwama et al. (2009) bemerker at å framstille universelle, statiske modeller med forhåndsbestemte konsepter, prinsipper, sosiokulturelle normer og rigide systemer er utfordrende. Iwama et al. (2009) bemerker ut i fra sin litteraturstudie at de mest velkjente ergoterapimodellene (MoHO, CMOP) er bygget opp ut fra vestlige sosiale og kulturelle kontekster, samt vestlige forståelser av helse og velvære. Modellene plasserer mennesket i sentrum av universet, adskilt fra og overordnet sine omgivelser og naturen, med makt til å handle og kontrollere omstendighetene i sine omgivelser for å kunne fremme velvære i sitt liv (Iwama et al., 2009). Videre bemerker Iwama et al. (2009) at brukere av ergoterapitjenester i Japan ikke fikk fullt utbytte av sine

aktiviteter eller at de ikke kunne behandles, når de ble vurdert ut i fra kartleggingsverktøy og teorier utviklet for en vestlig virkelighet.

“Unless these (universal) models are applied to a socially and culturally homogenous clientele who abide more or less in the same socio-cultural contexts of daily life, the practice forms that follow may exclude and even disadvantage the culturally diverse person with disability” Iwama et al. (2009: 1135).

Pooremamali et al. (2011) skisserer dette som de *profesjonelle dilemmaene*, hvor da mangel på kulturelt tilpassede modeller og instrumenter påvirket ergoterapeutenes evne til å gjennomføre hensiktsmessige evalueringer og intervensjoner. Videre bemerker Pooremamali et al. (2011) at ergoterapimodeller ikke hjalp ergoterapeutene med å løse kulturelle utfordringer som oppsto i praksis. Yang et al. (2006) peker imidlertid på at ergoterapimodeller utviklet i et vestlig perspektiv, ble ansett for å være anvendelig for å indentifisere problem og for å se progresjonen i behandlingen i møte med brukere fra Singapore, men at modellene var vanskelige å operasjonalisere.

Videre bemerker Kinébanian og Stomph (1992) at selve behandlingsplanleggingen i ergoterapien, som da baserer seg på å fastsette problem og formulere mål, kan virke ulogisk for pasienter utenfor vesten. *«Vi vestlige terapeuter ser verden gjennom kategorier, konsepter og merkelapper som er produkter av vår egen kultur»* (Kinébanian og Stomph, 1992: 756). Dette, slik også Iwama et al. (2009) bemerker, i motsetning til mange ikke-vestlige kulturer som ser på verden som en stor helhet. Å skulle forklare sine utfordringer og ønsker for terapien i løpet av 15 minutter, fungerte dårlig i møte med brukere med innvandringsbakgrunn, samtidig som det levner lite rom for å gjøre brukeren trygg på terapeuten og å skape et forhold dem imellom. Også Pooremamali et al. (2011) peker på at det å få brukere til snakke om sine utfordringer og å være engasjerte i avgjørelser, var utfordrende. Dette medførte at terapeuten inntok en autoritær rolle ved å gi råd og å ta avgjørelser for å løse brukerens utfordringer. I følge Kinébanian og Stomph (1992) påvirket også en streng tidsplan ergoterapeutene fra ikke å bli kjent med sine pasienter, noe de bemerker er nødvendig for å kunne jobbe med og bli kjent med alle brukere, men spesielt med brukere fra andre land og kulturer.

3.1.4 Interaksjon

Pooremamali et al. (2011) skisserer utfordringer knyttet kommunikasjon, dette blant annet til verbal og non-verbal kommunikasjon, bruk av tolk. Ord forsvant i oversettelsen og ord ikke eksisterte i brukerens språk. Videre bemerker Pooremamali et al. (2011) at ergoterapeutene gav uttrykk for at bruk av tolk var et frustrasjonsmoment for enkelte av ergoterapeutene i terapissammenheng. Blant annet peker de på at enkelte av ergoterapeutene unngikk bruk av tolk i møte med brukere som trengte tolk, da de mente at bruk av tolk begrenset både brukerens aktive deltagelse i prosessen, men også begrenset ergoterapeutens evne til å finne effektive kommunikasjonsmetoder.

Fitzgerald et al. (1997) peker på at ulikheter i verbal og nonverbal kommunikasjon, mangel på felles språklige koder og bruk av tolk ble ansett som utfordrende. Utfordringer knyttet til bruk av tolk var knyttet til effektivitet, tilgjengelighet, bruk av tid og tolkens evne til å gjengi det terapeuten sa. Det å forstå sosiale handlingsmønstre ble også ansett som utfordrende, altså hvordan mennesker hilser og interagerer med hverandre, livsstil, hva som verdsettes i dagliglivet, skikker, vaner og betydningen av disse (Fitzgerald et al., 1997). Ergoterapeutene opplevde at de måtte te seg på en måte som var akseptert i brukerens hjem, samtidig som de følte at de av ren høflighet måtte takke ja til traktering om de ble tilbudt dette (ibid.).

3.1.5 Sosiale omgivelser, kjønnsroller og sosioøkonomiske forhold

Ergoterapeuter ser og på omgivelserrettede forhold og om hvordan disse hemmer eller fremmer brukerens aktivitetsliv, noe som medfører at ergoterapeuten oppsøker brukere i hjemmet. Dette kan imidlertid være utfordrende i følge Kinébanian og Stomph (1992). Det å skulle kreve at en bruker lar en «fremmed» få innpass i sitt privatliv kan synes som et overtramp eller en invadering av personenes private sfære og stride mot brukerens livssyn i følge Kinébanian og Stomph (1992). Videre antyder Kinébanian og Stomph (1992) at det kan være vanskelig for brukere fra ikke-vestlige land og kulturer å forstå hvorfor ergoterapeuten er så interessert i å vite noe om deres liv, da dette oppleves som privat.

Det Pooremamali et al. (2011) uttaler som de *samfunnsmessige dilemmaene* bygger på at ergoterapeutene opplevde at deres brukere ble stigmatisert da det var lettere å finne en adekvat jobb eller treningsarena for personer med navn som for eksempel 'Svensson' enn 'Ahmed' (Pooremamali et al., 2011). Fattigdom ble også ansett som et dilemma da brukerne prioriterte umiddelbar hjelp for å kunne løse sine sosioøkonomiske problemer, fremfor å engasjere seg i ergoterapiintervensjoner. Yang et al. (2006) på sin side bemerker at ergoterapeutene ble hindret i å tilby holistiske tjenester på bakgrunn av at det var mer økonomisk å tilby tjenester som var i retning av et mer biomedisinsk perspektiv.

Både Fitzgerald et al. (1997) og Pooremamali et al. (2011) peker på at kjønnsroller kan være utfordrende i terapisammenheng på tvers av kulturer, spesielt hvis terapeuten er kvinne og brukeren mann og vise versa. Videre peker Fitzgerald et al. (1997) og Pooremamali et al. (2011) på at familierelasjoner ble sett på som en ressurs, men at det også kunne være et hinder for at brukere selv kunne mestre aktiviteter og det å være selvstendig. Familien tok over og kompenserte for de hindringene som var grunnlaget for at bruker selv kunne utføre ulike aktiviteter.

3.1.6 utfordringer i praksis - oppfordring til endring og utvikling

Studiene som her er presentert fordrer utvikling og endring i faget for å kunne tilby ergoterapitjenester av lik kvalitet på tvers av alle kulturer. På tross av Hammell (2009a) sitt utsagn om at det er lite som tyder på at ergoterapifaget har utviklet seg de siste 20 årene, pekes det på hvor og hva som bør studeres nærmere. Yang et al. (2006) peker på at hvis ergoterapeutiske intervensjoner skal fortsette å være relevante og virkningsfulle bør kjerneverdiene i faget utforskes videre. Både Pooremamali et al. (2011) og Yang et al. (2006) peker på at det er behov for å se på anvendeligheten av dagens ergoterapeutiske rammeverk og å tilføre nye teoretiske modeller som inneholder ikke-vestlige verdensbilder. Videre oppfordrer både Pooremamali et al. (2011) og Yang et al. (2006) til større oppmerksomhet om kulturell bevissthet blant personer som utvikler læreplaner, og at tema som kulturkompetanse bør innlemmes i ergoterapiutdanningen.

Videre hevder Hammell (2009a) at det er bemerkelsesverdig at forskere ikke har forsøkt å engasjere mangfoldet av mennesker til å bidra til å definere hva occupation er, i stedet for at occupation er blitt komprimert ned til de tre kategoriene egenomsorg, arbeid og fritid. Det teoretiske grunnlaget i et selvproklamert klientsentrert yrke bør være begrunnet i forskningsfunn utledet fra forhenværende, nåværende og potensielle klienter (Hammell, 2009a). Bourke-Taylor og Hudson (2005) understreker at å forstå at ergoterapifaget er basert på en vestlig forståelse av verden er det første steget mot utviklingen av en krysskulturell ergoterapitjeneste. Castro et al. (2014) konkluderer i sin studie med at det er behov for en utdypende forståelse for de ulike uttrykkene av kultur innenfor ergoterapifaget, og at det må skje en utvikling av faget om ergoterapeuter skal kunne omfavne mangfoldet av mennesker og nå ut i verden. Fitzgerald et al. (1997) konkluderer med at ergoterapeuter må bedre sin kunnskap omkring konseptet kultur og hvordan dette kan påvirke interaksjon med brukere og at kultur er et viktig spørsmål i ergoterapeutisk praksis som det må tas høyde for. Videre peker de på at ergoterapeuter må være bevisste på sin egen kultur, ergoterapifagets kultur og at dette kan være et hinder i tverrkulturelle interaksjoner. Om ergoterapeuter skal kunne tilby ergoterapitjenester som omfavner det kulturelle mangfoldet av mennesker, er det behov for forskning som omhandler hvordan kulturelle utfordringer ved faget kan imøtekommes i ergoterapeutisk praksis (Pooremamali et al., 2011).

3.2 Berikelser, positive konsekvenser for faget og ergoterapeuten

Som studiene over antyder, skisseres det ulike utfordringer ved ergoterapifaget, samt utfordringer som oppstår i tverrkulturelle møter i ergoterapeutisk praksis. På tross av utfordringene kan det se ut som det er kunnskap og erfaring å hente ved det å praktisere ergoterapi i ulike kontekster. I presentasjonen tas det utgangspunkt i ti studier (Bonder et al., 2004, Humbert et al. 2011; Iwama et al., 2009; Munoz, 2007; Odawara, 2005; Pooremamali et al. 2011; Simonelis et al. 2011; Suarez- Balcazar et al., 2009; Watson, 2006; Wray og Mortenson, 2011). Studiene peker på og/eller viser fellesnevnerne ved hvordan ergoterapistudenter og ergoterapeuter utvikler sin kunnskap ved å jobbe med et mangfold av mennesker og i ulike kontekster. Hva som

ser ut til å ha betydning for å kunne imøtekomme behov blant og hos mennesker på tvers av kulturer, og hvordan terapeuter og forskere prøver å tilpasse og utvikle sin praksis og faget når ulike kulturelle barrierer hindrer en adekvat intervensjon. Studiene er framstilt og systematisert under punktene; 3.2.1 *kulturell bevissthet - refleksjon i praksis*, 3.2.2 *å tilegne seg ny kunnskap og ferdigheter*, 3.2.3 *praksis og erfaring*, 3.2.4 *samarbeid og kunnskapsutveksling* og 3.2.5 *å tilpasse terapien og utvikle faget*.

3.2.1 Kulturell bevissthet - refleksjon i praksis

Humbert et al. (2011) har i sin studie intervjuet 11 ergoterapeuter om tverrkulturell arbeidserfaring i internasjonal praksis. Studien peker blant annet på at ergoterapeutenes evne til å gjenkjenne og forstå en annen persons kulturelle ståsted, har en betydning, det Humbert et al. (2011) omtaler som *cultural awareness*. Dette er betydningsfullt blant annet i forhold til å oppfatte hvordan ulikt syn på sykdom, funksjonsnedsettelse, forståelse av ergoterapifaget og helsevesenet kan påvirke terapisisituasjonen. Å kunne sammenligne sine egne kulturelle overbevisninger med brukerens, for deretter å benytte denne kunnskapen for å imøtekomme forskjeller blir ansett som betydningsfullt. Videre peker Humbert et al. (2011) på at en viktig egenskap er å oppfatte når valg av terapeutiske intervensjoner ikke er akseptert av brukeren.

Simonelis et al. (2011) har sett nærmere på hvilke personlige og profesjonelle opplevelser ergoterapistudenter, veiledere og lærere fikk med seg fra et internasjonalt feltarbeid. Her peker de blant annet på at det de kaller "*Work with and not against: Cultural negotiations*". I praksis innebar dette at deltakerne utviklet en forståelse for de kulturelle forskjellene mellom Canada og Trinidad, både personlige og profesjonelle. Dette innebar blant annet å forstå ulike syn på funksjonsnedsettelse, verdier og måter å interagere på. Videre medførte dette en prosess hvor ergoterapeutene måtte reflektere over sine egne antakelser og perspektiver og være fleksible og mottakelige for andre oppfatninger for å kunne gjennomføre kulturelle forhandlinger. Å kunne legge fra seg sin egen forutinntatthet for så å være oppmerksom på brukerens perspektiv, ble ansett som utfordrende, men en nødvendighet.

Wray og Mortenson (2011) har utforsket hvordan ergoterapeuter beskriver prosessen med kulturkompetanse i tidlige intervensjonsprogram (EIT) i familier for å bedre barns deltakelse i ADL aktiviteter. I likhet med Simonelis et al. (2011) peker de på det de gjenkjenner som *refelected on culture*. *Reflecting on culture*, beskriver hvordan ergoterapeutene gjenkjente sine personlige og profesjonelle perspektiver, og hvordan de diskuterte/ reflekterte over hvordan dette påvirket deres praksis. Dette innebar at informantene lyttet til familiene og var engasjert med dem på en måte som var sensitiv og forståelig i forhold til familienes kulturelle verdier og overbevisninger.

Building cultural awareness slik Munoz (2007) omtaler det, er en prosess hvor ergoterapeuten gjenkjenner sin egen kulturelle bakgrunn, sine egne bias og sine evner og begrensninger i interaksjon med kulturelt mangfoldige brukere. Aktiv refleksjon og forståelse av seg selv og andre som kulturelle vesener, er nøkkelaspekter ved å bygge kulturell bevissthet (ibid.). Videre bemerker Munoz (2007) i likhet med Simonelis et al (2011) at å utforske sine egne forutinntattigheter og å forbli åpen til andre måter å forstå verden, er en viktig del av det å imøtekomme et mangfold av ulike behov på tvers av kulturer.

Odawara (2005) på sin side peker på at å forstå en persons sosiokulturelle bakgrunn er viktig for at ergoterapeuter skal identifisere og engasjere mennesker i kulturelt meningsfulle aktiviteter og opplevelser. En ergoterapeut må kunne ta høyde for både de medisinske aspektene, men også den enkeltes opplevelse av sykdommen eller funksjonsnedsettelsen, og hvordan dette påvirker den enkelte. En kulturkompetent ergoterapitjeneste innebærer i følge Odawara (2005) flere aspekter. Ikke bare det å utvikle en bevissthet om at kultur er en utfordring når det kommer til helse, sykdom og helsetjenester er viktig. Det handler om å lære om sine egne antagelser om kultur, verdier og livssyn for å kunne fortolke den terapeutiske situasjonen fra et mangfold av perspektiv. Refleksjon i praksis er et viktig element for å kunne utvikle generell kulturkompetanse. Dette ved å analysere hendelser fra praksis og å prøve, forstå, løse og lære fra utfordrende og lærerike hendelser i praksis.

"Occupational Therapists must not only be aware of, sensitive to, and respectful to their patients' cultures but we must make efforts to integrate the patient's cultural view into therapeutic intervention to promote meaningful occupational experiences"
Odawara (2005: 333).

Suarez- Balcazar et al. (2009) hevder på sin side at kulturkompetanse innebærer at terapeuten forstår og verdsetter ulike oppfattelser av hva helse er og hvordan mennesker handler. Det innebærer at terapeuten gjenkjenner og respekterer de variasjonene som finnes innenfor kulturelle grupper, og er kyndig nok til å tilpasse sin praksis for å kunne tilby effektive intervensjoner til mennesker fra ulike kulturer (Suarez- Balcazar et al., 2009). Watson (2006) peker i likhet med andre på at en refleksiv praksis, og det å stille seg selv spørsmål, er viktig for å kunne utvikle seg i retning av en kultursensitiv og kulturkompetent ergoterapitjeneste. Også Bonder et al. (2004) peker på refleksjoner over egen praksis og valg som tas i terapिसammenheng er et virkningsfullt middel for å kunne bedre neste interaksjon.

3.2.2 Å tilegne seg ny kunnskap og nye ferdigheter

Flere (Bonder et al., 2004; Humbert et al., 2011; Munoz, 2007; Simonelis et al., 2011; Watson, 2006; Wray og Mortenson, 2011) peker på at det å tilegne seg, og ha ønske om å ny kunnskap og ferdigheter er viktig for å kunne tilby kulturelt tilpassede ergoterapitjenester. Wray og Mortenson (2011) viser til at *learning about culture* omhandler hvilke strategier ergoterapeutene anvender for å forbedre sin kunnskap om ulike kulturer. Dette innebærer deltakelse på seminarer eller å spørre kollegaer fra andre kulturelle grupper enn en selv om råd, eller å være tilstede og observere familier i interaksjon med hverandre (ibid.).

Denne prosessen omtaler Munoz (2007) som *generating cultural knowledge*, hvorpå terapeuten selv ønsker å utvikle og søke ny kunnskap som kan være til hjelp for å kunne forstå et mangfold av verdenssyn blant et mangfold av ulike brukere. Munoz (2007) bemerker at å være nysgjerrig og spørre brukeren om deres kultur kan være en innfallsvinkel for å forstå brukerens kulturelle ståsted. Dette vektlegger også Bonder et al. (2004) som peker på at aktiv nysgjerrighet og å stille spørsmål er en viktig del i tverrkulturelle møter, da dette kan tilføre terapisisuasjonen viktig informasjon og bidra til forståelse av brukeren og brukerens kulturelle ståsted, samt at det gir en ramme for terapien (Bonder et al. 2004). Videre hevder Bonder et al. (2004) imidlertid at kultur oppstår i interaksjon, derfor er hver interaksjon en ny situasjon. Informasjon om

spesifikke kulturer, brukerens diagnose og andre relevante faktorer må forstås i konteksten av den umiddelbare situasjonen.

Watson (2006) peker på sin side at kultur gir ergoterapeuter et verktøy for å forstå hvordan mennesker lever sosialt og ikke bare som individer. Menneskers verdier og livssyn er formet og opprettholdt innenfor sosiale grupper, familier og samfunn (Watson, 2006). Kulturen i et samfunn formes i en felles fremstilling av mening, som igjen er med på å skape en felles forståelse av mening. Å forstå hvordan identiteter er formet av kulturen mennesker lever i, har betydning for ergoterapeuter i så måte at det bevisstgjør ergoterapeuter på hvordan individualitet og sosial forankring nærmer seg hverandre og kolliderer (Watson, 2006). Videre kan kultur ha betydning for ergoterapeutisk praksis da ulike kulturelle grupper ikke deler de samme verdensbildene. Delte verdier og livssyn er så gjennomgripende at vi tar vårt eget verdensbilde som en selvfølge, hevder Watson (2006). En kulturell orientering og verdsettelse hjelper ergoterapeuter til å forstå menneskers verdensbilder, handlinger, og gir innsikt i hva som kan motivere ulike mennesker.

3.2.3 Praksis og erfaring

Simonelis et al. (2011) har i sin studie belyst det de bemerker som *Relying on myself: thinking on my own*, som innebærer en prosess hvor det ble skapt rom for å bygge en tro på sine egne ferdigheter, samt en mulighet til å kunne stå på egne ben, tenke selv og finne løsninger i samarbeid med klientene. Resultatene viser at praksis i internasjonale settinger kan være en viktig komponent for å forberede ergoterapistudenter på å bli kompetente terapeuter. Alle deltakerne i studien hadde utviklet større kulturell bevissthet og verdsettelse, noe som ifølge Simonelis et al. (2011) er nødvendige egenskaper for ergoterapeuter med tanke på at stadig flere ergoterapeuter jobber i mangfoldige settinger og med et mangfold av mennesker.

Humbert et al. (2011) peker på at ergoterapeuter i internasjonal praksis lærer av hverandre gjennom å møte utfordringene ved krysskulturelle intervensjoner, og ved å søke å skape en forståelse og finne løsninger på utfordringene sammen. Humbert et al. (2011: 306) peker på at deltagerne i sin studie omtalte det å praktisere ergoterapifaget i en internasjonal setting som å få åpnet opp øynene til en større verden og å kunne

erfare dimensjoner ved ”*being and knowing*”. Humbert et al. (2011) bemerker også at ergoterapeutene ble mer bevisste på å skape en relasjon til bruker, det de kaller *connectedness*. Dette ga rom for at brukeren kunne forstå og akseptere ergoterapeutens rolle og vise versa. Det ga også terapeutene et bedre grunnlag for å forstå brukerens perspektiv, for deretter å kunne tilpasse terapien i form da de forsto brukerens aktivitetsbehov.

Også Pooremamali et al. (2011) peker på at erfaring har en betydning for hvordan ergoterapeuter går fram i tverrkulturelle møter i ergoterapeutisk praksis. De peker på at ergoterapeuter med lang arbeidserfaring utrykte større trygghet i møte med brukere fra andre kulturer enn sin egen. Suarez- Balcazar et al. (2009) har i sin studie undersøkt opplevd nivå av kulturkompetanse blant 477 amerikanske ergoterapeuter ved bruk av det validerte vurderingsinstrumentet *Cultural Competence Assessment Instrument* (CCAI). Bakgrunnen for undersøkelse lå i at afroamerikanere og latinamerikanske brukere i USA ikke får samme utbytte av ergoterapiintervensjoner som øvrige amerikanere. Studien peker blant annet på at ergoterapeuter mellom 41 og 60 år utrykte større kunnskap om kulturell bevissthet enn de øvrige aldersgruppene. Funnene antyder at ergoterapeuter med lang praksiserfaring i større grad har møtt flere klienter fra ulike bakgrunner og dermed har hatt mulighet til å lære og hente erfaring fra disse møtene. Munoz (2007) på sin side peker på at det å bli det han kaller en kulturkompetent ergoterapeut innebærer en livslang prosess.

3.2.4 Å tilpasse terapien og utvikle faget

Applying cultural knowledge, (Wray og Mortenson, 2011) viser til hvordan ergoterapeutene tilpasser sine intervensjoner for å fremme kulturell inkludering. Munoz (2007) beskriver dette som kulturelt tilpassede intervensjoner hvor terapeuten gjenkjenner og verdsetter klientens kulturelle identitet. Å la brukeren få mulighet til å utrykke seg om sin kulturelle bakgrunn er et viktig element for å kunne tilpasse terapien og forstå brukerens behov. Å være åpen og imøtekommende og å klare å lese og respondere på dynamikken i intervensjoner, er viktige ferdigheter i tverrkulturelle møter (Munoz, 2007). Humbert et al. (2011) peker på at første steg for å kunne ta høyde for ulike kulturelle ønsker og behov er å anerkjenne at kulturelle forskjeller

finnes, det andre er å gjenkjenne behov og utfordringer innenfor den nye kulturen. Pooremamali et al. (2011) peker på at å skape tillit til brukerne og det å ha en åpen dialog om de kulturelle forskjellene, er nødvendig for en adekvat intervensjon, samt å skape en innsikt i hvordan kultur kan påvirke forholdet mellom terapeut og bruker.

Pooremamali et al. (2011) peker på at informantene i studien anså det å bli en kulturkompetent terapeut først og fremst innebar å utvikle adekvate lærings-, kommunikasjons- og interaksjonsstrategier. Dette innebar blant annet bruk av penn, papir og bilder. Humbert et al. (2011) peker på kommunikasjon som et grunnleggende middel for en tilrettelagt intervensjon. I mangel på et felles muntlig språk ble non-verbal kommunikasjon desto viktigere. I disse tilfellene var kroppsposisjonering, berøring og å prøve og bruke enkelte ord som lokalbefolkningen brukte strategier terapeutene benyttet seg av. Wray og Mortenson (2011) konkluderer også med at tilrettelagt kommunikasjon er en viktig del av det å tilpasse intervensjon i møte med brukere fra ulike kulturer. Dette innebar bruk av tolk, samt helseinformasjon på ulike språk. Videre bemerker de at ergoterapeutene prøvde, så godt det lot seg gjøre å tilpasse seg familietradisjoner relatert til væremåte, hilsemåter, klær, kroppsspråk, avgjørelser, kommunikasjons- og læremåter. Videre peker de på *Family-Centered Partnerships*, som innebar å bruke familiesentrerte prinsipper for å bygge et tillitsfullt og respektfullt forhold til familiene, og å være sensitiv og mottakelig for deres kulturelle verdier og overbevisninger.

Både Munoz (2007) og Wray Mortenson (2011) bemerker at personellet bør reflektere mangfoldet i befolkningen, og at det å skape et mangfoldig arbeidsmiljø er nødvendig for å fremme kulturell læring og inkludering. For at ergoterapeuter skal kunne tilby effektive tjenester bemerker Watson (2006) at også ergoterapien må reflektere de unike behovene og epistemologien blant befolkningen hvor faget skal praktiseres (Watson, 2006). Watson (2006) bemerker videre at menneskers væren, "*being*" er formet av kulturen de lever og er i, og at kollektive kulturelle kutymmer eller det som ergoterapien omtaler som "*doing*" bør være og er mangfoldig og variert verden rundt.

I de senere årene er det blitt utviklet nye modeller og teorier som har som mål å ta høyde for ulike kulturelle perspektiver, og/eller skal støtte ergoterapeuter i å utvikle sin kulturkompetanse. I denne sammenhengen har Iwama et al (2009) utviklet Kawa-modellen som et motsvar til de vestlige rehabiliteringsmodellene (MOHO og CMOP).

Modellen retter fokuset mot konteksten mennesket lever i og om hvordan konteksten er med på å forme og påvirke realitetene, og utfordringene i menneskers hverdagsliv (ibid.). Modellen plasserer mennesket som en del av et uatskillelig hele som ikke har det privilegium eller mulighet til å forvalte eller utøve ensidig kontroll over sine omgivelser og omstendigheter. Kawa-modellen er lagt opp slik at den ikke følger en standardforklaring eller norm, det er brukeren selv som beskriver de ulike elementene i sin livsverden. Kawa-modellen kan anses, i likhet med begrepet kultur, å være en dynamisk modell som kan tilpasses den enkelte brukeren.

3.3 Oppsummering av tidlige studier

Utfordringer knyttet til ergoterapifaget og ergoterapeutisk praksis i tverrkulturelle møter knytter seg til ulike elementer. Deriblant fagets individorientering, og fokus på å fremme selvstendighet gjennom en aktivitetsorientert terapiform. Dette viser seg blant annet ved at brukere kan innta en passiv terapiform ved at de heller ønsker å motta terapi enn å gjøre terapi, eller å bli ivaretatt av sine nærmeste ved sykdom eller funksjonsnedsettelse.

Videre pekes det på utfordringer i forhold til hva som er meningsfulle aktiviteter og hva som legges i begrepet *occupation*, samt hvordan ulike daglige aktiviteter disponeres, *occupational balance*. Det å jobbe ut fra ergoterapeutiske rammeverk som bygger på vestlige verdier og normer så som MOHO og CMOP, er utfordrende i ergoterapeutisk praksis. Dette fordi det kan hindre ergoterapeuten fra å gjennomføre hensiktsmessige evalueringer og intervensjoner, som igjen kan medføre at brukere ikke får fullt utbytte av terapien. Videre pekes det på at behandlingstid og opplegg kan virke ulogisk for mennesker utenfor vesten.

Interaksjon ansees å være en utfordring i form av mangel på adekvate ord på ulike språk, effektivitet, tilgjengelighet og tolkens evne til å gjengi det som blir sagt. Likeledes det å forstå sosiale handlingsmønstre i tverrkulturelle møter. Videre pekes det på sosiale forhold så som å tre inn i et hjem da dette kan oppleves som en invadering av en persons sfære. Samt sosioøkonomiske forhold så som fattigdom relatert til det å løse økonomiske problemer framfor å engasjere seg i

ergoterapiintervensjoner, samt at det å tilby tjenester i et biomedisinsk perspektiv på grunn av at dette ble ansett å være mer økonomisk gunstig enn å tilby holistiske tjenester. Kjønsroller kan oppfattes som utfordrende i terapिसammenheng, mens familierelasjoner ansees å være både en ressurs og hindring i terapien.

Berikelser i praksis beror på hvordan ergoterapeuter jobber og hvordan ergoterapifaget utvikler seg for å imøtekomme behov blant et mangfold av mennesker. Det pekes blant annet på at kulturell bevissthet, det å være bevisst på egen kultur og å være åpen for at det finnes andre verdensbilder, ansees å være et viktig element. Videre er det å reflektere i praksis og over egen praksis og å kunne legge fra seg forutinntatte oppfattelser betydningsfullt for å kunne tilpasse terapien til et mangfold av perspektiv. Likeledes er det å tilegne seg ny kunnskap og ferdigheter gjennom å delta på seminarer, søke kunnskap blant kollegaer, observasjoner og det å være nysgjerrig og spørrende ovenfor brukeren, måter å tilegne seg kunnskap på.

Videre bemerkes det at kultur i seg selv er et verktøy da det kan hjelpe ergoterapeuter å forstå ulike verdensbilder, handlinger og gir innsikt i hva som motiverer mennesker. Praksis og erfaring ser og ut til å ha betydning da dette kan trygge ergoterapeuten i tverrkulturelle intervensjoner, og å kunne erfare flere dimensjoner av *being* og *knowing*. Samt utfordre ergoterapeuter på å imøtekomme og finne løsninger på kulturelle utfordringer.

Å tilpasse terapien innebærer å være åpen og imøtekommende og å klare og respondere på dynamikken i intervensjoner. Videre pekes det på å tilrettelegge for adekvat interaksjon ved bruk av ulike kommunikative hjelpemidler og strategier, samt å tilpasse sosiale være- og hilsemåter. Samt et personale som reflekterer mangfoldet i befolkningen og utvikling av nye forståelsesmodeller, belyses som tilnærminger for en mer kultursensitiv ergoterapitjeneste.

KAPITTEL 4: METODE

4.1 En kvalitativ tilnærming

Dette er en kvalitativ, eksplorerende og deskriptiv intervjustudie, hvor data er innhentet gjennom seks semistrukturerte individuelle intervjuer. I tråd med Kvale og Brinkmann (2012) og Malterud (2011) ble intervjuene utført som en samtale, men med utgangspunkt i intervjuguiden. Hensikten med studien er å innhente kunnskap om hvordan ergoterapeuter opplever møtet med mennesker fra ikke-vestlige land og om dette medfører eventuelle berikelser og utfordringer i deres praksis.

4.1.1 Fenomenologisk- hermeneutisk metode

En fenomenologisk tilnærming vil i tråd med Dalen (2011); Kvale og Brinkmann (2012) og Malterud (2011) bidra til å utforske meningsinnholdet i sosiale og kulturelle fenomener, slik det oppleves for den involverte innenfor sin naturlige sammenheng. Dette vil dermed være en god tilnærming for å kunne belyse ergoterapeuters møter med mennesker fra ikke-vestlige land da det er kun den enkelte informanten som kan si noe om hvordan hun opplever dette. Ved en fenomenologisk tilnærming (menneskelig erfaring) er målet å beskrive og analysere forskningsdeltakernes livsverden slik de opplever og uttrykker den (Kvale og Brinkmann, 2012: 45, 323; Malterud, 2011: 26; Spradly, 1979: 34). Fenomenologien spør: *Phenomenology asks; "what is this or that kind of experience like?"* (Van Manen, 1997:9). Det er en forståelsesform hvor menneskers erfaring ansees for å være gyldig kunnskap (Malterud, 2011: 45). *"Reality exists only in the eyes and minds of the beholders."* (Locke et al., 2010:187).

Å framstille en ren fenomenologisk metode er krevende da både mine fortolkninger av materialet og av informantenes realiteter, min tilstedeværelse i intervjusituasjonen og forhåndsdefinerte valg så som tema for oppgaven og intervjuet vil påvirke situasjonen og materialet. I tråd med at materialet analyseres og fortolkes sees også det hermeneutiske perspektivet å ha betydning for både framgangsmåte og framstilling av resultater. Hermeneutikken innebærer en fortolkning av menneskelig

erfaring (Malterud, 2011: 26, 44 og Langergaard et al., 2011: 126), som i utgangspunktet bygger på læren om fortolkningen av tekster (Kvale og Brinkmann, 2012: 69 og Langergaard et al., 2011:126). Dette innebærer å identifisere mønstre og finne mening i datamaterialet som er innhentet i lys av det teoretiske grunnlaget (Malterud, 2011: 39) eller det Langaard et al. (2011: 129) benevner som fortolkningsrammen. Prosessen kan sammenlignes med den hermeneutiske sirkelen, hvor en da går igjennom materialet gang etter gang, fra deler til helhet, for å oppnå en stadig dypere forståelse av stoffet (Dalen, 2011; Kvale og Brinkmann, 2012; Langergaard et al., 2011). Med andre ord er fenomenologisk- hermeneutisk metode valgt da studien har som mål å utforske hvordan ergoterapeuter opplever og jobber i møte med brukere fra ikke-vestlige land.

4.2 Forforståelse

Hvordan vi oppfatter og forstår ulike fenomen er påvirket av hvem vi er og hvilke forutsetninger vi har for å forstå ulike fenomen. Her drøftes, i henhold til Malterud (2011), mine personlige erfaringer i forhold til tema som her presenteres, mitt faglige perspektiv, samt hvordan teori og forskningsspørsmål har påvirket min måte å samle, lese og fortolke datamaterialet. Min forforståelse er preget av min yrkesbakgrunn som ergoterapeut. Da spesielt en praksisperiode i Nepal under bachelorstudiet hvor utfordringene ved å praktisere ergoterapi kom til syne. Her ble min interesse for utfordringene ved ergoterapifaget vekket i møte med mennesker fra et ikke-vestlig land.

Praksisperioden fra ergoterapistudiet resulterte i en bacheloroppgave som omhandler kulturkompetanse i ergoterapifaget, og det å forstå meningsfull aktivitet i møte med mennesker fra kulturer utenom vesten- ”*kulturkompetanse i ergoterapi, ta utfordringen og omfavne mangfoldet*”. Arbeidet med bacheloroppgaven og praksisperioden har påvirket min tenkning rundt ergoterapifaget som et fag som er til stor nytte for mange i den vestlige verden. Samtidig har jeg fått en forståelse for faget hvor jeg oppfatter elementer ved faget som et hinder for at alle mennesker uansett bakgrunn eller opprinnelse skal få tilgang til eller utbytte av ergoterapeutiske tjenester. På en annen side har jeg ikke jobbet med mennesker fra ikke-vestlige land

her i Norge. Derfor er mye av min forforståelse basert på en 2 måneders praksis i ett av verdens fattigste land. Dette kan nok ha forsterket mitt syn på ergoterapifaget som et helse- og sosialfag som gagnar deler av verden hvor det meste av menneskelige behov og mer til er tilfredsstilt. Praksisperioden samt arbeidet med bacheloroppgaven har også bidratt til at min interesse for kultur og hvordan kultur kan påvirke hvordan vi oppfatter hva helse og velvære er . I denne sammenhengen, også hvordan vi opplever at helsetjenester skal være eller hvordan vi ønsker å bli i varetatt ved sykdom eller ved funksjonsnedsettelse. Dette resulterte i at jeg skrev en oppgave i *HLS 3502 Veiledet selvvalgt studium I/ samfunnsvitenskapelig variant* som omhandlet hvordan kulturelle ulikheter og språklige barrierer mellom pasient og lege kan være et hinder for en god interaksjon, et godt samarbeid, og likeverdige helsetjenester.

Min bakgrunn som ergoterapeut, arbeid med bacheloroppgave og oppgaver på studiet i helsevitenskap, samt mitt interesseområde ble et viktige elementer å reflektere over gjennom hele prosessen. Under intervjuet ble det dermed viktig å stille så åpne spørsmål som mulig, og å la informantene snakke om *sin* arbeidshverdag og møter med mennesker fra ikke-vestlige land. En ergoterapeut som intervjuer en ergoterapeut ble også viktig å reflektere over. Dog var ikke intensjonen med intervjuet å stille spørsmål om hvorvidt informantene var skikket til å jobbe kulturelt skikket og sensitivt. Fokuset var å innhente kunnskap om *deres* opplevelser i møte med mennesker fra ikke-vestlige land og kulturer i ergoterapeutisk praksis. Dette ble også viktig å være bevisst på i analyseprosessen. Deltakernes stemme som skulle komme frem, deres tanker, opplevelser og meninger. I denne sammenhengen ble det viktig å være ”tro” til vitenskapen, og følge en metode, slik at det er mulig for andre å gå inn i og lese materialet for så å følge stegene i arbeidet som er gjort for å sikre vitenskapelig redelighet, det Richards og Schwartz (2002) kaller ”scientifically sound”.

Min forforståelse er også påvirket av litteraturen jeg har lest, hvor resultater fra tidligere forskning samt aktuell teori om temaet er bearbeidet og framstilt. Som gjennomgangen av tidligere studier viser er det flere som peker på både utfordringer ved faget, men også studier som peker på læring og utvikling gjennom tverrkulturell praksis og forskning. Dette da jeg selv har en oppfatning om og erfaring ved det å praktisere faget i en ikke-vestlig kontekst. Det ble dermed viktig å ha fokus på

studiens mål og problemstilling, nemlig å få fram ergoterapeutenes opplevelser i møte med mennesker fra ikke-vestlige land og kulturer i sin praksis. Samt å prøve å legge til side det jeg hadde lest av funn fra tidligere forskning. Dette bemerker også Malterud (2011) som peker på at det viktig å ha et aktivt og bevisst forhold til hvordan forforståelsen kan påvirke de fortolkningen av det empiriske datamaterialet (Malterud, 2011).

4.3 Om utvalg

Valg av informanter er basert og definert ut ifra følgende kriterier; (i) at de har vært yrkesaktive i minimum 1 år og (ii) at de jobber i kommuner med en høy andel av befolkning med ikke-vestlig bakgrunn. Relativt nyutdannede ergoterapeuter er inkludert med tanke på at de kan ha med seg kunnskap og ressurser fra utdanningen som ergoterapeuter utdannet en tid tilbake ikke har.

4.3.1 Rekruttering

Rekrutteringen startet ved at det ble opprettet kontakt med en tidligere medstudent som jobber som ergoterapeut i Oslo, som da også var en potensiell informant. Vedkommende opplyste så om andre ergoterapeuter som kunne være potensielle informanter til å bidra til å belyse studiets formål. Kontaktinformasjon (e-mail adresser og telefonnummer) til ergoterapeuter ble innhentet etter hvert som potensielle informanter ble anbefalt. Dette er hva Malterud (2011: 64) benevner som snøballmetoden, et nettverksbasert utvalg.

I utgangspunktet var kun Oslo tenkt som rekruteringsområde, men da det viste seg at det ikke var mulig å rekruttere nok informanter fra dette området, ble også Drammen inkludert. Endringen ble meldt og godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste AS (NSD), hvorpå endringer i informasjonsskrivet ble utført. Rekrutteringen i Drammen gikk via avdelingsleder for ergoterapitjenesten, hvorpå aktuelle informanter som ønsket å delta kontaktet meg. I ettertid kan jeg reflektere

over at jeg har vært svært spesifikk og snever hva gjelder rekrutteringsområder, som dermed har ført til at prosessen ble mer tidkrevende enn antatt.

Oslo og Drammen er valgt som rekrutteringsområde på bakgrunn av at dette er kommuner i Norge hvor demografien er mest mangfoldig. I følge Texmon (2012) lever det 170206 (28,3%) mennesker i Oslo med innvandringsbakgrunn (innvandrere og norskfødte barn). 14% av disse menneskene er fra landgruppe 3 og utgjør dermed den største innvandrerguppen i Oslo (Brunborg, 2013). Drammen er en kommune hvor 25% av innbyggerne har innvandrerbakgrunn. 72% av disse er innvandrere fra landgruppe 3, noe som er 15% høyere enn på landsbasis (Høydahl, 2014). Rekrutteringsområdene er og områder hvor det bor størst andel av innvandrere med bakgrunn fra asiatiske land, og er dermed interessant i forhold til utfordringer ved faget også kommer til syne i møtet med mennesker fra ikke-vestlige land.

4.3.2 Utvalg

I alt mottok 32 ergoterapeuter informasjonsskrivet (Vedlegg 1), hvorpå halvparten responderte på forespørselen. De som responderte og ikke hadde anledning til å delta ble forhindret av dette på grunn av ferieavviklinger, permisjoner, omorganiseringer eller av tidsmessige årsaker. Imidlertid ble seks informanter rekruttert og hadde anledning til å delta. Samtlige informanter er kvinner og ergoterapeuter i alderen 24 år til 52 år, og er utdannet i Trondheim og Oslo mellom 1998 og 2013. Antall år i praksis varierer fra 1 år til 17 år. Samtlige jobber i kommunehelsetjenesten, hvorpå én jobber med voksne, én med eldre og fire med barn og unge. De fleste har jobbet i samme bydel gjennom hele arbeidskarrieren bortsett fra noen som har praktisert i andre bydeler, på rehabiliteringsavdelinger i kortere perioder eller i spesialisthelsetjenesten. Det varierer hvor ofte ergoterapeutene møter brukere med ikke-vestlig bakgrunn i sin praksis, alt fra maks en dag i uka til hver dag. Både kvinner og menn ble forespurt, men kun kvinner valgte å delta.

Thagaard (2010) bemerker at antall informanter må vurderes ut i fra metningspunkt, altså når data innhentet fra utvalget ikke lengre kan tilføre ny kunnskap til tema som skal utforskes. Med tanke på denne studiens omfang, samt anslått tidsperspektiv for studiens gjennomførelse vil det vanskelig kunne gjennomføres og inkluderes nok

informanter til å oppnå metning. Målet ble dermed å rekruttere 6-8 informanter, dette på bakgrunn av det Malterud (2011) antyder, nemlig at data innhentet fra 4-7 informanter kan være tilstrekkelig om utvalget er hensiktsmessig i forhold til å belyse studiens formål, heller enn antall informanter. Utvalget er et strategisk utvalg, hvor da ergoterapeuter som jobber i kommuner med en høy andel av befolkning med ikke-vestlig bakgrunn, er valgt ut på bakgrunn av at de har best mulig potensiale til å belyse studiens problemstilling (Malterud, 2011: 56). I så måte lykket det å skaffe ønsket antall informanter til studien.

4.4 Intervju

Med bakgrunn i det fenomenologiske perspektivet har det kvalitative intervjuet som formål å innhente kunnskap om hvordan å innhente og forstå informantens livsverden og om hvordan ulike erfaringer oppleves ut i fra informantens perspektiv (Kvale og Brinkmann, 2012). På bakgrunn av dette er semistrukturert intervju valgt som en hensiktsmessig metode for å kunne å innhente kunnskap om ergoterapeutenes opplevelser i møte med mennesker fra ikke-vestlige land i ergoterapeutisk praksis.

4.4.1 Intervjuguide

Intervjuguiden består av fire tema som bygger på problemstillingene, med tilhørende underspørsmål. Første tema åpnet opp for at informanten kunne fortelle om seg selv og sin bakgrunn som ergoterapeut. Det andre tema vektla ergoterapeutenes arbeidshverdag og om hvilke eventuelle berikelser og utfordringer som oppstår i møte med mennesker fra ikke-vestlige land. Tredje tema omhandlet hvilke ressurser ergoterapeutene opplever de har med seg fra sin utdanning for å imøtekomme behov i en mangfoldig befolkning. Det fjerde temaet vektla ergoterapeutenes tanker og refleksjoner rundt selve ergoterapifaget i møte med mennesker fra ikke-vestlige land. I tråd med Kvale og Brinkmann (2012: 47) fungerte intervjuguiden som en dynamisk ramme og guide for intervjuet og innsamling av datamateriale. Et testintervju ble gjennomført i forkant av de opprinnelige intervjuene, hvor en medstudent som også er ergoterapeut stilte som intervjuobjekt. Det ble ikke gjort endringer i intervjuguiden

etter testintervjuet, da den virket å åpne opp for at informantene kunne snakke fritt, og samtlige spørsmål ble forstått av testinformanten.

4.4.2 Gjennomføring av intervjuene

Intervjuene varte fra 25 til 65 minutter. Fem av intervjuene ble gjennomført på arbeidsplassene til de respektive informantene, etter informantenes eget ønske. Dette medførte at informantene ikke måtte bruke ekstra tid på å reise ut for å gjennomføre intervjuene, som fant sted i arbeidstiden. Et intervju ble gjennomført på en kafe, etter informantens eget ønske. Med tanke på at dette var det korteste intervjuet kan det tenkes at støy og trafikk i lokalet kan ha påvirket intervjusituasjonen. En av informantene er en tidligere medstudent noe som kan ha påvirket intervjusituasjonen og /eller intervjumaterialet på den måten at vedkommende har kjennskap til min interesse rundt kultur og helse.

Feltnotater ble skrevet etter hvert intervju. Dette med tanke på analysen, men også med tanke på at jeg kunne reflektere over min rolle som intervjuer. Etter første intervju ble jeg oppmerksom på enkelte spørsmål som kan oppfattes som ledende dette til eksempel; Om kommunikasjon *"Er det noe du har lært etter hvert, hvordan du skal kommunisere og...det er ikke noe du har lært i studiet ditt? Eller er det kunnskap fra studiet ditt?"*. Fokuset i de forestående intervjuet ble dermed å prøve å unngå å lede informantene i en slik retningen at min forforståelse påvirket intervjusituasjonen og dermed materialet, og ha fokus på å lytte til det informanten sa, og følge opp dette.

Ved oppstart av tredje intervju la jeg vekt på at jeg først og fremst var interessert i å høre om deres rolle og opplevelser som ergoterapeut og om ergoterapifaget i møte med mennesker fra ikke-vestlige land, for å tydeliggjøre fokus for intervjuet. Dette medførte at intervjuene fikk et tydeligere fokus hvorpå det lengste intervjuet av de seks intervjuene fant sted. Videre ble også dette spørsmålet lagt til, dette for å utfordre informantene på å være konkrete hvordan en kan imøtekomme behov i en mangfoldig befolkning: *"hvilke råd vil du gi andre ergoterapeuter som jobber med eller møter mennesker fra ikke-vestlige land/kulturer i sin praksis?"*. På tross av noen

utfordringer underveis inneholdt intervjuene nok relevant informasjon til at de kunne brukes videre i studien. Åpne spørsmål i intervjuguiden tillot informantene å snakke fritt om de ulike temaene, samtidig som det skapte rom for å stille oppfølgingsspørsmål, både ut i fra intervjuguiden, men også ut i fra hva informantene uttalte, dette i tråd med Kvale og Brinkmann (2012). Etter endt intervju fikk informantene spørsmål om hvordan de opplevde det å delta i intervjuet, hvorpå samtlige informanter uttrykte at det hadde vært spennende og interessant å reflektere over egen praksis.

4.5 Strukturering av datamaterialet

Intervjuene ble transkribert fortløpende, og i sin helhet etter endt intervju. Dette, sammen med notatene som ble nedskrevet etter intervjuene, gav rom for å reflektere over min rolle som intervjuer, hvorpå jeg fikk anledning til å endre og utvikle meg. Intervjuene ble tatt opp på en båndopptaker, og ble deretter overført på en kryptert minnepinne og avspilt på en PC. Opptakene var av god kvalitet, og det var dermed ingen utfordringer med å høre eller forstå det som ble sagt. Intervjuene ble avspilt to ganger for å sikre at gjengivelsen fra muntlig til skriftlig språk var så god som overhodet mulig. På en annen side, og slik Malterud (2002: 2470) presiserer vil det alltid skje en fordreining av materialet når muntlige samtaler skal omsettes til skriftlig tekst. Dette er også tilfelle for denne studien. All personidentifiserende informasjon ble fjernet fra transkripsjonene. Det transkriberte materialet er nedskrevet på bokmål, dette har både sine fordeler og ulemper. På en side kan dialektiske ord eller uttrykk miste sin mening når de blir transkribert på bokmål. Imidlertid ble det å ivareta informantens anonymitet veid tyngst, derav er intervjuene transkribert på bokmål. Det transkriberte materialet består av 81 sider (enkel linjeavstand) og danner da grunnlaget for det videre arbeidet med analysen.

4.6 Analysen

Analysen er gjennomført ved bruk av systematisk tekstkondensering, som er basert på Giorgis fenomenologiske analyse, men er bearbeidet og modifisert av Malterud

(2011), og er en deskriptiv og eksplorerende analysemetode. Målet for denne studien er å utvikle nye beskrivelser ut i fra de seks intervjuene som er analysert. Dette i tråd med Malterud (2011) som bemerker at analysemetoden egner seg godt til beskrivende tverrgående analyse av fenomener med det mål å blant annet kunne utvikle nye beskrivelser. Begrensningene ved metoden, som ved de fleste kvalitative analysemetoder er at informasjon kan forsvinne underveis i de mange stegene av analysearbeidet (Malterud, 2012). Analysen består av fire analytiske steg som her beskrives nærmere.

1) Helhetsinntrykk

Analysens første steg innebærer å bli kjent med det transkriberte materialet, dette gav et *førsteintrykk* av hva ergoterapeutenes opplevelser samlet sett innebar. Med tanke på min interesse for tema, ble det utfordrende å ikke la seg påvirke av egen forforståelse, jeg valgte derfor å lese intervjuene i sin helhet flere ganger før jeg skrev ned stikkord som illustrerte foreløpige tema. Dette også for å sikre at temaene som ble nedskrevet illustrerte informantenes opplevelser og ikke min forforståelse, helt i tråd med Malterud (2011). Disse temaene ble skrevet ned i analysens første steg: *språk, oppfattelse av helse og helsesystem, forventninger til ergoterapeut og bruker, aktivitet, selvstendighet og gjensidig avhengighet, utdanningsressurser, erfaring, oppfatte og forstå en annen kultur.*

2) Å identifisere meningsbærende enheter

I analysens andre fase gikk jeg tilbake til intervjuene og markerte tekstbiter som kunne si noe om de foreløpige temaene i ulike farger. Fargene symboliserer det Malterud (2011) omtaler som koding. Tanken var å gå gjennom intervjuene å markere tekst som omhandlet et og et tema og dermed sørge for en strukturert gjennomgang. Imidlertid oppdaget jeg raskt at det var flere tekstbiter som kunne falle inn under flere tema. Jeg valgte derfor å markere hvilke tema de ulike sitatene kunne falle inn under ved å notere i marginen på det transkriberte materialet. Etter gjennomgangen plasserte jeg sitater (meningsbærende enhetene) som illustrerte de foreløpige temaene inn i en matrise. Tekstbitene som ble hentet ut var markert med hvilket intervju og sidetall de var hentet fra. Dette gjorde det oversiktlig og enkelt å gå tilbake i intervjuene ved behov. Å systematisere materialet både på papir og PC bidro til en oversiktlig systematisering av data, og bidro til at jeg kunne jobbe både på PC og manuelt. Denne

prosessen illustrer det Malterud (2011) kaller en systematisk dekontekstualisering, hvor tekstbiter hentes ut fra sin egentlige sammenheng og settes sammen med tekstbiter som sier noe om det samme.

I denne delen av arbeidet var problemstillingen ledende for det videre arbeidet. Etter flere gjennomganger ble også flere av kodene endret, *kunnskap* ble for eksempel til *kurs og videre læring*, kodene *oppfatninger og forståelser av ergoterapeuten og helsesystemet* ble slått sammen med *terapi og behandling- versus å kurere* og ble til koden *oppfatning av behandleren, behandlingen og helsesystemet*. Ut fra denne koden ble også en ny kode ekstrahert, og kalt *meningsfull aktivitet*. I denne delen av analysen ble flere matriser formet etter hvert som materialet ble bearbeidet og som videre ble formet til koder.

3) Kondensering

I denne delen ble de ulike kodegruppene gjennomgått med tanke på å se etter ulike nyanser innenfor hver enkelt kodegruppe som deretter kunne bidra til å danne subgrupper. Subgruppene bidrar til en mer nyansert framstilling av de ulike kodene i analysens fjerde steg. Som et eksempel ble subgruppen *praksisopphold i utdanningen* framstilt fra kodegruppen *utdanning*. Videre i prosessen ble sub- kategoriene analyseenheten, og hvor det videre arbeidet innbefattet og framstille kunstige sitat ved å slå sammen flere sitat til sammenhengende tekst for å representere innholdet i kode og subgruppe. Det Malterud (2011) omtaler som kondenseringen, hvor innholdet i hver kodegruppe fortolkes og sammenfattes.

4) Sammenfatningen

Analysens fjerde trinn innebærer å sette sammen kunnskapen fra subgruppene og kodegruppene (Malterud, 2011). Her er materialet som er framstilt delt inn i to overordnede tema, med dertil kode- og subgrupper som er blitt sett opp i mot den opprinnelige sammenhengen, og validert opp imot det transkriberte materialet og matrisene fra analysen. Funn og fortolkninger som framstilles i *kapittel 5*, er skrevet om utallige ganger, før siste og endelig versjon som følger framstilles. Sitater fra ergoterapeutene bidrar til å underbygge de funn og fortolkninger som framstilles.

4.7 Ethiske refleksjoner

I De nasjonale forskningsetiske komiteene (NESH, 2006) sine forskningsetiske retningslinjer understrekes blant annet følgende punkter: respekt for menneskeverdet, for personens frihet, integritet og medbestemmelse. Før informantene ble kontaktet og intervjuene ble startet ble studien godkjent av NSD (Vedlegg 3).

Mine informanter fra Oslo ble forespurt direkte, altså ikke via leder, og hadde selv mulighet til å sette seg inn i hva en deltakelse ville innebære av ressurser i form av tid. Dette ble også godkjent av NSD. Direkte kontakt med informantene medførte og at jeg kom i kontakt med personer som selv ønsket og delta og som hadde interesse og engasjement for temaet for studien. I henhold til NESH (2006) sine etiske retningslinjer er forhold som informasjon, samtykkeerklæring og anonymitet, samt muligheten for å trekke seg underveis, ivaretatt.

Materialet som er innhentet i denne studien er anonymisert og behandlet konfidensielt, dette i tråd med Kvale og Brinkmann (2012). Under studien er det kun undertegnede og veileder som har hatt tilgang til intervjuopptakene, samt det transkriberte materialet. Opptakene, samt det transkriberte materialet ble lagret på to separerte krypterte minnepinner, og vil bli slettet ved studiens slutt. Det utskrevne transkriberte materialet ble oppbevart i et låsbart skap, hvorpå disse vil bli makulert etter studiens slutt.

Man kan nok alltid stille spørsmål ved hvorvidt anonymiteten til deltakerne blir ivaretatt da det er mulig å finne kontaktinformasjon på nett om hvilke ergoterapeuter som jobber i Oslo og Drammen. I og med at kun 6 av 32 forespurte informanter takket ja til å delta, samt at deltakerne omtales som «*ergoterapeut 1*», «*-2*» og så videre, mener jeg likevel at anonymiteten til informantene er tilstrekkelig ivaretatt i henhold til gjeldende retningslinjer. Informasjon som kan bidra til å identifisere deltakerne (navn, alder, arbeidsplass, bydel, etc.) er fjernet. Likeledes er sitater som kan identifisere den enkelte deltakeren utelatt fra studien. Intervjuene er transkribert på bokmål, dette på bakgrunn av at informantene ikke kan gjenkjennes ved dialekt. Brukere som blir omtalt med landbakgrunn er erstattet med ikke-vestlige land.

Videre kan det stilles spørsmål ved at ergoterapeutene snakker om sin arbeidspraksis og om hva de blant annet opplever som utfordrende innenfor et område i deres praksis. I så måte kan det stilles spørsmål ved om det er etisk riktig å framstille disse funnene, da disse kan bidra til å blottlegge elementer ved deres arbeidshverdag som de opplever å ikke mestre og/eller synes er utfordrende. Imidlertid har ergoterapeutene frivillig samtykket til deltagelse i studien med viten om hva studien innebar. Samtidig skal det ikke, på bakgrunn av anonymisering av data, være mulig å spore tilbake hvem som har sagt hva, eller hvor den enkelte jobber. I så måte sees det som etisk forsvarlig å presenterer de funn som her er framstilt med det henseende å få et innblikk i blant annet hva ergoterapeutene opplever som utfordrende i møte med mennesker fra ikke-vestlige land.

4.8 Troverdighet, bekreftbarhet og overførbarhet

En kritikk av kvalitativ metode relateres til at det ikke er mulig å generalisere med tanke på antall informanter. Videre rettes det og kritikk mot kvalitativ forskning i forhold til at forskningen vil være verdiladet, på bakgrunn av forskerens forforståelse. Imidlertid bemerker Kuhn (1996) at både kvalitativ og kvantitativ forskning, er verdiladet da den er sosialt konstruert. Å validere forskningen er avgjørende med tanke på hvordan funnene presenteres og hvordan disse fanger interesse, likeledes blir forstått og omtalt av andre. Ulike begrep anvendes for å vurdere kvaliteten på forskningen og her benyttes begrepene; *troverdighet*, *bekreftbarhet* og *overførbarhet* som kriterier for å vurdere kvaliteten på arbeidet som her er gjort (Kvale og Brinkmann, 2012; Thagaard, 2010). Her presenteres en generell framstilling av begrepene, hvorpå det i punkt 6.3 *Styrker og svakheter*, vil redegjøres for hvilke vurderinger som er gjort i forhold til denne studien.

Troverdighet relateres til hvorvidt forskningen gjennomføres på en pålitelig måte ved at den redegjør for framgangsmåter i forskningsprosessen, både innsamling av data og hvordan disse er framstilt. Dette innebærer også å reflektere over hvilken posisjon jeg som forsker har i forhold til informantene, og om hvordan dette kan påvirke datamaterialet (Thagaard, 2010).

Bekreftbarhet relateres til fortolkningen av funnene som er gjort i studien (Thagaard, 2010). Dette innebærer å være kritisk til egne analyser og tolkninger og å underbygge resultatene i studien med tidligere forskning. (Thagaard, 2010). I denne studien presenteres funn og fortolkninger for så å se dette i lys av tidligere forskning for og opp mot det teoretiske perspektivet. En slik teoretisering vil validere funnene ytterligere, jamfør Kvale og Brinkmann (2012). Dette innebærer også at det er informantenes stemme som skal komme fram og at det er sitater fra informantene som bidrar til å underbygge funn og fortolkninger som er framstilt fra analysen. Det kan imidlertid være mulig å anta at sitatene som er valgt kan være påvirket av min forforståelse og kan dermed utgjøre en feilkilde. Her må man imidlertid stole på at de valgte sitater gir en mest mulig riktig fremstilling av innsamlede data. Fordeler og ulemper skisseres ved å ha kjennskap eller nærhet til feltet som studeres (Thagaard, 2010). I henhold til denne studien innebærer det at jeg har fått bekreftet tolkninger som jeg selv har opplevd gjennom praksiserfaring. Imidlertid kan en feilkilde være at jeg i tolkningen har ”sett det jeg ønsker å se”, og i tråd med Thagaard (2010) gjort kritisk refleksjon utfordrende. I denne sammenhengen peker Malterud (2012) på refleksivitet, en systematisk fremgangsmåte, kreativitet og fleksibilitet er nødvendige forutsetninger for å kunne utvikle ny kunnskap og for å gjennomføre god forskning.

Overførbarhet refererer til om hvorvidt studiens funn og tolkninger kan være gjeldende og relevant i forhold til andre sammenhenger utover det aktuelle prosjektet (Thagaard, 2010; Malterud, 200; Malterud, 2011). Dette er en forutsetning for at kunnskap skal kunne deles med andre (Malterud, 2011). Overførbarhet knyttes også til om hvorvidt fortolkningen er gjenkjennbar blant lesere som har kjennskap til fenomenene som undersøkes, noe som kan styrke studiens overføringsverdi (Thagaard, 2010). Gjenkjennelse omhandler hvorvidt tolkingen i teksten gir en dypere mening i forhold til tidligere erfaringer og kunnskap (Thagaard, 2010). I denne sammenhengen tilknyttes studiens utvalg også drøftingen om overførbarhet, dette med tanke på hvordan forskeren er i stand til å belyse problemstillingen (Malterud, 2011).

KAPITTEL 5: FUNN OG FORTOLKNINGER

Presentasjon av funn deles inn i to hovedtema som tar utgangspunkt i og samlet skal bidra til å belyse studiens problemstilling og forskningsspørsmål. Første tema omhandler ergoterapeutenes opplevelser i møte med mennesker fra ikke-vestlige land; en kollisjon mellom to ulike livsanskuelser. Dette utgjør også oppgavens hovedfunn og bidrar i størst grad til å belyse oppgavens problemstilling. Uttrykte berikelser og utfordringer som her framstilles er ikke nødvendigvis knyttet til konkrete situasjoner eller opplevelser fra praksis, men kan også være uttrykk for, eller tanker omkring, hva ergoterapeutene anser som utfordrende eller berikende ved faget sitt og sin praksis.

Det andre temaet omhandler hvilke ressurser ergoterapeutene har med seg fra utdanningen sin, hvilken betydning arbeidserfaring har for ergoterapeutene hva gjelder tverrkulturelle møter, samt hvor de henter ny kunnskap etter å ha kommet ut i arbeidslivet. Sitater fra hver enkelt deltager er benyttet for å underbygge studiens funn, men også for at hver enkelt informants stemme skal komme frem. Enkelte informanter har formidlet fyldige beskrivelser omkring opplevelser fra sin praksis, noe som også kommer fram i presentasjonen av funn.

5.1 Ergoterapeutens opplevelser i møte med mennesker fra ikke-vestlige land - en kollisjon mellom to livsanskuelser

Sentralt i studien er ergoterapeutenes opplevelser fra praksis og møter med mennesker fra ikke-vestlige land. Fortolkning av datamaterialet viser at informantene i stor grad knytter opplevelser fra sin praksis til disse temaene: *5.1.1 Selvstendig eller gjensidig avhengighet- individualisme eller kollektivism?*, *5.1.2 Familien og familieroller*, *5.1.3 Meningsfull aktivitet*, *5.1.4 Oppfatning av og forventninger til behandleren, behandlingen og helsesystemet*, *5.1.5 Kommunikasjon og samarbeid* og *5.1.6 Kulturkunnskap*. Kategorisering av data er presentert i underoverskrifter under de ulike temaene og skisserer fellesnevnerne i ergoterapeutenes opplevelser i møte med mennesker fra ikke-vestlige land.

5.1.1 Selvstendighet eller gjensidig avhengighet- individualisme eller kollektivism?

Gjennomgående i samtlige intervju er spørsmålet rundt verdsettelse av selvstendighet versus gjensidig avhengighet, da spesielt knyttet til ønsket om å ivareta hverandre. Dette kan forstås som møter mellom to livsanskuelser, hvor ergoterapeuten på sin side verdsetter det å fremme selvstendighet og å sette enkeltindividet i sentrum (individorientering), og hvor ergoterapeuten møter mennesker i sin praksis som verdsetter fellesskapet, gjensidig avhengighet og å gjøre for hverandre (kollektivism). Gjennom intervjuene kommer det fram at ergoterapeutene uttrykker ulike opplevelser som på en eller annen måte er knyttet til det å fremme selvstendighet i møte med mennesker fra ikke-vestlige land og brukere som verdsetter fellesskapet.

5.1.1.1 Omsorg, å ivareta eller å gjøre selvstendig?

Samtlige informanter forteller om opplevelser fra sin praksis som er knyttet til møter med familier hvor det å ta vare på, pleie og stelle mennesker med funksjonsnedsettelse eller sykdom er vanlig praksis. Ergoterapeutene uttrykker at det i enkelte tilfeller er vanskelig å skulle tre inn og jobbe ut i fra sitt faglige ståsted, samt det å skulle fremme selvstendighet. Ergoterapeutene gir uttrykk for at utfordringen ligger i at de sosiale omgivelsene til brukeren fungerer som et substitutt for tapt funksjon eller har et ønske om å pleie syke mennesker i nære relasjoner.

Ergoterapeut 5 sier: "Rent ergoterapifaglig ligger det i vår natur å tenke egen aktivitet og egen mestring i hverdagen...og da hender det at jeg kommer til brukere som har mistet en eller annen funksjon da og skal trenes opp igjen, at storfamilien stiller opp veldig og gjerne går inn å kompenserer for de tapte funksjonene som brukeren har".

Å ta vare på nære relasjoner, som kan forstås som en velment handling, uttrykkes imidlertid av fire av ergoterapeutene som en negativ gjerning ovenfor brukeren. En ergoterapeut kaller det "bjørnetjeneste", en annen informant gir uttrykk for at brukerne i slike tilfeller er det å være "prinsessen på erten". Ergoterapeutene opplever en situasjon hvor potensialet til enkeltmennesket ikke blir ivaretatt, eller blir begrenset på bakgrunn av de sosiale omgivelsene i brukerens liv ved at de pårørendes handlinger ikke gagnar bruker.

Ergoterapeut 2 sier: "På en side, kanskje de blir gjort mer for noen ganger, at ikke nødvendigvis er så positivt, at de blir varta litt for mye opp".

Ulike tanker og oppfatninger om hvordan en bør ivareta og behandle mennesker med sykdom eller funksjonsnedsettelse kan også beskrives som en kollisjon mellom to ulike syn på omsorg. Ergoterapeutene gjenkjenner omsorg, ut fra sitt faglige perspektiv, det at den enkelte skal klare seg best mulig på egenhånd. Hvorimot det å ta vare på hverandre i mange tilfeller gjenspeiler omsorg hos ikke-vestlige brukere og deres pårørende. En informant forteller om et møte med et barn med Cerebral Parese fra et ikke-vestlig land i sin praksis. Informanten selv opplever å møte et barn med gode forutsetninger for å klare seg selv, men hvor det her kommer til uttrykk at familien ønsker å ivareta barnet sitt ved å stelle og pleie.

Ergoterapeut 1 sier: "Så kommer hun til Norge og møter meg og fysioterapeuten, og vi bare; kom igjen nå skal vi ut, nå skal vi opp og stå, nå skal vi ut å gå. Men det var en veldig overgang som måtte til, og på en måte endre tankegangen litt til mor og bestemor som må gå fra det å passe på, pakke inn, til å steppe unna og si at du må prøve selv, det er et veldig stort steg, at det å vise omsorg for dette barnet er å la henne gjøre ting selv"..

Informantene uttrykker også at de opplever at det er vanskelig å implementere, eller å få gehør for selvstendighetstankegangen hos mennesker fra ikke-vestlige land, og at de opplever at det er enklere å implementere denne tankegangen hos det de uttrykker som norske familier. Fire av ergoterapeutene forteller at de benytter seg av ulike strategier hvor de prøver å vise eller å skape en forståelse for hva selvstendighet innebærer i møte med mennesker fra ikke-vestlige land i sin praksis.

Ergoterapeut 1 sier: "Jeg måtte lirke inn og på en måte vise til; ser du nå hvordan hun klarer det, samtidig som jeg måtte vise til eksempler hvordan tilstanden var sist" .

Ergoterapeut 4 sier: "Det som vi tenker som selvstendighet og det som jeg ville synes være riktig inn mot disse barna, så er det ikke lett å få solgt inn det på en måte".

En informant knytter også utfordringer relatert til å fremme selvstendighet til manglende nettverk eller nære relasjoner hos bruker. Da ved en opplevelse fra praksis i møte med en kvinne som ikke har et sosialt nettverk i Norge, og hvor helsetjenesten blir den daglige sosiale kontakten. Informanten uttrykker også at hun opplevde at dette medførte at bruker ikke ønsket å være selvstendig for å kunne opprettholde møtet med hjemmetjenesten, og å ta del i fellesskapet med disse.

Ergoterapeut 5 sier: "Vi gikk jo inn og satte målsettinger, og hun var litt sånn ambivalent...det var på en måte hjemmetjenesten som var mye av nettverket hennes, og hun ville kanskje ikke bli selvstendig på grunn av det og at de hjalp henne da. Men det hender at jeg tenker noen ganger at her kunne man ha hatt potensiale til å klare mer da".

En annen informant anser imidlertid det å fremme selvstendighet i hverdagsaktiviteter som en vestlig verdi, at det å klare selv er en verdi som i stor grad verdsettes i vestlige deler av verden.

Ergoterapeut 4 sier: "Kanskje ikke alle som er så veldig på den der at barnet skal kunne klare seg selv. Det er kanskje mer veldig norsk at vi verdsetter den der at ååhh, vet du hva han lærte å knyte skolissene før han var ferdig i barnehagen. Som vi er kjempestolte av og synes er en kjempekvalitet".

5.1.1.2 Tabu, å gjemme bort versus å løfte enkeltindividet

Tre av ergoterapeutene, spesielt de som jobber med barn, uttrykker en annen utfordrende side ved det å skulle fremme selvstendighet i møte med familier fra ikke-vestlige land i sin praksis. I denne sammenhengen blir tabu og stigma rundt sykdom og funksjonsnedsettelse skissert som et eksempel og et hinder for å kunne løfte enkeltindividet opp og fram. Gjennom intervjuene kommer det fram at ergoterapeuten har ideer og tanker om at alle, uansett forutsetninger, skal være en del av samfunnet på lik linje med mennesker som er funksjonsfriske. Imidlertid kommer det til uttrykk at ergoterapeutene i enkelte tilfeller møter pårørende hvor ønsket eller løsningen på det å ha et barn med utfordringer er å pasifisere eller skjule barnet i størst mulig grad, her uttrykt som et middel for å unngå videre tabu eller stigma.

Ergoterapeut 4 sier: "I mange av disse kulturene så er det kanskje tabu å snakke om sykdom. Det er jo tydelig i noen tilfeller at barnet skal dyttes vekk

og gjemmes litt bort, og det blir jo behandlet deretter. Også kommer de her og så skal vi løfte dette barnet mest mulig fram og det skal der alle andre er”.

5.1.2 Familien og familieroller

Gjennomgående i samtlige intervju er ergoterapeutenes opplevelse av brukerens familieforhold. Da knyttet til det å være en del av et fellesskap og det å være en del av en gruppe, en storfamilie. Dette kommer til uttrykk ved at informantene opplever å møte familier som er sterkt sammenknyttet, hvor det å ta avgjørelser og valg gjøres i fellesskap og hvor roller innad i familien har en stor betydning. Ergoterapeutene møter mennesker hvor fokuset er rettet mot gruppen som helhet fremfor enkeltindividet og hvor familien fungerer som et råd.

Ergoterapeut 3 sier: ”Ehhhm det er kanskje litt forskjell at de er sterkere knyttet sammen føler jeg. De er liksom ja, de er med en enhet, en familie”.

Ergoterapeut 4 sier: ”Selv om du kan treffe mammaene til de som bor i generasjonsfamilier så er det flere andre der hjemme som skal ha et ord med i laget”.

Enkelte informanter opplever at det å opprettholde, eller å innfri roller innenfor familieinstitusjonen, så som det å være en forelder, på mange måter omhandler det å kunne ta vare sine nærmeste. Gjennom intervjuene kommer det fram at det å innfri sin rolle i familien har stor betydning for mange av de menneskene ergoterapeutene møter i sin praksis. I dette tilfellet blir det å fremme selvstendighet hos en bruker framhevet som utfordrende da dette kan medføre en opplevelse av tap eller å ikke mestre sin rolle blant de pårørende. I så måte blir det å fremme selvstendighet hos enkeltindividet en sterk selvmotsigelse i pårørendes ønske om å ivareta og det å skulle opprette sin rolle innad i familien.

Ergoterapeut 1 sier: ”Det her med avlastning det er en veldig spesiell sak å ta opp, spesielt for familier med minoritetsbakgrunn fordi det oppfattes som et tegn på at; ja, skal jeg ha fri fra mitt eget barn? Det betyr at jeg er mislykket

som mor, eller ikke klarer å ta vare på mitt eget barn. Og de er fra et land hvor det er en veldig stolthet, hvor de er knyttet tett til barnet sitt”.

Spesielt en av deltagerne opplever at det i enkelte tilfeller er enklere å tilrettelegge for eldre mennesker fra ikke-vestlige land og kulturer, enn det er hos eldre nordmenn generelt. Dette nettopp på bakgrunn av at familien stiller opp og hjelper til med å organisere hverdagen for trengende i familien. Å bli gammel i Norge er ikke ensbetydende med å bli pleiet og ivaretatt av sine nærmeste, da det ligger en forventning og en viten om at det er et system og rettigheter som sikrer eldre en plass på institusjon hvor de ivaretas. I denne sammenhengen uttrykker terapeuten at ønsket om å få en institusjonsplass blant eldre fra ikke-vestlige land, og deres pårørende, ikke er like sterkt som nordmenn forøvrig. I så måte kan dette også knyttes til kulturelle normer og verdier og møtet mellom to ulike syn på hvordan et eldre familiemedlem skal ivaretas i alderdommen.

Ergoterapeut 2 sier: ”Jeg ser jo at innvandrere i større grad kanskje ønsker at sine nærmeste skal dø hjemme, enn på institusjon. Jeg opplever i mange tilfeller at det er enklere å tilrettelegge for de enn hos etnisk norske som jeg opplever at det offentlige skal ta vare på sine nærmeste i siste del av livet”.

5.1.3 Meningsfull aktivitet

Meningsfull aktivitet er et sentralt element i ergoterapifaget, som også er en viktig del av en ergoterapeutisk intervensjon. Ergoterapeutene gir uttrykk for at de danner seg tanker og ideer om hvilke aktiviteter som kan være aktuelle å ha fokus på i en terapisisituasjon før de møter brukeren. Det gis uttrykk for at ergoterapeutene har tanker omkring aktivitet som baserer seg på hva de selv opplever kan være adekvat eller meningsfullt. Imidlertid kommer det fram av opplevelser i praksis at ergoterapeutens aktivitetsforslag ikke harmonerer med brukers behov eller ønsker for aktivitet, ved at brukeren og terapeuten har ulik tilnærming i forhold til hva meningsfull aktivitet innebærer. Det er forskjeller i hva som oppleves som meningsfullt og hva som er viktig å få gjennomført i det daglige. Dette kommer også til uttrykk i flere intervjuer, da ved at ergoterapeuten knytter meningsfull aktivitet til aktiviteter som kan gjenkjennes som tradisjonelle norske aktiviteter, så som fjell- og friluftaktiviteter.

Ergoterapeut 4 sier: "Men, møter jo ofte familier hvor, eh... hvor liksom det store behovet er kanskje at, ja på lørdager da skal vi på senteret, hvordan kan vi løse det".

Ergoterapeut 5 sier: "De får litt sperrer og på en måte når vi kommer inn og skal ut og opp i trærne, det er jo det vi gjør her i Norge, går turer for alt det er verdt".

Av intervjuene kommer det fram at to av ergoterapeutene selv uttrykker at de mangler kunnskap om aktivitet og om hvordan dette relaterer seg eller fortøner seg i ulike kulturer. Ergoterapeutene uttrykker at de opplever å ha manglende kunnskap i møte med mennesker fra andre kulturer som de kan benytte seg av i sin daglige praksis.

Ergoterapeut 2 sier: "jeg vet alt for lite om ulike kulturer, og det kan være veldig mye ikke jeg vet om da i forhold til mitt daglige arbeid om ulike kulturer, altså i forhold til bruk av og det å være i aktivitet og sånne ting".

Til tross for at ergoterapeutene på en side uttrykker at de kan ha andre ideer og tanker rundt hva meningsfull aktivitet er i tverrkulturelle intervensjoner, kommer det fram av intervjuene at de også stiller seg åpne og forståelsesfulle ovenfor at det finnes andre aktivitetsønsker enn hva de selv anser som meningsfulle. Samtlige ergoterapeuter er opptatt av å stille spørsmålet "hva er dine ønsker og behov" og at dette er et sentralt spørsmål i ergoterapiintervensjonen, også for å imøtekomme brukers aktivitetsønsker. Tre av informantene bemerker at aktivitet er mangfoldig og at det er forskjell på hva hver enkelt opplever som meningsfullt.

Ergoterapeut 5 sier: "Man må være åpen for at det kan være helt andre aktivitetsønsker og målsettinger enn det man kanskje tenker selv". Nei vel, så ønsker ikke vedkommende å være selvhjulpen i ADL, da har ikke vi noe mer å tilby liksom- ha det bra. Men kanskje vi må prøve å vri hodet og tenke litt smart da, prøve å sette seg inn i hva den andre tenker og heller spørre litt om bakgrunn...bruke tiden på sånne ting framfor å gå rett på".

Informantene uttrykker at det er viktig å akseptere alle fasetter av aktivitet som kan ha betydning for enkeltmennesket. Gjennom intervjuene kommer det fram at det

viktigste ikke er selve aktiviteten, men at det er en eller annen form for aktivitet som oppleves som meningsfull for den enkelte, og at det er dette ergoterapeuten jobber ut ifra. Her gis det også uttrykk for at det er viktig å legge fra seg sine forhåndsdefinerte tanker om aktivitet og dreie fokus inn mot brukers aktivitetsønsker.

Ergoterapeut 4 sier: "Jeg tenker jo og kanskje at vi må i større grad tilpasse oss i forhold til hva jeg tenker som ergoterapeut og hvilke aktiviteter jeg egentlig har lyst til å jobbe med. Man kan selvfølgelig komme med forslag (til aktiviteter) og litt sånn, men det er jo noe med å finne balansen på å akseptere at det er deres ting...ehm, at man har ulik tilnærming i forhold til hva som, hvilke aktiviteter som er viktig".

Imidlertid kommer det gjennom intervjuene fram at enkelte av ergoterapeutene opplever at utstyr som skal bidra til å fremme aktivitet, ikke kommer personer i enkelte områder til gode. Med andre ord uttrykkes det at enkelte av ergoterapeutene ikke har aktivitetshjelpemidler til å jobbe med som gjenspeiler behovet i nærområdene. Dette kan også sees i sammenheng med ergoterapeutens tanker omkring hva som er meningsfull aktivitet og at dette ofte knytter seg til tradisjonelle norske aktiviteter, som fjell- og friluftsliv.

Ergoterapeut 4 sier: "Men sånn type vinterhjelpemidler som det andre steder går masse av, type sitski og piggekjelker og alt det der, jeg tror jeg kan telle på en hånd hvor mange jeg har formidlet de de ti årene jeg har vært her. Mottakerne er ikke der kan du si".

5.1.4 Oppfatning av og forventninger til behandleren, behandlingen og helsesystemet

En gjennomgående tematikk i alle intervjuene er forståelse og oppfattelse av både hvem ergoterapeuten er, hva behandling er og bør være, samt forståelse for og oppfattelse av helsesystemet. Triangelet behandleren, behandlingen og helsesystemet henger på mange måter sammen. Ergoterapeutene uttrykker at oppfattelser av hva disse tre elementene skal eller bør være er formet av hvilken bakgrunn en person har,

som igjen bidrar til å forme oppfatningen av behandleren, behandlingen og helsesystemet.

5.1.4.1 Hvem er ergoterapeuten?- en utfordring for bruker og terapeut

Gjennomgående i samtlige intervju er at ergoterapeutene forteller om opplevelser fra møter med mennesker i sin praksis som ikke har kjennskap til hva en ergoterapeut er og gjør. Dette gjelder dog ikke bare mennesker fra ikke-vestlige land, da ergoterapeutene gir uttrykk for at det er mange som ikke forstår deres rolle.

Ergoterapeut 1 sier: ”Å forstå hva en ergoterapeut er utfordrende for disse menneskene, det er jo mange nordmenn som ikke vet hva en ergoterapeut er også”.

Paradoksalt nok gir halvparten av ergoterapeutene uttrykk for at også de har utfordringer med å definere eller å gi uttrykk for hva ergoterapifaget er. Ergoterapeutene forteller at det er vanskelig å skulle definere faget da det er diffust og likeledes beskrives som et vidt fag som har en fot innenfor flere felt, noe som videre vanskeliggjør konkretiseringen av faget. Dette medfører også at ergoterapeutene forklarer faget sitt forskjellig fra gang til gang.

Ergoterapeut 1 sier: ”hver gang jeg har forklart hva ergoterapi er så sier jeg det på forskjellige måter fordi det er jo så bredt”.

Forståelse for hvem ergoterapeuten er eller hvem ergoterapeuten skal være, kommer også til uttrykk ved at ergoterapeuten går fra å være en ressursperson i brukers liv som skal bidra til å jobbe mot brukers ønsker og mål, gjennom at bruker selv er den viktigste kilden til endring. Dette kolliderer, ifølge enkelte av terapeutene, i møtet med mennesker som har et ønske om at terapeuten skal være kilden til endring. Dette i form av et terapeut-/brukerforhold, som kan gjenkjennes som et biomedisinsk syn hvor ergoterapeuten er eksperten som sitter med svarene på brukers utfordringer. I denne sammenhengen kan det se ut som terapeuten havner i skvis mellom det å skulle handle ut fra de verdiene som ligger til grunn i faget, og det å prøve å oppfordre bruker til å være delaktig i avgjørelser og terapien for å fremme selvstendighet i brukers liv. På en annen side kan dette oppfattes som et kulturelt uttrykk, i form av to ulike syn på hva helsehjelp skal være, som også kan knyttes til tidligere nevnte uttrykk for at møtet med ikke-vestlige mennesker i mange tilfeller innebærer møter med

mennesker som ønsker å motta hjelp. Her gis det uttrykk for at bruker har et ønske om at terapeuten skal "ta kontroll" over behandlingssituasjonen og ta valg for bruker.

Ergoterapeut 2 sier: "den der terapeutiske rollen og klientrollen de er ikke på en måte lik da. Jeg blir en mer sånn overordnet person som skal si hva den andre skal gjøre".

To av informantene uttrykker imidlertid at det i alle møter med mennesker som oppsøker ergoterapitjenesten er viktig å formidle hva ergoterapeuten jobber med og kan bidra med. Å skape en forståelse for hva en ergoterapeut er og hva ergoterapeuten kan bidra med er ifølge informantene en måte å skape realistiske forventninger til intervensjonen. Det uttrykkes at det er grunnleggende å skape et felles ståsted for å åpne opp for en forståelse rundt hva terapeut og bruker sammen kan utrette for den enkelte.

Ergoterapeut 2 sier: "Altså når jeg kommer på hjemmebesøk så spør jeg alltid; har du hatt kontakt med ergoterapeut før? Og vet du hvordan vi jobber? Det er viktig å klargjøre hva min rolle er...og ja litt sånn for å ha realistiske forventinger også".

5.1.4.2 Ergoterapi: å forbedre funksjon, ikke å kurere

Gjennom intervjuene kommer det som nevnt fram at ergoterapeutene opplever at brukerne har et syn på ergoterapeuten som på mange måter er basert på et biomedisinsk perspektiv. Dette kommer også fram gjennom det som uttrykkes som forskjell i sykdomsforståelse, hvor brukere i møte med ergoterapeuten, ønsker å bli kurert i form av medisiner eller andre biomedisinske løsninger. Dette kommer igjen til uttrykk gjennom intervjuene som en manglende kjennskap til eller kunnskap om det å gå i terapi uten å gjøre frisk, altså å bli kurert og hvor målet med terapien er å bedre en funksjon ut i fra gitte forutsetninger.

Ergoterapeut 4 sier: "Det handler jo om den der forståelsen av sykdom...denne sammenhengen med at en skade i hjernen det påvirker beina dine. Og da er det jo klart at er det ukjent for dem dette med sykdom og at vi faktisk kan gjøre noe med det, vi kan ikke kurere, men vi kan gjøre noe med funksjonen, så det blir jo litt fremmed".

Dette kommer også til uttrykk ved at ergoterapeuten opplever at pårørende til barn med funksjonshemninger er opptatt av at barna skal bli friske og at det er dette er fokus i møte med ergoterapeuten. Dette ser ut til å være en utfordring for ergoterapeuten også i forhold til forventninger brukere og pårørende har til ergoterapeuten og hva ergoterapeuten tenker er realistisk å oppnå i møte med mennesker med funksjonsnedsettelse.

Ergoterapeut 4 sier dette om et møte med et barn med CP og hans foreldre; ”De ønsket liksom at han skulle kunne gå igjen, og at han skulle kunne løpe og spille fotball. Ja, det er flott det, men så må vi forklare at det kommer han ikke til å klare, men vi kan komme et godt stykke på vei”.

Det å skulle forbedre en funksjon og hvor målet med terapien ikke er å bli frisk, utfordrer også ergoterapeuten og deres arbeidsmetode, som er helse gjennom aktivitet. Ergoterapeutene gir uttrykk for at de opplever at det er vanskelig for mennesker med ikke-vestlig bakgrunn å forstå aktivitet som terapiform, noe som vanskeliggjør utgangspunktet for en ergoterapiintervensjon.

Ergoterapeut 1 sier det slik; ” Når det er en helt annen kultur, da er det jo vanskelig å forstå nytten av det (aktivitetsperspektivet) på en måte. Vi kommer og skal bevege oss og på en måte, og at det og liksom gjøre noe som kanskje virker litt ubetydelig som for eksempel...ååå steke vafler”.

Dette gis også til kjenne ved at ergoterapeutene har opplevd at brukere kun er i aktivitet når de er tilstede, eller inntar en passiv posisjon i terapisammenheng. Dette underbygger forståelsen rundt ønsket om å motta terapi framfor å selv være kilden til endring og likeledes det å forstå aktivitet som terapiform. Enkelte av ergoterapeutene gir uttrykk for at det at bruker inntar en passiv rolle i terapisammenheng er en form for uvilje til å gjennomføre terapien, eller at bruker og pårørende ikke engasjerer seg eller viser forståelse for aktivitet som terapiform.

Ergoterapeut 3 bemerker dette; ”Både jeg og fysioterapeut har strevd fra barnet var ung, og nå er hun voksen og vi har fortsatt ikke fått henne i aktivitet for hun er bare i aktivitet når vi er der”.

5.1.4.3 Et komplekst helsesystem får konsekvenser for ergoterapeuten og bruker

Informantene uttrykker opplevelser med brukere fra ikke-vestlige land som har utfordringer med å forstå helsesystemet i Norge, samt hvilke rettigheter de har og ikke har. Ergoterapeutene gir uttrykk for at de har forståelse for at helsesystemet kan oppleves som vanskelig å sette seg inn i, og at det kreves kunnskap og kompetanse til å kunne sette seg inn i de muligheter og rettigheter som finnes i systemet.

Ergoterapeut 1 sier: Jeg opplever at det er ukjent for dem da å møte kommunale helsefolk, hvis de er nye i landet og sånn så er det et kjempesystem å sette seg inn i. Å sette seg inn i alle mulighetene i helsevesenet er en fulltidsjobb vil jeg si.”

Ergoterapeutene uttrykker at de ofte møter mennesker som kommer fra land hvor helsesystemene har en annen struktur enn det norske helsesystemet. Utfordringer i forhold til forståelse av helsesystemet knyttes spesielt i forhold til spørsmålet om gratis helsehjelp og hva dette innebærer. Informantene opplever møter med mennesker hvor det oppstår en form for forvirring rundt egne rettigheter i form av hva de kan kreve og hva de ikke kan kreve. Dette uttrykkes spesielt i forhold til hjelpemiddelformidling hvor enkelte informanter opplever at de blir framstilt som en person som sprer omkring seg med materielle goder. Dette medfører også at ergoterapeutene opplever at enkelte brukere har urealistiske forventninger til ergoterapeuten.

Ergoterapeut 3 sier dette; ”Noen har hørt at, ja bare ergoterapeuten kommer så får du leilighet, du får bil, ja da ordner alt seg”.

Dette får konsekvenser for ergoterapiprosessen da de samme ergoterapeutene i lignende tilfeller uttrykker at de har påtatt seg oppgaver som går utover deres rolle i form av å løse utfordringer knyttet til sosiale forhold eller andre elementer knyttet til helse- og sosialsystemet. Med andre ord er det at ergoterapeuten, som en del av helse- og sosialsystemet, er med på å skape forventninger til og likeledes forme ergoterapeutens rolle, i møte med mennesker fra ikke-vestlige land. Imidlertid kommer det fram av intervjuene at dette i enkelte tilfeller er nødvendig for å i det hele tatt kunne iverksette ergoterapeutiske tiltak. Dette får ifølge ergoterapeutene også konsekvenser i form av at ergoterapiprosessen blir forskjøvet og at de er klare over at

det er andre elementer som må på plass før de kan fokusere på aktivitet og selvstendighet.

Ergoterapeut 4 sier: "...man må på en måte starte liksom et hakk før enn der jeg ellers ville ha kommet inn".

Ergoterapeut 1 sier: "Når man kommer inn til en familie som er helt ny i Norge, så må man spørre; Har du avlastning? Har du omsorgspenger? Har du kontakt med NAV? Hvordan er det med fastlege?"

En ergoterapeut bemerker at det å skulle være selvstendig ikke nødvendigvis er en utfordring som oppstår på bakgrunn av at bruker eller pårørende har et ønske om å bli ivaretatt eller å ivareta, men at det er en utfordring som kan oppstå på organisatorisk nivå. Dette på bakgrunn av at det er økonomisk gunstig å jobbe mot et mål hvor flest mulig i befolkningen skal kunne klare seg selv i sine hjem lengst mulig. Med andre ord er det å fremme selvstendighet i befolkningen lønnsomt kontra det å skulle ivareta, bistå og bruke ressurser på å hjelpe brukere i dagligdagse aktiviteter. Informanten uttrykker at ønsket om å fremme selvstendighet fra et organisatorisk nivå kolliderer med ønsket om å bli ivaretatt.

Ergoterapeut 2 sier: " Det har vært snakk om praktisk bistand, i forhold til å hjelpe folk med å vaske seg og smøre mat. Og det er jo klart at da blir det en krasj i forhold til at man ovenfra på ledelsesnivå i kommunen ønsker å spare penger da, at flest mulig er selvhjulpne og klarere seg selv uten hjelp fra hjemmetjenesten og praktisk bistand. Det kan være en konflikt i forhold til verdier der, dette kunne du ha klart selv, men personen ønsker ikke å gjøre det selv, men altså jeg kan ikke tvinge folk til å være selvstendige".

5.1.4.4 Ønsker behandling i hjemlandet- begrensinger i terapien

Av intervjuene kommer det fram at fire av ergoterapeutene opplever at brukere som er i behandling har større tiltro til helsevesenet og behandlingsopplegg fra sitt opprinnelsesland. Imidlertid gir ergoterapeutene uttrykk for at det kan være problematisk at brukere reiser bort midt under behandlingen. Utfordringene knyttes til at ergoterapeutenes behandlingsopplegg blir avbrutt og at det er vanskelig for terapeuten å opprettholde en kontinuitet i behandlingen.

Ergoterapeut 4 sier: "Det var en bruker som ikke på en måte aksepterte den norske diagnosen og tiltakene i det norske helsevesenet, og reiste utenlands og fikk behandling og medisiner der. Det er jo en ganske sånn begrensning i forhold til våre tiltak i en lang periode".

To av informantene gir uttrykk for at dette ikke bare er en begrensning for ergoterapeutens behandlingsopplegg, men også at det har en betydning for brukeren selv. Dette i form av at brudd eller stopp i behandlingsopplegget som medfører negative konsekvenser for brukeren helse.

Ergoterapeut 6 sier: "Det er en utfordring at vi har et opplegg, så plutselig forsvinner barnet i tre uker, og da raser ting fort sammen og barnet mister funksjon".

To av ergoterapeutene gir imidlertid uttrykk for at *for mye* behandling heller ikke er ideelt, da de opplever at brukere ønsker behandling både i Norge og i sitt opprinnelsesland. Med andre ord gis det uttrykk for at både *for mye* og *for lite* behandling kan få negative konsekvenser for brukeren. I denne sammenhengen var også måling av effekt av behandling et tema. Dette i form av at enkelte av ergoterapeutene ga uttrykk for at målediskursen er viktig for å kunne si noe om behandlingsopplegget de selv har lagt opp, har en effekt eller ikke, og at det er vanskelig å måle resultater av behandlingen når brukere får behandling på to uavhengige steder.

Ergoterapeut 6 sier: "De trente barnet vanvittig mye da med opplegg der nede og her hjemme. Barnet blir dobbelt trent, og det er jo ikke sunt, og vi får heller ikke målt effekten av det vi gjør".

5.1.5 Kommunikasjon og samarbeid

Samtlige informanter tar opp temaet kommunikasjon under intervjuene, hvorpå de også uttrykker at de opplever at dette er den største utfordringen i møte med brukere fra ikke-vestlige land. Ergoterapeutene gir uttrykk for at disse kommunikasjonsutfordringene vanskeliggjør samarbeid og samhandling mellom

bruker og terapeut. Gjennom intervjuene kommer det fram at kommunikasjons- og samarbeidsutfordringer ikke bare ligger i det rent språklige, men også i forhold til å forstå uttrykk knyttet til terapeutiske begreper som er vanskelig for bruker å gjenkjenne. Det gis også uttrykk for at det på den ene siden er ergoterapeuten selv som har utfordringer med å formidle sitt budskap, mens det på en annen side gis det uttrykk for at det er brukers manglende språkferdigheter som står som en barriere for adekvat kommunikasjon. Også tolkens evne til å opprettholde sin profesjonelle rolle oppfattes av ergoterapeutene i de fleste tilfeller som utfordrende.

5.1.5.1 Hverdagsspråk versus det å snakke om helse

Samtlige ergoterapeuter forteller at de ikke har utfordringer når det kommer til det å snakke om hverdagslige aspekter i møte med brukere fra ikke-vestlige land. Imidlertid kommer det fram gjennom intervjuene at kommunikasjon relatert til terapi og helse i større grad er en utfordring enn hverdagslige samtaletema. Av intervjuene kommer det fram at det å snakke om hverdagslige aspekter ikke krever samme presisjonsnivå eller språkferdigheter som det å skulle samtale rundt helse og helserelatert informasjon, noe som vanskeliggjør samarbeid og samhandling. Dette viser seg ved at begreper som ergoterapeuten bruker i terapissammenheng ikke nødvendigvis er kjent for bruker, noe som vanskeliggjør kommunikasjon, men også samarbeid med bruker som deretter får konsekvenser for ergoterapiprosessen.

Ergoterapeut 5 sier: "De sier ofte at de prater greit norsk, og det kan nok fungere greit sånn til hverdagsbruk på en måte, men det blir utfordrende når vi skal inn å snakke målsetting og hva det er du vil videre".

Av intervjuene kommer det fram at brukere som ergoterapeutene møter i praksis, kan framstå som gode i norsk og likeledes gi indikasjoner på at de forstår budskapet ergoterapeuten kommer med. Imidlertid gir ergoterapeutene uttrykk for at det i mange tilfeller er brukere som samtykker uten å ha forstått. Dette medfører at bruker ikke får den informasjonen han eller hun skal ha, eller ikke forstår hva ergoterapeuten kan bidra med. Ergoterapeutene gir imidlertid uttrykk for at de har strategier for å avdekke om bruker har forstått budskapet eller ikke, og likeledes gir de uttrykk for at det å tilpasse kommunikasjon er det viktigste en ergoterapeut gjør i møter hvor et felles språklig plattform ikke er tilstede.

Ergoterapeut 4 sier: Mange kan framstå som forholdsvis gode i norsk, eh-h-h også er det mange som også sier ja, også nikker de og smiler...også stiller jeg et spørsmål som ikke er ja eller nei også svarer de fortsatt ja også skjønner du at "aha" her har de ikke skjønt".

Ergoterapeut 3 sier: "Jeg bruker minst mulig fremmedord...jeg forenkler gjerne språket mitt når jeg er hos dem som forstår lite norsk".

Ergoterapeut 2 sier: " Men det krever kanskje mer av meg som terapeut da, å stille mer spørsmål og få bekreftet; Er det det du mener? Er det det du tenker på".

Vanskelige situasjoner relatert til kommunikasjon medfører i enkelte tilfeller at enkelte av ergoterapeutene unngår bruk av tolk i tilfeller hvor de anerkjenner at det hadde vært behov for tolk. Med andre ord ligger ikke utfordringen kun hos brukers manglende språkferdigheter, men også det at ergoterapeuten opplever en form for usikkerhet rundt situasjoner som ikke er gjenkjennbar, eller det at ergoterapeuten ikke har kunnskap eller ferdigheter til å tilpasse seg situasjonen. Det kommer fram gjennom intervjuene at ergoterapeutenes kommunikasjonsferdigheter og det å tilpasse kommunikasjon også har en betydning for hvorvidt budskapet blir mottatt og forstått, som igjen kan få konsekvenser med tanke på likeverdige helsetjenester.

Ergoterapeut 6 sier: "Kommunikasjon og samarbeid blir mye vanskeligere synes jeg da, eh-h-h...det er mer sånn at jeg håper at jeg gjør en grei nok jobb, håper at vi har forstått hverandre og må bare ta en sjans og satse på det går bra, så jeg er kanskje ikke flink nok til å dobbeltsjekke heller.....men der igjen har jeg ikke kjempe mye erfaring med det".

Spesielt en av informantene forteller at området hun jobber i er preget av møter med mennesker med dårlige norskkunnskaper og lite skolegang. Det uttrykkes av informanten at dette bidrar til at hun møter mennesker i sin praksis som ikke har grunnlag for og ferdigheter til å kunne forstå vanskelige ord og uttrykk. Dette fører videre til at enkelte brukere blir hindret i å forstå informasjon knyttet til egen eller familiemedlemmers helse. Dette knyttes til forståelse av helserelaterte begreper, hvor både manglende språkkunnskaper og forståelse for helsebegreper i seg selv gjør det

vanskelig for mange å få innsikt i sin egen situasjon. I dette tilfellet uttrykker informanten også at helserelevant informasjon som sendes ut ikke nødvendigvis er formulert på en måte eller språk som er forståelig og gjenkjennelig for bruker.

Ergoterapeut 4 sier: "Vi vet jo at det er mange som er analfabet for eksempel, som har helt, helt, helt minimalt med skolegang, kanskje har de så vidt lært å lese og det er akkurat det. Det kan bety at de ikke forstår brevet som kommer fra sykehuset med alle disse rare begrepene, nevrologisk lidelse for eksempel, hva er det, ikke sant. Altså alle som har grunnskole i Norge har fått inn såpass at du har en minimumsforståelse til å kunne ta inn en del av disse begrepene".

5.1.5.2 Tolkens profesjonalitet- ressurs versus utfordringer

Bruk av tolk går igjen i samtlige intervjuer, til tross for at dette ikke var et eget tema i intervjuguiden. Møter med mennesker hvor en felles språklig plattform ikke er tilstede fordrer også til tilrettelegging av kommunikasjon via en tredjepart, nemlig tolken. En av informantene gir uttrykk for at hun opplever at det å bruke tolk fungerer greit, uten videre å begrunne hvorfor.

Ergoterapeut 2 sier dette om bruk av tolk: "men ja, nei jeg synes det fungerer bra å bruke tolk".

Resterende informanter uttrykker at tolken blir et hinder eller er en utfordring i terapissammenheng. Enkelte informanter uttrykker at de opplever at tolken ikke opprettholder sin profesjonelle rolle, noe som medfører at de opplever bruk av tolk som ubehagelig og som et hinder i hele kommunikasjonsprosessen som ødelegger samarbeidet mellom bruker og ergoterapeut.

Ergoterapeut 1 sier: "Jeg har helt forferdelige opplevelser...men altså tolker som går veldig ut av sin rolle og ja, det stopper jo hele kommunikasjonen".

Ved bruk av tolk er ergoterapeuten prisgitt tolken ved at to profesjonelle yrkesutøvere må samarbeide, også med bruker, for at ergoterapeut og bruker skal kunne uttrykke seg på en adekvat måte. Dette for at bruker skal få tilgang til helserelevant informasjon, men også slik at terapeut får tilgang til informasjon om bruker for å kunne bedre brukers situasjon. Imidlertid kommer det til uttrykk i flere av intervjuene at det er vanskelig for ergoterapeuten å opprettholde *sin* profesjonalitet. Dette ved at

tolken ikke gjør det han eller hun er satt til å gjøre, nemlig å være et kommunikasjonsledd mellom bruker og terapeut, og videreformidle brukerens og ergoterapeutens budskap.

Ergoterapeut 3 sier: "Jeg synes ofte det er vanskelig å jobbe med tolk...jeg er usikker på om tolken sier det jeg sier, for jeg får ofte rare svar...så da er jeg usikker på om vedkommende forstår meg".

Dårlig samarbeid mellom tolken og ergoterapeuten får også konsekvenser for relasjonsbyggingen mellom ergoterapeuten og brukeren. Ergoterapeutene opplever at det er vanskelig å skape en trygg ramme rundt terapisisituasjonen når kommunikasjon går via en tredjepart. Dette gjør at enkelte av ergoterapeutene opplever at de ikke oppnår samme nærhet til bruker, som de gjør i direkte kontakt med andre brukere. Dette påvirker også samarbeidsmulighetene og det å kunne forstå hverandre i terapissammenheng.

Ergoterapeut 6 sier følgende om bruk av tolk: "Det med kommunikasjon og samarbeid blir mye vanskeligere synes jeg da...jeg synes det tar lengre tid å bli kjent med de da. Du føler jo ikke du får samme forholdet til bruker da".

Imidlertid uttrykker ergoterapeuten med minst arbeidserfaring at utfordringer ved bruk av tolk ikke trenger å ligge hos tolken i seg selv. Informanten uttrykker at det å bruke tolk oppleves som en unaturlig samhandling, med andre ord kommer det her til uttrykk at informanten ikke er komfortabel med kommunikasjonsformen.

Ergoterapeut 1 sier dette om å kommunisere via tolk: " "det er en veldig unaturlig setting og, å ha noen som oversetter det du sier, fordi det handler jo ikke bare om ordene, det handler jo og om hvordan du ordlegger deg".

Paradoksalt nok er ergoterapeutene klar over lovverket rundt bruk av tolk, imidlertid velger de likevel i enkelte tilfeller å *ikke* benytte seg av profesjonelle tolker, og heller bruke familiemedlemmer som oversettere. Det gis ikke noe konkret svar på hvorfor enkelte av terapeutene velger å ikke benytte seg av tolk, samtidig kommer det fram gjennom intervjuene en erkjennelse av at det forekommer underforbruk av tolk.

Samtidig gis det uttrykk for at tolk i større grad burde benyttes, dette til tross for at ergoterapeutene i stor grad opplever tolken som et hinder i terapिसammenheng.

Ergoterapeut 4 sier: "Ja, ja det er noe med det der, altså vi er jo egentlig lovpålagt å ha med tolk. Det burde vi jo brukt veldig, veldig mye mer".

5.1.6 Kulturkunnskap

I intervjuene kommer det fram at ergoterapeutene også har opplevelser som kan knyttes til kulturelle normer og regler. To av informantene forteller om opplevelser fra praksis hvor det har oppstått komplikasjoner i forhold til kjønnsroller. Opplevelsene som informantene skisserer er først og fremst knyttet til hilsemåter og da hvordan menn og kvinner i ulike kulturer forholder seg til kjønnsroller. Dette handler for noen av ergoterapeutene også om å gjenkjenne kulturelle regler og normer slik at det ikke går på akkord med hva bruker synes er greit og ikke greit.

Ergoterapeut 5 sier: "Det var en kvinne, hun har vært veldig skeptisk til menn, også var det et hjelpemiddelteam som ringte og avtalte, men da kom de ikke inn fordi de var bare menn. Vi har jobbet mye rundt det, med å si at det ikke er farlig å åpne".

Likeledes kommer det til uttrykk at enkelte av ergoterapeutene i møte med bruker ikke har oppfattet eller forstått hva bruker ytrer eller å ha gjenkjent ritualer som har stor betydning for brukers og pårørendes liv. En av informantene forteller om en opplevelse fra praksis hvor en bruker fra et ikke-vestlig land, sammen med sin mor oppsøker ergoterapitjenesten med et ønske om å teste en gutt i forhold til finmotorikk i håndfunksjon. Dette på bakgrunn av at gutten ikke klarte å vaske ansiktet selv ved å fylle vann i hendene. Informanten forteller om ulike løsninger som ble foreslått, så som bruk av klut, men at brukers mor ikke mente dette var noen god løsning.

Ergoterapeut 6 sier: "... senere på kvelden får jeg melding fra en kollega som sier; nå vet jeg det, selvfølgelig det er jo et sånn ritual når de ber og skal vaske og rense seg. Det var sikkert så viktig for mor at han skulle være med på det ritualet som en del av familien da, og det at jeg da kommer med en klut (ler) det er ikke helt det samme".

Ergoterapeutene gir imidlertid uttrykk for at de tar i bruk ulike strategier i møte med mennesker som de vet har en annen kulturell eller nasjonal bakgrunn enn dem selv. Tre av informantene uttrykker at de leser seg opp om brukers bakgrunn, både personlig og kulturell, for prøve å unngå misforståelser, eller å tråkke over grenser som kan oppleves som støtende i møte med bruker. Et annet råd som flere av informantene uttrykker innebærer å være nysgjerrig og spørrende og med dette prøve å sette seg inn i brukers perspektiv og livsverden.

Ergoterapeut 1 sier: "jeg kan gjerne sette meg inn i på en måte hva slags bakgrunn denne familien har, for å ikke bli sett på som uhøflig da, for det er jo mange av våre gester, måter å være på som kan oppfattes som uhøflig ovenfor andre kulturer".

Ergoterapeut 3 sier: "Jeg er veldig nysgjerrig på deres kultur jeg. Så det er et tips. Ja spør liksom, hva pleier dere å gjøre da? Hvordan har dere det? Hva gjør dere? Hva heter hei på ditt språk? Hvordan ble du og mannen din kjent med hverandre?".

Halvparten av informantene uttrykker at en som ergoterapeut bør gå inn i møter med brukere fra ikke-vestlige land med et åpent sinn, legge fra seg forutinntatte meninger og likeledes være åpen for det ukjente. Som profesjonell ergoterapeut må man også legge fra seg personlige oppfatninger og forhåndsdefinerte antakelser om ulike kulturer og religioner. Samtidig gis det uttrykk for at det er mennesker, på lik linje med etniske nordmenn, de møter i sin praksis og at en ikke må skape seg en forventning om at det er de ekstreme ytterpunktene av fanatikere en møter ute i praksis. Her kommer det også til uttrykk at de møter mennesker uavhengig av religion, etnisitet, kultur eller levesett, og at de er opptatt av å ikke sette mennesker i bås, eller å tillegge mennesker egenskaper.

Ergoterapeut 4 sier: "...at man ikke bare kommer veltende inn som nok en person som øser av seg med sin bezzewizzerhet ...og legg vekk litt kanskje det man har av fordommer da, ikke forvent at man skal møte noen som er så eh, fryktelig muslimsk og skumle og farlige altså".

Ergoterapeut 4 sier: "Det er jo klart at ikke-vestlige innvandrere er jo ikke en homogen gruppe, det er jo ulike mennesker der som alle andre steder".

To av informantene forteller at de har tenkt igjennom hvordan de kler seg eller hvordan de opptrer i møte med mennesker fra ikke-vestlige land og kulturer. Gjennom intervjuene kommer det fra at informantene reflekterer over at livssyn kan ha en betydning for hvordan en selv blir tolket og oppfattet i møte med mennesker fra ikke-vestlige land.

Ergoterapeut 1 bemerker; "når jeg kommer hjem til familier med en annen kulturell bakgrunn enn meg selv så er radaren kanskje enda litt mer ute for å passe på at jeg ikke krenker noen" .

Informantene gir uttrykk for at de opplever det som berikende å få innpass og innblikk i ulike kulturer, leve- og væremåter ved å oppsøke og besøke mennesker fra ikke-vestlige land og kulturer der de bor. Dette kommer også til uttrykk gjennom opplevelser hvor ergoterapeutene blir invitert inn som en gjest enn som en terapeut når de kommer for å jobbe med en bruker i et hjem.

Ergoterapeut 4 sier: Man får et innblikk i liksom noen av de kulturene som man ellers ikke ville ha fått. Jeg synes jo det er en berikelse sånn sett i at man får et innblikk i noen miljøer".

Ergoterapeut 5 sier: "Så var det spesielt en gang jeg husker så gikk dørene opp til kjøkkenet og jeg hadde liksom kjent liflige lukter i fra kjøkkenet og da kommer mor og datter med de lekreste retter ikke sant. Ofte så kommer de med mat og drikke etter at vi er ferdig med det formelle".

5.2 Utdanningsressurser, kurs og erfaring

Denne delen belyser i størst grad spørsmålet som er relatert til hvorvidt ergoterapeutene opplever at de har med seg ressurser fra utdanningen som støtter dem i arbeidet med å imøtekomme behov i en mangfoldig befolkning. Studiens problemstilling er knyttet til ergoterapeuters opplevelser i møte med ikke-vestlige mennesker i ergoterapeutisk praksis. Imidlertid er spørsmålet rundt ressurser fra utdanningen implementert og relevant i så måte at det kan bidra med å belyse hvilke ressurser informantene har med seg og kan benytte seg av i sitt daglige arbeid. Dette presenteres under punktet *5.2.1 Utdanning*. Punkt *5.2.2 Kurs og videre læring*, gir et innblikk i hvor ergoterapeutene henter ny kunnskap etter at de har kommet ut i arbeidslivet. I punkt *5.2.3 Arbeidserfaring*, gis det et innblikk i hvilken betydning arbeidserfaring har for ergoterapeutene for deres daglige praksis.

5.2.1 Utdanning

Det er en overenstemmelse blant informantene, som er utdannet mellom 1998-2013, om at de har med seg få, om ingen, ressurser fra utdanningen hva gjelder å imøtekomme et mangfold av behov på tvers av kulturer. På spørsmålet; *”opplever du at du har med deg ressurser fra utdanningen din for å imøtekomme behov i en mangfoldig befolkning?”* uttrykker samtlige informanter at de har med seg for lite kunnskap fra utdanningen relatert til tverrkulturelle møter, og at dette er noe som bør videreformidles til utdanningsinstitusjonene. Her uttrykker ergoterapeutene lite eller ingen fokus på minoritetshelse og kultursensitivitet i utdanningen. Dette uttrykkes også i forhold til det økende mangfoldet av mennesker i Norge.

Ergoterapeut 4 sier: *”Jeg holdt på å si, de (utdanningen) trenger jo å høre det, men vet du hva, ikke noe som...ehh...som jeg kommer på altså. Nei, vet du hva jeg tror knapt det var et tema på skolen”.*

Ergoterapeut 1 sier det slik; *”Er det 30% som har innvandringsbakgrunn i Oslo? Det har det vært lite fokus på i utdanninga, vi hadde jo ikke noen forelesninger om kultursensitivitet”.*

Gjennomgående i alle intervjuene er at ergoterapeutene har fokus på å fremme selvstendighet og at brukers ønsker og behov skal stå i sentrum for behandlingen. Halvparten av informantene uttrykker at dette er et tankesett de også har med seg fra utdanningen, og at fokuset i utdanningen har vært sentrert på ergoterapeutens arbeidsmetode og kjerneverdier. Det gis uttrykk for at klientsentrert praksis, eller fokus på enkeltindividet, er et fokus som kan benyttes uavhengig av hvilken kulturell eller nasjonal bakgrunn mennesker har.

Ergoterapeut 5 sier: "vi hadde jo gruppearbeid og forskjellige case på skolen og det jeg tror vi liksom konkluderte med var liksom at uansett kultur og alt så er vi jo ergoterapeuter, det er jo brukerens mål som står i sentrum, det var ikke så viktig med kulturell bakgrunn for vi har jo vår framgangsmåte uansett".

Lignende kommer også til uttrykk gjennom teoriene, modellene og kartleggingsverktøyene ergoterapeutene har med seg fra utdanningen. Gjennom intervjuene kommer det fram at det er modeller som MOHO og CMOP, altså modeller som er bygget på et vestlige verdensbilde, som vektlegges i utdanningen og som ergoterapeutene har med seg i sin praksis. Her kommer det også til uttrykk blant informantene at det bør være rom for teorier og modeller som er basert på og utviklet utover et vestlige verdenssyn.

Ergoterapeut 3 sier: "Det er jo så gammelt , ja det var jo virksomhetsteorien, MOHO og CMOP når jeg gikk på skolen da. Jeg bruker de jo litt, det sitter i bakhodet mitt, jeg lærte jo noe på skolen. Men det er jo veldig vestlig, det er veldig norsk- amerikansk- australsk det vi lærer på skolen...vi bruker få teoretikere fra andre verdensdeler, det bør inn på skolen mener jeg".

Kjennskap til modeller som går utover vestlige perspektiv tas også opp av enkelte av informantene, da i form av de uttrykker liten, om ingen, kjennskap til disse, noe som også illustrerer manglende fokus på teorier og modeller som går utover det vestlige perspektivet i utdanningen. En informant har kjennskap til Kawa-modellen, men har aldri benyttet seg av den, en annen har lest om modellen og reflekterer over at modellen kan være til nytte i området hun jobber i.

Imidlertid gir nesten samtlige informanter uttrykk for at ergoterapeututdanningen er en grunnutdanning og at mye læres ute i arbeidslivet og gjennom praksiserfaring. Som informantene bemerker skal ergoterapeututdanningen være en forberedelse på arbeidslivet, en grunnplattform, og at spesialiseringen og videre utvikling skjer etter at du har kommet ut i arbeidslivet.

Ergoterapeut 3 sier: "utdanningen er jo en grunnplattform, og jeg som jobber i kommunehelsetjenesten jobber jo på en helt annen måte enn en som jobber på sykehus eller i psykiatrien eller på sykehjem".

5.2.1.1 Praksisopphold i utdanningen

Praksisopphold i både inn- og utland er noe samtlige ergoterapeuter uttrykker at de har hatt tilbud om i sin utdanning, som en naturlig del av en yrkesrettet utdanning. Samtlige informanter hadde tilbud om praksis utenfor Norge og dermed anledning til å skaffe seg erfaring og å lære i en kontekst utenfor Norge, men at denne muligheten har begrensninger.

Ergoterapeut 2 sier: "Vi hadde tilbud om praksis i utlandet, men det var liksom snakk om kanskje tre stykker som kunne det."

En ergoterapeut forteller imidlertid at hun har hatt praksisopphold i utlandet som har gitt relevant og nyttig kunnskap og innsikt i forhold til det å jobbe med mennesker på tvers av kulturer og landegrener. Informanten gir uttrykk for konkrete lærings- og utviklingsgevinster hun har ervervet ved å praktisere faget i møte med barn med funksjonsnedsettelse i et ikke-vestlig land.

Ergoterapeut 1 sier: "Jeg fikk jo innsikt i hvor utrolig forskjellig måter man kan leve livet sitt på, hvordan man ser på mennesker med funksjonsnedsettelse, hvordan samfunn og kultur påvirker deres hverdag. Ja, og at de møtes i familiene sine og bruker storfamilien, de er mer kollektivistiske enn vi vestlige som er mer individretta".

5.2.2 Kurs og videre læring

Gjennom det som uttrykkes som manglende kunnskap og ressurser fra utdanningen, kommer også en etterspørsel etter andre måter å tilegne seg kunnskap på. Alle ergoterapeutene gir uttrykk for at de har deltatt på ulike kurs, med varierende utbytte. Imidlertid gir ergoterapeutene uttrykk for et ønske om kunnskap og kurs som er direkte rettet mot ergoterapeuter, men at dette ikke er tilgjengelig. Dette uttrykkes imidlertid i størst grad blant ergoterapeutene med minst erfaring i praksisfeltet.

Ergoterapeut 5 sier: "Jeg tror man er litt sånn sugne på, for jeg har liksom, lederen min har også sagt vær på utkikk og se om du finner noe kurs rettet mot ergoterapi eller noe på det, så melder du deg på ikke sant, men det har ikke vært så veldig mye egentlig".

Informantene uttrykker imidlertid at det finnes kurs som er tilgjengelige og som ergoterapeutene kan delta på, men at dette er kurs som på går på tvers av helserelaterte yrker. Her kommer det fram at ergoterapeutene opplever at kurs på tvers av yrker og som omhandler tverrkulturelle møter også kan bidra til å heve kompetansenivået til den enkelte ergoterapeuten.

Ergoterapeut 5 sier: "Jeg har vært på kurs med IMDI, også der var det en del helsesøstre som var der å snakket med brukere fra andre kulturer, så der var det veldig mye lærerikt å ta med seg. Ja, bare sånn hvordan man oppfatter helsesystemet i de ulike kulturene, det har jo masse å si for hvordan de tar i mot deg...kanskje mange misforståelser kunne ha vært unngått".

På en annen side uttrykker to av ergoterapeutene, de med lengst praksiserfaring, at de ikke opplever å få utbytte av å delta på ulike kurs da dette er en muntlig beskrivelse av hva de selv har opplevd og erfart i sin daglige praksis.

Ergoterapeut 4 sier: "Også har jeg noen sånne kurs, møter med minoritetsfamilier, funksjonshemninger og minoritetsfamilier og sånn, men oppdager vel ofte der at her var det jo ikke noe nytt liksom, det er en bekreftelse på det jeg allerede vet".

5.2.3 Arbeidserfaring

Samtlige informanter bemerker at de har lært mye etter at de kom ut i arbeidslivet og at praksis er den beste læringen. Intervjuene viser at arbeidserfaring bidrar til at ergoterapeutene utvikler sine ferdigheter i møte med mennesker fra ikke-vestlige land. Halvparten av informantene bemerker at det meste av kunnskap i forhold til det å imøtekomme behov blant et mangfold av mennesker har kommet med arbeidserfaring.

Ergoterapeut 5 sier: " Det var vel egentlig etter at jeg begynte å jobbe i området her at, mmm, så da fikk jeg jo en sånn bratt læringskurve".

Gjennom intervjuene kommer det også fram at årelang praksiserfaring og møter med mennesker fra ulik kulturell bakgrunn bidrar til å trygge ergoterapeuten i sin daglige praksis. Ergoterapeutene med lengst praksiserfaring og med flest ukentlige møter med mennesker fra ikke-vestlige land opplever at de er i en særstilling i forhold til tverrkulturelle møter i sin praksis. En informant gir uttrykk for at "dette er "normalen" for oss", og indikerer samtidig at hun opplever like stor trygghet i sitt arbeid som ergoterapeut i møte med ikke-vestlige mennesker enn hva hun gjør i møte med etnisk norske.

Ergoterapeut 4 sier: "Det var jo en mye større utfordring da jeg startet å jobbe her, men nå har jeg jobbet ti år lengre i akkurat dette miljøet (med mennesker fra ikke- vestlige land)...ehhh, den erfaringen man tar med seg ikke sant, jeg kjenner jeg er mye tryggere.

Dette kommer også til uttrykk blant ergoterapeutene med minst erfaring med tverrkulturelle møter i sin daglige praksis. Dette i form av at de opplever møtet med ikke-vestlige mennesker som vanskeligere eller opplever mer usikkerhet rundt møtet enn i møte med etnisk norske.

Ergoterapeut 6 sier dette: "Jeg må føle meg litt fram, men det blir jo vanskeligere for oss som har noen (brukere med ikke-vestlig bakgrunn) og da de som har mange blir skikkelig gode".

KAPITTEL 6: DISKUSJON

6.1 Oppsummering av hovedfunn

Resultatene framstilt under funn og fortolkninger antyder at ergoterapeutene knytter mange av opplevelsene i møte med mennesker fra ikke-vestlige land til utfordringer. Imidlertid peker de også på ulike strategier eller tanker omkring hvordan de kan, eller bør, tilpasse og tilnærme seg mennesker i en tverrkulturell intervensjon.

Ergoterapeutene knytter opplevelser i møte med mennesker fra ikke-vestlige land til ulike oppfattelser og forståelser av livsanskuelser. De vektlegger på sin side selvstendighet som viser seg og kunne være utfordrende i møte mennesker som har en kollektivistisk tankegang. Dette utfordrer ergoterapeutene på ulike nivå, og likeledes fordrer ergoterapeutene til å tenke annerledes i sin praksis. Ønsket om å ta vare på kommer også til syne gjennom sterke familieband.

Videre kommer det til uttrykk at ergoterapeuten i møte med mennesker fra ikke-vestlige land i enkelte tilfeller har ulike oppfatninger rundt hva meningsfull aktivitet innebærer, og at aktivitet som terapiform viser seg også å være utfordrende. Imidlertid viser ergoterapeutene forståelse for at de bør være åpne for at det finnes andre former for meningsfull aktivitet enn hva de selv anser å være meningsfullt. Oppfatning av og forståelse for ergoterapeuten og hva behandling skal innebære kommer til syne ved at ergoterapeutene opplever å møte mennesker som har en forventning å bli behandlet eller å bli kurert. Terapi og det å forbedre funksjon er ukjent for mange brukere og det viser seg at møtet med helsetjenesten bringer med seg en forventning om en behandling som har grunnlag i et biomedisinsk perspektiv, som igjen kompliserer ergoterapiprosessen. Ergoterapeutene opplever også at helsesystemet er komplisert og vanskelig å benytte seg av for mange mennesker fra ikke-vestlige land. Det gis også uttrykk for at ergoterapeutene opplever at brukere og pårørende har større tiltro til helsetjenesten i hjemlandet, noe som også medfører begrensninger for ergoterapiintervensjonen her hjemme, men også får konsekvenser for brukerne selv.

Kommunikasjon og samarbeid vanskeliggjøres på bakgrunn av språklige barrierer, men også på grunn av ergoterapeutens begrepsbruk som ser ut til å være ukjent for mange brukere. Dette viser seg også ved at kommunikasjon rundt tema om helse er

vanskeligere enn å kommunisere om hverdagslige aspekter. Bruk av tolk blir i stor grad uttrykt som et hinder i kommunikasjon, og dette påvirker også samarbeid og samhandling mellom bruker og ergoterapeut. Imidlertid peker de på ulike strategier for å tilpasse kommunikasjonen. Ergoterapeutene uttrykker også at ulike kulturelle normer skaper hindringer i praksis i form av menn i møte med kvinner, og likeledes å oppfatte å forstå kulturelle uttrykk som har betydning for bruker. Imidlertid peker de på ulike strategier så som å være åpen, nysgjerrig og legge fra seg forutinntatte antakelser.

Funn og fortolkninger viser at ergoterapeutene opplever å ha med seg lite kunnskap fra utdanningen som støtter dem i deres daglige arbeid, men at det kan se ut som at praksis i utdanningen kan ha en betydning for å få innsikt i det å jobbe tverrkulturelt. Ergoterapeutene er opptatt av å heve sin kompetanse ved å delta på ulike kurs, dog med varierende utbytte. Det viser seg også at arbeidserfaring kan ha en betydning for hvordan ergoterapeutene opptrer eller opplever å være trygge i tverrkulturelle møter.

6.2 Diskusjon

Her drøftes funn og fortolkninger framstilt av det empiriske datamaterialet i lys av tidligere studier, samt det teoretiske perspektivet. Drøftingen er delt inn i temaene *6.2.1 Kollektivism og individualisme*, *6.2.2. Aktivitet som terapiform, behandleren og et komplisert helsevesen*, *6.2.3 Meningsfull aktivitet*, *6.2.4 Kommunikasjon* og *6.2.5 Praksis, arbeidserfaring*. Under punkt 6.3 framstilles studiens *styrker og svakheter*, før *implikasjoner for praksis* presenteres i punkt 6.4, deretter framstilles punkt 6.5 *videre forskning*.

6.2.1 Kollektivism og individualisme

Som nevnt innledningsvis vil endringer i demografien medføre at ergoterapeuter nå og i framtiden vil møte et mangfold av mennesker i sin praksis. Dette vil både skape ny forståelse og nye muligheter, men også utfordre ergoterapeuter og faget. Ergoterapifaget har som nevnt sin opprinnelse fra USA og England (Borg et al.,

2007), og fagets verdier vektlegger individualisme og det å fremme selvstendighet, noe som kan relateres til vestlige verdier og normer (Ness, 2002). Funn i min studie indikerer imidlertid at ergoterapeutene opplever utfordringer relatert til det å fremme selvstendighet i møte med mennesker som verdsetter fellesskapet, altså en kollektivistisk tankegang. Bourke-Taylor og Hudson (2005), Fitzgerald et al. (1997), Kinébanian og Stomph (1992), Pooremamali et al. (2011) og Yang et al. (2006) indikerer også i sine studier at ergoterapeutene ga uttrykk for at de hadde utfordringer med å fremme selvstendighet og å føre en individorientert terapiform i tverrkulturelle møter. Ergoterapeutene i min studie knytter det å fremme selvstendighet til blant annet ønsket om å ivareta eller å bli ivaretatt og at de sosiale omgivelsene fungerer som en substitutt for tapt funksjon. Dette i likhet med studier av Bourke- Taylor og Hudson (2005); Fitzgerald et al. (1997) og Yang et al. (2006) som bemerker at brukerne hadde en forventning om å bli ivaretatt av sine nærmeste, eller å innta en sykerolle for så å forvente å bli ”*vartet opp*”. I så måte kan det se ut som at ergoterapeutene i Norge, i likhet med ergoterapeuter andre steder i verden, opplever at det oppstår et gap mellom fagets filosofi og verdier i tverrkulturelle møter i ergoterapeutisk praksis.

Ergoterapeutene i min studie gir uttrykk for at det i enkelte tilfeller er vanskelig å få gehør for selvstendighetstankegangen hos brukere og pårørende som i utgangspunktet har et ønske om å bli ivaretatt eller å ivareta. Enkelte av ergoterapeutene uttrykker også at de noen tilfeller prøver å implementere selvstendighetstankegangen i møte med mennesker fra ikke- vestlige land. Humbert et al. (2011) bemerker imidlertid på sin side at det i tverrkulturelle møter kan være avgjørende å sammenligne sine egne overbevisninger med brukerens for deretter å benytte seg av denne kunnskapen for å imøtekomme forskjeller. Munoz (2007) omtaler *building cultural awareness*, som en prosess hvor ergoterapeuten gjenkjenner sin egen kulturelle bakgrunn, sine egne bias, evner, samt begrensninger i interaksjon med et kulturelt mangfold av brukere. I så måte bør spørsmålet ”*hvem har rett?*” stilles. Er det brukerens ønske om å bli behandlet ut i fra et perspektiv knyttet til kollektivistiske tanker og verdier, eller er det ergoterapeutens fokus på å fremme selvstendighet hos enkeltindividet? Poenget med likeverdige helsetjenester, slik Kommunal- og regionaldepartementet (2004: 32) bemerker det, er ikke å tilby like helsetjenester til alle, men å tilby helsetjenester som tar høyde for og legger til rette for ulike ønsker og behov i befolkningen. Tervalon og

Murray-Garcia (1998: 119) bemerker at det å praktisere kulturell ydmykhet innebærer å ta hensyn til en persons kultur fra individets spesifikke betraktning og at helsearbeideren er bevisst og ydmyk nok til å kunne si at han eller hun ikke vet, når en faktisk ikke vet.

Videre viser funn i min studie at ergoterapeutene opplever å møte mennesker med en annen familiestruktur enn det de selv er vant til, og at familiebåndene er sterkt sammenknyttet. Funn i min studie indikerer i likhet med Fitzgerald et al. (1997) og Pooremamali et al. (2011) at familierelasjoner ofte ble sett på som et hinder for at brukere selv skal kunne mestre aktiviteter og det å være selvstendig. Dette ved at familiene gikk inn og kompenserte for de hindringene som var grunnlaget for at brukeren selv kunne utføre ulike aktiviteter. På en annen side uttrykker en ergoterapeut i min studie at hun opplever at det i enkelte tilfeller er enklere å tilrettelegge for eldre mennesker fra ikke-vestlige land, nettopp på bakgrunn av at familiene hjalp til med å organisere hverdagen. Funn fra Fitzgerald et al. (1997) og Pooremamali et al. (2011) sine studier antyder også at familien også ble sett på som en ressurs nettopp i tilfeller hvor brukere ble ivaretatt og pleiet. Wray og Mortenson (2011) peker på Family-Centered Partnerships, som innebærer å benytte seg av familiesentrerte prinsipper, for å bygge et tillitsfullt og respektfullt forhold til familiene. I så måte kan det tyde på at det å implementere familiemedlemmer i intervensjoner kan være en måte for ergoterapeuten å imøtekomme verdier og ønsker basert på et kollektivistisk tankesett.

Funn i min studie indikerer imidlertid at ergoterapeutene er opptatt av å stille spørsmålet "*hva er dine ønsker og behov*", for å få innsikt i brukerens perspektiv, liv og behov i sin praksis. Munoz (2007) bemerker at det å la brukeren få mulighet til å blant annet uttrykke seg om sin kulturelle bakgrunn er et viktig element for å kunne tilpasse terapien og forstå brukerens behov. Humbert et al. (2011) omtaler *connectedness*, som er en prosess hvor ergoterapeuten er bevisst på å skape en relasjon til bruker, dette blant annet for å skape et felles forståelsesgrunnlag, og for at ergoterapeutene skulle få et bedre grunnlag for å forstå brukerens perspektiv. Imidlertid kan det se ut som at spørsmålsformuleringen "*hva er dine ønsker og behov*", som samtlige av ergoterapeutene i min studie er opptatt av å stille, kan være en kontraindikasjon i forhold til kollektivistiske verdier og ønsket om å ivareta. Kinébanian og Stomph (1992) antyder at målet om å oppnå selvstendighet, er relatert

til de vestlige verdiene: frihet til å ta egne valg, ha egne ønsker og å ta ansvar for eget liv. I så måte kan spørsmålsformuleringen ”*hva er dine ønsker og behov*” både være en døråpner for å få innsikt i brukerens liv, men på en annen side utfordrende å forstå for mennesker med kollektivistiske verdier.

Stadnyk et al. (2014) bemerker at mennesker er sosiale vesen hvis liv er støpt i sosiale verdier, regler og restriksjoner, kultur og samfunn, og hvor mennesker er gjensidig avhengig av hverandre i et mangfold av kontekster. I så måte trenger ikke ergoterapeutens opplevde utfordringer rundt det å fremme selvstendighet å tillegges den enkelte ergoterapeutens evne til å gjenkjenne eller sette seg inn i andre levesett eller verdier, men som nevnt, knyttes til fagets kjerneverdier og grunnlaget ergoterapeutene jobber ut fra. Funn fra min studie indikerer at fokus på selvstendighet og enkeltindividet er yrkesverdier ergoterapeutene har med seg fra sin utdanning. Disse verdiene blir av enkelte av ergoterapeutene i min studie ansett for å være adekvate uavhengig av hvilken kulturell eller nasjonal bakgrunn brukeren har. Fitzgerald et al. (1997) bemerker på sin side at 90% av ergoterapeutene som deltok studien mente at ergoterapifagets verdier, slik som selvstendighet og individualisme, var utfordrende i tverrkulturelle møter. Med andre ord kan verdiene innad i faget og kulturen som blir lært gjennom direkte læring i utdanningen (Bonder et al., 2004: 162), kan i utgangspunktet være et hinder i møte med mennesker fra ikke-vestlige land.

Videre indikerer funn i min studie at det er modeller som CMOP og MOHO som vektlegges i de norske ergoterapeututdanningene, og at det er disse modellene ergoterapeutene i min studie har mest kjennskap til. Dette er modeller, som i følge Iwama et al. (2009) er bygget opp og ut fra vestlige sosiale og kulturelle kontekster, samt vestlige forståelser av helse og velvære hvor mennesket er plassert i sentrum av universet, adskilt og overordnet sin omgivelser. Pooremamali et al. (2011) skisserer dette som de *profesjonelle dilemmaene*, hvor da ergoterapeutene i studien opplevde at mangel på kulturelt tilpassede modeller og instrumenter, påvirket deres evne til å gjennomføre hensiktsmessige evalueringer og intervensjoner. Dette kan i så måte bidra til en videre forklaring på at ergoterapeutene opplever utfordringer relatert til å fremme selvstendighet ved bruk av en individorientert terapiform, da de i stor grad jobber ut fra modeller og teorier som er basert på et vestlig perspektiv.

6.2.2 Aktivitet som terapiform, behandleren og et komplisert helsevesen

Ergoterapeuter jobber med å bedre helse og velvære gjennom aktivitet og fokuserer på å muliggjøre deltagelse i meningsfulle hverdagsaktiviteter både for individer og grupper (Law, 2002). Ergoterapeutene i min studie ga imidlertid uttrykk for at de opplevde aktivitet som terapiform utfordrende da de i sin praksis møtte enkelte mennesker fra ikke-vestlige land som inntok en passiv rolle i terapisituasjonen, eller ved at de kun var i aktivitet når ergoterapeutene selv var tilstede. Funn i tidligere studier antyder også at aktivitetsperspektivet som ergoterapeutene jobber ut i fra er utfordrende på bakgrunn av at brukerne inntok en passiv rolle, eller at de hadde en forventning om å motta terapi, og ikke å gjøre terapi (Bourke-Taylor og Hudson, 2005; Hammel, 2009a, 2009b; Kinébanian og Stomph, 1992; Pooremamali et al., 2011 og Yang et al., 2006). Dette kan også sees i sammenheng med funn i min studie som indikerer at ergoterapeutene i enkelte tilfeller opplevde å få en ekspertrolle hvor brukeren hadde en forventning om at ergoterapeuten satt med svar på brukerens utfordringer. Yang et al. (2006) bemerker at ergoterapeutene i Singapore i mange tilfeller måtte si hva brukeren skulle gjøre, framfor at brukeren selv ga uttrykk for sine ønsker for terapien. Pooremamali et al. (2011) bemerker på sin side at ergoterapeuter i Sverige i møte med brukere fra Midt-Østen inntok en autoritær rolle ved å gi råd og ta avgjørelser for å løse brukernes utfordringer.

På en side vanskeliggjør aktivitetsperspektivet ergoterapeutens arbeid, da de som nevnt jobber med å fremme helse gjennom aktivitet, dette på bakgrunn av at det ligger en forventning om at bruker selv skal være aktiv og deltagende i intervensjoner. På en annen side kan dette også få følger for bruker, slik Iwama et al. (2009) bemerker, i form av negative behandlings- og helsemessige konsekvenser. Indikasjoner fra Helsedirektoratet (2009: 42) peker blant annet på at dagens helsetjenester ikke fungerer like godt for alle. Det at en bruker ikke forstår eller gjenkjenner terapiformen, helse gjennom aktivitet, og det å selv være en del av terapien kan i så måte være et hinder for å oppsøke ergoterapitjenesten. Nelson (2007) poengterer at ikke-dominante kulturelle grupper kan ha vanskeligheter med å få tilgang til og å benytte seg av helsesystemet hvis de opplever helsesystemet som tyngende eller irrelevant i forhold til sin kulturelle kontekst. I denne sammenhengen må det også tas i betraktningen at det norske helsevesenet står i en særposisjon hva gjelder ytelser og

gratis helsehjelp som også kan stå i stor kontrast til helsesystem i andre land, og at ergoterapifaget, som har sitt grunnlag fra tidlig 1900-tall (Borg et al., 2007), er et ungt fag basert på vestlige verdier og normer (Ness, 2002). Folkehelseinstituttet (2014) antyder imidlertid at barrierer for å oppsøke helsetjenesten er knyttet til brukerens kunnskap og forståelse av helsesystemet med tanke på å kunne benytte seg av de tjenestene som finnes. I så måte er det mulig å forstå at ergoterapeutene i min studie opplever at mennesker fra ikke-vestlige land blir overrasket over gratis helsehjelp, og ikke forstår ergoterapeutenes aktivitetsrettede terapiform.

6.2.3 Meningsfull aktivitet

Occupational justice innebærer at alle mennesker skal ha lik rett og mulighet til å velge og delta i aktiviteter de finner meningsfulle (Bernhoft-Osa et al., 2005; Borg et al., 2007; Stadnyk et al., 2014). Ett av prinsippene i *occupational justice* bygger på en ide om at alle aktiviteter er likeverdige. Med andre ord er det som oppleves meningsfullt og hvilke forutsetninger vi har for å gjennomføre ulike aktiviteter er individuelt (Bernhoft- Osa et al., 2005). Funn i min studie indikerer imidlertid at ergoterapeutene i enkelte tilfeller knytter meningsfull aktivitet til det de selv opplever som meningsfullt, og da til blant annet fjell- og friluftaktiviteter og det å være ute i naturen. Yang et al. (2006) bemerker i sin studie fra Singapore, at det oppsto en mismatch i forhold til ergoterapeutens valg av aktiviteter og aktivitetene som var meningsfulle for brukeren. Hammel (2009a, 2009b) antyder at teorier i ergoterapifaget klassifiserer *occupation* i kategorier som er prioritert av terapeutene fremfor de betingelser, kvaliteter, subjektive erfaringer eller dimensjoner av mening som er viktig for brukerne. I så måte kan utfordringen sees på som tosidig, hvor ergoterapeuten på den ene siden har forhåndsdefinerte tanker om hva meningsfull aktivitet innebærer. På den andre siden er fagets rammeverk og klassifisering av aktivitet som ikke støtter ergoterapeutene i deres praksis. I midlertid bemerker Yang et al. (2006) på sin side at bruk av ergoterapimodeller basert på vestlige perspektiver, ble ansett for å være anvendelig for å indentifisere problem og for å se progresjonen i behandlingen i møte med brukere fra Singapore, men at modellene var vanskelige å operasjonalisere. Imidlertid kan det å standardisere eller å kategorisere aktivitet være utfordrende. Castro et al. (2014) bemerker at både kultur og *occupation* er

nøkkelbegreper innenfor ergoterapifaget, samtidig deler de to begrepene det faktum at de er komplekse begreper som begge mangler en felles konsensus, utstrekning og anvendelighet (Castro et al., 2014).

I en norsk kontekst blir det i så måte problematisk å jobbe ut fra aktiviteter som er idealisert av ergoterapeutene selv, som også er knyttet til norske tradisjoner og verdier (fjell- og friluftaktiviteter), da dette kan være meningsfulle aktiviteter for ergoterapeuten men ikke nødvendigvis for brukeren. Dette kan igjen kan få konsekvenser i intervensjonen. Videre viser funn i min studie også at vinterhjelpemidler (sitski og piggekjelker), ikke viderefremmes i områder hvor det bor et mangfold av mennesker fra ulike land og kulturer. I så måte kan det også stilles spørsmål ved om ergoterapeutene opplever å ha hjelpemidler å jobbe med, som er tilpasset behovet i befolkningsmassen og som videre kan vanskeliggjøre ergoterapeutens jobb. Her kan det se ut som at ligger utfordringen på et nivå som går utover den enkelte ergoterapeuten eller ergoterapifaget. Å ikke tilrettelegge for aktiviteter som oppleves som meningsfull for den enkelte kan imidlertid være slik Whiteford, (2000) bemerker det, være et hinder for at mennesker skal kunne delta og gjennomføre aktiviteter som har sosial, kulturell og personlig relevans, *occupational deprivation*. Dette kan i så måte utfordre prinsippet om *occupational justice*. Å frarøves muligheten til aktivitet og deltagelse kan igjen få konsekvenser for brukers helse og livskvalitet (Borg et al. 2007, Whiteford, 2000). Eller slik Law (2002) bemerker, at deltagelse i hverdagsaktiviteter er en vital del av livet, men også en viktig del av menneskelig utvikling og livserfaring. I denne sammenhengen uttrykker Castro et al. (2014) at resultatet av å ignorere hvordan blant annet kultur påvirker hva mennesker gjør og hva som er viktig for mennesker vil være en fornektelse av mangfoldet av mennesker i lokale praksiser i et forsøk på å pålegge mennesker standardiserte regler, ideer og levemåter og kan paradoksalt nok undergrave ergoterapiens ønske om en global identitet, som igjen fører til en uetisk og iatrogen praksis både på individnivå og globalt nivå. I så måte bør det tas høyde for det Watson (2006) bemerker om at menneskers væren, *being*, er formet av kulturen de lever og er i, og at kollektive kulturelle kutymmer eller det som ergoterapien omtaler som *doing*, bør være mangfoldig og variert verden rundt.

På en annen side tyder funn fra min studie på at ergoterapeutene er åpne for, og reflekterer rundt, at det finnes andre aktivitetsønsker og målsettinger enn det ergoterapeuten selv anser for å være adekvate aktiviteter i terapien. Humbert et al. (2011) bemerker at første steg for å kunne ta høyde for ulike kulturelle ønsker og behov er å anerkjenne at kulturelle forskjeller finnes, det andre er å gjenkjenne behov og utfordringer innenfor den nye kulturen. Munoz (2007) og Simonelis et al. (2011) hevder på sin side at det er viktig å utforske sine egne forutinntattheter og å forbli åpen for at det finnes andre måter å forstå verden og at dette er en viktig del av det å imøtekomme et mangfold av ulike behov på tvers av kulturer. Videre viser funn i min studie at ergoterapeutene uttrykker at det er viktig å tilpasse seg og ha et balansert forhold til bruker hva gjelder aktivitetsønsker og aktivitetsbehov, dette ved å være nysgjerrig ovenfor brukers perspektiv. Dette kan sees i sammenheng med Tervalon og Murray-Garcia (1998: 119) som antyder at det å være nysgjerrig og åpen for andre måter å oppfatte verden på, og å ta hensyn til en persons kultur fra individets spesifikke betraktning er første steg mot det å praktisere kulturell ydmykhet.

6.2.4 Praksis og arbeidserfaring

En ergoterapeut i min studie ga uttrykk for at praksis i et ikke-vestlig land i forbindelse med ergoterapistudiet, ga henne innsikt i ulike måter å leve livet på, hvordan samfunn og kultur påvirker menneskeliv og likeledes gav en forståelse for det kollektivistiske i møte med individorienterte verdisyn. Simonelis et al. (2011) bemerker i sin studie at ergoterapistudenter som praktiserte faget i Trinidad og Tobago fikk et innblikk i og forståelse for ulike syn på funksjonsnedsettelse, samt verdier og måter å interagere på. Samtidig viser funn i Simonelis et al. (2011) sin studie at alle deltakerne hadde utviklet større kulturell bevissthet og verdsettelse, noe de hevder er nødvendige egenskaper for ergoterapeuter med tanke på at stadig flere ergoterapeuter jobber i mangfoldige settinger og med et mangfold av mennesker.

Videre indikerer funn fra min studie at ergoterapeutene med lengst erfaring og med flest ukentlige tverrkulturelle møter uttrykker at de i større grad føler seg trygg i sin praksis enn ergoterapeutene med mindre erfaring som da uttrykker større usikkerhet rundt tverrkulturelle møter. Dette kan sammenlignes med funn fra Pooremamali et al.

(2011) sin studie som indikerer at erfaring har en betydning for hvordan ergoterapeuter går fram i tverrkulturelle møter i ergoterapeutisk praksis. De peker på at ergoterapeuter med lang arbeidserfaring utrykte større trygghet i møte med brukere fra andre kulturer enn sin egen. Suarez-Balcazar et al. (2009) bemerker i sin studie at ergoterapeuter med lang praksiserfaring i større grad har møtt flere brukere fra ulike bakgrunner og dermed har hatt mulighet til å lære og hente erfaring fra disse møtene. Dette kan i så måte være en indikasjon på at praksis og arbeidserfaring er et vel så viktig element som det å ha rammeverk (teorier og modeller) å jobbe ut fra.

6.2.5 Kommunikasjon

Funn i min studie indikerer at ergoterapeutene vektlegger kommunikasjon som en av de største utfordringene i møte med mennesker fra ikke-vestlige land, dette i større grad enn i den internasjonale forskningen som her er framstilt. Imidlertid viser funn fra Fitzgerald et al. (1997) og Pooremamali et al. (2011) sine studier at ergoterapeutene hadde utfordringer i forhold til verbal- og nonverbal kommunikasjon, og likeledes mangel på felles språklige koder i tverrkulturelle møter. I et norsk perspektiv stadfester Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-5 (1999) at informasjon skal gis på en hensynsfull måte og skal være tilpasset individuelle forutsetninger, så som kultur- og språkbakgrunn. Ergoterapeutene i min studie uttrykker imidlertid at de i noen tilfeller går på akkord med seg selv, sine yrkesetiske retningslinjer og lovpålagte normer og regler hva gjelder kommunikasjon. Dette til tross for at de er oppmerksomme på at språklige barrierer forekommer, og at dette er en utfordring de står overfor i praksis. Enkelte av ergoterapeutene anerkjenner også underforbruk av tolk, og at de i større grad burde benytte seg av tolketilbudet, dette til tross for at de er klar over gjeldende lovverk rundt bruk av tolk. Dette kan i så måte komplisere samarbeidet mellom bruker og terapeut, blant annet gjennom det å kunne uttrykke seg og å gjøre seg forstått og samtidig få tilgang til helserelatert informasjon.

På en annen side uttrykker samtlige ergoterapeuter i min studie at de anser det å tilrettelegge for adekvat kommunikasjon som det aller viktigste i en tverrkulturell intervensjon. Lignende skisserer også Pooremamali et al. (2011) i sin studie ved at ergoterapeutene anså det å bli en kulturkompetent terapeut først og fremst innebar å

blant annet utvikle adekvate kommunikasjons- og interaksjonsferdigheter. Humbert et al. (2011) og Wray og Mortenson (2011) peker i sine studier på kommunikasjon som et grunnleggende middel for en tilrettelagt intervensjon.

Videre viser funn i min studie at ergoterapeutene i stor grad opplever bruk av tolk som problematisk, noe som også kan være en forklaring på at det forekommer underforbruk av tolk. Ergoterapeuten gir blant annet uttrykk for at tolken går ut av sin rolle og likeledes at det råder en viss usikkerhet om hvorvidt tolken oversetter det som både terapeuten og brukeren sier da enkelte av ergoterapeutene opplever å få merkelige svar som ikke henger sammen med ergoterapeutens spørsmål. Dette kan i så måte sees i sammenheng med Fitzgerald et al. (1997) sin studie hvor ergoterapeutene knyttet utfordringer til blant annet tolkens evne til å gjengi det terapeuten sa. Pooremamali et al. (2011) antyder i sin studie at ergoterapeuten gav uttrykk for at bruk av tolk var et frustrasjonsmoment for enkelte av terapeutene, noe som også medførte at ergoterapeutene unngikk bruk av tolk i enkelte sammenhenger. I så måte kan det tyde på at språkbarrier både er knyttet til ergoterapeutens bruk eller trygghet rundt bruk av tolk, men også tolkens profesjonalitet.

6.3 Styrker og svakheter

Her drøftes styrker og svakheter ved studien, samt at det redegjøres for hvilke vurderinger som er gjort og likeledes begrunnelser for valg som er tatt underveis i prosessen knyttet til troverdighet bekreftbarhet og overførbarhet.

6.3.1 Troverdighet

Hva gjelder troverdighet er det i denne studien redegjort for metodisk tilnærming, både i forhold til valg av innsamlingsmetode, men også analysemetode, og hvordan disse er gjennomført. Med tanke på analyseprosessen er systematisk tekstkondensering i det store og hele fulgt etter Malteruds oppskrift. Likeledes er min forforståelse presentert i metodekapittelet som redegjør for mitt faglige ståsted, min

relasjon til informantene, samt mine tanker og tidligere arbeid om tema som kan relateres til denne studien.

Det viktig å understreke at en av informantene er tidligere medstudent. Dette kan ha hatt en form for kontrolleffekt, ved at forbindelsen kan ha påvirket intervjusituasjonen, dette med tanke på at vedkommende kjenner til mitt interessefelt innenfor ergoterapifaget. I så måte er det mulig å anta at informanten kan ha svart på en måte som gjenspeiler mine tanker omkring tema. Dette kan også ha påvirket rekrutteringen av informanter med tanke på at denne personen aktivt deltok i prosessen rundt rekrutteringen av informanter. Hun kan dermed ha videreformidlet informasjon om mitt interesseområde og hva jeg har jobbet med tidligere. Resterende informanter var imidlertid ikke kjent med at jeg er ergoterapeut før intervjuene ble startet, noe som i så måte kan bidra til å styrke troverdigheten i studien.

Videre må det påpekes at jeg selv er ergoterapeut og at dette kan ha påvirket intervjumaterialet og derav resultatet med tanke på at informantene er ergoterapeuter. Spørsmålene er forsøkt formulert på en måte som oppfordret informantene til å snakke så fritt som mulig. I så måte ser jeg det som utfordrende å svare ja eller nei på hvorvidt det at ergoterapeut intervjuer ergoterapeut har påvirket materialet. Imidlertid har de åpne spørsmålene skapt rom for at ergoterapeutene selv kan styre hva de har snakket om, relatert til tema for studien. Dog kan min forforståelse, som presentert i punkt 4.6 ha hatt en innvirkning på hvordan intervjusituasjonen har utspilt seg, dette med tanke på oppfølgingsspørsmål jeg har stilt og måten jeg har stilt spørsmål på. Dette også med tanke på at jeg ble bevisst på at jeg stilte spørsmål som kan oppfattes som ledende. Imidlertid kan jeg ikke si at jeg, til tross for at jeg ble oppmerksom på dette, ikke stilte ledende spørsmål i ettertid av dette. I så måte kan det tenkes at min forforståelse kan ha påvirket intervjusituasjonen og dermed påvirket informantens svar, som igjen medfører at resultatene som her er framstilt må sees på med et kritisk blikk. Imidlertid peker Kvale og Brinkmann (2012: 183) på at ledende spørsmål også kan være velegnet for å kunne verifisere intervjuerens fortolkninger.

I ettertid har jeg reflektert over at dette er første gang jeg gjør en slik studie, og at mine ferdigheter som intervjuer er på et nybegynnerstadium. Med mer øvelse kunne jeg kanskje ha klart å fulgt opp det informantene snakket om og stilt bedre og tydeligere oppfølgingsspørsmål og ikke vært like fokusert på intervjuguiden. Dette

understreker også Kvale og Brinkmann (2012: 36) da de peker på at å gjennomføre et intervju er et håndverk som læres gjennom praksis, og at det kreves omfattende trening for å bli en god intervjuer (Kvale og Brinkmann, 2012: 102).

Likeledes kan jeg i ettertid se at aktiv lytting er vel så viktig som å få stille alle spørsmålene i intervjuguiden, spesielt med tanke på at jeg var ute etter ergoterapeutenes opplevelser, med andre ord noe kun hver enkelt av informantene kunne si noe om. Dette understreker også Kvale og Brinkmann (2012: 151) som peker på at aktiv lytting er vel så viktig som å mestre spørreteknikker. Likeledes kan ulike spørsmål, ulike erfaringer som informantene delte og endring av intervjuguiden underveis ha medført til at antall spørsmål og varigheten på intervjuene er varierende. Dette kan igjen kan ha påvirket resultatet.

6.3.2 Bekreftbarhet

Når det gjelder funn og fortolkninger kan det være mulig å anta at disse er påvirket av min forforståelse og min ”trang” til å problematisere aspekter ved ergoterapifaget. Samtidig er det å problematisere også en del av det å være forsker. Funnene peker i retning av flere utfordringer enn berikelser i praksis. Kanskje hadde funn og fortolkninger sett annerledes ut om min forforståelse ikke var så sterkt knyttet til utfordringene ved faget. Dette i henhold til Kvale og Brinkmann (2012: 218) som bemerker at *”ulike fortolkere finner ulike meninger i samme intervjuer...”*. Med tanke på måten funn og fortolkninger er strukturert på er det mye som tyder på at jeg som forsker er påvirket av min forforståelse og likeledes av de tidligere studiene som er presentert i forbindelse med studien. I så måte må resultatene fra studien betraktes med et kritisk blikk.

Imidlertid underbygges flere av studiens funn i tidligere forskning, til tross for at dette er studier hentet fra andre land og kontekster. Dette kan imidlertid også være en indikasjon på at jeg i innsamlingen av tidligere studier har vært påvirket av min forforståelse, og har latt meg styre av min oppfatning og antagelser rundt faget i tverrkulturelle møter. På andre siden kan det at mine funn underbygges av tidligere studier være et bilde på hvordan verden er og at ergoterapeuter i Norge har opplevelser i tverrkulturelle møter som også kommer til uttrykk blant ergoterapeuter

andre steder i verden. Ved at ingen av de tidligere studiene hentet fra norske kontekster, kan det dermed stilles spørsmål ved om studiene som her er brukt kan bidra til å underbygge mine funn. Dette også med tanke på at to av studiene (Fitzgerald et al. 1997; Kinébanian og Stomph, 1992) er over 20 år gamle. Imidlertid er det likheter mellom disse studiene til nyere studier av Bonder et al. (2004); Bourke-Taylor og Hudson (2005); Castro et al. (2014); Hammel (2009a, 2009b); Iwama et al. (2009); Pooremamali et al. (2011); Yang et al. (2006).

Det kan og stilles spørsmål ved valg av studier, og om hvorvidt min forforståelse har påvirket valg av studier. Dette med tanke på at jeg har skrevet om lignende tema før, og dermed har kjennskap til studier knyttet til tema. Imidlertid peker Thagaard (2010: 187) på at det er både fordeler og ulemper ved å ha kjennskap eller nærhet til feltet som studeres. Slik jeg oppfatter det, kan mange av mine erfaringer fra å praktisere ergoterapifaget i Nepal på mange måter sidestilles med flere av utfordringene som informantene i denne studien belyser. På en annen side kan mine erfaringer og arbeid med ulike oppgaver ha påvirket måten jeg har analysert materialet på, og gjort at jeg ikke har vært åpen eller mottakelig nok for å få fram informantenes opplevelser og reflektere kritisk rundt disse. I så måte kan det tenkes at presentasjon av funn og fortolkningen er påvirket av min forforståelse.

6.3.3 Overførbarhet

Deler av studien kan være gjenkjennbar i forhold til andre helserelaterte yrker. Dette med tanke på interaksjon og tverrkulturelle møter, men også i forhold til fokus på enkeltindividet, da individorientering også er gjennomgående for andre helserelaterte yrker. Dette også med tanke på utdanningsressurser ulike helserelaterte yrker har med seg i forhold til tverrkulturelle møter og for å imøtekomme et mangfold av behov.

Videre er samtlige informanter ergoterapeuter, dette på bakgrunn av at studien omhandler ergoterapifaget og hvordan ergoterapeuter opplever og jobber i møte med brukere fra ikke-vestlige land og kulturer, og vil dermed være et utvalg som best mulig kan belyse studiens problemstilling. I så måte kan studien ansees å være gjenkjennbar i forhold til ergoterapeuter både her til lands, men også i andre land.

Dette også med tanke på at norske ergoterapeuter på mange områder skisserer like berikelser og utfordringer som belyses i studier fra både Skandinavia, Europa og Nord- Amerika.

Samtidig omhandler studiens tema et spesifikt felt, å innhente kunnskap om hvordan ergoterapeuter opplever møtet med mennesker fra ikke vestlige-land. I så måte blir hver enkelt informants stemme gjeldende og det ansees derfor ikke at et større antall informanter er nødvendig for å kunne belyse studiens formål. Imidlertid gjenspeiler antall informanter også at rekrutteringsprosessen var vanskeligere enn først antatt, noe også antall kontaktede ergoterapeuter kontra antall deltagende informanter, gjenspeiler. I så måte kan det stilles spørsmål ved om det er noe jeg kunne ha gjort annerledes i rekrutteringsprosessen. Samtidig må det tas høyde for at ergoterapeuter, som andre yrker, har sine forpliktelser og gjøremål i arbeidshverdagen og at det ikke alltid er rom for sysler utover de som allerede er fastsatt. Imidlertid er det noe spesielt ved at ikke flere ønsket å delta da det handler om deres egne opplevelser som igjen kan bidra til å sette lys på et tema som er lite belyst i norsk sammenheng. Eventuelt kan dette være en svakhet ved min studie, og det kan i så måte, som tidligere, stilles spørsmål ved om jeg kunne ha gjort noe annerledes i forhold til rekrutteringsprosessen, da også knyttet opp mot informasjonsskrivet.

6.4 Implikasjoner for praksisfeltet

Med bakgrunn i de funn som her framstilles kan det se ut som at ergoterapeutene har utfordringer med å handle ut fra sitt faglige ståsted i tverrkulturelle møter. Dette kan også få følger for nåværende og potensielle brukere av ergoterapeutiske tjenester ved at de ikke får tilgang til og utbytte av ergoterapiintervensjoner. Dette kan videre utfordre likhetstankegangen med bakgrunn i det Helsedirektoratet (2009: 35) poengterer ved at om alle skal behandles likt, vil dette medføre at enkelte vil få dårligere tilbud og redusert utbytte av helsetjenesten som tilbys.

Funn i denne studien indikerer at ergoterapeutene ikke har med seg ressurser, herunder teorier og modeller, fra utdanningen som støtter dem i deres daglige praksis. Pooremamali et al. (2011) og Yang et al. (2006) oppfordrer til at det bør vies større oppmerksomhet rundt kulturell bevissthet blant personer som utvikler læreplaner, og

at tema relatert til tverrkulturelle møter bør innlemmes i utdanningen. Dette fordrer at ergoterapeuter, utdanningen og forskere tenker nytt og utfordrer sitt verdigrunnlag, tankesett og sin arbeidsmåte for å kunne imøtekomme mangfoldet av ønsker og behov i befolkningen (Trentham et al., 2007; Watson, 2006).

Videre kan det tyde på at ergoterapeutene opplever bruk av tolk som utfordrende som videre kan medføre at språkutfordringer kan være et hinder for at mennesker ikke får tilgang til den informasjonen de har krav på, og likeledes blir frarøvet muligheten til å uttrykke seg selv og å bli forstått. Det kan dermed være behov for å heve kompetansenivået blant nåværende og framtidige ergoterapeuter i Norge i forhold til det å tilrettelegge for kommunikasjon, og likeledes styrke framtidige ergoterapeuters bevissthet og ferdigheter rundt bruk av tolk. Specialisthelsetjenesteloven § 1-1.3 (1999) understreker imidlertid at helsepersonell skal bidra til et likeverdig helsetjenestetilbud ved å tilrettelegge for adekvat kommunikasjon.

Praksisperioder i en kontekst som åpner opp for tverrkulturelle intervensjoner kan være en måte å forberede og forbedre framtidige ergoterapeuter på eventuelle utfordringer som kan oppstå i praksis, og dermed gjøre dem bedre rustet til å kunne tenke eventuelle løsninger. En mulighet kan være å benytte seg av kompetansen blant ergoterapeuter med lang praksiserfaring og med daglige tverrkulturelle møter. Samtidig bør det tilbys kurs og arenaer for å heve ferdigheter og kompetanse relatert til tverrkulturelle møter til allerede praktiserende ergoterapeuter. Bonder et al. (2004), Humbert et al. (2011), Munoz (2007), Simonelis et al. (2011), Watson (2006), og Wray og Mortenson (2011) peker på at det å tilegne seg og ha ønske om ny kunnskap og ferdigheter er viktig for å kunne tilby kulturelt tilpassende ergoterapitjenester.

Som nevnt innledningsvis har ergoterapifaget gjennomgått en rekke paradigmer som også kan være en indikasjon på at faget er tilpasningsdyktig overfor endringer i samfunnet. Faget, sett i et norsk perspektiv, altså i et velferdsstatsperspektiv, er et godt og nødvendig tilbud i helse- og sosialsektoren med tanke på å fremme helse gjennom aktivitet og deltagelse i befolkningen. Basert på opplevelsene ergoterapeuten i min studie skisserer, kan det imidlertid se ut som om at utdanningene, ergoterapeuter og ergoterapeutforbundet i Norge har en vei å gå hva gjelder *WFOT* sine *Guiding Principles on Diversity and Culture*? Kinébanian og Stomph (2009) oppfordrer til diskusjon, verdsettelse og innlemmelse av kultur og mangfold i ergoterapitjenesten,

utdanningen og i forskningen, slik at alle som har behov for ergoterapitjenester får tilgang på disse. Slik Ness (2002) uttaler på tidlig 2000-tallet at faget bør gå fra en individorientert tankegang til inkludering av grupper og at faget bør utvikles fra å være styrt av vestlige verdier til også å være et fag som tar høyde for og er sensitiv til lokal kontekst. I så måte blir Ness sine uttalelser fra tidlig på 2000-tallet gjeldende også i årene som kommer. Borg et al. (2007) bemerker at globaliseringen er et faktum og at endringsprosessene i samfunnet skjer raskere enn noen gang, noe som igjen legger et intenst press på ergoterapeuter verden over til å bidra til å utvikle muligheter for aktivitet og deltagelse.

6.5 Videre forskning

Sett i en norsk sammenheng vil det være hensiktsmessig å undersøke hvilke ressurser nyutdannede ergoterapeuter opplever at de har med seg fra utdanningen i forhold til det å jobbe i ulike kontekster og da med tverrkulturelle intervensjoner. Også for å se nærmere på hvilke ressurser som ligger til grunn for at morgendagens ergoterapeuter skal kunne imøtekomme behov i en stadig mer mangfoldig befolkning. Det kan også være hensiktsmessig å undersøke hvilke teorier og modeller som undervises i utdanningen og likeledes hvordan disse framstilles med tanke på å reflektere kritisk rundt eget fag.

Det kan i tillegg kan det være hensiktsmessig med en spørreundersøkelse blant norske ergoterapeuter om hvordan de opplever sin kunnskap og kompetanse rundt det å imøtekomme behov i en mangfoldig befolkning, også for å kartlegge hva de opplever som mangelfullt ved faget sitt. Med tanke på at funn fra denne studien som indikerer at ergoterapeuter skisserer utfordringer knyttet til bruk av tolk, kan det i så måte være adekvat å se nærmere på hvordan ergoterapeuter opplever bruk av tolk, da det finnes lite om dette i ergoterapilitteraturen.

Videre hadde det vært hensiktsmessig å høre hvordan personer med annen kulturell eller nasjonal bakgrunn opplever møtet med den norske ergoterapitjenesten. Slik kan man øke forståelsen for brukerens perspektiv og oppfatninger i møtet med ergoterapitjenesten. Norge er ikke bare et mangfoldig land, men også et ressurssterkt

land, som på mange måter som på mange måter kan bidra til en utvikling av faget slik at ergoterapifaget kan vokse og bidra til aktivitet og deltagelse i alle verdenshjørner.

Sist, men ikke minst hadde det vært interessant å utforske hvordan ergoterapeuter som jobber innenfor ergoterapeututdanningen, kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, definerer ergoterapeuten og ergoterapifaget. Dette med bakgrunn i at ergoterapeutene i min studie uttrykker vanskeligheter med å definere faget, og sin rolle, men også med bakgrunn i at ergoterapeuter har med seg et felles verdigrunnlag og et yrkesrettet fokus uavhengig av hvilke instanser de jobber innenfor og hvem de jobber med. I tilknytning til dette hadde det vært interessant å få en større innsikt i hvordan ergoterapeuter innenfor ulike instanser definerer ergoterapifaget, spesielt med bakgrunn i at faget ligger i skjæringspunktet mellom samfunns- og naturvitenskapen.

6.6 Konklusjon

Studien har hatt som hensikt å se nærmere på hvordan ergoterapeuter i Norge opplever møtet med mennesker fra ikke-vestlige land i ergoterapeutisk praksis. Dette med bakgrunn i at det kan se ut som at det oppstår en kollisjon mellom fagets filosofi og verdier i møte med mennesker fra ikke-vestlige land. Med bakgrunn i de opplevelsene ergoterapeutene uttrykker i denne studien kan det se ut som at ergoterapeuter og ergoterapifaget står overfor en del utfordringer i årene som kommer, også i Norge. I den sammenhengen bør forskere, ergoterapeuter og de respektive utdanningene bidra til ytterligere utvikling av ergoterapi som fag, slik at flere får tilgang til likeverdige helsetjenester og likeledes å jobbe mot *occupational justice*. I så måte blir det også nødvendig og viktig å implementere brukerperspektivet, da i form av både nåværende og framtidig brukere av ergoterapitjenesten. Sammen kan vi bidra til utvikling av ergoterapifaget slik at flere får tilgang til og utbytte av ergoterapiintervensjoner. ”*Tenk globalt - handle lokalt*” (Ergoterapeutene, 2011).

REFERANSELISTE

- Bernhoft-Osa, K., Fjelstad, M., Brun Erichsen, K. Tormodsdatter Nes, I. og Kötterheinrich, K. J. (2005) Occupational Justice. Rett til aktivitet og deltagelse, *Ergoterapeuten*, 2, s. 24- 29.
- Blom, S (2011) Innvandreres helse. Dårligere helse blant innvandrere, *Samfunnsspeilet*, 11, s. 63- 68
- Borg, T., Brandt, A., Madsen, J.A., Runge, U. og Tjørnov J. (2007) *Basisbog i ergoterapi- aktivitet og deltagelse i hverdagslivet*. 2. utg. København: Munksgaard Danmark.
- Bonder, R. B., Martin, L. og Miracle, W.A. (2004) Culture Emergent in Occupation, *The American Journal of Occupational Therapy*, 58(2), s. 159- 168. DOI: 10.5014/ajot.58.2.159
- Brinkmann, J., Hylland Eriksen, T. (1996) *Verden som møteplass, Essays om tverrkulturell kommunikasjon*. Bergen: Fagbokforlaget
- Brunborg, H. (2013) Framskrivning av innvandrere og norskfødte barn av innvandrere. Hvor mange innvandrere er det og hvor mange innvandrere blir det?, *Samfunnsspeilet*, 3, s. 2-9.
- Camphina-Bacote, J. (2002) The Process of Cultural Competence in the Delivery of Healthcare Services: A Model of Care, *Journal of Transcultural Nursing*, 13(3), s. 181-184. DOI: 10.1177/10459602013003003
- Castro, D., Dahlin- Ivanoff, S. Og Mårtensson, L. (2014) Occupational therapy and culture: a literature review, *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 21(6), s. 401- 414. DOI: 10.3109/11038128.2014.898086
- Creek, J. og Lesley, L. (2008) *Occupational therapy and mental health*. 4.utg. Philadelphia: Churchill Livingstone Elsevier
- Crigger, N.J., Brannigan, M. og Baird, M. (2006) Compassionate nursing professionals as good citizens of the world, *Advances in Nursing Science*, 29(1), s. 15- 26. DOI: 10.1097/00012272-200601000-00003
- Cuellar, N.G., Brennan, A.M.W., Vito, K. og de Lion Siantz, M. (2008) Cultural competence in the undergraduate nursing curriculum, *Journal of Professional Nursing*, 24 (3), s. 143- 149. DOI: 10.1016/j.profnurs.2008.01.004
- Dalen, M. (2011) *Intervju som forskningsmetode- en kvalitativ tilnærming*. 2.utg. Oslo: Universitetsforlaget AS
- Darnell, R. (2002) Occupation is not a Cross- Cultural Universal: Some Reflections From an Ethnographer, *Journal of Occupational Science*, 9(1), s. 5-11. DOI: 10.1080/14427591.2002.9686488

- Dickie, A.V. (2004) Culture is Tricky: A Commentary on Culture Emergent in Occupation, *The American Journal of Occupational Therapy*, 58, s. 169-173. DOI: 10.5014/ajot.58.2.169
- Durocher, E., Gibson, E.B. og Rappolt, S. (2014) Occupational Justice: A Conceptual Review, *Journal of Occupational Science*, 21(4), s. 418- 430. DOI: 10.1080/14427591.2013.775692
- Ergoterapeutene (2011) *Kompetanser i ergoterapi. Ergoterapeuter gjør hverdagslivet mulig*. Tilgjengelig online: <http://ergoterapeutene.org/Ergoterapeutene/om-ergoterapi/Ergoterapeuters-kompetanse> (Hentet: 26.januar 2015)
- Fitzgerald, H.M., Mullavey-O'Byrne, C. og Clemson, L. (1997) Cultural issues from practice, *Australian Occupational Therapy Journal*, 44(1), s. 1-21. DOI: 10.1111/j.14401630.1997.tb00749.x
- Folkehelseinstituttet (2014) *Helse i innvandrerbefolkningen- Folkehelse rapporten 2014*.
- Folkehelseinstituttet (2014) *Helsetilstanden i Norge- Folkehelse rapporten 2014*.
- Hammell, W.K. (2009a) Self- Care, Productivity, and Leisure, or Dimensions of Occupational Experience? Rethinking Occupational «Categories», *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 76(2), s. 107- 114. DOI: 10.1177/000841740907600208
- Hammell, W.K. (2009b) Sacred texts: A sceptical exploration of the assumptions underpinning theories of occupation, *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 76(1), s. 6- 13. DOI: 10.1177/000841740907600105
- Helsedirektoratet (2009) *Migrasjon og helse. Utfordringer og utviklingstrekk*. Oslo: Helsedirektoratet v/helsedirektør Bjørn- Inge Larsen
- Helsedirektoratet (2014) *Likeverdige helse- og omsorgstjenester*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helseforetaksloven, LOV-2001-06-15-93. § 1-2 (2013)
- Helse- og omsorgstjenesteloven, LOV-2011-06-24-30. §1-1.4 (2013)
- Helse- og omsorgsdepartementet (2013) *Likeverdige helse- og omsorgstjenester- god helse for alle. Nasjonal strategi om innvandreres helse 2013- 2017*. Oslo: Helse og omsorgsdepartementet.
- Howarth, A. og Jones, D. (1999) Transcultural occupational therapy in the United Kingdom: Concepts and research, *British Journal of Occupational Therapy*, 62(10), s. 451- 458. DOI: 10.1177/030802269906201004
- Høydahl, E. (red.) (2014) *Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre i Drammen*. Oslo- Kongsvinger: Statistisk Sentralbyrå.

- Høydahl, E. (2008) *Innvandringsbegreper i statistikken. Vestlig og ikke-vestlig- ord som ble for store og gikk ut på dato*, Samfunnsspeilet, 4, s. 66- 69.
- Ingstad, B. (2007) *Medisinsk antropologi. En innføring*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Isaacson, M. (2014) Clarifying Concepts: Cultural Humility or Competency, *Journal of Professional Nursing*, 30(3), s. 251- 258. DOI: 10.1016/j.profnurs.2013.09.011
- Iwama, M.K. (2004) Meaning and inclusion: Revisiting culture in occupational therapy, *Australian Occupational Therapy Journal*, 51, s. 1-2. DOI: 10.1111/j.1440-1630.2004.00429.x
- Iwama, M.K. (2007) Culture and occupational therapy: meeting the challenge of relevance in a global world, *Occupational Therapy International*, 14(4), s. 183-187. DOI: 10.1002/oti.234
- Iwama, M.K., Thomson, A.N. og MacDonald, M.R. (2009) The Kawa model: The power of culturally responsive occupational therapy, *Disability and Rehabilitation*, 31(14), s. 1125- 1135. DOI: 10.1080/09638280902773711
- Kielhofner, G. (2008) *MOHO. Modellen for menneskelig aktivitet*. 2.utg. København: Munksgaard Danmark
- Kinébanian, A. og Stomph, M. (1992) Cross- Cultural Occupational Therapy: A Critical Reflection, *The American Journal of Occupational Therapy*, 46, s. 751- 757. DOI: 10.5014/ajot.46.8.751
- Kinébanian, A. og Stomph, M. (2009) Guiding Principles on Diversity and Culture. *World Federation of Occupational Therapists*.
- Kommunal- og regionaldepartementet (2004) *Mangfold gjennom inkludering og deltakelse- Ansvar og frihet* (St. meld. 49 2003- 2004)
- Kvale, S. og Brinkmann, S. (2012) *Det kvalitative forskningsintervju*. 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademiske
- Kuhn, S.T. (1996) *The Structure of Scientific Revolutions: 50th Anniversary Edition*
- Langergaard, L.L., Rasmussen, B. S. Og Sørensen, A. (2011) *Viden videnskab og virkelighed*. 1.utg. 5.opplag. Frederiksberg: Forlaget Samfundslitteratur
- Law, M. (2002) Participation in the occupations of everyday life. *American Journal of Occupational Therapy*, 56(6), s. 479-482. DOI: 10.5014/ajot.56.6.640
- Locke, F.L., Silverman, J.S. og Spirduso, W.W. (2010) *Reading and Understanding research*. 3.utg. Los Angeles: Sage

- Malterud, K. (2002) Kvalitative metoder i medisinsk forskning- forutsetninger, muligheter og begrensninger, *Tidsskrift for den norske legeforening*, 25, s. 2468-2472.
- Malterud, K. (2011) *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. 3. utg. Oslo: Universitetsforlaget AS
- Malterud, K. (2012) Systematic text condensation: a strategy for qualitative analysis, *Scandinavian Journal of Public Health*, 40(8), s. S795-805. DOI: 10.1177/1403494812465030
- Murden, R., Norman, A., Ross, J. Sturdivant, E., Kedia, E. og Shah, S. (2008) Occupational therapy students' perceptions of their cultural awareness and competency, *Occupational Therapy International*, 15(3), s. 191-203. DOI: 10.1002/oti.253
- Munoz, P.J. (2007) Culturally responsive caring in occupational therapy, *Occupational Therapy International*, 14(4), s. 256- 280. DOI: 0.1002/oti.238
- De nasjonale forskningsetiske komiteene (2006) *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi*. Den nasjonale forskningsetiske komiteene.
- Nelson, A. (2007) Seeing white: a critical exploration of occupational therapy with Indigenous Australian people, *Occupational Therapy International*, 14(4), s. 237-255. DOI: 10.1002/oti.236
- Ness, N.E. (2002) *Ergoterapifagets aktivitetsperspektiv. Et historisk blikk på ideer som påvirker faget*. *Ergoterapeuten*, 45(10), s. 2-19.
- Nilsson, I. og Townsend, E. (2014) Occupational Justice- Bridging theory and practice *Scandinavian Journal of Occupational Justice*, 21(1), s. 64- 70. DOI: 10.3109/11038128.2014.952906
- Odawara, A. (2005) Cultural Competency in Occupational Therapy: Beyond a Cross- Cultural View of Practice, *American Journal of Occupational Therapy*, 59, s. 325-334. DOI: 10.5014/ajot.59.3.325
- Pasient-og brukerrettighetsloven, LOV-1999-07-02-63. § 3- 5 (2015)
- Persson, D. og Erlandsson, L-K. (2014) Ecopation: Connecting Sustainability, Glocalization and Well- being, *Journal of Occupational Science*, 21(1), s. 12- 24. [DOI: 10.1080/14427591.2013.867561
- Pooremamali, P., Persson, D. og Eklund, M. (2011) Occupational therapists' experience of working with immigrant clients in mental health care, *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 18(2), s. 109-121. DOI: 10.3109/11038121003649789

- Racher, F.E., og Annis, R.C. (2007) Respecting culture and honoring diversity in community practice, *Research and Theory for Nursing Practice: An International Journal*, 21(4), s. 255- 270.
- Richards, M.H. og Schwartz, J.L. (2002) Ethics of qualitative research: are there special issues for health services research?, *Family Practice*, 19(2), s. 135-139. DOI: 10.1093/fampra/19.2.135
- Simonelis, J., Njelesani, J. Novak, L., Kuzma, C. og Cameron, D. (2011) International fieldwork placements and occupational therapy: Lived experience of the major stakeholders, *Australian Occupational Therapy Journal*, 58(5), s. 370-377. DOI: 10.1111/j.1440-1630.2011.00942.x
- Spesialhelsetjenesteloven, LOV-1999-07-02-61. § 1-1.3 (2015)
- Stadnyk, R.L., Townsend, E.A. og Wilcock, A.A. (2014) Occupational Justice i C. Christiansen og E. Townsend *Introduction to Occupation: The Art of Science and Living*. USA: Pearson New International Ed. Kap. 12, s. 307-366
- Statistisk Sentralbyrå (2015) *Nøkkeltall for innvandring og innvandrere*. Tilgjengelig online; <https://www.ssb.no/innvandring-og-innvandrere/nokkeltall/innvandring-og-innvandrere> (Hentet 06.juli 2015)
- Statistisk Sentralbyrå (2014) *Befolkningsframskrivinger, 2014-2100*. Tilgjengelig online: <https://www.ssb.no/befolkning/statistikker/folkfram/aar/2014-0617#content> (Hentet: 22.april 2015)
- Suarez- Balcazar, Y., Rodawoski, J., Balcazar, F., Taylor-Ritzler, T., Portillo, N., Barwacz, D. og Willis, C. (2009) Perceived Levels of Cultural Competence Among Occupational Therapists, *The American Journal of Occupational Therapy*, 63(4), s. 498- 505. DOI: 10.5014/ajot.63.4.498
- Tervalon, M. og Murray Garcia, J. (1998) Cultural Humility Versus Cultural Competence: A critical Distinction in Defining Physician Training Outcomes in Multicultural Education, *Journal of Health care for the Poor and Underserved*, 9(2), s. 117- 125. DOI: 10.1353/hpu.2010.0233
- Texmon, I. (2012) *Regional framskriving av antall innvandrere 2011- 2040. Modellen REGIN, forutsetninger og resultat* . Oslo: Statistisk sentralbyrå.
- Thagaard, T. (2010) *Systematik og indlevelse: en indføring i kvalitativ metode*. utg. 4. København: Akademisk Forlag
- Thomas, B.S., Fine, J.M. og Ibrahim, A.S.(2004), Health Disparities: The importance of Culture and Health Communication, *American Journal of Public Health*, 94(12), s. 2050.

- Townsend, E. (1999) Enabling occupation in the 21st Century: Making good intentions a reality, *Australian Occupational Therapy Journal*, 46(4), s. 147-159. DOI: 10.1046/j.1440-1630.1999.00198.x
- Trentham, B., Cockburn, L., Cameron, D. Og Iwama, M. (2007) Diversity and inclusion within an occupational therapy curriculum, *Australian Occupational Therapy Journal*, 54, s. 49- 57. DOI: 10.1111/j.1440 1630.2006.00605.x
- Van Manen, M. (1997) *Researching lived Experience. Human Science for an Action Sensitive Pedagogy*, 2.utg. London: Althouse Press
- Watson, R.M. (2006) Being before doing: The cultural identity (essence) of occupational therapy, *Australian Occupational Therapy Journal*, 53(3), s. 151-158. DOI: 10.1111/j.1440-1630.2006.00598.x
- Whiteford, G. (2000) Occupational Deprivation: Global Challenge in the new millenium, *British Journal of Occupational Therapy*, 63(5), s. 200- 204. DOI: 10.1177/030802260006300503
- Whiteford, G.E. (2005) Understanding the occupational deprivation of refugees: A case study from Kosovo, *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 72(2), s. 78-88. DOI: 10.1177/000841740507200202
- World Health Organization (2013) *How to use the ICF: A Practical Manual for using the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*. Geneva: World Health Organization.
- Wray, L.E. og Mortenson, A.P. (2011) Cultural competence in occupational therapists working in early intervention therapy programs, *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 78(3), 180- 186. DOI: 10.2182/cjot.2011.78.3.6
- Yang, S., Shek, P.M., Tsunaka, M. og Lim, B.H. (2006) Cultural influences on occupational therapy practice in Singapore: a pilot study, *Occupational Therapy International*, 13(3), s. 176-192. DOI: 10.1002/oti.217

VEDLEGG

Vedlegg nr. 1: Informasjonsskriv og samtykkeerklæring

Vedlegg nr. 2: Intervjuguide

Vedlegg nr. 3: Tilråkning av personvernopplysninger

Vedlegg 1



Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

” Ergoterapeuters møte med brukere fra ikke-vestlige land og kulturer - berikelser og utfordringer i praksis.”

Bakgrunn og formål

Prosjektet er en masterstudie i helsevitenskap ved Institutt for sosialt arbeid og helsevitenskap, Norges teknisk- naturvitenskapelige universitet (NTNU) som gjennomføres av masterstudent Ingrid Jakobsen. Formålet med studien er å innhente kunnskap om hvordan ergoterapeuter i Oslo og Drammen opplever det å praktisere faget sitt i møte med mennesker fra ikke-vestlige land/kulturer. Du blir forespurt om å delta på bakgrunn av at du er ergoterapeut og jobber i en bydel i Oslo eller Drammen hvor det er stor sannsynlighet for at du møter mennesker fra ikke- vestlige land/kulturer i din praksis.

Hva innebærer deltakelse i studien?

Du vil bli invitert til et intervju. Intervjuet vil vare ca. 30- 60 minutter og vil dreie seg om det å praktisere ergoterapi i møte med mennesker fra ikke-vestlige land/kulturer. Formålet er å få frem dine opplevelser av det å praktisere ergoterapifaget i en slik sammenheng. Intervjuet vil skje i Oslo eller Drammen, tid og sted avtales etter at samtykkeerklæringen er signert.

Intervjuet vil bli tatt opp på bånd og transkribert i etterkant av intervjuet.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Materialet i studien vil bli oppbevart på to krypterte minnepinner som kun vil være tilgjengelig for undertegnede og veileder.

I masteroppgaven vil informanter som har bidratt til studien bli anonymisert i form av fiktive navn og sitater vil presenteres på en sån måte at det ikke vil være mulig å identifisere deltakerne. Datamaterialet vil bli anonymisert ved prosjektslutt.

Prosjektet skal etter planen ferdigstilles 01.oktober 2015. Opptak som er gjort i forbindelse med intervjuene og kontaktinformasjon som er innhentet blir slettet ved studiens slutt.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Om du trekker deg fra studien vil all informasjon om deg bli anonymisert

Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien, ta kontakt med Ingrid Jakobsen (masterstudent), telefon: 97517833, epost: ingrijak@stud.ntnu.no.

Du kan også kontakte professor Heidi Hjelmeland (veileder), telefon: 73591883 , epost: heidi.hjelmeland@svt.ntnu.no

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 2



Intervjuguide

Prosjekt; Ergoterapeuters møte med brukere fra ikke vestlige land/kulturer- berikelser og utfordringer i praksis.

Informasjon om prosjektet

Før intervjuet settes i gang, gjennomgås informasjonsskrivet som er sendt ut på forhånd. Dette for å belyse emnet som skal være tema for intervjuet, samt og belyse betydningen av frivillighet. Før oppstart opplyses det om praktiske forhold under intervjuet, samt at det vil bli benyttet en båndopptaker under intervjuet, som det også er informert om i informasjonsskrivet. Før intervjuet blir deltakerne også gjort oppmerksom på at ved eventuell omtale av enkeltklienter, må informanten, av hensyn til taushetsplikten utelate navn og identifiserende bakgrunnsopplysninger. Det skal legges til rette for at personen som skal intervjues er så komfortabel som mulig i intervjuetsettingen.

- 1. Spørsmål; Kan du fortelle litt om deg selv og litt om din bakgrunn som ergoterapeut?**
 - Alder?
 - Kjønn?
 - Familie
 - Fritidsinteresser?
 - Hvor lenge har du jobbet som ergoterapeut?
 - Hvor lenge har du jobbet i den jobben du har nå?
 - Hvor du er utdannet?
 - Bachelor/ master?
- Hvor ofte møter du brukere med en annen kulturell bakgrunn eller fra et annet land enn deg selv i din praksis?
- 2. Spørsmål; Kan du fortelle litt om hvordan du opplever møter med mennesker fra ikke- vestlige land/kulturer og hvilke berikelser og utfordringer dette medfører i din praksis? → Her kan du gjerne gi konkrete eksempler.**

Tema; *Berikelser og utfordringer i arbeidshverdagen i møte med mennesker fra ikke-vestlige land/kulturer*

- Lærer du og reflekterer du over disse møtene?
- Kan du beskrive et møte med en bruker hvor du følte at du ” satt fast” i terapien eller at du ikke kom deg videre på grunn av kulturelle utfordringer?
 - Hvordan løste du eventuelle utfordringer?
 - Hvordan har dette påvirket deg som ergoterapeut?
- Kan du så detaljert som mulig, beskrive en situasjon fra din arbeidshverdag som medførte at du tilegnet deg ny kunnskap i forhold til å praktisere ergoterapi i møte med et menneske(er) i din praksis?
- Hvordan opplever du din egen kultur i møte med mennesker fra en annen kulturell bakgrunn?

Intervjuguide Ingrid Jakobsen

3. Spørsmål; Opplever du at du har fått med deg noen ressurser fra utdanningen din for å imøtekomme behov i en mangfoldig befolkning- (i så fall hvilke/ evt. er det noe du savner fra utdanningen din)?

Tema; *Hvilken kunnskap, ressurser og egenskaper har ergoterapeutene med seg fra sin utdanning som skal bidra til å imøtekomme behovene i en mangfoldig befolkning.*

- Kan du gi eksempler på kunnskap, ressurser eller hjelpemidler (kartleggingsverktøy/modeller) som du har med deg fra utdanningen din, og som har gjort deg ”rustet” til å imøtekomme behov i en mangfoldig befolkning?
→ Hvis ikke; hva opplever du at du mangler fra din utdanning?
- Hadde du praksisstudier under din utdanning hvor du jobbet med mennesker fra ulike kulturer/land?

4. Spørsmål; Kan du fortelle litt om hvordan opplever du ergoterapifaget i møte med mennesker fra ikke-vestlige land/kulturer?

Tema; *Ergoterapifagets rot i en vestlig virkelighetsforståelse i møte med mennesker fra ikke-vestlige land og kulturer.*

- Hvilke styrker og svakheter har ergoterapifaget i møte med mennesker fra ikke-vestlige land og kulturer?
- Hvilke råd kan du gi til andre ergoterapeuter som jobber med eller møter mennesker fra ulike land/kulturelle bakgrunner enn seg selv i sin praksis?

Oppfølgingsspørsmål: Hvis du nå tenker på at ergoterapifaget er utviklet i vesten og er basert på vestlige verdier og normer, hvordan tror du dette kan påvirke møtet med mennesker fra ikke-vestlige land og kulturer?

Er det noe du ønsker å tilføye, eller har du spørsmål angående intervjuet?

Vedlegg 3

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS

NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfagres gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr. 985 321 884

Heidi Hjelmeland
Institutt for sosialt arbeid og helsevitenskap NTNU

7491 TRONDHEIM

Vår dato: 23.03.2015

Vår ref: 42385 / 3 / IB

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 20.02.2015. Meldingen gjelder prosjektet:

42385	<i>Ergoterapeuters møte med mennesker fra ikke-vestlige land/kulturer - berikelser og utfordringer i praksis</i>
Behandlingsansvarlig	NTNU, ved institusjonens øverste leder
Daglig ansvarlig	Heidi Hjelmeland
Student	Ingrid Jakobsen

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 01.10.2015, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Katrine Utaaker Segadal

Inga Brautaset

Kontaktperson: Inga Brautaset tlf: 55 58 26 35

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.

Avdelingskontorer / District Offices

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no

TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrr.svarva@svt.ntnu.no

TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@svt.no



Data innhentes ved intervju med ergoterapeuter. Utvalget informeres skriftlig om prosjektet og samtykker til deltakelse.

Informasjonsskriv og samtykkeerklæring er noe mangelfullt utformet. Vi ber derfor om at følgende endres/tilføyes:

- I setningen "Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt(..)" slettes formuleringen "og vil bli anonymisert" (fordi det behandles personopplysninger underveis i prosjektet).
- Det må tilføyes at datamaterialet anonymiseres ved prosjektslutt.
- Alternativer for avkryssing fjernes fra samtykkeerklæringen. Dette fordi samtykke skal være aktivt. Det skal ikke være nødvendig å reservere seg.

Revidert informasjonsskriv skal sendes til personvernombudet@nsd.uib.no før utvalget kontaktes.

Ved eventuell omtale enkeltklienter må informanten, av hensyn til taushetsplikten, utelate navn og identifiserende bakgrunnsopplysninger (som alder, kjønn, land osv.). Vi anbefaler at intervjuer tar dette opp med informanten på forhånd.

Intervjuene registreres i lydopptak og transkripsjoner. Datamaterialet vil inneholde indirekte personopplysninger (bl.a. om kommune, bydel, yrke, arbeidsplass), og vil knyttes til navn via kode og koblingsnøkkel.

Personvernombudet legger til grunn at forsker etterfølger NTNU sine interne rutiner for datasikkerhet. Dersom personopplysninger skal lagres på privat pc /mobile enheter, bør opplysningene krypteres tilstrekkelig.

Forventet prosjektslutt er 01.10.2015. Ifølge prosjektmeldingen skal innsamlede opplysninger da anonymiseres. Anonymisering innebærer å bearbeide datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Det gjøres ved å:

- slette direkte personopplysninger (som navn/koblingsnøkkel)
- slette/omskrive indirekte personopplysninger (identifiserende sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. bosted/arbeidssted, alder og kjønn)
- slette lydopptak.