



LUNDS UNIVERSITET

Medicinska fakulteten

Institutionen för hälsa, vård och samhälle

Avdelningen för arbetsterapi och aktivitetsvetenskap

## **Arbetsterapeuters synpunkter om möten med patienter från olika kulturella kontexter**

Författare: Karin Herrnsdorf

Jonatan Sjögren

Handledare: Monika Vestling

**Kandidatuppsats**

**Mars 2013**

Adress: Avdelningen för arbetsterapi och gerontologi, Box 157, S-221 00 Lund



LUNDS UNIVERSITET  
Medicinska fakulteten

Institutionen för hälsa, vård och samhälle

Avdelningen för arbetsterapi och aktivitetsvetenskap

## Arbetsterapeuters synpunkter om möten med patienter från olika kulturella kontexter

Karin Herrnsdorf och Jonatan Sjögren

Abstrakt

Samhället blir idag mer och mer mångkulturellt. Med anledning av det möter arbetsterapeuter fler patienter från olika kulturella kontexter. Arbetsterapi bygger på västerländsk kultur och värderingar. Aktiviteters utförande kan skilja sig åt beroende på vilken kulturell kontext personen tillhör. Syftet var att identifiera kulturella faktorer som förekommer i möten mellan arbetsterapeuter och patienter från olika kulturella kontexter, samt att jämföra dessa kulturella faktorer med arbetsterapeuternas yrkesmässiga och sociodemografiska faktorer. Studien använde kvantitativ ansats med tvärsnittsstudie. Klusterurval användes för att fördelningen mellan arbetsterapeuter inte skulle bli snedfördelad. Internetbaserad enkät skickades ut till 65 arbetsterapeuter i södra Sverige, 35 svarade på enkäten. Flera kulturella faktorer identifierades av deltagarna som problematiska. Vissa olikheter och likheter var funna mellan de olika jämförelsegrupperna. Majoriteten av deltagarna ansåg sig kunna anpassa sitt arbete men upplevde ändå ett behov av att kompetensutveckla sig inom området på grund av att de upplevde kulturella faktorer som problematiska.

Nyckelord: kulturella faktorer, aktivitetsutförande, kulturell kontext, kompetensutveckling, sociodemografi

Kandidatuppsats

Avdelningen för arbetsterapi och gerontologi, Box 157, S-221 00 Lund



LUNDS UNIVERSITET  
Medicinska fakulteten

Department of Health, Care and Society

Division of Occupational Therapy and Occupational Science

## Occupational therapists' view points on meetings with patients from different cultural contexts

Karin Herrnsdorf and Jonatan Sjögren

### Abstract

Today's society is becoming more and more multicultural. Because of this, occupational therapists meet patients from many different cultural contexts. Occupational therapy is based on western culture and values. Occupational performance may differ depending on a person's cultural background and context. The aim of this study is to identify cultural factors present in the meetings between therapists and patients from different cultural contexts, and to compare these with occupational therapists' professional and socio-demographic factors. A quantitative approach with a cross-sectional study was used in this study. Cluster sampling was used for distribution among occupational therapists would not be skewed. An internet-based survey was sent to 65 occupational therapists in southern Sweden, 35 answered the survey. Several cultural factors were identified by participants as problematic. Some similarities and differences were found between the comparison groups. The majority of participants claimed that they were able to adapt their work but still felt a need to develop their skills within the area because they still felt cultural factors could be problematic.

Keywords: cultural factors, occupational performance, cultural context, education, socio-demographics

Bachelor thesis

Division of Occupational Therapy and Gerontology, Box 157, S-221 00 Lund

*Den här studien hade inte blivit klar utan vår handledare  
Monika Vestling som kommit med idéer och med stort engagemang  
guidat oss när vi fastnat i olika skeden av uppsatsskrivandet, inte  
heller utan den hjälp och stöttning vi fick av vår första handledare  
Charlotte Löfqvist när idén till studien väcktes. Stort tack riktas även  
till Arne Johannisson för den hjälp vi fått med att hantera SPSS. Vi  
vill självklart också tacka de arbetsterapeuter som tagit sig tid att  
svara på vår enkät och som med sitt deltagande gjort studien möjlig.*

*Karin & Jonatan*

# Innehållsförteckning

Bakgrund .....	5
Olika kulturer inom vården.....	5
Arbetsterapi, aktivitet och kulturella kontexter .....	6
Klientcentrering .....	9
Kulturell intelligens .....	10
Kulturella faktorer .....	11
Syfte .....	11
Metod .....	11
Design.....	11
Urval .....	12
Enkät.....	13
Procedur & Datainsamling .....	14
Dataanalys.....	14
Resultat.....	15
Likheter och olikheter utifrån arbetsplats.....	16
Likheter och olikheter utifrån arbetserfarenhet.....	16
Likheter och olikheter utifrån kulturell bakgrund .....	16
Likheter och olikheter utifrån ålder.....	17
Diskussion .....	18
Resultatdiskussion .....	18
Jämförelser – Arbetsplats .....	18
Jämförelser – Ålder .....	20
Jämförelser – Kulturell bakgrund .....	20
Metoddiskussion .....	21
Konklusion .....	22
Litteraturförteckning .....	23
Bilagor.....	27
Bilaga 1 .....	27
Bilaga 2.....	28

Vi lever i dag i ett samhälle som präglas av mångfald, där vi i vår vardag träffar människor från olika delar av världen. Varje människa har på grund av sin kulturella kontext, sin familjekonstellation och sin uppväxt en bild av hur världen ser ut, hur den fungerar och hur vi ska behandla varandra (Chiang & Carlson, 2003; Trentham, Cockburn, Cameron & Iwama, 2007). Varje människa är en del av olika kulturer och subkulturer. För att få en bredare syn på kultur, vilka begrepp och faktorer som påverkar människans beteende utvecklade Purnell (2005) The Purnell Model for Cultural Competence. I ett samhälle där människors beteende styrs av bland annat vilket ursprung, kön, klass, religion, sexuell läggning man har, kan det lätt bli missförstånd om vi inte är lyhörda för vad som egentligen menas. För att missförstånden ska minska, och för att kommunikation ska fungera över kulturgränsen menar Purnell att det är viktigt att kunna se människan bakom en annan kultur, och därmed kunna förhålla sig till hennes agerande.

## Bakgrund

### **Olika kulturer inom vården**

Alla människor är berättigade till lika vård, men kunskap kring bemötande av personer från olika kulturer brister bland vårdpersonal i dag (Purnell, 2005). För att kunna bedriva en god vård krävs en god och jämlik relation mellan vårdpersonal och patient. Det gör att det ställs krav på vårdpersonalen att utöver sin medicinska kunskap även kunna förstå och samarbeta med patienter från olika kulturella kontexter (Gebru & Willman, 2002). Den biomedicinska definitionen av hälsa är frånvaro av sjukdom (Medin & Alexandersson, 2000), men vad som betraktas som hälsa respektive sjukdom varierar mellan till exempel olika filosofiska, religiösa, ekonomiska och politiska värderingar (Gebru & Willman, 2002). Det är viktigt att tänka på att hälsa också kan definieras utifrån ett humanistiskt perspektiv, där människan trots sjukdom ändå kan ha hälsa, eller vice versa, på grund av faktorer i miljön (Medin & Alexandersson, 2000). Varje människa lär sig under sitt liv att identifiera det språk, den historia och religion som är gemensamt i den kulturella kontext hon tillhör, och således också de värderingar som den medför. Kultur anses också vara bunden till en geografisk plats inom vissa gränser, vilket medför att alla personer som bor eller föds inom detta område förväntas tillhöra den kulturen (O'Dell, 2002). När någon avviker från den förväntade kulturen kan missförstånd lätt ske. Dessa missförstånd kan till exempel ske på grund av olika kroppsspråk, då en nickande rörelse i vissa kulturer betyder ja, medan det i andra kulturer betyder nej (Heikkilä, 2010). Hon beskriver också att det finns en skillnad i hur smärta uttrycks, då det i

till exempel västerländsk kultur är kutym att inte visa smärta alls, medan det i andra kulturer är vanligt att låta smärtan ta sin plats. Det är viktigt, enligt Heikkilä, att vårdpersonal är medveten om detta, och inte tar patienten för extra känslig. I västerländska kulturer förklaras sjukdomar med biomedicinska begrepp, och medicin ses som en självklar behandling. För andra kulturer behöver detta inte vara lika självklart då sjukdomar kan förklaras av osämja i familjen, dålig arbetsmiljö eller andra psykiska påfrestningar. På grund av denna typ av kulturella faktorer menar Heikkilä att patienter från olika kulturella kontexter inte alltid har samma förväntningar på behandlingen som vårdpersonalen.

Arbetsterapeuter har en treårig utbildning och arbetar inom hälso- och sjukvård med att hjälpa patienter att kunna ha ett så fungerande vardagsliv som möjligt (Socialstyrelsen, 2001). Det kan till exempel innebära att lägga om rutiner eller strategier för att underlätta olika aktiviteter i vardagen, eller att förskriva hjälpmedel som gör aktiviteterna lättare att utföra, vilket i sin tur kan göra att patienten kan spara energi och kraft till sådant som patienten ser som värdefullt. För att denna process ska fungera behöver arbetsterapeuten bygga upp en klientcentrerad relation med patienten. För att åstadkomma en sådan relation är det centralt att arbetsterapeuten sätter sig in i patientens syn på värderingar, intressen, vanor samt de roller patienten har i sitt liv. Målen som sätts upp i det arbetsterapeutiska arbetet ska sedan formas utav patienten själv, där arbetsterapeuten finns med som stöd utan att med egna värderingar styra målsättningen. På detta sätt får patienten en större motivation och ett större engagemang, vilket är centralt i det arbetsterapeutiska arbetet.

### **Arbetsterapi, aktivitet och kulturella kontexter**

Arbetsterapi är ett målfokuserat arbete där självständighet i aktivitet är målet i majoriteten av fallen (Kielhofner, 2012). Självständighet i aktivitet innebär att patienter, med hjälp av bland annat arbetsterapeutisk intervention, ska klara av att utföra så mycket som möjligt i sin vardag på egen hand. Law, Polatajko, Baptiste och Townsend (1997) definierar aktivitet enligt följande; "Occupations refers to groups of activities and tasks of everyday life, named, organized, and given value and meaning by individuals and a culture" (s. 34). Grunden i arbetsterapi är att en aktivitet aldrig kan ses i sin egen kontext utan är beroende av en interaktion mellan miljö och person för att kunna utföras (Christiansen & Baum, 2005; Kielhofner, 2012; Polatajko et al., 2007). Flera faktorer i miljön menar Kielhofner påverkar aktivitetsutförandet, såsom ekonomi, fysisk miljö, sociala grupper, men också kulturell

kontext. I The Model of Human Occupation [MOHO] beskriver Kielhofner att kulturell kontext förs vidare i generationer och består av normer, vanor och beteenden som delas av en grupp människor. Samtidigt är det viktigt att i arbetet med patienter se till deras aktivitetsengagemang, det vill säga hur patienten gör, tänker och känner kring aktiviteter. Precis som Purnell (2005) beskriver Kielhofner (2012) den kulturella kontexten som en dynamisk process som tillsammans med olika faktorer bidrar till människans varande och görande. Kulturell kontext påverkar alltså val av aktiviteter samt hur dessa utförs, och med vem. Kielhofner menar också att det medför att kulturell kontext påverkar den fysiska miljön, vilket i sin tur gör att personer i den dominerande kulturen inte alltid är medvetna om hur mycket i miljön, och därmed i aktiviteter, som styrs av kulturell kontext. Alla människor formas av flera sociodemografiska faktorer, såsom kön, ålder, kulturell kontext och arbete, vilka alla bidrar till hur vi tänker och agerar (Trentham et al, 2007). De skriver att det arbetsterapeutiska arbetet styrs av de modeller och tankesätt som varje arbetsterapeut har med sig ifrån sin utbildning och arbetserfarenhet, men ofrånkomligt även utifrån varje arbetsterapeuts sociodemografiska faktorer.

Kulturell intelligens [CQ] handlar om att medvetandegöra personer om de normer som finns vad gäller kulturell kontext och därmed personens eget beteende i samband med olika kulturella kontexter (MacNab, 2012). Precis som Kielhofner (2012) skriver i MOHO är det viktigt att i det arbetsterapeutiska arbetet se varje patient som en del i en dynamisk process, som består utav olika delar i form av patientens egna värderingar, upplevelse av sin egen kapacitet och effektivitet, intressen, vanor och roller. Tillsammans med en förändring i den fysiska och sociala miljön, med olika kulturella kontexter, inverkar de olika faktorerna på patientens aktiviteter och aktivitetsutförande.

Arbetsterapin som den ser ut i dag har blivit kritiserad för att den bygger på den västerländska normen av hur en vardag ska se ut (Awaad, 2003; Chiang & Carlson, 2003), både vad gäller familjekonstellationer, köns- och arbetsfördelning, arbetstid och så vidare. Kielhofner (2012) definierar kultur som något ständigt förekommande, i dåtid, nutid och framtid, samt att kultur har stor påverkan på aktivitetsutförandet. Trots det menar Chiang & Carlsson (2003) att centrala begrepp såsom upplevelse av sin egen kapacitet, intressen och tidsbestämda mål utgår ifrån ett västerländskt perspektiv och värderingar.



Arbetsterapeutisk teori delar in meningsfulla aktiviteter i tre huvudsakliga grupper, personlig vård, produktivitet och fritid (Townsend & Polatajko, 2007). Huvudantagandet är att dagliga aktiviteter ska upplevas som meningsfulla, men det finns ingen evidens för att majoriteten av världens befolkning, det vill säga människor utanför den västerländska kulturen, upplever sina dagliga aktiviteter utifrån den här mallen som meningsfulla (Hammell, 2009). Utifrån ett kulturellt perspektiv beskriver Hammell att det inte är möjligt att påstå att alla kulturer anser dessa aktiviteter som meningsfulla. Till exempel kan vissa kulturer ha svårigheter att se produktivitet som någonting bra för hälsa och meningsfullt. Hammel beskriver dock att arbetsterapeutisk teori antar att det är meningsfullt vilket gör att teorin kan uppfattas som etnocentristisk. I och med att aktivitet är något som är kulturellt bundet är också arbetsterapeutisk teori skapat av en kultur (Iwama, 2007).

Arbetsterapeuter arbetar varje dag med aktiviteter som kräver social interaktion, och ibland sker dessa sociala interaktioner med patienter från en annan kulturell kontext än arbetsterapeuten själv. För att kunna möta en patient som av olika skäl drabbats av aktivitetsproblem krävs det enligt Kielhofner (2012) också att både patienten och arbetsterapeuten är överens om vilken aktivitet som ska utföras och varför den är viktig. Awaad (2003) menar att val av aktivitet också styrs av kulturell norm, det kan i västerländsk kultur vara viktigare med en arbetsrelaterad aktivitet än en fritidsaktivitet eller avslappnande övning. En grund för att en aktivitet ska väljas är att den upplevs som meningsfull (Jonsson & Josephsson, 2005). Vad som gör att en aktivitet upplevs som meningsfull skiljer sig från person till person, men är också kulturellt styrt. Begreppen *doing*, *being* och *becoming* kan också användas för att förklara begreppet meningsfullhet i aktivitet (Wilcock, 2006). Den aktivitet en person gör, *doing*, och hur den görs ger personen en känsla vad hon klarar av i längden även hur personen ser på sig själv, *being*. *Doing* och *being* tillsammans påverkar i sin tur *becoming*, vilket betyder hur och var personen ser sig själv i framtiden. Hammel (2004) beskriver termen *belonging*, ytterligare ett begrepp som bidrar till upplevelsen av meningsfullhet. Att utföra aktiviteter tillsammans med andra personer med vilka man kan identifiera sig med, gör att känslan av *being*, *doing* och *becoming* förstärks. En aktivitet kan i en viss kontext upplevas som meningsfull men förlora sin mening om den förändras. Wilcock (2006) beskriver *occupational alienation* och menar att när en person tvingas utföra en aktivitet som skiljer sig från hur personen ursprungligen utfört aktiviteten, kan den tidigare meningsgivande aktiviteten istället upplevas som meningslös och obegriplig. När en aktivitet förändras på grund av sociokulturella värderingar, ekonomiska förutsättningar, lagar och

regler uppstår en känsla av separation, avlägsnande och att inte längre höra till. Det är vanligt att personer som kommer till ett nytt land upplever en ackulturation, en känsla av att sitt eget språk, normer och värderingar inte gäller längre och att det är svårt att förhålla sig till kulturen i det nya landet (Miller et al, 2009). Det är viktigt att tänka på i mötet med patienter från olika kulturella kontexter, då deras eventuella upplevelse av occupational alienation kan påverka deras känsla för meningsfullhet i aktivitet (Wilcock, 2006). Kielhofner (2012) argumenterar därför att det är viktigt att arbetsterapeuten inte går in och styr valet av aktivitet utan arbetar klientcentrerat.

### **Klientcentrering**

Kielhofner (2012) menar att det klientcentrerade perspektivet ska falla sig naturligt om arbetsterapeuten arbetar utifrån Model of Human Occupation [MOHO]. Utifrån två centrala element förklaras varför MOHO i sin natur är en klientcentrerad modell, ”Den betraktar varje klient som en unik individ vars personliga egenskaper utgör grunden för och styr valet av behandlingsmål och behandlingsstrategier” (Kielhofner, 2012 s 139) samt ”Den betraktar det som klienten gör, tänker och känner som centrala mekanismer för förändring” (Kielhofner, 2012 s 139). Han påpekar alltså hur viktigt det är att veta hur patienten känner inför olika aktiviteter och förstå varför en viss aktivitet passar just den patienten. Svårigheter att upprätthålla det klientcentrerade arbetet med patienter från olika kulturella kontexter kan till exempel uppstå om arbetsterapeuten inte förstår centrala element som patientens syn på världen, vad som är viktigt för patienten, vad patienten tycker om och hur patienten känner i fråga om sina förmågor. Enligt 2 § Hälso- och sjukvårdslagen ska ”en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen” vara målet vid alla hälso- och sjukvårdsinsatser (Adler, 2007 s 10). För att en god vård ska upprätthållas krävs det bland annat att den ska ”bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet” samt ”vara lätt tillgänglig” (Adler, 2007 s 11).

Att självständighet ska vara det huvudsakliga målet kan enligt vissa patienter verka konstigt och främmande, då de kommer från en kultur där alla tar hand om varandra, och det är viktigt att till viss del vara beroende av andras hjälp (Hopton & Stoneley, 2006). Många arbetsterapeuter upplever sig begränsade på sin verksamhet att inte kunna göra vad som egentligen är viktigt för en bättre vård över de kulturella gränserna (Awaad, 2003). För att kunna ge patienter från olika kulturella kontexter en bra vård krävs kunskap. Ingen kulturell grupp är helt homogen vilket gör att det krävs att en arbetsterapeut i möte med patienter från

olika kulturella kontexter inte begränsar sig själv med att endast se stereotyper, utan även kunna se olikheter inom samma kulturella kontext (Chiang & Carlson, 2003). De beskriver också att det går att komma långt på att lära sig om sin egen kulturella kontext för att få en förståelse för hur mycket i ens eget liv som styrs av kultur, samt att de aktiviteterna kan för patienter från minoritetskulturer uppfattas som kulturella markeringar. För att klara av att möta patienter från olika kulturella kontexter krävs det att arbetsterapeuten är medveten om att han/hon måste anpassa sitt beteende i hänseende mot vilken kultur den specifika patienten identifierar sig med, något som kan kallas för kulturell intelligens.

### **Kulturell intelligens**

Kulturell intelligens [CQ] är definierat som en multidimensionell kompetens som syftar till att personen ska fungera effektivt i nya kulturella miljöer och möten med människor från olika kulturella kontexter (MacNab, 2012). Att inneha hög kulturell kompetens handlar inte om att lära sig om stereotyper avseende olika kulturer (Awaad, 2003). Larsson, Rahle Hasselbalch & Palm (2008) menar istället att det handlar om att inneha medvetande, känslighet och kunskap kring värdet av en persons kulturella kontext. För att hög CQ ska kunna uppnås ska tre centrala element innefattas, kognition/metakognition, motivation och beteende (MacNab, 2012). Dessa tre element fungerar i en dynamisk relation. För att kunna ändra sitt beteende krävs det att en person är medveten om sitt medvetande, det vill säga metakognition. För att sedan kunna nå en hög grad av CQ behöver personen vara motiverad att förhålla sig gentemot sitt medvetande, det vill säga motivation. Slutligen menar MacNab att det handlar om att i aktivitet med personlig interaktion kunna ändra sitt beteende beroende på vilka kulturella parametrar personen kräver. Kulturell intelligens innebär att medvetandegöra att det kan vara svårt att möta personer från olika kulturella kontexter för att sedermera kunna anpassa beteendet. För att exemplifiera de olika stegen; motivation kan till exempel handla om att inte ge upp för tidigt vid ytterligare utmaningar i möten med patienter från olika kulturella kontexter. Beteende innebär att personen som möter en patient från en annan kulturell kontext måste vara medveten om att anpassa sig till patientens kontext. Det kan till exempel handla om att kunna fokusera, och ändra, sitt beteende när miljön är främmande och osäker för personen. Nyckeln för att inneha hög CQ är i grunden att ha hög motivation vilket möjliggör att nya utmaningar inte är skrämmande och gör personen undvikande. Hög motivation blir således en förutsättning för att kunna anpassa sitt beteende gentemot vad den specifika kulturella kontexten kräver. Om personen klarar av att ändra sitt beteende klarar personen även av att hantera den kognition/metakognition som uppstår. Att kunna anpassa, och ändra,

sitt beteende hör samman med kognition/metakognition - om länken mellan dessa två steg fungerar kan personen fungera effektivt vid möten med personer från olika kulturella kontexter. Chiang & Carlson (2003) skriver att det är viktigt att förstå hur den kulturella kontexten avspeglar sig i de dagliga aktiviteterna, samt vad som ger klienten motivation oavsett vilken kulturell kontext klienten kommer ifrån.

### **Kulturella faktorer**

Den klientcentrerade relationen, därmed också det arbetsterapeutiska arbetet med patienter från olika kulturella kontexter, påverkas av olika faktorer som alla kan inverka på resultatet i interventionen (Kielhofner, 2012). Dessa faktorer kan vara patientens syn på sin egen hälsa och vad som påverkar den, arbetsterapeutens erfarenhet, vana och eventuella strategier kring möten med patienter från andra kulturella kontexter samt arbetsterapeutens kulturella intelligens. Sammantaget är detta faktorer som eventuellt kan påverka arbetsterapeutens arbete med patienter från olika kulturella kontexter.

### **Syfte**

Syftet med studien är att undersöka arbetsterapeuters synpunkter om möten med patienter från olika kulturella kontexter, samt att jämföra dessa med arbetsterapeuternas sociodemografiska och yrkesmässiga faktorer.

### **Metod**

#### **Design**

Med tanke på studiens syfte, har en kvantitativ ansats antagits (Eliasson, 2006). Studien genomfördes med hjälp av enkäter.

#### **Urval**

Personer som tillfrågades att delta i studien var arbetsterapeuter anställda i en kommun samt vid ett sjukhus i södra Sverige under hösten 2012. Arbetsterapeuter inom stadsdelsförvaltningen och på sjukhuset arbetar i mångt och mycket med samma patientkategorier, men under olika faser av rehabilitering och med olika typ av rehabilitering. I den här studien valdes det att exkludera psykiatrin och arbetsterapeuter som enbart arbetar med patienter som har kognitiv svikt på grund av att det finns ytterligare parametrar som påverkar deras patienters kulturella kontext.

I södra Sverige är andelen invånare med utländsk bakgrund procentuellt högre än i resten av Sverige (Statistiska centralbyrån [SCB], 2012), vilket leder till att arbetsterapeuter i södra Sverige troligen har en större vana att träffa patienter från olika kulturella kontexter än arbetsterapeuter i övriga Sverige.

Urvalet i studien skedde genom att kontakt togs med ansvariga inom öppenvården samt ansvarig inom slutenvården för att tillhanda mailadresser till arbetsterapeuter. De arbetsterapeuter som vi sedan fick mailadresser till kontaktades för att delta i studien.

Studien redovisade ett externt och internt bortfall. Totalt skickades enkäten ut till 65 arbetsterapeuter inom öppenvården och slutenvården i södra Sverige. Studien fick 35 enkätsvar i respons vilket innebär att det blev ett externt bortfall på 30 personer (46 %). Det interna bortfallet på specifika variabler redovisas i resultatet.

Trettiofyra av undersökningspersonerna var kvinnor och två stycken män. Sjutton personer arbetade inom öppenvården och 17 stycken inom slutenvården. En person valde att inte besvara frågan om arbetsplats. Medianåldern bland undersökningspersonerna var 40,5 år, den äldsta var 59 år och den yngsta 25 år. Frågan om ålder hade ett internt bortfall på en person. Den genomsnittliga arbetslivserfarenheten bland undersökningspersonerna var 10,27 år och medianen för arbetslivserfarenhet var sju år. Individen som hade längst arbetslivserfarenhet i södra Sverige hade arbetat i 30 år och den som hade minst arbetslivserfarenhet som arbetsterapeut i södra Sverige hade arbetat i ett år. Totalt 80 procent av deltagarna uppgav att de hade svensk kulturell bakgrund medan 20 procent uppgav att de hade en annan kulturell bakgrund.

## **Enkät**

Enkäterna utformades med fasta påståenden som de deltagarna graderade huruvida *de helt och hållet höll med, delvis höll med, hade ingen åsikt, tog delvis avstånd* eller *tog helt och hållet avstånd*. En fördel gentemot intervjun är att enkäten är precis likadan för alla, samt att vi med den nådde ut till ett större antal individer (Ejlertsson, 2005). Det som också talar för en enkätundersökning är det faktum att individen i lugn och ro kan tänka över sina svar. Enkäten innehöll påståenden. I påståenden fick individen välja bland olika svarsalternativ. Exempel på påståenden är; *jag tycker att möten med patienter från olika kulturella kontexter kan vara*

*problematiska och det klientcentrerade arbetet kan vara problematiskt med patienter från olika kulturella kontexter.* Enkäten är bifogad till arbetet, se bilaga 2.

### **Procedur & Datainsamling**

Enkätfrågorna formulerades i september 2012 med hjälp av handledare och litteratur som tagits upp i studiens bakgrund. Vid enkätförfarandet användes internetbaserade enkättjänsten SurveyMonkey. Kontakt togs i oktober 2012 med ansvariga för rehabiliteringsenheterna vid samtliga stadsdelsförvaltningar i den sydsvenska kommunen, samt med samordnande arbetsterapeut på det sydsvenska sjukhuset. Kontakt skedde genom e-post, där information om studien och en länk till enkäten bifogades, samt en förfrågan om e-postadresser till tjänstgörande arbetsterapeuter i stadsdelsförvaltningarna och på sjukhuset. De 65 arbetsterapeuterna som författarna till studien erhållit e-postadresser till kontaktades sedan via e-post där de fick information om studiens syfte, att deras medverkande var frivilligt samt att deras konfidentialitet garanterades, se bilaga 1. I informationsmailet framgick också att studien inte ska ses som en kritik mot arbetsterapeuter som yrkesgrupp, det poängterades att det här kan vara ett område för alla vårdprofessioner i södra Sverige, men att just den här studien syftade till att undersöka arbetsterapeuter. I informationsmailet fanns även information om att deltagarna fick avbryta enkäten när de ville utan att behöva uppge specifik anledning. Länken till enkäten bifogades med information om hur vi tänkt vid formulerandet av vissa frågor. Tre påminnelser skickades ut med ett par dagars mellanrum. Enkäter skickades via e-post ut till de arbetsterapeuter i kommunen och på sjukhuset i södra Sverige som tillhandahållit e-postadresser under tre veckor hösten 2012.

### **Dataanalys**

Svaren på enkäterna lagrades i SurveyMonkey varifrån författarna överförde svaren till Statistical Package for the Social Sciences [SPSS] statistics 20 och analyserade data med hjälp av det programmet (Wahlgren, 2008). Vid analys av materialet genomfördes med hjälp av SPSS en omkodning av data från *håller helt och hållet med* = 4 till *tar helt och hållet avstånd* = 0. SPSS gjorde det möjligt att analysera data univariat med frekvenstabeller och bivariat med contingencytabeller, vid båda formerna av analyser räknades centralmåttet median ut med spridningsmåttet minimum- och maximumvärde. Vid den univariata analysen analyserades alla 16 påståenden och vid den bivariata analysen jämfördes dessa 16 påståenden med bakgrundsfrågorna om kön, ålder, etnicitet, arbetsplats och arbetserfarenhet. Reliabilitetstestet Chronbach's Alpha utfördes och visade 0,77. Cronbach's Alpha genomfördes med SPSS där

korrelationen mellan svaren på de sexton påståendena undersöktes. Enligt Olsson och Sörensen (2011) anses 0,77 vara acceptabelt. På de påståendena med samma medianvärde har spridningsmättet redovisats tillsammans. Ett exempel på det är att olika påståenden med medianvärde 3 har redovisats med spridningen (0-4) även om ett påstående har spridning (0-3) och ett annat (1-4). Detta har gjorts för att resultatredovisningen av studien skulle bli överskådlig och lättbegriplig i text och i tabell 1. Jämförelseresultat av den bivariata analysen kommer att redovisas för att ligga som underlag för diskussion kring hur sociodemografiska och yrkesmässiga faktorer eventuellt kan påverka kulturella faktorer. Då det endast var två män som besvarade enkäten valdes att inte göra en jämförelse utifrån bakgrundsvariabeln kön.

## Resultat

Inledningsvis redovisas sammanställning av deltagarnas svar. Därefter redovisas jämförelser utifrån sociodemografiska och yrkesmässiga faktorer.

Sammanställningen av alla deltagares svar på specifika påståenden kring patienter från olika kulturella kontexter, visade att de upplevde viss problematik kring behandling avseende att möta patienter, språkliga barriärer, patienternas syn på sjukvårdens roll i rehabilitering, på hälsa samt smärta,  $md = 3$ , (0-4). Centralmättet  $md = 3$  visar att de upplevde att patienterna förstår vad en arbetsterapeut kan hjälpa till med, med en spridning på 1-4. Svar på påstående gällande arbetsterapeutiska begrepp och arbetssätt visade att områden som upplevdes problematiska var klientcentrering och att arbeta med aktivitet som mål,  $md = 3$ , (0-4). Centralmättet visar att de upplevde att resultatet av behandling blev annorlunda,  $md = 2$ , (0-3). Centralmättet visade också att de höll med om att de var intresserade av kompetensutveckling gällande möten med patienter från olika kulturella kontexter, samtidigt som de ändå klarade av att anpassa sitt arbete,  $md = 3$ , (0-4). Studien har ett internt bortfall på de två ordinalvariablerna ålder och arbetsplats på  $n = 1$ .

Vid jämförelse mellan arbetsterapeuternas sociodemografiska och yrkesmässiga faktorerer fanns en likhet inom alla grupper i det presenterade resultatet ovan, det vill säga inom arbetsplats, arbetserfarenhet, ålder och kulturell bakgrund. De som hade en annan åsikt än flertalet, var gruppen äldre som avvek i sin uppfattning,  $md = 1,5$ , (0-3), samt även de med annan kulturell bakgrund,  $md = 2$ , (1-4). Inom följande stycken påståenden fanns olikheter

inom flera sociodemografiska och/eller yrkesmässiga faktorer, varför de valdes ut att redovisas i tabell 1 för att kunna tydliggöra medianvärde, minimumvärde och maximumvärde.

#1. Jag tycker att det kan vara problematiskt att möta patienter från olika kulturella kontexter.

#2. Jag upplever att patienter från olika kulturella kontexter har en annan syn på smärta än andra patienter.

#3. Det klientcentrerade arbetet kan vara problematiskt vid möten med patienter från olika kulturella kontexter.

#4. Att arbeta mot aktivitet som mål i rehabilitering kan vara problematiskt med patienter från olika kulturella kontexter.

#5. Jag upplever att kompetensen skulle kunna vara högre på min arbetsplats angående möten med patienter från olika kulturella kontexter.

#6. Jag upplever att jag klarar av att anpassa mitt arbete på ett sätt som även passar patienter från olika kulturella kontexter.

Tabell 1. Median-, min- och max-värden för deltagarnas (n=35) summerade svar (kodvärden), indelat efter deras arbetsplats, arbetslivserfarenhet, kulturella bakgrund och ålder.

	Arbetsplats		Arbetslivserfarenhet		Kulturell bakgrund				Ålder*							
	Slutenvård n= 17		Öppenvård n= 17		≤ 6 år n= 17		≥ 7 år n= 18		Svensk n= 28		Annan n= 7		Yngre n= 17		Äldre n= 17	
	md	min- max	md	min- max	md	min- max	md	min- max	md	min- max	md	min- max	md	min- max	md	min- max
#1	3	0-4	2,5	0-3	3	0-4	3	1-4	3	0-4	3	2-3	3	0-4	4	1-4
#2	3	2-4	2,5	2-4	3	1-4	3	2-4	3	2-4	2	0-3	3	0-4	3	1-3
#3	3	1-4	2,5	1-3	2,5	0-3	3	0-4	3	1-4	2	0-3	3	0-3	2,5	0-4
#4	3	1-4	2,5	1-3	2	0-3	3	1-4	3	1-4	2	0-4	2	0-4	3	1-4
#5	3	0-4	2,5	2-4	2,5	2-3	3	2-4	3	0-4	3	0-4	2	0-4	3	2-4
#6	3	2-4	3,5	2-4	4	3-4	3	2-4	3	2-4	3	2-4	4	3-4	3	2-4

\*Yngre = ≤39 år Äldre = ≥ 40 år. Inom slutenvården arbetade 9 yngre arbetsterapeuter och 8 äldre. Inom öppenvården arbetade 8 yngre arbetsterapeuter och 8 äldre, bortfall inom öppenvården på ålder, n=1.

0 Tar helt och hållet avstånd

1 Tar delvis avstånd

2 Har ingen åsikt

3 Håller delvis med

4 Håller helt och hållet med



Sammantaget svarade deltagarna att det i olika grad var problematiskt att möta patienter från olika kulturella kontexter beroende på om de arbetade inom öppenvården eller slutenvården samt om de var yngre eller äldre. Deltagare från öppenvården höll delvis med och att de inte hade någon åsikt inom området, md = 2,5, (0-3). Slutenvården höll delvis med, md = 3, (0-4). Gruppen äldre höll helt och hållet med att det kan vara problematiskt, md = 4, (1-4). De yngre deltagarna höll delvis med om att det kan vara problematiskt, md = 3, (0-4).

#### *Likheter och olikheter utifrån arbetsplats*

Tabell 1 visar att deltagare som arbetade inom slutenvården höll i högre grad med om att smärta uttrycks annorlunda av patienter från olika kulturella kontexter, att det klientcentrerade arbetet var svårare med patienter från olika kulturer, att arbeta mot aktivitet som mål i behandling samt att kompetensen skulle kunna vara högre på arbetsplatsen inom området för behandling med patienter från olika kulturella kontexter än vad deltagare från öppenvården gjorde. Deltagare från slutenvården tog avstånd ifrån att resultatet av behandlingen skulle bli annorlunda medan deltagare från öppenvården inte hade någon åsikt. Båda grupperna höll med om att de klarade av att anpassa sitt arbete, öppenvården dock i något högre grad än slutenvården.

#### *Likheter och olikheter utifrån arbetserfarenhet*

Både gruppen med längre arbetserfarenhet och de med kortare arbetserfarenhet höll med om att patienter från olika kulturella kontexter uttrycker smärta på ett annorlunda sätt, vilket illustreras i tabell 1. Gruppen med längre arbetserfarenhet höll i högre grad med om att klientcentrering, aktivitet som mål i behandling och att kompetensen skulle kunna vara högre på arbetsplatsen inom området än vad gruppen med kortare arbetserfarenhet gjorde. Båda grupperna hade ingen åsikt om resultatet av behandling blir annorlunda och båda grupperna höll med om att de klarar av att anpassa sitt arbete med patienter från olika kulturella kontexter. De med kortare arbetserfarenhet höll dock i högre grad med om att de klarar av att anpassa sitt arbete än vad gruppen äldre gjorde.

#### *Likheter och olikheter utifrån kulturell bakgrund*

Tabell 1 visar att de med svensk kulturell bakgrund höll med om att smärta uttrycks på ett annorlunda sätt av patienter från olika kulturer, att det klientcentrerade arbetet kan vara mer problematiskt och att det kan vara svårare att arbeta med aktivitet som mål i behandling. De med annan kulturell bakgrund hade ingen åsikt inom dessa områden. De med annan kulturell bakgrund ansåg inte att resultatet av behandling blev annorlunda med patienter från olika

kulturella kontexter, de med svensk kulturell bakgrund hade ingen åsikt inom det området. Båda grupperna ansåg att kompetensen borde vara högre på arbetsplatsen men att de klarade av att anpassa sitt arbete avseende patienter från olika kulturella kontexter.

#### *Likheter och olikheter utifrån ålder*

Tabell 1 illustrerar att både äldre och yngre deltagare tyckte att patienter från olika kulturella kontexter uttryckte smärta på ett annorlunda sätt. Båda grupperna höll med om att det klientcentrerade arbetet kan vara problematiskt, yngre i något högre grad än äldre dock. Äldre deltagare tyckte att det kan vara problematiskt att arbeta med aktivitet som mål vid behandling med patienter från olika kulturella kontexter och att kompetensen skulle kunna vara högre på arbetsplatsen inom området, yngre deltagare hade ingen åsikt inom dessa två områden. Båda grupperna hade ingen åsikt inom området att resultatet skulle bli annorlunda vid behandling av patienter från olika kulturer men de klarade av att anpassa arbetet efter vilken kulturell kontext de möter.

## Diskussion

### **Resultatdiskussion**

Resultatet visar en rad olika kulturella faktorer som arbetsterapeuter i södra Sverige identifierat som problematiska. Resultatet kunde även visa att det finns en del sociodemografiska och i viss mån yrkesmässiga faktorer som visar att det finns olika uppfattningar om vilka kulturella faktorer arbetsterapeuterna upplever som problematiska.

Sammantaget visade resultatet att flera deltagare upplevde att möten med patienter från olika kulturella kontexter kan vara problematiska, vilket kan bero på att den svenska vården är byggd på ett västerländskt perspektiv på hälsa (Heikkilä, 2010). Intressant nog tyckte majoriteten av deltagarna att de klarar av att anpassa sitt arbete på ett sätt som även passar patienter från olika kulturella kontexter, samtidigt som det verkar finnas en problematik kring möten med nämnda patienter. Vad det beror på är svårt att säga, men påståendet om upplevelsen av att kunna anpassa sitt arbete är det som skiljer sig minst mellan grupperna i alla jämförelser. Samtidigt ville samtliga deltagare kompetensutveckla sig inom området vilket kan ses som ett resultat av att människor alltid brinner för att bli bättre inom ett område, även om de i dagsläget klarar det.

### *Jämförelser – Arbetsplats*

Studien har jämfört arbetsterapeuter i södra Sverige som arbetar inom öppen- och slutenvård och hittat olikheter i om man skattar möten med patienter från olika kulturella kontexter som problematiska. Arbetsterapeuter inom slutenvården tyckte att det var mer problematiskt än arbetsterapeuter inom öppenvården. I och med att de aktiviteter en människa utför endast kan ses i den kontext som personen verkar i kan det förklara olikheten (Christiansen & Baum, 2005; Kielhofner, 2012; Polatajko et al., 2007) mellan arbetsterapeuter inom sluten- och öppenvård. Arbetsterapeuter inom öppenvården arbetar i större utsträckning hemma hos patienter vilket gör att de får arbeta med aktiviteter i dess normala kontext. Språkliga barriärer som hinder vid behandling kan till exempel kringgåas av att aktiviteten/behandlingen utförs i patientens egen kontext då kontexten kan ge arbetsterapeuten information som kan kompensera språkliga barriärer. Aktiviteters utförande förändras när personer kommer till en ny kulturell kontext, hemmet däremot blir en kontext där den ursprungliga kulturella kontexten kan få ta plats på ett liknande vis som den gjort tidigare i personernas liv (Farias & Asaba, 2013). Om aktiviteten utförs i det egna hemmet istället för till exempel på ett sjukhus borde sannolikheten för att aktiviteten känns meningsfull för individen öka. Det torde också underlätta för arbetsterapeuten att kunna identifiera vilka aktiviteter som är meningsfulla för individen. Arbetsterapeuter inom öppenvården upplevde också i högre grad att de klarar av att anpassa sitt arbete gentemot andra patienter från olika kulturella kontexter än vad arbetsterapeuter inom slutenvården gjorde. Det kan också bero på att arbetsterapeuter inom öppenvården arbetar tillsammans med patienterna i deras hem och får således mer information om själva aktiviteten som ska utföras. Att kunna gå utanför de normala arbetsterapeutiska teorierna när det gäller definiering av vad som är meningsfullt för individer menar Hammell (2009) är centralt vid arbete med patienter från olika kulturella kontexter. Att arbeta tillsammans med patienter i patienternas egen kontext är också något som borde öka arbetsterapeuternas kulturella intelligens (CQ) (MacNab, 2012). I och med att CQ handlar om att ändra sitt beteende för att skapa en förståelse för patientens kulturella kontext borde själva beteendeförändringsprocessen underlättas om arbetsterapeuten även har tillgång till den data aktiviteternas kontext ger. Att arbeta med aktiviteter i en icke normal kontext kan också öka risken för att patienten upplever occupational alienation, alltså att aktiviteten utförs på ett främmande sätt som individen inte kan känna igen sig i (Wilcock, 2006). Detta kan tänka sig bli än mer påtagligt för patienter från olika kulturella kontexter då de eventuellt inte är vana vid svensk sjukhusmiljö, utan i större utsträckning känner sig tryggare i sin egen kontext i sitt

hem. Det finns också en risk, både vid utförandet av aktiviteter hemma och i sjukhusmiljö, att arbetsterapeuterna styr hur aktiviteterna ska utföras vilket kan påverkas av arbetsterapeutens egna kulturella norm (Hammell, 2009), men att det torde underlättas av att aktiviteterna utförs i patientens hemmiljö. Om en känsla av occupational alienation uppstår riskeras också personens känsla av becoming (Wilcock, 2006), känsla av att vara på väg mot något meningsfullt, vilket ytterligare är en faktor som gör att arbetsterapeuter måste arbeta i patienternas egna kontext för att kulturella olikheter inte ska hindra vid rehabilitering. Att få utöva en aktivitet på sitt eget sätt, utifrån sin egen kulturella kontext, blir då viktigt för att en känsla av att occupational alienation och avsaknad av meningsfullhet inte ska uppstå (Wilcock, 2006).

### *Jämförelser – Ålder*

Resultatet visade även olikheter mellan arbetsterapeuter yngre eller äldre än 40 år. De yngre tenderade generellt att ha en bättre upplevelse av att de klarade av att möta patienter från olika kulturella kontexter på ett likvärdigt sätt som andra patienter. Vad denna olikhet beror på kan endast diskuteras kring. Samhället har blivit mer och mer mångkulturellt de senaste åren (SCB, 2012), ett samhälle som de yngre arbetsterapeuterna själva har växt upp i. Detta kan ha gjort att de har märkt redan i skolåldern att det är viktigt att vara medveten om olika kulturella kontexter och vara beredd att anpassa sitt beteende gentemot olika kulturer. De äldre som upplever kulturella faktorer som problematiska har, till skillnad från de yngre, haft ett mindre mångkulturellt samhälle som norm under sin uppväxt (SCB, 2012). De får därför eventuellt svårare att skapa en medvetenhet om olika kulturella kontexter och därmed även svårare än gruppen yngre att klara av att anpassa sitt arbete.

### *Jämförelser – Kulturell bakgrund*

Det var sju personer med annan kulturell bakgrund gentemot de 28 deltagare som hade svensk kulturell bakgrund vilket såklart spelar roll, och gör att det inte går att dra några definitiva slutsatser ifrån resultatet. Då det arbetsterapeutiska arbetet bland annat styrs utifrån arbetsterapeutens sociodemografiska faktorer (Trentham et al., 2007) är det ändå intressant att diskutera kring. På grund av att kultur är något som alla bär med sig och som påverkar aktivitetsutförandet (Kielhofner, 2012; Trentham et al., 2007) så antogs det att de arbetsterapeuter med annan kulturell bakgrund skulle identifiera arbetet med patienter från olika kulturella kontexter på ett annat sätt än vad arbetsterapeuterna med svensk bakgrund gjorde. Då vården i Sverige bygger på västerländska förhållningssätt kring hälsa och sjukdom

(Heikkilä, 2010), går det att anta att arbetsterapeuter med svensk bakgrund känner sig hemma i det förhållningssättet. Möjligtvis har de inte reflekterat över att synen på hälsa är kulturellt styrd förrän i mötet med patienter från olika kulturella kontexter, då situationen blir annorlunda och eventuellt kan uppfattas som problematisk. Beagan & Chacala (2012) skriver om arbetsterapeuter med annan kulturell bakgrund som istället har reflekterat över det gällande förhållningssättet och som blivit tvungna att anpassa sitt sätt att tänka och handla för att kunna arbeta utifrån det hälsoperspektiv som råder. De beskriver också att flera arbetsterapeuter med annan kulturell bakgrund har eller har haft svårigheter med att arbeta med självständighet som mål, men att deras egen kulturella bakgrund gör det enklare att arbeta med patienter från olika kulturella kontexter. Förståelsen för vad en aktivitet innebär och kräver av utövaren är central för att kunna hjälpa utövaren att förbättra sin förmåga, och därmed att arbeta klientcentrerat (Kielhofner, 2012). Möjligen gör det att arbetsterapeuter med annan kulturell bakgrund har lättare att arbeta klientcentrerat med patienter från olika kulturella kontexter, då de aktiviteter de vill förbättra inte är främmande. Det är dock viktigt att poängtera att en arbetsterapeut med annan kulturell bakgrund inte nödvändigtvis kommer från samma kultur som de patienter från olika kulturella kontexter han eller hon möter i sitt arbete, vilket gör att aktiviteten kan upplevas som främmande i alla fall. Det är även viktigt att poängtera att arbetsterapeuter med annan kulturell bakgrund också kan vara födda och/eller uppvuxna i Sverige och kan därför känna sig lika hemma i den svenska kulturen som de arbetsterapeuter med svensk kulturell bakgrund. Oavsett om arbetsterapeuterna kommer ifrån samma kultur som sina patienter från olika kultureller kontexter eller inte, är arbetsterapeuterna i fråga vana vid att tänka utanför de normer och värderingar som råder inom den dominerande kulturen (Beagan & Chacala, 2012). De skriver att det bidrar till en förmåga att tänka på sitt eget agerande och tänkande, vilket väl stämmer överens med vad MacNab (2012) skriver om metakognition inom kulturell intelligens [CQ]. Antagligen är det också så att de har hög motivation för att patienter från olika kulturella kontexter, precis som de själva, ska känna sig väl bemötta inom vården och att de på grund av sin metakognition kan förändra sitt beteende beroende på vilka patienter de möter. Om arbetsterapeuter med annan kulturell bakgrund har kulturell intelligens [CQ] är det inte heller konstigt att de upplever den arbetsterapeutiska interventionen med patienter från olika kulturella kontexter som mindre problematisk än sina arbetskamrater med svensk kulturell bakgrund.

## Metoddiskussion

En svårighet med att en nätenkät användes i studien var att den lämnade visst utrymme för missförstånd då deltagarna inte hade någon möjlighet att ställa frågor. För att stärka studiens innehållsvaliditet hade det varit bra om författarna hade skrivit en tydligare instruktion till deltagarna kring de olika påståendena utifrån kulturella aspekter, nu fanns det viss information men den skulle ha kunnat skrivits utförligare för att missförstånd skulle undvikas. Ett annat sätt att stärka innehållsvaliditeten hade kunnat vara att ha med en öppen fråga i slutet av enkäten där deltagarna hade kunnat skriva sina reflektioner kring om de tyckte att alla kulturella aspekter var täckta i enkäten (Hansagi & Allebeck, 1994). I och med att metoden använde elektroniska enkäter var det möjligt att med lätthet skicka ut påminnelser via e-post, men eventuellt skulle svarsfrekvensen varit högre om vi använt oss av vanliga pappersenkäter då ett vanligt papper kan uppfattas som mer konkret än e-post med länk till enkät. I och med att studien fick ett förhållandevis stort externt bortfall (46 %) är det viktigt att fundera kring vad detta kan bero på och vad det får för konsekvenser på studiens validitet. Det kan dels bero på att de som inte svarade inte hade något personligt intresse av studiens frågeställning men också att de inte hade någon erfarenhet av möten med patienter från olika kulturella kontexter. Studien antog att deltagarna i någon form hade erfarenhet av möten med patienter från olika kulturella kontexter, om studien hade gjorts om idag hade tydligare information skickats ut till deltagarna där kulturella faktorer, och kontexter, hade förklarats på ett tydligare sätt. I och med att studien endast fick 35 svar går det inte att dra några definitiva slutsatser från studien utifrån ett validitetsperspektiv. I studien fanns en viss risk att vi riskerade den ekologiska validiteten, att fylla i en enkät kan störa undersökningspersonerna då det inte är något de normalt gör under en vanlig dag (Bryman, 2002). Enligt Hansagi och Allebeck (1994) försämras reliabiliteten vid egenkomponerade frågor, om vi istället hade använt oss av en standardiserad undersökningsenkät hade reliabiliteten varit högre. Chronbach's Alpha reliabilitetstest visade dock 0,77 vilket enligt Olsson och Sörensen (2011) anses vara acceptabelt. I vår insamlade data har respondenterna haft möjlighet att uttrycka att de inte har någon åsikt i frågan. Enligt Bryman (2002) gör det att validiteten stärks i resultatet för att om enkäterna istället bestått av ja/nej frågor fanns det en risk för att studien tvingade undersökningspersonerna att ta ställning i en fråga som de i själva verket inte hade någon åsikt i, vilket då i slutändan påverkar resultatet och således dataanalysen (Bryman, 2002). I och med att det var arbetsterapeuter i södra Sverige, där samhället är mer mångkulturellt än i

andra delar av landet (SCB, 2012), som fick fylla i enkäten blir det svårt för studien att kunna dra några slutsatser kring hela gruppen arbetsterapeuter.

Resultatet av den här studien visar på ett behov av studier där sambandsmönster mellan sociodemografiska faktorer och kulturella faktorer undersöks.

## Konklusion

Studien har identifierat flera kulturella faktorer som arbetsterapeuter upplever som problematiska vid möten med patienter från olika kulturella kontexter. Majoriteten av arbetsterapeuterna uppgav dock att de klarar av att anpassa sitt arbete, men var ändå intresserade av fortbildning inom området. I och med att samhället blir mer och mer mångkulturellt och arbetsterapeuter upplever vissa svårigheter med att möta patienter från olika kulturella kontexter visar det på att fortbildning inom området kan vara nödvändig. Ett exempel skulle kunna vara att genomgå en fortbildning inom området för kulturell intelligens. Innan en sådan fortbildning skulle kunna äga rum kan det dock vara aktuellt att den här studien följs med en kvalitativ studie för att få svar på hur kulturella faktorer påverkar arbetsterapeuter i deras möten med patienter från olika kulturella kontexter.

## Litteraturförteckning

Adler, H. (2007). *Medicinsk juridik: grundläggande handbok*. (2. uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Awaad, T. (2003). Culture, cultural competency and occupational therapy: A review of the literature. *The British Journal of Occupational Therapy*, 66, (8), 356-356.

Beagan, B.L., & Chacala, A. (2012). Culture and diversity among occupational therapists in Ireland: when the therapist is the 'diverse' one. *British Journal of Occupational Therapy*, 75 (3), 144-151.

Bryman, A. (2002). *Samhällsvetenskapliga metoder* (B. Nilsson övers.). Malmö: Liber ekonomi (Originalarbete publicerat 2001).

Chiang, M., & Carlson, G. (2003). Occupational therapy in multicultural contexts: Issues and strategies. *British Journal of Occupational Therapy*, 66, (12), 559-567.

Christiansen, C. H., & Baum, C. M. (2005). The complexity of human occupation. I C. H. Christiansen, C. M. Baum & J. Bass-Haugen (Red.), *Occupational therapy: performance, participation, and well-being*. (3 uppl.). (s. 2-23). Thorofare, NJ: Slack.

Ejlertsson, G. (2005). *Enkäten i praktiken. En handbok i enkätmetodik* (2 uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Eliasson, A. (2006). *Kvantitativ metod från början*. Lund: Studentlitteratur.

Farias, L., & Asaba, E. (2013). "The Family Knot": Negotiating Identities and Cultural Values through the Everyday Occupations of an Immigrant Family in Sweden. *Journal of Occupational Science*, 20, 36-47.

Gebru, K., & Willman, A. (2002). Kulturkongruent omvårdnad. Om Madeleine Leiningers omvårdnadsteori. I F. Magnússon (Red.), *Etniska relationer i vård och omsorg* (s 181-199). Lund: Studentlitteratur.



Hammell, K. W. (2004). Using qualitative evidence to inform theories of occupation. I. K.W. Hammell & C. Carpenter (Red.), *Qualitative research in evidence-based rehabilitation*, (s. 14-26). Edinburgh: Churchill Livingstone.

Hammell, K. W. (2009). Sacred texts: A sceptical exploration of the assumptions underpinning theories of occupation. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 76, (1), 6-13.

Hansagi, H., & Allebeck, P. (1994). *Enkät och intervju inom hälso- och sjukvård. Handbok för forskning och utvecklingsarbete*. Lund: Studentlitteratur.

Heikkilä, K. (2010). Kulturella aspekter och etnicitet. I A. Ekwall (Red.), *Äldres hälsa och ohälsa – en introduktion till geriatrisk omvårdnad* (s. 41-52). Lund: Studentlitteratur.

Hopton, K., & Stoneley, H. (2006). Cultural awareness in occupational therapy: The Chinese example. *British Journal of Occupational Therapy*, 69, (8), 386-389.

Iwama, M. (2007). Culture and occupational therapy: Meeting the challenge of relevance in a global world. *Occupational Therapy International*, 14, 183-187.

Jonsson, H., & Josephsson, S. (2005) Occupation and meaning. I C. H. Christiansen, C. M. Baum & J. Bass-Haugen (Red.), *Occupational therapy: performance, participation, and well-being*. (3 uppl.) (s. 116-127).. Thorofare, NJ: Slack.

Kielhofner, G. (2012). *Model of human occupation: teori och tillämpning. Teori och tillämpning* (C. Falk, K. Falk & H. Stedman övers.). Lund: Studentlitteratur (Originalarbete publicerat 2008).

Larsson, I., Rahle Hasselbalch, L., & Palm, L. (2008). *Patientkommunikation i praktiken: information, dialog, delaktighet*. Stockholm: Norstedts akademiska förlag.

Law, M., Polatajko, H., Baptiste, S., & Townsend. (1997). Core Concepts of Occupational Therapy. I Canadian Association of Occupational Therapists (Ed.), *Enabling occupation: an occupational therapy perspective*. Ottawa: Canadian Association of Occupational Therapists.

MacNab, B. R. (2012). An experiential approach to cultural intelligence education. *Journal of Management Education*, 36, (1), 66-94.

Medin, J., & Alexandersson, K. (2000). *Begreppen hälsa och hälsofrämjande – en litteraturstudie*. Lund: Studentlitteratur.

Miller, A.M., Birman, D., Zenk, S., Wang, E., Sorokin, O., & Connor, J. (2009). Neighbourhood immigrant concentration, acculturation, and cultural alienation in former Soviet immigrant women. *Journal of Community Psychology* 37, (1), 88-105.

O'Dell, T. (2002). Etnicitet i spänningsfältet mellan kultur och biologi. Den globala identitetens politik. I F. Magnússon (Red.), *Etniska relationer i vård och omsorg*. (s 17-60). Lund: Studentlitteratur.

Olsson, H., & Sörensen, S. (2011). *Forskningsprocessen. Kvalitativa och kvantitativa perspektiv* (3:e uppl.). Stockholm: Liber.

Polatajko, H. J., Davis, J., Stewart, D., Cantin, N., Amoroso, B., Purdie, L., & Zimmerman, D. (2007). Specifying the domain of concern: Occupation as a core. I *Canadian Association of Occupational Therapists, Enabling occupation II: advancing an occupational therapy vision for health, well-being & justice through occupation* (s. 13-36) . Ottawa: CAOT Publications ACE.

Purnell, L. (2005). The Purnell Model for Cultural Competence. *The Journal of Multicultural Nursing & Health*, 11, (2), 7-15.

Socialstyrelsen. (2001). *Kompetensbeskrivningar för arbetsterapeuter*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Statistiska Centralbyrån. (2012). *Utländska medborgare nästan 7 procent av befolkningen*. Stockholm: Statistiska centralbyrån.

Trentham, B., Cockburn, L., Cameron, D., & Iwama, M (2007). Diversity and inclusion within an occupational therapy curriculum. *Australian Occupational Therapy Journal*, 54, 49-57.

Wahlgren, L. (2008). *SPSS steg för steg (2 uppl.)*. Lund: Studentlitteratur.

Wilcock, A. A. (2006). *An occupational perspective on health (2:a uppl.)*. Thorofare: SLACK Incorporated.

## **Bilaga 1 - Informationsmail**

Hej!

Vi är två stycken arbetsterapeutstudenter vid Lunds universitet som just nu håller på att skriva vårt examensarbete. I arbetet undersöker vi vilka kulturella faktorer arbetsterapeuter i södra Sverige kan identifiera vid möten med patienter från olika kulturella kontexter. Därför skickar vi enkäten till dig.

**Länk till enkäten: <https://www.surveymonkey.com/s/RZQQV9K>**

Följande information vill vi att ni läser igenom innan ni besvarar enkäten;

Till att börja med vill vi informera er om att deltagande i undersökningen är frivillig, att ni kan avbryta när ni vill och att vi kommer att garantera er konfidentialitet. I frågor där vi skriver om ”olika kulturella kontexter” syftar vi till andra kulturer än svensk.

Olika kulturella faktorer hos patienter är en verklighet för alla professioner i dagens och framtidens vård och omsorg, arbetsterapeuter är inget undantag. Därför ämnar den här undersökningen att studera vilka kulturella faktorer som arbetsterapeuter eventuellt identifierar i sitt arbete.

Med vänliga hälsningar

Jonatan Sjögren  
[jonatan.sjogren.036@student.lu.se](mailto:jonatan.sjogren.036@student.lu.se)  
076-2011824

Karin Herrnsdorf  
[karin.herrnsdorf.534@student.lu.se](mailto:karin.herrnsdorf.534@student.lu.se)  
070-0598326

## Bilaga 2 - Enkät



LUNDS  
UNIVERSITET  
Medicinska fakulteten

### Förekomsten av kulturella faktorer i möten mellan arbetsterapeuter och patienter från olika kulturella kontexter

#### 1. Kön?

Kvinna

Man

#### 2. Ålder?

\_\_\_\_\_

#### 3. Arbetsplats?

Slutenvården

Öppenvården

#### 4. Hur länge har du arbetat som arbetsterapeut inom sluten-/öppenvården?

\_\_\_\_\_

#### 5. Har du annan kulturell bakgrund än svensk?

Ja

Nej

#### 6. Jag tycker att det kan vara problematiskt att möta patienter från olika kulturella kontexter

Håller helt och hållet med

Håller delvis med

Har ingen åsikt

Tar delvis avstånd

Tar helt och hållet avstånd

**7. Jag upplever att språkliga barriärer försvårar arbetet med patienter från olika kulturella kontexter**

Håller helt och hållet med

Håller delvis med

Har ingen åsikt

Tar delvis avstånd

Tar helt och hållet avstånd

**8. Jag har tidigare erfarenheter av möten med patienter från olika kulturella kontexter**

Håller helt och hållet med

Håller delvis med

Har ingen åsikt

Tar delvis avstånd

Tar helt och hållet avstånd

**9. Mina tidigare erfarenheter av möten med patienter från olika kulturella kontexter har hjälpt mig idag i möten med patienter från olika kulturella kontexter**

Håller helt och hållet med

Håller delvis med

Har ingen åsikt

Tar delvis avstånd

Tar helt och hållet avstånd

**10. Jag upplever att patienter från olika kulturella kontexter kan ha svårt att se sjukvårdens roll i rehabilitering**

Håller helt och hållet med

Håller delvis med

Har ingen åsikt

Tar delvis avstånd

Tar helt och hållet avstånd

**11. Jag upplever att patienter från olika kulturella kontexter har en annan syn på hälsa**

**än andra patienter**

Håller helt och hållet med

Håller delvis med

Har ingen åsikt

Tar delvis avstånd

Tar helt och hållet avstånd

**12. Jag upplever att patienter från olika kulturella kontexter har en annan syn på smärta än andra patienter**

Håller helt och hållet med

Håller delvis med

Har ingen åsikt

Tar delvis avstånd

Tar helt och hållet avstånd

**13. Jag upplever att mina patienter från olika kulturella kontexter förstår vad jag som arbetsterapeut kan hjälpa dem med**

Håller helt och hållet med

Håller delvis med

Har ingen åsikt

Tar delvis avstånd

Tar helt och hållet avstånd

**14. Det klientcentrerade arbetet kan vara problematiskt vid möten med patienter från olika kulturella kontexter**

Håller helt och hållet med

Håller delvis med

Har ingen åsikt

Tar delvis avstånd

Tar helt och hållet avstånd

**15. Att arbeta mot aktivitet som mål i rehabilitering kan vara problematiskt med patienter från olika kulturella kontexter**

Håller helt och hållet med

Håller delvis med  
Har ingen åsikt  
Tar delvis avstånd  
Tar helt och hållet avstånd

**16. Jag tycker att resultatet av behandling med patienter från olika kulturella kontexter blir annorlunda**

Håller helt och hållet med  
Håller delvis med  
Har ingen åsikt  
Tar delvis avstånd  
Tar helt och hållet avstånd

**17. Jag tycker att min kompetens borde öka när det gäller behandling av patienter från olika kulturella kontexter**

Håller helt och hållet med  
Håller delvis med  
Har ingen åsikt  
Tar delvis avstånd  
Tar helt och hållet avstånd

**18. Min arbetsplats erbjuder kompetensutveckling om möten med patienter från olika kulturella kontexter**

Håller helt och hållet med  
Håller delvis med  
Har ingen åsikt  
Tar delvis avstånd  
Tar helt och hållet avstånd

**19. Jag upplever att kompetensen skulle kunna vara högre på min arbetsplats angående möten med patienter från olika kulturella kontexter**

Håller helt och hållet med  
Håller delvis med  
Har ingen åsikt



Tar delvis avstånd

Tar helt och hållet avstånd

**20. Jag är intresserad av att fortbilda mig inom området behandling av patienter från olika kulturella kontexter**

Håller helt och hållet med

Håller delvis med

Har ingen åsikt

Tar delvis avstånd

Tar helt och hållet avstånd

**21. Jag upplever att jag klarar av att anpassa mitt arbete på ett sätt som även passar patienter från olika kulturella kontexter**

Håller helt och hållet med

Håller delvis med

Har ingen åsikt

Tar delvis avstånd

Tar helt och hållet avstånd