



## KAROLINSKA INSTITUTET

Institutionen för klinisk neurovetenskap,  
arbetsterapi och äldrevårdsforskning  
Sektionen för arbetsterapi  
Examensarbete i arbetsterapi, 10 poäng  
C-nivå – Fristående kurs  
Höstterminen 2000

# ARBETSTERAPEUTER MÖTER VÄRLDEN

## Erfarenheter ifrån U - länder

Occupational therapists approaching the world

Experiences from developing countries

**Författare: Linda Axlid**

**Handledare: Liz Hahne**

## SAMMANFATTNING

Det är viktigt att erfarenheter inom arbetsterapeutyrket tas tillvara och dokumenteras. För de som är intresserade av att ta del av arbetsterapeuters erfarenheter ifrån arbete i U-länder så finns det i dagsläget få undersökningar i ämnet och det dokumenterade materialet är begränsat. Föreliggande undersöknings syfte var att beskriva terapeutiska aktiviteter och erfarenheter ifrån arbetsterapeuters arbete i U-länder samt att undersöka hur erfarenheterna tillämpas i Sverige. Fem arbetsterapeuter som verkat i olika U-länder deltog i denna kvalitativa undersökning. Intervju användes som datainsamlingsmetod. Vid databearbetningen av arbetsterapeuternas erfarenheter så kunde vissa återkommande teman och ämnen urskiljas, vilka var grunden för undersökningens resultat. Resultatet visade på fyra huvudteman: arbetssituation, terapeutiska aktiviteter, biståndsperspektiv och hemmaplan. Under varje huvudtema framkom fyra till fem underliggande begrepp. Arbetsterapeuterna hade förvärvat många olika typer av erfarenheter, som dels handlade om generella arbetserfarenheter, dels mer yrkesinriktade, knutna till arbetsterapierfarenheter. Arbetsterapeuterna hade också ett "att komma utifrån" perspektiv på sina erfarenheter, som främst handlade om hur man arbetade med förändringar och biståndsarbete. De beskrev också hur erfarenheter ifrån U-länder kunde tillämpas i Sverige. De erfarenheter som genomsyrade allas berättelser var arbetet med attityder, att vara känslig inför kulturella skillnader och att de tyckte sig ha utvecklat personlighetsmässiga egenskaper, som de har användning för som arbetsterapeuter. Undersökningen visade också att arbetsterapeuter med sina medicinska kunskaper, kombinerat med ett problemlösande arbetssätt riktat mot sociala mål är det perfekta yrket för att arbeta med funktionshindrade i U-länder. Det behövs att sprida mer kunskap om arbetsterapeuters synsätt på rehabilitering för att ge möjlighet till några fler av världens miljoner funktionshindrade att få delaktighet och få för dem meningsfulla liv.

Sökord: arbetsterapi, erfarenheter, U-länder, kultur.

Key words: occupational therapy, experiences, developing countries, culture.

## INNEHÅLLSFÖRTECKNING

<b>FÖRORD</b>	1
<b>BAKGRUND</b>	1
<b>FN STANDARDREGLER</b>	1
<b>SVENSKTBISTÅND</b>	1
<b>U-LÄNDER, UTVECKLINGSLÄNDER</b>	2
<b>UTVECKLING OCH FÖRÄNDRING</b>	2
<b>FUNKTIONSHINDRADES SITUATION</b>	2
<b>CBR, COMMUNITY-BASED REHABILITATION</b>	3
<b>MÅNGKULTURELL VÅRD I SVERIGE</b>	3
<b>KULTUR OCH MENING</b>	4
<b>KULTURKÄNSLIGHET</b>	5
<b>LIVSHISTORIER, "NARRATIVES"</b>	6
<b>ETISK KOD FÖR ARBETSTERAPEUTER</b>	6
<b>ARBETSTERAPEUTISKT PARADIGM</b>	7
<b>AKTIVITET SOM TERAPEUTISKT REDSKAP</b>	7
<b>SYFTE</b>	8
<b>METOD</b>	8
<b>URVAL</b>	8
<b>UNDERSÖKNINGSGRUPP</b>	8
<b>DATAINSAMLING</b>	9
<b>DATABEARBETNING</b>	9
<b>ETISKA ÖVERVÄGANDEN</b>	10
<b>RESULTAT</b>	10
<b>ARBETSSITUATION</b>	10
Annorlunda arbetsmiljö	10
Nya typer av diagnoser	11
Hinder för att nå målsättningar	11
Samarbete och samarbetspartners	12
Funktionsinriktat	13
<b>TERAPEUTISKA AKTIVITETER</b>	14
Erbjuda aktiviteter	14
Anpassning av miljö och aktiviteter	16
Tillhandahålla tekniska hjälpmedel	17
Rådgivning och problemlösning	17
<b>BISTÅNDSPERSPEKTIV</b>	20
Status som utlänning	20
Kontinuitet	20
Vara skapande	21
Hjälpa på rätt sätt	21
<b>HEMMAPLAN</b>	22
Nytt perspektiv	22
Utveckla arbetssätt	23
Mötas och bemötas	23
Kulturkänslighet	23
Fortsättning	25
<b>KONKLUSION</b>	26
<b>DISKUSSION</b>	27
<b>METODDISKUSSION</b>	27
<b>RESULTATDISKUSSION</b>	29
<b>REFERENSLISTA</b>	34
<b>BILAGA</b>	
1. Intervjuguide	

## FÖRORD

Många arbetsterapeuter och arbetsterapistuderande har någon gång tänkt tanken att det skulle vara intressant och spännande att arbeta i ett annat land, kanske ett U-land eller en annorlunda kultur, men få tar steget fullt ut och realiserar tanken. Det är procentuellt få arbetsterapeuter i Sverige som har arbetat i U-länder. För de som är intresserade av ämnet, finns heller inte särskilt mycket dokumenterat om arbetsterapeuters U-landserfarenheter. Föreliggande undersökning kan bidra till att öka bilden av hur det kan vara att som arbetsterapeut verka i andra kulturer. För att arbetsterapeuter med intresse av U-landsfrågor och kulturfrågor ska kunna få ta del av dessa erfarenheter, anser författaren att det är värdefullt att undersöka och dokumentera den typen av erfarenheter. Det är också av intresse att ta reda på hur dessa erfarenheter kan tillämpas i Sverige.

## BAKGRUND

### FN - STANDARDREGLER

FN antog 1993 Standardregler för att tillförsäkra människor med funktionsnedsättning delaktighet och jämlikhet, som grundar sig på internationella regler om mänskliga rättigheter. De 22 reglerna är inte juridiskt bindande, men kan bli internationell praxis när de används av ett stort antal stater som en folkrättslig regel. De innebär ett moraliskt och politiskt åtagande från staternas sida. Fyra av nämnda regler handlar om förutsättningar för delaktighet på lika villkor. De fyra förutsättningarna är: ökad medvetenhet, medicinsk vård, rehabilitering, stöd och service. Åtta områden för delaktighet på lika villkor har identifierats: tillgänglighet, utbildning, arbete, ekonomisk och social trygghet, familjeliv och personlig integritet, kultur, religion, rekreation och idrott. Det betyder i princip att personer med funktionshinder har rätt till rehabilitering och rätt att delta i samhällslivet på lika villkor som människor utan funktionshinder (Styrelsen för internationellt utvecklingsarbete[SIDA], 1999).

### SVENSKT BISTÅND

FN räknar med att det finns omkring 500 miljoner människor som är handikappade (handikapp beskriver här mötet mellan människor med funktionshinder och deras omgivning). Av dem bor ca 400 miljoner i U-länder och endast en liten andel har tillgång till service och rehabilitering. FN:s Standardregler är grundläggande principer för det svenska biståndet riktad mot människor med funktionshinder. Synen på funktionsnedsättning har förändrats från ett medicinskt till ett mer socialt synsätt. Integration i normala samhällsaktiviteter ska främjas framför speciallösningar.

Prioriterade samarbetsområden: a) policyutveckling och uppföljning av Standardreglerna b) kompetensutveckling, attitydpåverkan, opinionsbildning c) utveckling av organisationer av funktionshindrade d) globalt normativt metodutvecklingsarbete och forskning. (SIDA,1999).

## **U-LÄNDER, UTVECKLINGSLÄNDER**

Med U-länder i detta arbete menas länder där den största delen av befolkning lever i fattigdom med låg materiell levnadsstandard och med liten möjlighet till en förändring av sin livssituation.

Nationalencyklopedin (1996) skriver om U-land bl.a. ”att den teoretiska innebörden har skiftat mellan underutveckling som ett stadium av ekonomisk eftersläpning och som en exploaterad position i världsekonomin”.

## **UTVECKLING OCH FÖRÄNDRING**

Utveckling associerar vi här i västerlandet främst till; framsteg, modernisering, teknik, effektivitet.

Somliga anser att det traditionella utvecklingsbegreppet enbart utgår från materiella och kvantitativa förhållanden och totalt bortser från livskvalitet. De flesta utvecklingsforskarna idag menar att utveckling är ett mångdimensionellt begrepp. Enbart ekonomiska faktorer räcker inte till. Utveckling kan t.ex. också handla om att få förverkliga ”sin potentiella personlighetsutveckling”, att ett minskat antal människor lever i fattigdom, att färre människor saknar sysselsättning, att klyftorna i levnadsnivå minskar.

Utveckling kan stå för ökat folkligt inflytande och jämlikhet (Roselius, 1993).

Att arbeta med utvecklingssamarbete idag handlar inte längre om att förmedla kunskap från ”oss” till ”dom”, inte heller kunskapsförmedling från ”dom” till ”oss”. Det handlar nu mer om ett jämlikt utbyte av erfarenheter, att delge varandra kunskaper, för att tillsammans uppnå förändringar (Göransson, 1992).

Som biståndsarbetare gäller det att ha förmågan att se människors möjligheter till utveckling. Människors möjligheter till utveckling är beroende av vilka förutsättningar de får till förändring. Det bygger på en positiv syn på människors möjligheter till att växa (Emsheimer, 1997).

Det finns många likheter med förändringsarbete i Sverige och i U-länder. Förändringsarbete i U-länder liksom hemma rör sig om möten emellan uppsättningar av institutionella och tekniska resurser, kunskande och tankar, värderingar, mål och människor. Men skillnaden emellan parterna är större och förutsättningarna i U-länder är annorlunda i många avseenden (Swedish institute for public administration [SIPU], 1993).

## **FUNKTIONSHINDRADES SITUATION**

Det finns ett klart samband mellan handikapp och fattigdom. Att vara fattig innebär att vara maktlös, att sakna inflytande, information och möjlighet att påverka den egna situationen. Är man dessutom funktionshindrad ställs man mestadels helt utanför möjligheten att försörja sig själv och blir i stället ofta en börda för sin närmaste omgivning. Det är viktigt att vara medveten om den onda cirkel med fattigdom som skapar dåliga levnadsvillkor, ofta med undernäring och dålig hälsa som följd, vilket inte så sällan leder till handikapp. Är man funktionshindrad får man ofta ingen undervisning och ingen yrkesutbildning och då får man inget arbete, vilket i sin tur leder till fattigdom, och så fortsätter det. Det gäller att på olika sätt bryta den onda cirkeln (Coleridge, 2000; Jönsson, 1996; Lagerwall & Tiroler, 1995; Shirley, 1991). Funktionshindrade är förtryckta och marginaliserade i varje del av världen. De är förtryckta främst av sociala attityder som ofta kommer ifrån rädsla och fördomar. Många funktionshindrade i U-länder, om de överhuvudtaget fått någon rehabilitering alls, har upplevt en medicinsk modell av rehabilitering som inte

gjort dem delaktiga i beslut, utan till passiva mottagare. Rehabilitering sker oftast på institutioner och kliniker som få personer får tillgång till. I den medicinska modellen av rehabilitering behandlas de funktionshindrade för sin skada, de ska bli botade eller tas hand om. Idén att de har förmågan att organisera och leda sitt eget liv, inklusive sin rehabilitering, är på de flesta ställen ovanlig. I en social modell handlar det om att ta bort hinder på individuell nivå, men också att ta bort fysiska hinder och attitydhinder i samhället i stort. Det sociala synsättet innebär att det är attityderna i samhället som styr möjligheterna för personer med funktionshinder att delta i samhällslivet. Det är samhället som ska anpassas till de funktionshindrade och inte tvärt om. Det handlar om att ge de funktionshindrade makt över sina egna liv. Attityderna till utvecklingsarbete för funktionshindrade har ändrats de sista 40 åren, från välgörenhet till att ge makt till de funktionshindrade. Välgörenhet gjorde de funktionshindrade till offer, kontrollerade av andra och gjorde inget för att förstärka deras möjligheter, t.ex. att få en roll i samhället och att delta på lika villkor. Utveckling handlar om att människor förstår orsaken till deras underutveckling och med den förståelsen är delaktiga i att arbeta för att förändra sin situation. I många av utvecklingsländerna lämnas de funktionshindrade och deras familjer utanför bestämmande processer. Det handlar slutligen om att få jämställda förhållanden och att rättvisa och rättigheter för funktionshindrade finns nedskrivna i lagar (Coleridge, 1993; Coleridge, 2000).

### **CBR, COMMUNITY-BASED REHABILITATION**

WHO (världshälsoorganisationen) har utarbetat en modell för bybaserad rehabilitering som kallas för CBR (Community-Based Rehabilitation). Det är en modell som bygger på att de funktionshindrade med stöd av familjen och människor i närmiljön ska kunna leva och delta i samhällslivet på så lika villkor som möjligt. Det handlar inte minst om att ge omgivningen kunskap om deras problem och möjligheter. Det är en social modell och det handlar mycket om att informera och förändra attityder. Det innebär en kunskapsutveckling, där lokala resurser, såväl personella som materiella, används i så stor utsträckning som möjligt. Samarbete, såväl på lokal som på nationell nivå mellan medicinska, sociala och utbildningssektorer är nödvändigt. Denna modell utvecklades med tanke på att användas i U-länder, men håller på att införas även i västvärlden (Hargö Granér, 1999; Rädda barnen, 1999; SIDA, 2000).

### **MÅNGKULTURELL VÅRD I SVERIGE**

När man talar om världen som den ser ut idag så är det numera rimligt att se den som bara ett enda samhälle. Arbetsfördelningen har blivit internationell, den omfattar Manhattans kontorister och Mumdurucus urskogsindianer (Hannerz, 1983).

Sverige har mycket länge varit ett etniskt homogent land, med tämligen enhetlig kultur och en nationell särart som är egenartad, men till stora delar oidentifierad. Sverige har på grund av sin relativa geografiska isolering från den övriga europeiska kontinenten inte behövt genomleva ständiga folkomflyttningar, erövringsförsök och invasioner. Först på senare år har Sverige på allvar kommit att bli ett invandrarland. Under kort tid har Sverige fått nya medborgare från andra länder med andra traditioner. Många människor har kommit till vårt land med traumatiska upplevelser av krig och förtryck. Brist på demokrati och mänskliga rättigheter kan ha orsakat flykten eller migrationen (Gerle, 1999). Enligt hälso- och sjukvårdslagen ska människor i vårt land få "vård på lika villkor". Det innebär att ingen ska få sämre vård

genom att vara funktionshindrad och invandrare. Det ställs krav inom sjukvården på personal att bli mer lyhörd, medmänsklig, förstående att ta sig mer tid med varje patient. Helhetssyn har blivit ett honnörssord, uppmärksamheten riktas inte bara mot patienten utan också mot vårdpersonalens upplevelser och känslor. Mycket tyder på att människor med utländsk härkomst kommer att fortsätta utgöra en ökande andel av dem som söker hälso- och sjukvård (Aurelius, 1993). Den svenska hälso- och sjukvårdslagen betonar patientens rätt till vård på lika villkor och att vården bedrivs i samråd med patienten. För att uppnå ovanstående mål krävs att vårdarna har de speciella kunskaper som behövs för patienter från olika kulturer. För en professionell vårdare i ett mångkulturellt samhälle, är det viktigt att kunna möta de olika behov som uppstår hos individen med en annan kulturell bakgrund än vår egen. Att vara professionell vårdare i ett mångkulturellt samhälle, kräver kulturkompetens hos sina utövare (Hanssen, 1998). Sjukvårdspersonal tycker ibland att det är svårt att bedöma, förstå och vårda patienter ifrån andra kulturer. Ofta har det samband med att patientens uppfattning om hälsa, sjukdom och behandlingspraxis kan te sig mycket främmande. Eventuella kommunikationsproblem gör inte saken lättare. Som vårdpersonal/arbetsterapeut är det lätt att generalisera över patienter som inte har ett självklart förhållande till västerländska behandlingsmetoder och betrakta dem som besvärliga (Hanssen, 1998). Till sist handlar det om ett förhållningssätt där man är beredd att begrunda och granska sin egen kulturella bakgrund och dess relation till andra kulturer och där man är beredd att utsätta sin yrkesmässiga kompetens för prövning även av den som står utanför den svenska vårdapparaten. En sådan process kan vara påfrestande och ta tid, men är berikande för den enskilde vårdarbetaren och bidrar till en fördjupning av hela hälsoarbetet (Aurelius, 1993).

Personer med funktionshinder ifrån andra länder är speciellt utsatta, då de ofta upplever en dubbel diskriminering, dels för att de är invandrare och dels för att de har ett funktionshinder. Det är därför extra viktigt att samhällets stöd till och bemötande av personer med funktionshinder och invandrarbakgrund fungerar (Statens offentliga utredningar [SOU], 1998:139).

## **KULTUR OCH MENING**

Kultur avser här ett delat system av mening, värderingar, normer, övertygelser och samförstånd. Hasselkus och Rosa (1997) menar att den mening som aktiviteter har för oss är en produkt av vår kultur. Genom att förstå vilken roll kulturen har i att skapa mening, så kan vi bli mer känsliga för och medvetna om vilken skillnad i mening aktiviteter kan ha, för oss arbetsterapeuter och för våra klienter. Kultur existerar på flera nivåer. Det kan vara grannskapet, städer eller regioner som representerar subkulturer av en större kultur. Det finns olika grader av mening inom en kultur. Vidden av möjliga meningar, övertygelser och värderingar som vi möter hos klienter inom ett land är stort. Hur vi reagerar och beter oss då vi blir sjuka eller får ett funktionshinder är starkt kulturellt knutet. Det är viktigt att vara medveten om den betydelse kulturen har på rehabiliteringsprocessen. Arbetsterapeuter möter personer ifrån olika kulturer som kan ha olika mening om samma aktivitet. Mening är en osynlig dimension på aktivitet. För att förstå den mening som våra klienter sätter till aktiviteter, får vi be dem att berätta. Genom att plocka fram deras historier, att lyssna noga och ta tid att förstå deras situation utifrån deras synvinkel, så kan vi utforma terapeutiska aktiviteter som kan passa in i ett större sammanhang i deras liv. Då meningar

klargörs och blir en del av behandlingsprocessen, ger det rikhet åt den terapeutiska interventionen (Hasselkus & Rosa, 1997).

Samhället styr oss att ta nödvändiga sociala roller. Då roller och för individen meningsfulla uppgifter av olika anledningar ej längre kan uppnås så kan arbetsterapeuten hjälpa individen att hitta nya roller. Det krävs en medvetenhet om individens mål, värderingar, förmåga samt vad rollen kräver från omgivning och samhälle (Matheson & Bohr, 1997).

Mosey (1986) ger förslag på kulturellt känsliga områden som bör uppmärksammas, där det kan förekomma kulturella skillnader; hur vi ser på vad som är ont och gott, hur vi förhåller oss till andra människor, språk, religion, familjerelationer, arbete, hur vi uttrycker behov och känslor, om gruppen eller individen ses som viktigast, tid, ålder, döende och död, mat, accepterande av individuella olikheter, sätt att resonera, läs- och skrivkunnighet, syn på etniska grupper, politisk ideologi och synen på hälsa och sjukdom som skiljer sig i olika kulturer.

### **KULTURKÄNSLIGHET**

Mattingly (1993) diskuterar vad kulturkänslighet innebär. Hon menar att ha kulturkänslighet betyder att vara uppmärksam på att klienten kanske reagerar annorlunda än arbetsterapeuten på t.ex. funktionshinder, behandling och aktiviteter. Det handlar om att som behandlare vara medveten om sina egna attityder och värderingar, att kunna se olikheter i bakgrund och kultur hos klienten till skillnad från sig själv.

Kulturkänslighet kan hjälpa arbetsterapeuten att gå förbi det stereotypa och generaliserande och istället se klienten som en enskild person med en unik livshistoria. Den kulturella känsligheten kan hjälpa arbetsterapeuter att tänka om och förstå och uppskatta olika sätt att leva. De kulturella värderingarna påverkar ofta klientens svar på behandlingen mer än arbetsterapeuten kanske förväntar sig. Den kulturella påverkan kan ofta vara subtil och svår att få ord på, då det handlar om upplevelser, erfarenheter, värderingar och övertygelser. Arbetsterapeuter som blir insatta i olika kulturella världar har större möjligheter att vara effektiva i behandlingen. Mål nås genom en aktiv och motiverad klient som är delaktig i den terapeutiska processen. För att förstå hur den kulturella bakgrunden påverkar behandling, val av aktiviteter och beslut, måste arbetsterapeuten försöka tolka klientens kulturella värld. Det krävs kulturkänslighet av arbetsterapeuten för att förstå klientens motivation, önsknings och frustrationer och bygga upp en terapeutisk relation som grundar sig på förtroende, för att kunna arbeta för gemensamma mål (Mattingly, 1993).

MacDonald (1998) betonar vikten av den kulturella kompetensen hos arbetsterapeuter, för att kunna ge lika service till alla med rehabiliteringsbehov. Hon presenterar en multikulturell kompetensmodell, för att i undervisning kunna ha strategier för att utveckla och lära ut kulturkänslighet. Den bygger på tre huvudområden som är; kunskap (t.ex. om kultur, rasism, etnologi), självkännedom (t.ex. hur klientens bakgrund skiljer sig ifrån arbetsterapeutens) och färdigheter (t.ex. genom att använda sig av rollspel, video och hantverk). Tre andra komponenter; attityder, beteende och iakttagelseförmåga integreras under läroprocessen. Hon föreslår att färdigheter i kulturell känslighet bäst kan bli utvärderade under praktikperioder.

Vi står inför utmaningen att anpassa oss till multikulturella samhällen och bör undersöka våra grundläggande värderingar som arbetsterapeuter. Ett multikulturellt samhälle är ett samhälle som



identifierar, erkänner och värderar olika kulturella grupper. Många av de aktiviteter som erbjuds och de bedömningsinstrument vi har är baserade på västerländskt tänkande. För att kunna leverera bra arbetsterapi, krävs att vi stiger ut ifrån de västerländska tänkandet, för att få andra perspektiv t.ex. på hur man upplever sjukdom och aktivitetsnedsättning. "Kulturellt säker" arbetsterapi kräver erkännande av mångfaldens realiteter (Hocking & Whiteford, 1995).

### **LIVSHISTORIER, "NARRATIVES"**

Flera författare föreslår den "narrativa"(berättande)intervjun som ett sätt att få en bra kommunikation och förståelse för människor ifrån olika kulturella bakgrunder (Hasselkus & Rosa, 1997; Kihlhofner, 1997; Mattingly & Lawlor, 2000). Narrativ teori är intimt kopplat med tid då det handlar om tidigare erfarenheter och tänkta framtida upplevelser i vår livstid. Erfarenheter blir begripliga och meningsfulla i berättandet, där vi fogar samman det förflutna med nuet och utifrån det kan fatta beslut inför framtiden. Berättandet kan spela en viktig roll i att belysa klientens livsvärld, speciellt då den kulturella bakgrunden skiljer sig mellan arbetsterapeut och klient. Genom att lyssna på klienters livshistorier kan arbetsterapeuter bättre förstå vilka erfarenheter klienten har av sjukdom och nedsatt funktionsförmåga, hur de tolkar, finner mening i och väljer aktiviteter. Den narrativa historien beskriver händelser som är placerade till tid och plats. Då det handlar om händelser, avses främst mänskliga och sociala interaktioner. Den narrativa historien har en sammanhängande handling (plot); en början, en mitt och ett slut. Då historien utvecklar sig i tid ger den en "helhetskänsla", men kan samtidigt upplevas som separata händelser och framtida möjligheter. Men hjälp av terapeutiska historier kan vi understödja läkande och anpassande processer, genom att se sammanhang har vi större möjlighet att stödja klienten till att nå ett meningsfullt liv (Hasselkus & Rosa, 1997; Kihlhofner, 1997; Mattingly & Lawlor, 2000).

### **ETISK KOD FÖR ARBETSTERAPEUTER**

Den etiska koden syftar till att vara ett hjälpmedel för analys och för vägledning vid etiska ställningstaganden, genom att den anger ett antal skyldigheter för arbetsterapeuten.

Under rubriken "Förutsättningar för att väl kunna fylla de krav som yrket ställer" står det att arbetsterapeuten bör ha för uppgifterna relevanta egenskaper och färdigheter, vilket innebär: förmåga att respektera mänskliga rättigheter och människors lika värde, förmåga till intuition, förmåga till kreativitet, förmåga till empati, förmåga till reflexion och kritisk analys, förmåga till observation, förmåga till att avgöra vad man bör, får och skall göra i behandlingen utifrån sin kompetens, förmåga till att medvetet använda sig själv i behandlingen (Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter[FSA], 1998).

## **ARBETSTERAPEUTISKT PARADIGM**

Det arbetsterapeutiska yrket är ett yrke i förändring. Det utvecklas nya paradigmer som är grunden för dess yrkesidentitet och professionella kultur. I Sverige har två paradigmskiften genomgått och det utvecklas nu ett tredje paradigm, som beskrivs nedan. Arbetsterapiparadigmet kan definieras och förstås utifrån tre begrepp; grundläggande antaganden, central uppfattning och värderingar.

Antaganden: människor är till sin natur aktiva, människor kan uppleva dysfunktion i aktivitet, aktivitet som terapins dynamiska kraft.

Central uppfattning: innefattar de biologiska, psykologiska och sociokulturella områdena, vilka kan ses som fyra hierarkiskt organiserade fenomennivåer (sociokulturell, person, system, organ) som hör ihop och fungerar som öppna system.

Centrala värderingar: människans värdighet och värde, deltagande i aktiviteter, självbestämmande, frihet och oberoende, latent förmåga, omtanke och interpersonella element i terapi, människans unikheter och subjektivitet, ömsesidigt samarbete i terapi.

Dessa värden innefattar övertygelsen att nedsatt förmåga inte minskar människans värde och inte nödvändigtvis hindrar henne från att uppnå ett bra liv. I motsats till den medicinska modellen, som tenderar att sätta patienten i en passiv sjukhusroll och fästa tonvikten vid botande och läkande vårdinsatser, ser arbetsterapi individen som centrum för de dynamiska krafter som kommer att bli avgörande för hälsoutfallet. Denna attityd medför ett förhållande till patienten som samarbetspartner. Patienten betraktas som jämlik deltagare i vårdprocessen (Kiehlhofner 1992/1994; Kiehlhofner, 1997).

## **AKTIVITET SOM TERAPEUTISKT REDSKAP**

Användandet av aktiviteter för att förbättra hälsotillståndet är en del i arbetsterapiens grundläggande dynamiska kraft (Kiehlhofner 1992/1994; Kiehlhofner, 1997). Kiehlhofner (1997) beskriver följande fyra vägar att använda aktivitetens terapeutiska metodik.

- Tillhandahålla möjligheter att utföra aktiviteter
  - aktiviteterna är utformade utifrån specifika terapeutiska mål
- Modifiera miljöer och uppgifter
  - kan innefatta fysiska, psykosociala förändringar i miljön och att nivåanpassa uppgifter
- Tillhandahålla tekniska hjälpmedel
  - för att öka förmåga eller kompensera för förlorad förmåga
- Rådgivning / problemlösning
  - arbetsterapeuten söker vägar som gör det möjligt att delta i aktiviteter utanför terapitillfället

Respekten för aktivitetens individuella relevans är viktig. Detta innebär att upptäcka vilken mening varje aktivitetsutförande har för en person mot bakgrunden av den nedsatta funktionsförmågan och andra livserfarenheter. Arbetsterapi kräver en personlig upplevelse av meningsfullhet (Kiehlhofner 1992/1994; Kiehlhofner, 1997).

## **SYFTE**

Syftet med studien var att beskriva terapeutiska aktiviteter och erfarenheter ifrån arbetsterapeuters arbete i U-länder samt hur erfarenheterna tillämpas i Sverige.

## **METOD**

### **URVAL**

För att undersöka om erfarenheter från arbetsterapeuter var liknande oavsett i vilka länder de verkat i, så önskades att få ett så brett urval som möjligt. Följande kriterier fanns vid urvalet: De intervjuade arbetsterapeuterna (respondenterna) skulle ha arbetat i skiljaktiga länder. De skulle ha minst 10 månaders erfarenhet från de länder de verkat i. De skulle vara utexaminerade arbetsterapeuter när de verkade i dessa länder. Respondenterna skulle vara nu verksamma arbetsterapeuter i Sverige. Den geografiska begränsningen valdes av praktiska skäl till Stockholm med omnejd, högst 15 mil bort.

Första steget var att ta reda på om det fanns underlag (arbetsterapeuter som föll inom kriterierna för att bli intervjuade) för att kunna genomföra denna undersökning.

Olika organisationer som kunde tänkas arbeta med bistånd och funktionshindrade kontaktades per telefon, för att få tips/förslag på arbetsterapeuter som arbetat i olika U-länder. De organisationer som kontaktades var: SIDA (Swedish International Development Cooperation Agency), SIDA-Sandö, IMCH (International Maternal and Child Health), Forum Syd, Svalorna, UBV (Utbildning för Biståndsverksamhet), Afrikagrupperna, Palestinagrupperna, FRU (föreningen för rehabilitering i u-länder), Shia (Swedish organisation of Handicapped International Aid foundation), Rekryteringsgruppen, Läkare utan gränser, FSA (Förenade Sveriges Arbetsterapeuter), Svenska kyrkans utlandsrekrytering, Diakonia, Rädda barnen, Röda korset, Fuf (föreningen för utvecklingsfrågor).

Utifrån dessa kontakter kunde 29 arbetsterapeuter som vistats i U-länder registreras. Samtliga dessa försöktes nås per telefon och e-mail. De flesta föll bort genom, att några inte fanns bosatta i Sverige längre, några befann sig i Sverige geografiskt långt ifrån Stockholm, några inte arbetade som arbetsterapeuter just nu, några inte hade haft arbetsterapeutiska uppgifter då de varit utomlands, några inte var utexaminerade arbetsterapeuter vid vistelsen i U-land. Det visade sig att antalet arbetsterapeuter som föll inom kriterieramen för denna undersökning efter bortfallen var fem stycken.

### **UNDERSÖKNINGSGRUPP**

Undersökningsgruppen bestod av fem arbetsterapeuter som levtt och verkat i U-länder med fattig befolkning. Respondenterna hade verkat i följande världsdelar och verksamhetsområden; två i Afrika, två i Asien och en i Latinamerika. De presenteras här i intervjuordning. AT=arbetsterapeut. AT 1; Afrika, sammanlagt ca 4 år, främst på ett stort landsortsjukhus, bygga upp ny verksamhet. AT 2; Asien, ca 10 månader, en skola för funktionshindrade barn, utveckling av befintlig verksamhet och ett daghem för funktionshindrade barn, bygga upp ny verksamhet.

AT 3; Latinamerika, sammanlagt ca 6 år, öppen psykiatri, bygga upp ny verksamhet.

AT 4; Asien, ca 2 år, rehabiliteringscentercenter, bygga upp ny verksamhet.

AT 5; Afrika, ca 3 år, nationellt sjukhus, främst med befintlig pediatrik öppen vård.

En arbetsterapeut hade i två olika perioder arbetat i två olika länder. En annan arbetsterapeut hade varit ute och arbetat på samma ställe i två olika perioder

Arbetsterapeuter som ingick i undersökningen representerade enbart sig själva och sina egna erfarenheter som var relevanta för syftet med undersökningen.

## **DATAINSAMLING**

De fem arbetsterapeuterna kontaktades personligen per telefon. Syftet med intervjun förklarades och de fick en förfrågan om de var intresserade av att delta i denna undersökning. Alla fem svarade ja till deltagande i undersökningen. Tid och plats för intervjuer bestämdes vid ett senare telefonsamtal.

Respondenterna fick själva bestämma plats för intervjun. Fyra valde att bli intervjuade på sin arbetsplats. En ville av praktiska skäl bli intervjuad i författarens hem. Intervjuerna ägde rum i lokaler där samtalen kunde genomföras relativt ostörda.

För denna typ av forskningsintervju var det lämpligt att följa en intervjuguide. Genom intervjuguiden förbereddes intervjun med frågeområden, men utrymme fanns till spontana frågor och uppföljningsfrågor. Respondenten hade också möjlighet att uttrycka erfarenheter som intervjuaren inte tagit upp eller frågat om (Kvale, 1997).

Avsikten med intervjuerna var att frågeområdena (fem) skulle täckas och att respondenterna skulle få liknande frågor för att få ett jämförbart material att arbeta med. Frågorna förbereddes i intervjuguiden, men dessa formulerades något olika under de olika intervju tillfällena. Intervjuerna varierade tidsmässigt mellan 50 och 115 minuter och spelades in på band.

## **DATABEARBETNING**

Varje intervju skrevs ut ordagrant (inklusive pauser, skratt, suckar etc.) på dator från intervjubandet, omedelbart efter intervjun.

Databearbetningen skedde med utgångspunkt från den metod som Dahlberg (1997) angett för bearbetning av denna typ av data. Dahlberg (1997) beskriver processen som tre faser.

För att få en första förståelse och helhet av texterna genomlästes texterna från de olika intervjuerna flera gånger. Dahlberg kallar denna första fas för "den bekantgörande fasen", som sker innan den analyserande databearbetningen påbörjas.

I följande fas "den analyserande fasen" fördjupades förståelsen genom analys av texten. För studiens syfte intressanta partier ströks under i texten och noteringar gjordes i kanten av textbladen. Skillnader och likheter i de olika intervjutexterna söktes. Efter att ha läst genom dessa anteckningar och markeringar ett antal gånger, kunde vissa ämnesområden, teman och kategorier börja urskiljas. Dessa teman skrevs ner och olika färger på markeringspennor användes för att stryka under textavsnitt som passade in under respektive tema. Dessa textavsnitt klipptes sedan ut ur intervjutexterna och lades under respektive tema på datorn. Textavsnitten analyserades och kategorier med gemensamma nämnare bildades under respektive tema. Framkomna teman och kategorier skrevs ut på datorn och lästes noggrant igenom och

analyserades. Då framkom några nya kategorier och teman ändrades. De nya underkategorierna och huvudteman lästes igenom och analyserades ännu en gång. Texterna omstrukturerades och kategorier och teman skrevs ut. Utifrån dessa texter gjordes en sista analys som sedan blev resultatet.

Under den sista fasen som Dahlberg (1997) kallar "dataanalysens resultat, beskrevs det slutgiltiga resultatet. De olika teman och kategorier som vuxit fram genom analysen, sammanställdes och presenteras under resultatdelen av studien.

### **ETISKA ÖVERVÄGANDEN**

Författaren försökte vara så medveten som möjligt om sin egna värderingar.

De deltagande arbetsterapeuterna informerades om syftet med uppsatsen, att uppsatsen bygger på deras personliga erfarenheter och att det är helt frivilligt att delta. De informerades om att anonymitet gäller vid redovisningen av resultatet och att bandinspelningarna kommer att förstöras efter examination.

Respondenterna informerades också om att de får ta del av uppsatsen då den är klar.

## **RESULTAT**

I resultatet av dataanalysen av samtliga fem intervjuer framkom fyra huvudteman vilka var: arbetssituation, terapeutiska aktiviteter, biståndsperspektiv och hemmaplan. Under varje huvudtema framkom fyra till fem underliggande kategorier som redovisas under respektive tema.

### **ARBETSSITUATION**

Temat beskriver erfarenheter ifrån speciella situationer i arbetet, där de framkomna kategorierna är: annorlunda arbetsmiljö, nya typer av diagnoser, hinder för att nå målsättningar, samarbete och samarbetspartners, funktionsinriktat.

#### **Annorlunda arbetsmiljö**

Fyra av de intervjuade arbetsterapeuterna kom till verksamheter som ännu ej var etablerade. De var med och utformade nya verksamheter. Endast en av arbetsterapeuterna hade tidigare arbetat med att utforma nya verksamheter. Det övergripande målet med deras verksamheter var att hjälpa till att bygga upp någon slags fungerande rehabiliterande verksamhet, ifrån ett nolläge. Detta innebar att kunskapen om rehabilitering på stället var närmast obefintlig. Det gällde att hitta metoder och arbetssätt att arbeta med. Det fanns ingen inhemsk rehabiliteringspersonal att arbeta med från början. Ofta var arbetsbeskrivningen inte heller klart formulerad. Det gällde att utforma sin egen arbetsplats/situation.

“Det var väldigt luddigt i beskrivningen för man hade inte mycket erfarenhet hur man skulle kunna lägga upp en sådan här verksamhet, rehabilitering. Det fanns alltså ingenting. Det fanns en container med gamla rullstolar, ungefär så.”(AT1)

Arbetsmiljön var ofta väldigt olik den man var van vid ifrån Sverige, man fick arbeta under annorlunda förhållanden. Det kunde t.ex. vara stora rum med många patienter samtidigt, skrikande barn, fläktar som brummade och varmt. På ett ställe stod vakter utanför sjukhuset, och arbetsterapeuten kände sig inte

speciellt trygg i miljön. En av arbetsterapeuterna kände att hon inte var förberedd på vilken typ av miljö hon skulle möta och fick i början en kulturchock. Det gällde även de svenska arbetsterapistuderande som med hjälp av en svensk arbetsterapeut gjorde praktikperioder på ett sjukhus. Studenterna var inte förberedda på vad de skulle möta i den annorlunda kulturen.

“Jag fick en chock då jag kom på den här ortopedavdelningen.... Och då det som chockade mig, man låg ju 2-3 i samma säng och hade man ingen sängplats, det kostade mindre om man bodde på golvet ...det var byggt för 22 patienter och den dagen jag var där då var det 73 stycken i det rummet. Och då låg de 3 i en säng och medpatienten vände sig om och kräktes på sin kompis, sängkompis, och då var det som så här det här är liksom krig, det här är krigstillstånd kändes det som. Och jag kände att det var över min förmåga. Jag hanterar inte det. Jag kände att jag kan inte göra någonting här. Jag vet inte vad jag ska göra som arbetsterapeut...”(AT5)

En arbetsterapeut upplevde att hon blev motarbetad av den lokala ledningen av flera olika anledningar och det blev väldiga konflikter redan från början. Hon och ledningen hade olika uppfattning om hennes funktion. Ledningen ville t.ex. att hon skulle ha rollen som polis och anteckna alla fel samarbetsparterna (lärare till funktionshindrade barn) gjorde. Hon skulle också bl.a. missleda föräldrar, t.ex. säga att deras barn med permanenta skador faktiskt kunde bli friska för att motivera föräldrarna. Då hon inte ville utföra vissa ”order” så fick hon höra olika anklagelser, som att svenskar var lata och bara kommit dit för “sola sig ute i djungeln”. Då situationen blev ohållbar bytte hon verksamhet och fick vara med och skapa en annan verksamhet, som fungerade så länge hon fick vara kvar.

“ ledningen direkt motarbetade det vi försökte göra och omöjliggjorde och la in andra när det var schemalagt att vi skulle jobba och göra olika workshops. Så gick det några gånger, men sedan så planerade de in annat systematiskt, så att det inte gick att genomföra det här. Så småningom var vi tvungna att ge oss iväg därifrån och då började vi ett annat projekt - en special förskola för gravt handikappade barn och det kom så att bli nästa projekt. Det här som jag berättar om blev inte vad vi hade tänkt och det var en jättesvår tid. Och sen hann vi precis starta upp det här, specialförskolan och utrusta den och anställa personal och hitta de barn som skulle börja och allting. Sen drog man in våra arbetstillstånd då man förstod plötsligt att vi inte...”(AT2)

### **Nya typer av diagnoser**

De flesta av arbetsterapeuterna fick möta nya typer av skador och funktionshinder som de inte mött i Sverige. Det kunde vara skott- och andra krigsskador, albinos, lepra, polio, epilepsi, malaria, meningitis, CP-skador, ryggmärgsskador, olika typer av handskador etc.

“Vi hade en masaykvinna som hade fått hela handen , hon hade fått hela handen avbiten av en hyena för att hon var blind och såg inte då den attackerade. Den hade ätit upp handen.”(AT5)  
“Lepra, en leprafarm fanns det, där vi bodde...Det kallades så för där bodde, man samlade en massa folk med lepra och så bodde de tillsammans och odlade jorden där som kollektiv.”(AT1)

### **Hinder för att nå målsättningar**

En arbetsterapeut uttryckte att ett hinder för att nå målsättningar var att patienterna plötsligt inte dök upp. Det var svårt att nå dem då man inte hade register eller adresser där patienterna bodde och de inte hade telefon. Man hade inga personnummer och visste inte heller hur gamla patienterna egentligen var. En arbetsterapeut arbetade på ett sjukhus där man inte blev utskriven förrän man betalt räkningen. Att ha en målsättning med hemgång kunde då vara svårt.

“systemet fungerar så att om man blivit inskriven så blev man inte utskriven förrän man betalt räkningen. Så den här pojken jag pratat om som inte kunde gå som tog sig fram, han var ju jättesöt, han blev så glad jämt då man kom. Han hade varit där i tre år tror jag, för ingen hade hämtat ut honom och då blir man kvar.”(AT5)

En arbetsterapeut upplevde det svårt att motivera patienter och anhöriga till en målsättning, då man hade en fatalistisk inställning till det som sker i livet. Man hade inte så stort behov att förändra saker till det bättre, utan det var som det var.

Utbildningsnivån hos patienterna och anhöriga var ofta låg och man hade inte baskunskaperna om hur människokroppen är uppbyggd och fungerar, tex att en muskel blir starkare vid träning. Många var dessutom analfabeter och hade liten eller ingen skolgång, vilket påverkade förmågan att förstå mål med rehabiliteringen.

En arbetsterapeut upplevde att många kände skam inför t.ex. förlamade kroppsdelar och gömde undan dem, vilket försvårade träningen och en målsättning att kunna använda handen.

“Det var väldigt vanligt att den skadade delen gömde man under ett tygstycke eller någonting eller stoppade in den under skjortan så att det inte skulle synas och det var ju ett arbete att plocka fram dom här armarna då eller händerna som inte fungerade så bra.”(AT1)

De funktionshindrade var speciellt utsatta för fattigdom, då möjligheten till ett arbete var väldigt liten.

Det var svårt att förändra och handlade om politik på samhällsnivå. Tanken på att de funktionshindrade i förlängningen i alla fall skulle kunna få en liten inkomst, t.ex. genom att tillverka saker, fanns ofta med i arbetsterapeuternas tänkande. Arbetsterapeuterna var medvetna om vad de funktionshindrade rehabiliteras till för situation och hur deras förhållanden ofta såg ut.

“Ja det här var ett jättefattigt område. De här familjerna hade kanske 13 barn och jobbade och slet väldigt hårt.”(AT2)

### **Samarbete och samarbetspartners**

I de länder där arbetsterapeuterna verkade fanns ingen inhemska arbetsterapeututbildning utom i ett land.

De fick då samarbeta med assistenter, t.ex. vårdpersonal, eller personer med annan yrkesbakgrund än arbetsterapeut, som de skulle “lära upp”. I ett fall ledde närvaron av den svenska arbetsterapeuten till att inhemska personal kunde få utbildning till arbetsterapeut i ett annat land. I alla länder fanns det sjukgymnastutbildning och på de flesta ställena kunde inhemska sjukgymnaster rekryteras. De inhemska rehabiliteringsresurserna i länderna och möjlighet att få rehabiliteringsutbildning var oftast små.

Det handlade ofta om att arbeta över yrkesgränserna då man arbetade i länder där yrkesresurser fattades.

Speciellt en arbetsterapeut upplevde att hon fick arbeta mycket utanför sitt yrkesområde som arbetsterapeut, främst från början då de andra yrkesfunktionerna ej fanns på plats. Hon fick bl.a. göra sjukgymnastiska övningar, då det ej fanns någon sjukgymnast. Hon saknade en kollega att diskutera med. Hon använde sig av bilmekaniker och tekniker av olika slag som bollplank.

“Ja, jag fick nog arbeta som både arbetsterapeut och sjukgymnast och rehabiliteringsingenjör och hjälpmedelstekniker och lite så där. Jag fick ta tag i hela biten förstås. Äh, och prova sig fram mycket eftersom det var nytt allting både för dem och för mig.”(AT1)

Samarbetspartnerna hade ibland ett annat sätt att se på arbetsterapeuternas “demokratiska” arbetsmetoder. Arbetsterapeuterna ville ha delaktighet och inte köra över någon och frågade samarbetspartners

vad de tyckte och trodde. En del samarbetspartners såg på de utländska arbetsterapeuterna som kunniga auktoriteter. De skulle veta och tala om hur saker och ting skulle vara. Det ansågs ur deras ögon "okunnigt" när arbetsterapeuterna frågade dem (samarbetspartnerna) vad de tyckte.

"Speciellt då våra assistenter som vi jobbade så nära med, då tyckte de att vi inte kunde om vi gick ut och frågade. Då kändes det ju så naturligt att fråga dom om det. Det var en kulturkrock. Jag vet inte om vi lyckades överbrygga det där, men jag tyckte det var tydligt det där. "(AT2)  
"de är ju vana vid att bli tillsagda: att du ska göra det. Det här var helt annat som de var ovana vid."(AT4)

Arbetsterapeuten som arbetade med inhemska arbetsterapeuter tyckte att motivationen till arbetet på sjukhuset var låg. Hon trodde det berodde på att de hade låg lön. De såg till att ha privatpatienter i sitt hem för att dryga ut inkomsterna. Den statliga lönen förändrades inte hur kreativa de än var, det kändes inte som om de värderades för det de utförde. Många av hennes arbetsterapeutkollegor hade som målsättning att få arbeta i USA. De vill inte vara kvar i landet. En annan arbetsterapeut hade ett exempel på personal som var väldigt låg motiverade och låg och sov under dagen, de funktionshindrade barnen lämnades att själva bära runt och ta hand om varandra.

"Och så tror jag alltså motivation genomsyrar allt. Och även mina kollegor var ju mer motiverade att göra saker då de tyckte att de fick betalt."(AT5)

Det kunde upplevas tråkigt att känna sig utanför de övriga kollegornas gemenskap och att inte kunna mötas på samma nivå som kollegor, då de ofta såg mer till person än yrke.

"... man kanske trodde att man var vän med dom här, med sina kollegor, för det tycker jag, det var svårt att sälja in konceptet och sen så kunde det gå tre gånger och sen så frågade de; kan du hjälpa mig att komma till Sverige eller kan du köpa mig en kamera eller så . Det tyckte jag var svårt."(AT5)

### **Funktionsinriktat**

Arbetsterapeuten som arbetade på ett stort sjukhus, i en redan existerande verksamhet med inhemska arbetsterapeuter, upplevde en stor skillnad i rehabiliteringstänkandet då det gällde synen på aktivitetsanvändande och vilka mål man har för behandlingen.

"det var nog förbättrad funktionsförmåga, förbättrade funktioner. Man tänkte inte så mycket utifrån aktiviteter tror jag. Man mätte inte förmåga heller egentligen. Jag såg inte att de använde några bedömningsinstrument, man jobbade mycket med "sensory integration", man gungade dem mycket och man jobbade mycket med att lära sig om spasticitet och motoriskträning liksom. Jag hörde aldrig att det var några diskussioner liksom om aktiviteter."(AT5)

Hon upplevde att de inhemska arbetsterapeuterna hade ett biomekanisk synsätt. De var duktiga på ursprung på muskler och leder, de arbetade mycket "sjukgymnastiskt" och funktionsinriktat. De använde så gott som inga aktiviteter i sin behandling. Många av arbetsterapeuterna hade egentligen velat bli läkare, men genom det rådande utbildningssystemet så hade de blivit satta till utbildning till arbetsterapeut istället.

"Och där drog man och slet och "rubbade" dem. Man kör med "rubbing and scrubbing", Margareta Rood metod där det gäller att få igång aktivitet i muskler och så där. Man jobbar med att skrubba dem med olika frottéer kan man väl säga. Och så bände man, man jobbade väldigt sjukgymnastiskt , sen så hade man ståfällor man kunde ställa upp dem i."(AT5)



Den svenska arbetsterapeuten upplevde det svårt att införa ett nytt aktivitetstänkande. När hon tillfrågades att prata på ett seminarium om hur hon arbetar med träning av personlig vård, sa arbetsterapiledningen nej. Hon trodde att de kanske såg det som ett hot, de var rädda för att bli kritiserade, de trodde nog också att det ev. kunde leda till en ökad arbetsbörda. Kollegorna hade också svårt att föreställa sig att patienterna skulle kunna förstå meningen med och acceptera denna typ av träning.

## TERAPEUTISKA AKTIVITETER

Temat beskriver arbetsterapeuternas erfarenheter ifrån olika terapeutiska aktiviteter i U-länder, där de framkomna kategorierna är: erbjuda aktiviteter, anpassning av miljö och aktiviteter, tillhandahålla tekniska hjälpmedel och att arbeta med problemlösning och rådgivning.

### Erbjuda aktiviteter

Alla arbetsterapeuter i intervjuerna arbetade med och mötte aktiviteter på ett eller annat sätt.

De flesta av de aktiviteter som användes var ifrån Sverige redan kända aktiviteter.

Aktiviteter och träning med patienter som arbetsterapeuterna nämnde var; personlig vård, rullstolskörning, kök, skapande aktiviteter (såsom sy, väva, brodera, snickra, läderarbete, rita mönster, laga kläder, göra masker, måla), skrivträning, handträning, finmotoriskträning, ståträning, styrketräning, rörelseträning, olika slags gymnastik, gångträning. Individuellt och i grupper. Redskap som användes var t.ex. bultbrädor, sandpåsar, gummiband, bollar, klossar, behandlingsdeg, leksaker. Hur redskapen erhöles var på olika sätt. En arbetsterapeut tillverkade sina egna träningsredskap t.ex. av gamla tunnor och bildäck. En annan hade ordnat med donationer ifrån Sverige. Ett svenskt biståndsfinansierat rehabiliteringscenter var utrustat med allt material ifrån Sverige.

På frågan om de tyckte de lärt sig några nya aktiviteter, ev. kulturellt anknutna, tyckte endast en arbetsterapeut att hon lärt sig några nya aktiviteter. Det var att göra en typ av masker, piñatas (en slags figur som fylls med godis) och utföra en slags terapeutisk gymnastik. De andra tyckte att de inte fått någon erfarenhet av några nya aktiviteter.

Användningen av Aktiviteter i det Dagliga Livet (ADL) var inte så självklar och vanlig som i Sverige. Då det gällde träning av den personliga vården, arbetade endast två av arbetsterapeuterna med det. En av arbetsterapeuterna som inte arbetade med den personliga vården, ansåg det inte så viktigt att vara självständig i det landet, då man där hade ett annat familjemönster. Det fanns alltid någon i närheten som kunde hjälpa till. En annan anledning var att det oftast inte fanns adekvata lokaler att träna i och ibland fattades även kläder att träna med.

“det kändes ganska hopplöst för det var som på plan 7, på hela planet så fanns det en toalett och folk hade knappt kläder på kroppen . Det kändes liksom fel att börja träna av- och påklädning, det var mycket mer, ja folk hade ju knappt kläder så att säga, och alla hade inte en säng heller”(AT5)

De aktiviteter som lättast kunde tränas inom den personliga vården var förflyttningar och rullstolskörning och att kunna äta själv. Det var viktigt att vara medveten om den rådande kulturens värderingar då det

gällde att t.ex. arbeta med manliga patienter och personlig hygien. En arbetsterapeut löste det på det viset att man använde sig av manliga assistenter.

“att ha ADL-träning när de inte gärna visar sig naken för en kvinna. Då kunde man gå vägen via en assistent . Vi hade två manliga assistenter på arbetsterapin. Så ofta instruerade vi dom och så gick dom in och gjorde det mesta av ADL-träningen faktiskt.”(AT4)

Det var också dåligt med förebilder som visade på t.ex. vad en ryggmärgsskadad kan klara av. En arbetsterapeut löste det på så vis att man med hjälp av svenska biståndspengar kunde få dit ryggmärgsskadade ifrån Sverige som nya förebilder, vilket gav mycket bra resultat.

“det var då det började hända saker, då fick de se de som var i samma situation som de själva och det blev ju verkligen....Det hjälpte ju inte att vi kom och sa att du kan göra det och det och det, trots att du är så och så handikappad. Det fick ju ingen effekt, men när dom kom ner de här grabbarna, dom fick jättefin kontakt. Så att det....det var effektivt.”(AT4)

Då det gällde boendeaktiviteter så nämndes bara köksaktiviteter och det användes endast av en arbetsterapeut. Aktiviteten ansågs inte speciellt stor av olika anledningar. Det vanligaste familjemönstret i dessa länder är att bo många tillsammans, stora familjer. Det finns alltid någon som lagar mat till den som inte kan det själv, så det är inte alltid så viktigt att kunna laga sin egen mat. Ofta var deras egna kök och spisar mycket annorlunda mot våra svenska kök. Maten lagades oftast över öppen eld eller någon typ av vedeldade spisar. På ett rehabiliteringscenter byggdes ett träningskök på lokalbefolkningen begäran och planerades med hjälp av svenska arbetsterapeuter, men det kom inte att användas speciellt mycket. Det fina träningsköket var också tillrättalat och olikt den miljö de skulle återvända till. På andra ställen var det svårighet med att utföra köksträning då det ej fanns lokaler att vara i. I ett fall fanns ett kök, men det köket var till för de anhöriga, eftersom det krävdes att de lagar mat åt den inlagde.

“Det gjorde jag inte för dels hade vi ingenstans att vara och sen så var det så att det fanns inget kök . I det kök som fanns var det anhöriga som lagade mat. Man måste ha en anhörig med sig som lagade maten åt en.”(AT1)

Det var ingen av dessa arbetsterapeuter som arbetade direkt med arbetsinriktad rehabilitering, men man var medveten om att försöka använda aktiviteter som man skulle kunna ha nytta av i framtiden. Ofta arbetade de funktionshindrade med att sälja saker, ofta var det sådant de tillverkat själva.

Flera arbetsterapeuter försökte därför använda aktiviteter de funktionshindrade kunde ha nytta av, t.ex. att använda/lära ut hantverksaktiviteter, såsom att sy.

Framtiden för en utbildad, fattig funktionshindrad var arbetsmässigt inte speciellt ljus i dessa länder.

Man var ofta beroende av att någon släkting försörjde dem. En del funktionshindrade tyckte att det lönade sig bäst med tiggeri.

“Charlie han har bjudit oss på middag flera gånger och han är rikast i sin familj. Men det är ju sorgligt kan man tycka flera har försökt få honom att skriva någon bok om sitt liv för han har en fantastisk historia, men han tycker att det lönar sig bättre att tigga. Och det kan man ju tycka är sorgligt. Det är svårt med arbete om man inte är väldigt företagsam och lyckas ta sig fram.”(AT2)

Ingen nämnde någon direkt fritidsinriktad aktivitet eller att man satte upp mål med fritidsinriktning.

Skapande aktiviteter användes dels som terapeutiskt redskap, t.ex. för att få ökat självförtroende och

bryta isolering, dels för att ev. kunna användas som inkomstkälla i framtiden. I dessa länder handlade det mycket om att överleva i ett tufft samhällsklimat.

“Det var väldigt mycket skapande, men det var också begränsat i och med att alla psykotiska människor kanske inte kan tillgodogöra sig skapande. De kan bli förvirrade om man bara målar. Så framförallt lärde jag dem, lärde ut ostrukturerat, strukturerade aktiviteter, det kunde vara snickeri, det kunde vara att broderi och göra masker det var mycket.... sömnad och olika saker som kunde kännas också vettiga för dom, som de kunde använda sen i framtiden och kunna få någonting av det.”(AT3)

### **Anpassning av miljö och aktiviteter**

Samtliga arbetsterapeuter såg bristen på tillgänglighet som ett av de största hindren för de funktionshindrade för att kunna nå ökad självständighet. Alla arbetsterapeuter hade någon gång gjort hembesök eller arbetat i hemmen och sett under vilka hemförhållanden de funktionshindrade bodde. De anpassningar som gjordes var främst för att underlätta tillgängligheten i den fysiska miljön. Den fysiska hemmiljön kunde se mycket olika ut mot den svenska, t.ex. kunde husen stå på pålar med en liten stege upp. Boendet var oftast inte optimalt. Det handlade inte om tycke och smak hur man bodde. Det kunde vara att man bodde på en flyktingförläggning med tio personer boende i ett rum. Det var ofta svårt att anpassa miljön. Det var inte bara att fylla i en bostadsanpassningsansökan och skicka iväg och vänta på att det skulle fixa sig, som en arbetsterapeut uttryckte det. Det gällde att komma på egna oftast enkla lösningar, då man arbetade med en fattigbefolkning utan ekonomiska resurser.

För att komma in i bostaden kunde det vara en hög kant för att förhindra att regn skulle komma in i huset. Toaletterna var oftast ett hål i marken ute på gården. Anpassningar med ramper och anpassningar på toaletter var de anpassningar som förekom mest.

“Men på något ställe så vet jag att det stod att man skulle bygga någon ramp i lera för att likaväl som man gör andra saker i lera så kan man ju göra det också så att det skulle sluta upp så man lätt kommer över. Och just det här med toalett, eftersom man sitter på huk över ett hål så behöver man ju ganska bra balans så på ett par ställen så, i alla fall vad jag kommer ihåg nu så rekommenderade jag hur man skulle kunna göra dem för att få ett stöd att hålla i och sådana här saker som den här personen kan nå själv. Och på något annat ställe så ordnade vi en liten pall med hål i , så man inte behövde sitta på huk, för att det var jättesvårt och sådär.”(AT1)

Den bristande tillgängligheten ansågs som ett av de största hindren för de funktionshindrade att kunna bli mer självständiga och ta sig fram ute i samhället. Behovet av anpassningar ute i samhället var stort för att kunna ta sig fram med rullstol. Det var ofta lerigt och oftast fanns det inga trottoarer. Ingen av arbetsterapeuterna gav sig in på att arbeta direkt samhällspolitiskt med sådana frågor. En arbetsterapeut ansåg att regeringar ofta försöker frångå sitt ansvar med att arbeta samhällspolitiskt, bl.a. genom att överlåta ansvaret på att förändringar ska ske genom handikapprörelsernas arbete.

“alltså det är det här att kunna leva i samhället, hur de klarar det förstår jag inte riktigt. det finns ju liksom inga anpassningar, det finns inga hissar, det finns liksom, inga trottoarer, det är ju svårt liksom.”(AT5)

Anpassning av aktiviteter förekom också. Arbetsterapeuten som arbetade inom psykiatri arbetade mycket med att anpassa de vardagliga aktiviteterna genom att strukturera dem, för att på så sätt kunna ge den funktionshindrade en roll i hemmet, en uppgift och på så sätt få känna sig nyttig. Det gällde mycket

att samarbeta med de anhöriga och förändra deras syn på den funktionshindrade, att de faktiskt kan delta i hemmet och vardagsaktiviteter.

En annan arbetsterapeut arbetade mycket med anpassning av kläder och hur man kan tänka runt det. Många av barnen hon mötte hade fått donationskläder och hade inadekvata kläder, t.ex. "rysch-pysch"-kläder och kläder med svår knäppning, vilket gjorde det omöjligt för dem att bli mer självständiga,

### **Tillhandahålla tekniska hjälpmedel**

Det var inte självklart att det fanns adekvata hjälpmedel på plats, då de i de flesta fall måste köpas in för dyra pengar eller tillverkas. De hjälpmedel som nämndes som viktigast var rullstolar, som oftast var svåra att få tag på, om man inte har råd att köpa en. Då det gällde donerade rullstolar så var problemet där främst att hitta reservdelar till dem, när de ej var tillverkade på platsen.

“Och sedan en otroligt uppfinningsrikedom då det gällde om man nu en gång hade fått ett hjälpmedel någonstans ifrån och lyckats laga det så det fungerade ett tag till framför allt då rullstolar. För där har jag sett de mest fantastiska lösningar på hur man kan hålla uppe en rullstol utan att det var så många originaldelar som var kvar.”(AT1)

När hjälpmedlen tillverkades på orten så var det ofta enkla saker, vanligtvis med hjälp av en snickare eller mekaniker. Det kunde handla om att tillverka ett sittstöd, en liten vagn eller att specialanpassa ett par kryckor. Det handlade oftast om enkla saker då lite resurser fanns. En arbetsterapeut med gott om biståndspengar kunde köpa in hjälpmedel ifrån Sverige. En annan hade fått en del donationer ifrån Sverige. Det kunde vara t.ex. fristående toalettstolsförhöjare och duschstolar. Det fanns också organisationer och kyrkor som arbetade med välgörenhet och skänkte bort hjälpmedel. Ett exempel på det var ett barn som hade fått en benprotes till ett amputerat ben av en "snäll farbror" som besökt byn.

Arbetsterapeuterna mötte också driftiga funktionshindrade, "innovatörer", som redan sökt egna lösningar. Då ingen annan hjälp funnits till, så hade man varit kreativ, byggt och ordnat själv. Deras uppfinningsrikedom var ofta imponerade. Ett exempel var en man som själv hade konstruerat en hiss utanför sitt hus där han bodde på andra våningen, som även andra kunde använda sig av. En del ordnade med handdrivna cyklar för att ta sig fram. Ofta såg man hemmagjorda kryckor. En familj hade ordnat med en hängmatta som hängdes centralt i ett rum, så att den funktionshindrade personen skulle vara delaktig och inte isoleras. En person hade hittat på enkla lösningar för att klara delar av sin personliga vård.

“Han var en stor innovatör alltså. Han hade gjort en kamförlängare och en skedförlängare. Det var helt läckert. Jag var helt tårögd alltså då jag var hem till honom. För att klara av att äta själv så hade han fixat till en pinne, om det var en liten bambubit tror jag och stuckit in en sked i. Då kunde han fixa att äta själv för han kom inte upp till munnen och likaså med kammen så han kunde kamma sig själv. Det var så härligt för han hade fortfarande självkänsla på något sätt att han ville klara sig själv och han gjorde vad han kunde för att göra det också. Så honom hade jag ju lust att bara kasta mig om halsen på bara. Jag tyckte att det var så härligt att se.”(AT1)

### **Rådgivning och problemlösning**

Det arbetsterapeutiska problemlösande tänkandet skiljde sig inte direkt ifrån hur man tänkte i Sverige, sitt tänkande tog man med sig. Det som skiljde var att man mött lite annorlunda problem, ansåg

arbetsterapeuterna i intervjuerna. Hur det gick att utföra arbetet påverkades mycket av vilka värderingar och attityder omgivningen hade. Detta var grunden till att kunna mötas och arbeta fram målsättningar. Det arbetade alla arbetsterapeuter med på något sätt. Det handlade om att få den funktionshindrade att bli delaktig i olika aktiviteter och att komma åt personens livssituation utanför den stunden man träffade arbetsterapeuten, att få långsiktiga effekter. Mycket handlade om att lära ut och utbilda samarbetspartners om vad rehabilitering var för något, hur man kunde lösa problem i vardagen och hur man kunde använda aktiviteter som redskap i rehabiliteringen. Man gav dem en struktur att arbeta efter. Man försökte visa på hur man kan hjälpa till att hitta roller och uppgifter och ge en funktion till de funktionshindrade.

“ utbildningen var mest praktisk. De var med mig hela, hela tiden och då spaltade jag upp olika steg, från då man mötte patienten till lära känna dem och få kontakt med dem för att så småningom lägga upp en plan och göra en behandlingsplan. Det handlar mycket om vad rehabilitering, vad är det för någonting .”(AT3)

Det handlade också mycket om att informera de anhöriga om hur de kunde träna den funktionshindrade i hemmet, att de skulle ta till sig och tro på det arbetsterapeuten föreslog, att hitta strategier. Det gällde att stötta dem och tänka till hur de gjorde, att lära dem att tänka friskt så att de funktionshindrade fick vara med i de dagliga aktiviteterna. Det ansågs viktigt att hitta strategier och att medvetandegöra att de funktionshindrade kunde själva, att tillåta dem utföra aktiviteter eller att kunna hjälpa dem på ett annat sätt. En arbetsterapeut arbetade med att förändra tänkandet runt kläder och anpassning av kläder för att de anhöriga skulle bli medvetna och förstå meningen med att ge barnen kläder som var lätta att få på sig, och för att barnen skulle få möjlighet att träna sig i hemmet.

Många föräldrar ville det bästa för sina barn och kämpade hårt för dem och var oftast lyhörda till vad arbetsterapeuten sa.

“och så den här medvetenheten tycker jag ändå någonstans som föräldrarna fick att aktivitet och träning var viktigt för de här barnen. att de sög till sig det. Och att hitta strategier för det tror jag hjälpte till med. Och det behövde man inte ha så mycket språk för att förmedla. Dom såg ju vad jag gjorde.”(AT5)

Alla arbetsterapeuterna ansåg i intervjuerna att arbetet med attityder och synsätt mot de funktionshindrade var en av deras viktigaste uppgifter i kulturen de verkade i. Arbetet med att förstå och ändra på attityder var det som upptog mycket av tid och energi för samtliga arbetsterapeuter. Då man arbetade i en annan slags kultur, var oftast attityder och synsätt olika de svenska. Arbetsterapeuterna arbetade utifrån vårt svenska rehabiliteringstänkande och de attityder och synsätt paramedicinare har i Sverige. Vi betonar t.ex. här i Sverige att den funktionshindrade ska få möjlighet att bli självständiga och delaktiga i sin vardag. Arbetsterapeuterna tillfrågades i intervjuerna om de var medvetna om sina egna värderingar och attityder då de vistades i en annan kultur. Samtliga svarade att de tyckte att de var det. Arbetsterapeuterna ansåg det viktigt att påverka attityder hos familjen/anhöriga till funktionshindrade. Det handlade om att plantera tänkande så att de funktionshindrade fick chans att utföra aktiviteter själva.

“Det är ju kulturkrocken att vi är ju så inne i det här att man ska vara självständig , att man ska vilja klara sig själv och så har de en helt annan syn på det här att man inte alls vill vara självständig till varje pris utan att man tar gärna hjälp, på det sättet man är van vid .... man var en dålig anhörig om man inte hjälpte den här handikappade. Och det tycker jag förändras och det var det mest positiva med det vi gjorde, att man fick in ett annat synsätt”(AT4)

Eftersom arbetsterapeuten var förebild för de anhöriga, så var hennes bemötandet av de funktionshindrade extra viktigt. En arbetsterapeut hade exempel på hur hon arbetade som förebild på hembesök. Det var då ofta lite speciellt och uppståndelse då hon kom på besök. Hon tyckte då att hon kunde utnyttja situationen på ett bra sätt för att visa på att den funktionshindrade är viktig och kunna ge den personen extra uppmärksamhet.

“Och då var det ju uppståndelse när man kom och så där lite spännande och jag tyckte det var lite viktigt också för att jag tyckte att det var så skönt att jag kunde få se till att den funktionshindrade fick vara huvudpersonen en dag i sitt liv, när det kommer en europé och bryr sig om just den och att den är viktig och jag bryr mig om att den har det bra och får de rätta grejorna och får det att fungera. Så på så vis så var det bra att vara blek, lysa vit i jämförelse med de andra “(AT1)

Attityden mot de funktionshindrade i dess länder var generellt hjälpande och överbeskyddande . Flera arbetsterapeuter uttryckte att synsättet var att man skulle hjälpa den som inte kan själv så mycket som möjligt, man skulle inte låta den försöka själv. De anhöriga hade svårt att tänka sig att de funktionshindrade skulle bli självständiga, utan det var deras, de anhörigas, uppgift att ta hand om dem. De mötte också i vissa fall attityder där man ville gömma undan de funktionshindrade då det var förknippat med skuld, skam och ibland straff att vara funktionshindrad. Det kunde t.o.m. vara så att anhöriga nekade att ge den funktionshindrade en rullstol, då det skulle synas att personen var handikappad. Arbetsterapeuten som arbetade inom psykiatrin upplevde ofta att anhöriga tog över och styrde och de funktionshindrade blev då undanskuffade. Hon tog speciellt upp problemet med överbeskyddande mödrar.

“... hur ska man hjälpa dem att bli självständiga, att de ska klara sig själv, utan att morsan eller samhället, eller kvinnor, kvinnor, kvinnorollen är ju väldigt viktig, man gör väldigt mycket åt dem och har oerhört kvinnlig attityd att dom ska ....som är alldeles för överbeskyddande, alla är någon sorts morsor och ska hjälpa till och göra åt dom. Som inte alls gynnar deras rehabiliteringsprocess och eller hjälper dem att bli lite mer självständiga.”(AT3)

Många funktionshindrade blev utstötta ifrån arbete och skola. Det fanns mycket okunskap runt funktionshindren som bidrog till rädsla och särbehandling, t.ex. då det gällde psykiskt sjuka och epileptiker. Då det gällde psykiskt sjuka så kunde det också vara så att omgivningen ställde för stora krav på dem, eftersom man inte förstod vad som var fel. Arbetsterapeuterna ansåg det viktigt att sprida kunskap och arbeta med attityder även utanför hemmet, i närmiljön, ute i samhället för att kunna integrera de funktionshindrade, som ofta isoleras p.g.a. okunskap ifrån omgivningen. Det handlade om att t.ex. ha informationsmöten och fortbildning runt om de funktionshindrade, via handikapp-, kvinno- och basorganisationer, media, radio etc.

“vi hade ett möte med ledarna för grannkommittén och då förklarade vi och hur det kom sig att den här killen kunde bete sig så, att det han behövde egentligen var att komma ut och bryta sin isolering och få sällskap eller få andra kontakter, så han kunde bli mera social och han kunde få något utbyte och han behövde också ha sysselsättning, känna att han gjorde någon nytta.”(AT3)

## BISTÅNDSPERSPEKTIV

Temat beskriver erfarenheter genom arbete med biståndsarbete, där de framkomna kategorierna är: status som utlänning, kontinuitet, vara skapande och hjälpa på rätt sätt.

### Status som utlänning

Arbetsterapeuterna upplevde att de fick en speciellt status som utlänningar. På frågan om de ansåg sig vara medvetna om sina egna värderingar och status, så svarade samtliga att de tyckte sig vara det. En arbetsterapeut tyckte att hennes ord vägde väldigt tungt och att hon fick stå för en expertis hon inte hade. Man önskade expertuttalanden ifrån henne och det gällde då att vara försiktig när hon la fram sin åsikt. Ofta förknippades utlänningarna med auktoritet, pengar och kunskap. Många av dem de mötte hade förhoppningar om och trodde att man skulle kunna hjälpa dem på alla möjliga vis, framförallt ekonomiskt.

“Jag förstod naturligtvis att jag var väldigt speciell för dom och ansågs ju vara stenrik och ha alla möjligheter i världen att hjälpa alla och också, som jag sa förut en auktoritet och det är ju lite läskigt också för det är lätt att missbruka en sådan sak om man inte är uppmärksam på det tycker jag. Att man inte tar över mer än vad man ska göra i sin yrkes roll eller vad det nu handlar om som person därute. Så folk tror att de måste lyssna på mig till varje pris eller någonting sånt för att jag är europé . Jo, jag tycker nog, att jag själv tycker att jag varit medveten”(AT1)

### Kontinuitet

Då man åkte ut och arbetade i ett fattigt land så var det för en begränsad tid. Det gällde att vara medveten om att målet var att arbetet skulle fortsätta då man åkte därifrån. Det fick inte byggas upp verksamhet som skulle bli beroende av dem personligen. Arbetsterapeuterna som arbetade i biståndsprojekt beskrev detta tänkande. Det gällde att tänka i förlängningen och inte bara i stunden. Utbildning var viktig, så att kunskapen fanns på plats då man åkte därifrån. Vad arbetsterapeuterna framför allt betonade var delaktighet och att verksamheter utformades efter lokala förutsättningar och behov, att idéer och planer och allt som skulle göras var ordentligt förankrade hos befolkningen. Det var viktigt att ordentligt förbereda för de personer som kommer att ta över, tanken var att man skulle avveckla sig själv.

“ och det tar tid och det måste nog få göra det för man kan bara inte komma och säga att nu ska det vara så här och så fungerar det, utan det måste på något sätt sjunka in hos folk så föra in det i sitt medvetande så det inte blir en pålaga bara för då funkar det i alla fall inte och definitivt rasar det då man åker därifrån, ..så det höll vi på med i två år där.”(AT1)

Det gällde att lära sig att planera utifrån knappa resurser. En arbetsterapeut uttryckte att det var viktigt att vara medveten om att för mycket inströmmande biståndspengar kan stoppa upp personers egen handlingsförmåga och skapa beroende. Det kunde vare ett hinder för en fortsättning, då kanske inte samma mängd resurser strömmar in för all framtid.

“det som kan också bromsa, att just då kom det alldeles för mycket stöd och pengar utifrån. Och att man skulle ju också så småningom lära sig att planera utan att ha alla dessa resurser utan försöka använda sig av kunskap..... och mest få den rehabiliterings... och tankar och synsätt och för att kunna fortsätta tycker jag. Och ett hinder är ju också, var ju att det fanns inga andra arbetsterapeuter som kunde hjälpa till att utveckla vidare och bevara det här som är arbetsterapeutiskt.”(AT3)

### **Vara skapande**

Mycket av erfarenheterna som arbetsterapeuterna tog upp ifrån arbete i dessa länder, handlade om att hitta nya vägar och alternativ för att lösa problem. Det fanns inga färdiga lösningar eller svar och ofta fanns ingen att fråga om råd. Ibland fick de söka i litteratur efter svar, chansa lite och använda sunt förnuft. Det gällde ofta att vara uppfinningsrik, fantasifull, kunna improvisera och prova sig fram, även med okonventionella lösningar. De flesta tyckte det var en utmaning att få tänka till. Man lärde sig under tiden man höll på.

“Det var ju mycket i situationen man fick tänka till. Det tycker jag är en spännande del av det. Att prova och skatta och det kanske inte alls går och så blir det alldeles tokigt, för det är otänkbart att man kan, ja inte sitta på samma nivå som de andra när man äter eller det kan finnas allt möjligt.”(AT2)

Det gällde att våga prova på nya idéer för att förbättra situationen för de funktionshindrade på olika sätt. En arbetsterapeut var t.ex. med och skapade ett slags gruppboende för psykiskt sjuka och en patient/anhörigförening på ställen där det tidigare inte funnits. Där var det dåligt med resurser, så man fick t.ex. skapa egna hjälpmedel. Det handlade oftast om att använda enkla lösningar, saker som gick att tillverka med de resurser som fanns på plats.

“Det här att det inte är självklart med en massa resurser det tror jag är viktigt. Det lär man sig utav att man, man kan göra en massa saker som arbetsterapeut utan att ha en massa material. Utan det handlar mycket mer om att vara skapande och använda sig av de resurser och kunskap dom har.”(AT3)

Flera av arbetsterapeuterna tryckte på vikten av att hitta nyckelpersoner att samarbeta med. Det gällde att hitta de rätta personerna som var villiga att engagera sig. Att hitta och ha rätt kontakter var viktigt för att kunna utföra mycket av arbetet. Ibland fick man söka i andra biståndsorganisationer efter hjälp, ett exempel var då man hittade en organisation som kunde hjälpa till att betala bostadsanpassningar.

“ett syfte med min vistelse där var ju att hitta personer som kunde bli nyckelpersoner som kunde stötta sin omgivning med liknande funktionshinder”(AT1)

### **Hjälpa på rätt sätt**

Det fanns också kritiskt tänkande mot hur biståndspengar satsades “fel” och man tyckte att man skulle kunnat arbeta på ett bättre sätt. T.ex. arbetsterapeuten som arbetade i ett nybyggt rehabiliteringscenter tyckte att pengarna skulle kunnat spritts ut på ett annat sätt, så de nått en större andel människor. Nu var det bara en liten klick som fick ta del av rehabiliteringen. Hon nämnde att man nu tänkte annorlunda och hade startat upp flera CBR(Community-Based Rehabilitation)- projekt i landet. Även en arbetsterapeut som arbetade på ett sjukhus tyckte att det var väldigt få som fick ta del av någon slags rehabilitering. Hon visste att man nu på senare år startat upp CBR-projekt för att nå fler funktionshindrade ute i landet. Arbetsterapeuten som inte åkte ut genom biståndsprojekt ändrade inställning till hur man på bästa sätt kan hjälpa människor. Efter ett tag kom hon fram till att det bästa sättet var att arbeta med attityder och befintliga resurser.

“i början kände jag så här att oj, oj ,oj varför gör ingen nåt? Hur kan man låta det vara så här eländigt, skicka ner en lastbil liksom och ge dom allting. Nu efteråt känner jag att det är inte lösningen. Man kan ge dom hur många rullstolar som helst, men de kommer ändå att hamna i skåpet om man inte ändrar på attityden till att ta hand om det här eller att det finns en



motivering till att ge ut en rullstol och ge dem den, tycker jag. Jag tycker att man ska utnyttja resurserna som finns i landet”(AT5)

En av arbetsterapeuterna tryckte på vikten av att ha god erfarenhet som arbetsterapeut innan man åker ut och arbetar med biståndsarbete, då det ofta handlar om att vara med att skapa något nytt. Med yrkeserfarenhet är det lättare att få idéer om hur man kan arbeta och att kunna improvisera. Hon hade själv tidigare erfarenhet ifrån U-länder, men var nyutbildad arbetsterapeut och önskade att hon haft mer erfarenhet innan hon åkte ut.

## **HEMMAPLAN**

Temat beskriver erfarenheter arbetsterapeuterna upplevde ha berikat dem och deras fortsatta arbete i Sverige, där de framkomna kategorierna är: nytt perspektiv, utveckla arbetssätt, mötas och bemötas, kulturkänslighet, fortsättning.

### **Nytt perspektiv**

Efter att ha arbetat under andra förutsättningar än de svenska, tyckte arbetsterapeuterna att de fått en ny synvinkel på det svenska arbetet. Några av arbetsterapeuterna tyckte bl.a. att patienterna här hemma krävde så mycket, t.ex. då det gällde anpassningar och hjälpmedel. Man hade under lång tid arbetat med enkla medel och sett att det inte behövde vara så perfekt för att fungera. Man ifrågasatte mer det som tidigare var självklart i Sverige. Det upplevdes som en lättnad att åter få vara i en miljö där kontraster mellan rika och fattiga inte är så synbart stora. Man kunde vara “sig själv” och uppskattas för den person man är, utan att behöva känna sig annorlunda. Man upplevde också att man kunde möta både patienter och kollegor på en jämnare nivå. En arbetsterapeut uttryckte att det inte var lätt att komma hem p.g.a. att få var intresserade att höra vad hon hade gjort och varit med om under de år hon varit utomlands. Flera hade levt och arbetat under spänningstillstånd under tiden i politiskt oroliga länder. Det kändes som om man kunde “koppla av” i Sverige.

“Det var sånt där utegångsförbud och då skulle alla sitta inne i sina hus. De brände bildäck. Ibland då man gick till marknaden där vi bodde så började de skjuta”(AT4)

En arbetsterapeut såg en slags social misär här i Sverige. Hon reagerade främst på all ensamhet här i Sverige. Hon upplevde att psykiskt sjuka här oftast inte hade någon roll eller sammanhang i familjen och att familjen bryr sig mindre om de sjuka, t.ex. hur de sköter sin hygien. Hon hade verkat i ett land med annorlunda familjemönster där de psykiskt sjuka ofta fick en funktion att fylla i hemmet, såsom uppgift att mata hönsen. Hon menade att vi här gör folk självständiga och oberoende, men skickar dem till ensamhet, men människan behöver andra människor.

“Och det är den största chocken för mig när jag kommer tillbaka det är att allt jag gör här kändes oerhört meningslöst p.g.a. att man skickar, man rehabiliterar människor till ensamhet. Och dom blir i alla fall lika tokiga och ingen bryr sig om deras hygien eller livskvalité (suck) eller någonting. Det finns ingen annan som kan se till att dom har det, eller bryr sig.”(AT3)

### **Utveckla arbetssätt**

Arbetsterapeuterna upplevde att de hade fått erfarenhet av att arbeta under andra arbetsformer än de svenska. Det kunde de till viss del ha användning för i arbetet i Sverige. Man fick lära sig att arbeta på flera nivåer. Man hade lärt sig att göra sig själv tydligare. Det var viktigt att lära sig att relatera till olika människor och att samarbeta.

Arbetsterapeuten som arbetade inom psykiatri tyckte att hon lärt sig att handskas med sorg och trauma på ett nytt sätt och att utveckla nya metoder i arbetet med grupper. Hon lärde sig också ett nytt sätt att samarbeta med doktorn, som hon nu använde sig av här i Sverige. Det var att utnyttja doktorn som auktoritet i behandlingsplanering och att de jämställde aktivitet med medicinering.

“Då började vi här i Sverige att göra som jag gjorde där, att jag använde mig av, doktorn använde sig av mig och jag använde mig av doktorn. När vi planerade och pratade om behandling, d.v.s. att doktorn där, innan man gav recept och började prata om medicinering och skulle ge en massa mediciner då, var väldigt angelägen att vi, jag skulle berätta hur den här patienten hade varit under veckan och om han hade gjort olika aktiviteter, fått en struktur som var lika viktig, om inte viktigare än medicinering. Nu gör vi samma saker här... vi sitter och planerar tillsammans, han sitter inte ensam med patienten som doktor. Utan vi gör ett arbete tillsammans just det här, verkligen aktiviteter och vardagen är lika viktig som medicin.”(AT3)

### **Mötas och bemötas**

Det handlade mycket om mötet emellan människor. Alla arbetsterapeuter tyckte det var viktigt att genom mötet förstå varandra, men samtidigt vara medveten om att det finns risk för missförstånd.

De tyckte att de lärde sig och snappade upp saker i mötet med folk, även om man inte alltid hade samma språk. En arbetsterapeut tyckte att mötet med barn var lättast, där bröts isen snabbt, medan en annan hade erfarenhet av att barnen blev först rädda för henne, då de inte var vana att se vita människor.

En arbetsterapeut uttryckte att hon inte förväntat sig att få ett så fint bemötande då hon var kvinna och från ett annat land. En arbetsterapeut tryckte på att det var just i mötet av människor hon lärde sig mest.

Hon tyckte hon lärde sig att det är viktigt att ta sig tid att mötas. I den kultur hon verkade så gav man sig tid till att mötas och man visade mycket respekt för varandra.

“ Det är ju viktigt det här mötet, att ge sig tid till det här mötet. Att inte gå förbi någon och inte...de hälsar ju, de är väldigt artiga liksom. Man går in med en viss respekt. Man är noga med hur man hälsar på varandra. Och tar sig tid. Och det tycker jag nog dom gjorde med sina patienter också. Även om det var löpande band så tog dom sig tid”.(AT5)

### **Kulturkänslighet**

Utveckling av sig själv som människa var något som alla hade upplevt. Man mötte folk som lever annorlunda, som tänkte annorlunda, som trodde annorlunda, ibland var allt annorlunda och man upplevde det som väldigt berikande som person. En arbetsterapeut uttryckte att hon inte är “samma” människa idag som innan. Personlighetsmässigt upplevde de bl.a. att de blev mer öppna, fick mera tålamod, blev mer toleranta och vidsynta. Man tyckte att man fått ökad acceptans för människor, att man såg värdet i olikheter. De upplevde sig få annan självbild, en ökad medvetenhet om sig själva och ett nytt slags förhållningssätt. Denna medvetenhet fanns nu i mötet med olika kulturer i Sverige. Man tog inget som självklart längre t.ex. vid träning av den personliga hygien, att inte alla vill klä av sig inför arbetsterapeuten. Man tog nu reda på vilka kulturella regler som gällde i de kulturer de mötte och att de hade en medvetenhet om vilket intryck de själva gav.

“ en del vill ju inte ta en kvinna i hand, så här som man gör helt automatiskt, räcker fram den. Och hur man själv betedde sig och klädde sig. Det är jätteviktigt för annars ger man helt fel intryck. Det är viktigt att man vet det då man åker till ett muslimskt land. Och inte gå klädd hur som helst, då har man förstört...”(AT4)

Man hade själv fått lära sig att inlemmas och anpassa sig till en annan kultur och kunde på ett annat sätt föreställa sig vad det kan innebära för de människorna som kommer från en annan kultur hur det är att komma till Sverige. Man förstod vad det innebär att vara en främmande fågel och att känna utanförskap och att inte bli förstådd. Man blev lyhörd inför olika kulturella koder och människors sätt att fungera, t.ex. ett ja behöver inte alltid betyda ett ja.

“men varje land och varje och varje by har sina egna koder så det tog tid också för mig att förstå mig på deras koder och deras sätt att fungera. Och ett “ja” där var inte ett “ja”, utan det var något annat etc. “Vi ska göra det”, “ja vi ska göra det” och så där va och sen blir det ingenting gjort.”(AT3)

En arbetsterapeut uttryckte att hon just valt arbetsterapeutyrket för att det går att tillämpa i vilken del av världen som helst. Det var spännande att vistas i en annan världsdel och se hur olika folkgrupper lever. Man blev nyfiken på andra kulturer även här i Sverige. Alla arbetsterapeuter tyckte att de kunde ha användning av sina kulturella erfarenheter i mötet med vårdpersonal, patienter och anhöriga ifrån andra kulturer. Man upplevde sig som en resurs då det gäller kulturellt tänkande. Man upplevde sig ha en större förståelse för kulturella skillnader och ha ett annat perspektiv med tanke på historia, bakgrund och hur patienterna brukar göra i sin egen kultur. Den arbetsterapeut som arbetade med bl.a. soldater som varit i krig, tyckte att hon har nytta av det i arbetet med flyktingar här i Sverige. En arbetsterapeut arbetar nu med hemrehabilitering och möter i sitt arbete invandrare.

“ Nu arbetar jag med hemrehabilitering och vi har ju en del invandrarkvinnor, män också, men de flesta är kvinnor. Man har samlat på sig lite kunskaper dels i beteende och kultur och så där så det är klart att man har det kvar... i sitt bemötande av dem. Man vet lite från deras kultur då man besöker dem i en lägenhet i någon tråkig förort. Över huvudtaget så blir man mer ödmjuk och lyhörd för deras beteenden.”(AT4)

Språket var viktigt för att ha en bra kommunikation. Några av arbetsterapeuterna fick lära sig ett nytt språk i det land de verkade. En klarade sig bra med spanska, de andra kunde klara sig rätt så bra med engelska, men behövde ändå tolkhjälp då det fanns befolkningar i landet som inte förstod engelska. En arbetsterapeut tog upp risken med att använda tolk då det ibland kunde bli feltolkningar. Vissa av de förvärvade språkkunskaperna hade arbetsterapeuterna nytta även i Sverige.

“För att har man inte språket så har man väldigt, så är det väldigt långt till människan och fungera genom tolk det hinner bli så många fel på vägen. Och så beror det på vilken relation man har till tolken och till mig, vad det blir för resultat . Så att det var jätteskönt då man började klara sig för sig själv och kunde ha en direkt dialog även om jag inte kunde ha några djupsinniga diskussioner på egen hand.”(AT1)

En viktig del för att kunna få ett fungerande samarbete var medvetenheten om hur man förhöll sig till tid och vilket tidsbegreppet var på den plats man befann sig. Det gällde att inte stressa upp sig då samarbetspartnerna ofta inte passade tider. En arbetsterapeut beskrev tidsmentaliteten på den arbetsplatsen där hon verkade. Där kom personalen ca 1 -2 timmar sent på morgonen och gick sedan hem 1-2 timmar

“för tidigt”, oftast för att kunna ha privata patienter i sina hem. På det stället hade de också religiösa möten på arbetstid. Det visade sig att även personer av högre rang struntade i att hålla tider.

“ och så skulle sjukhusdirektören vara där klockan tio , han hade fortfarande inte kommit på torsdagen och jag var där till sista dagen. Sen så skulle han som rektor för arbetsterapeut utbildningen komma klockan tolv och han kom väl indragandes så där vid två. Ja då hade man bara... man har en helt annan, kommer de inte så kommer de inte. “(AT5)

Flera av arbetsterapeuterna nämnde i sina intervjuer att de lärt sig att se på tiden på ett annat sätt. Tidens betydelse, att det måste få ta tid, utvecklings- och förändringsarbete tar tid, framförallt att arbeta med attityder. För att en förändring skulle ske så måste idéerna vara förankrade hos befolkningen, det måste få ta tid. Arbetsterapeuterna var vana vid att arbeta effektivt här i Sverige. De ville gärna se snabba resultat av sitt arbetet, helst medan de var kvar på platsen, men det handlade oftast om långsamma förändringsprocesser.

“Vi är ju så fruktansvärt effektiva det är det första man fick lära sig då man kom dit. Vi kom ju ner där färdiga att hugga tänderna i allting, så ser man att det går inte. För det första är inte husen färdiga som vi ska jobba i och, ja man måste komma in i ett annat tempo. Det här med att passa tider. De passar aldrig tider. De ska starta klockan åtta och det blir klockan nio, så man får inte bli uppstressad av det.”(AT4)

### **Fortsättning**

De flesta av arbetsterapeuterna var intresserade av att fortsätta arbeta internationellt på något sätt. Två av dem hade fortsatt med rehabiliteringsinriktade projekt och punktinsatser riktade främst österut. Flera hade varit tillbaka och besökt det land de verkat i tidigare och de flesta hade fortfarande någon slags kontakt med landet. De flesta kunde tänka sig att åka ut och arbeta utomlands igen. Flera arbetade i ideella föreningar, bl.a. med stöd och utveckling mot länder med rehabiliteringsbehov. Alla tyckte det var viktigt att sprida kunskap och utbilda arbetsterapeuter här i Sverige i kulturellt tänkande, speciellt nu då Sverige blivit mera mångkulturellt. En av arbetsterapeuterna kunde lägga in kulturella aspekter på aktivitet, utifrån egen erfarenhet, vid de tillfällen hon undervisade AT-studenter. Alla tyckte att deras erfarenheter skulle kunna utnyttjas mer, t.ex. som resurspersoner inom vården och genom utbildningar och seminarier av olika slag.

“... arbetsterapeutyrket är ett yrke som man verkligen kan på det sättet använda sig av på en helt annan plats och det tycker jag, jag tycker man borde lära sig mer kring det och just det här... jag tänker utbildningsmässigt hur det är...det är ett annat sorts tänkande på något sätt, att tänka på något sätt”(AT2)

## KONKLUSION

Resultatet visade på ett brett spektrum av både enskilt upplevda erfarenheter och i stor utsträckning likartade erfarenheter ifrån de intervjuade arbetsterapeuterna. Resultatet presenteras i fyra teman, (arbetsituation, terapeutiska aktiviteter, biståndsperspektiv och hemmaplan), som i sin tur delats in i fyra till fem underkategorier.

Under temat arbetsituation har de erfarenheter samlats som var arbetsrelaterade och handlade om speciella situationer i det arbetsterapeutiska arbetet, som arbetsterapeuterna berörde i sina intervjuer på ett eller annat sätt. Resultatet visade på erfarenheter som berörde en annorlunda arbetsmiljö, möte av för arbetsterapeuten nya typer av diagnoser och problem, svårigheter att kunna sätta för oss svenska arbetsterapeuter vanliga målsättningar, att få samarbeta på andra premisser än de svenska och att möta ett mer funktionsinriktat, medicinskt tänkande bland kollegor.

De erfarenheter som berör terapeutiska aktiviteter har samlats under ett tema. Det handlade om att tillhandahålla möjligheter till att utföra aktiviteter, anpassa miljöer och uppgifter, tillhandahålla tekniska hjälpmedel och att arbeta med problemlösning och rådgivning. Vad som framkom i samtliga intervjuer var att man betonade vikten av att arbeta med attityder, värderingar och synsätt. Arbete med attityder i det här fallet handlade om att arbeta med en typ av problemlösning, med målet att få den funktionshindrade att bli delaktig i aktiviteter och beslut även utanför de tillfällen då den funktionshindrade träffade arbetsterapeuten. Alla arbetsterapeuterna använde sig av ett problemlösande tänkande som krävdes för att verka i en annan kultur och i ett annat land.

Temat biståndsperspektiv handlade om erfarenheter och tankar runt bistånd och biståndsarbetarrollen. Fyra av arbetsterapeuterna var anställda genom biståndsorganisationer, så arbetet innefattade även att förstå syftet med, samt kunna arbeta med biståndsarbete. De tog upp den typen av erfarenheter och tänkande som en dimension utöver den rent arbetsterapeutiska, yrkesmässiga. Dessa erfarenheter skapade kategorierna status som utlänning, kontinuitet, vara skapande och hjälpa på rätt sätt.

Arbetsterapeuterna upplevelser och reflektioner kring vilka erfarenheter ifrån U-landsarbete som kan och skulle kunna tillämpas i Sverige har samlats under det sista temat, hemmaplan. Alla arbetsterapeuterna tyckte att de fått många nya erfarenheter genom att verka och vistas i ett annat land. De uttryckte alla att de inte upplevt att de lärt sig mer direkt "teknisk arbetsterapi". Vad de flesta betonade var att det mest lärande var mötet med människor, en annorlunda kultur, miljö och problem. Det framkom att alla tyckte att de fått en ökad förståelse för människor från andra kulturer och i mötet med dem. De tyckte att de fått en ökad kulturkänslighet. De flesta fortsatte att arbeta med någon typ av internationellt arbete efter hemkomsten till Sverige.

## DISKUSSION

### METODDISKUSSION

Valet att göra en kvalitativ studie med intervju (intervjuguide) som datainsamlingsmetod var relevant, då syftet med undersökningen var att undersöka respondenternas personliga erfarenheter.

Forskningsintervjun bygger på vardagens samtal och är ett professionellt samtal. Till skillnad från det ömsesidiga utbytet som sker i vardagssamtalet, är det här fråga om en ensidig utfrågning från professionell sida. Syftet med den kvalitativa forskningsintervjun är att förstå ämnen från den intervjuades livsvärld (Kvale, 1997).

Anonymiteten i undersökningen ansågs viktig (Kvale, 1997). Därför redovisades ej varje enskilt land där arbetsterapeuterna verkat, utan endast världsdelar.

Den personliga kontakten med respondenterna genom intervjuerna kändes givande. Den bidrog till rikliga svar, och följdfrågor kunde ställas direkt vid varje intervju tillfälle. Respondenterna kunde också direkt få klarhet i eventuella oklarheter i frågorna. Intervjuguiden enligt Kvale (1997) följdes i stort på samma sätt i de olika intervjuerna. De stora frågeområdena täcktes under samtliga intervjuer.

Följdfrågorna skiljde sig dock, vilket kanske påverkat hur respondenterna valt att svara. Respondenterna valde också att ta upp skilda ämnen i slutet av varje intervju, då tillfälle gavs till egna reflektioner.

Eftersom intresset för ämnet från författarens sida var stort, gällde det att medvetet begränsa sig och undvika att ställa följdfrågor som låg utanför intervjuens syfte. Författaren försökte att under intervjuerna vara så objektiv som möjligt och inte ställa frågor så att de blev ledande, men kan omedvetet ha påverkat respondenternas svar.

Det är en anledning till att reliabiliteten (mått på tillförlitlighet och säkerhet hos metoden) i denna studie är svår att mäta. Den påverkades av författarens förmåga att intervjua, plocka fram och beskriva respondenternas personliga upplevelser. Författaren hade viss intervjuvana sedan tidigare, men lärde sig efterhand intervjufrågorna bättre, vilket gjorde att intervjuerna gick smidigare efterhand. Resultatet är grundat på de frågor som författaren ställde och de erfarenheter som respondenterna ville dela med sig av. Skulle andra frågor ställts så skulle resultatet kanske blivit ett annat. Det kan ha funnits erfarenheter som ej kom fram eller som respondenterna ej velat berätta om i denna undersökning. Det gäller också att vara medveten om att kanske inte alla erfarenheter gick att uttrycka verbalt, speciellt om det handlade om erfarenheter som omedvetet integrerats i redan befintlig erfarenhet. Det kan vara svårt att minnas eller särskilja precis när och var erfarenheterna fäts.

Vid intervjutillfällena var författaren utrustad med en liten bandspelare och intervjun spelades in. Det visade sig att ljudkvalitén vid flera tillfällen blev dålig, genom att bandspelaren surrade högt och några av arbetsterapeuterna talade lågt och otydligt. Metoden krävde ordagrann utskrift och då flera otydligheter förelåg så fick författaren ofta spola tillbaka bandet och lyssna om flera gånger. Dessutom försvann ofta det sista ordet i meningen när pausknappen på bandspelaren trycktes in och bandet fick lyssnas om av den anledningen. Det påverkade inte slutresultatet, men var mycket tidsödande. Dataanalysen hade

underlättats om författaren förmått sig att be respondenterna att prata lite högre och tydligare. En bra mikrofon fastsatt på kläderna hade säkert förbättrat mycket av ljudkvaliteten. Tillgång till en diktafonanläggning hade underlättat databearbetningen.

Dahlbergs (1997) modell för kvalitativ databearbetning lämpade sig för denna undersökning. De tre faserna hon beskriver gav bra klarhet och stöd i databearbetningsprocessen. Under dataanalysen omorganiserades teman och kategorier flera gånger. Vid fördjupning i Kiehlhofners (1997) modell av "aktiviteter som ett terapeutiskt redskap" fick författaren först inte helt klart för sig under vilken rubrik arbete med attityder kom in. Författaren kom efter resonering fram till att arbetet med attityder handlar om en slags problemlösning, att komma på vägar att få den funktionshindrade delaktig. Den insikten påverkade indelningen av teman under dataanalysen. Temat "attityder" var först ett fristående tema innan det kom att integreras under temat "terapeutiska aktiviteter". Även temat "miljö" som framkommit vid första analysen kom senare att integreras under andra teman.

De slutgiltiga fyra huvudteman som framkom blev troligen till stor del påverkade av studiens syfte, som egentligen hade tre delkomponenter nämligen att beskriva terapeutiska aktiviteter, erfarenheter ifrån arbete och tillämpning i Sverige. Författaren valde att ha med alla tre komponenterna i syftet för att få en helhetsbild av erfarenheter ifrån arbete i U-länder. Det påverkade naturligtvis också omfattningen av denna studie. Författaren är medveten om att resultatdelen är lång, mycket p.g.a. att det är rikt på citat. Då studiens syfte var att beskriva erfarenheter, så anser författaren att citaten bidrar till en ökad förståelse av erfarenheterna, ger tyngd åt och bestyrker resultatet. Resultatsammanställningen skulle beskriva fem arbetsterapeuters erfarenheter. Det var för resultatet intressant att det av slumpen blev en bra spridning mellan de olika världsdelarna där respondenterna verkat. Två hade varit i Afrika, två i Asien och en i Latinamerika, alla i olika länder. Det gällde att främst försöka redovisa de erfarenheter som två eller fler av arbetsterapeuterna tagit upp i sina intervjuer. Men även erfarenheter ifrån enskilda arbetsterapeuter har redovisats, då de ansågs vara av betydelse för undersökningen. För att göra resultatet strukturerat och överskådligt så delades varje tema in i underliggande kategorier. En lämplig rubricering av teman och kategorier var viktig, då de var en del av resultatpresentationen och skulle ge en passande beskrivning av innehållet i textavsnitten. Det var för författaren en utmaning att hitta lämpliga rubriker till vissa teman och kategorier. Alternativa ordval kan ha varit tänkbara.

Det är svårt att mäta validiteten i denna undersökning då den grundar sig på en metod som speglar personliga erfarenheter. Syftet med undersökningen var att få ta del av erfarenheter utifrån de intervjuades egna perspektiv. Det går därför inte att dra några generella slutsatser från resultatet. Resultatet bygger endast på svaren från de fem personer som deltagit i studien. Resultatet kan dock sammankopplas och paralleller kan dras till befintlig litteratur, vilket författaren gjort framförallt under studiens resultatdiskussion.

Mycket av intresset att göra denna undersökning kom ifrån författarens egen erfarenhet från U-landsarbete och författaren hade på så vis en god förståelse för de behandlade ämnena

## RESULTATDISKUSSION

Resultatet visar på att arbetsterapeuterna i undersökningen erfor en mängd olika typer av erfarenheter från arbete i U-länder. Vissa typer av erfarenheter återkom i samtliga intervjuer, vissa endast i enstaka intervjuer. Författaren till denna undersökning har själv erfarenhet av att arbeta som arbetsterapeut i U-land, och en del av intresset var att undersöka om det var ungefär samma typer av erfarenheter som upplevdes oberoende av vilka U-länder man verkat i. Det visade sig att så var fallet. Mycket av de erfarenheter arbetsterapeuterna generellt mötte genom att arbeta i en annorlunda kultur finns dokumenterat i litteratur angående bistånds och U-landsarbete (Balzer&Simonda1989; Emsheimer1997; SIDA,1993; Wieslander1982).

Men av den typ av erfarenheter som är relaterade direkt till arbetsterapi i U-länder fanns ännu väldigt lite dokumenterat. Författaren anser att denna undersökning kan bidra till ökad förståelse för vad det kan innebära att arbeta som arbetsterapeut i U-länder, vilka typer av erfarenheter man kan förväntas möta där och hur erfarenheterna kan användas i Sverige.

Arbetsterapeutyrket existerade ännu inte i de länder fyra av de fem arbetsterapeuterna kom till. Då de svenska arbetsterapeuterna kom på plats så var det främst för att starta upp något nytt och för att sprida kunskap om arbetsterapi och rehabilitering. De möttes av en ny miljö, för dem nya omständigheter och nya slags problem. För någon blev det en chockartad upplevelse att möta fattigdomen. Vad ansåg arbetsterapeuterna som viktigast i denna annorlunda situation? De ansåg det som viktigt att försöka få in ett nytt sorts tänkande, då det gällde synen på de funktionshindrade och deras framtida möjligheter. Det var arbetet med rådande attityder som samtliga arbetsterapeuter i intervjuerna ansåg vara grunden till att deras arbete som arbetsterapeuter skulle fungera, för att kunna göra det möjligt för de funktionshindrade att nå delaktighet. Attitydhindret var för dem större än det språkliga hindret. De svenska arbetsterapeuterna hade en yrkeskultur som betonar rätten till självbestämmande och delaktighet och att utgå ifrån patientens mål och behov (FSA, 1998). De arbetade för att föra fram patientens intressen. Många funktionshindrade i U-länder är främmande för självbestämmande, då man ofta i dessa kulturer har attityden att tycka synd om dem och att de ska tas hand om. Det ges oftast ingen möjlighet för dem att lära sig att ta hand om sig själva och styra över sina egna liv. Coleridge (1993) och Yeoman (1998) och Kneipman (1997) hävdar att arbetsterapeuter bör ta rollen att hjälpa till att förändra synen på funktionshindrade, deras status och att stödja dem i att få självbestämmande. Krefting (1992) menar att det ofta är biomedicinska modeller som är förebilder i hälsoarbete i U-länder och att yrken som läkare och sjukgymnast är mer erkända än arbetsterapeut. Hon tror att många av behoven som finns bland funktionshindrade i U-länderna skulle kunna lösas med hjälp av arbetsterapeuter som även har ett socialt tänkande.

Arbetsterapeuterna upplevde att det största fysiska hindret för att funktionshindrade skulle kunna delta i samhällsaktiviteter var bristen på tillgänglighet. Men ingen gick in och arbetade samhällspolitiskt med detta problem. En arbetsterapeut tyckte att det var statens och regeringars ansvar att göra detta. FN deklarerar i Standardreglerna att tillgänglighet ska löpa som en röd tråd genom alla områden som definierats för delaktighet på lika villkor. Men frågan är hur många av världens regeringar som arbetar



med att lösa det problemet, t.ex. med lagar? Kan arbetsterapeuter göra något för att förbättra tillgängligheten ?

Några av arbetsterapeuterna i undersökningen frågade sig vilket sätt som är bäst för att hjälpa funktionshindrade i U-länder. En av dem ifrågasatte t.o.m. rehabiliteringscentret där hon arbetade eftersom vården bara nådde en liten del av befolkningen. Det har tidigare varit vanligt att traditionellt följa en institutionsbunden medicinsk modell vid rehabiliteringsarbete i U-länder. Men det har på senare tid utvecklats andra decentraliserade, mer sociala modeller för rehabilitering ( Jenkins & Brotherton, 1995). Flera av arbetsterapeuterna i intervjuerna nämnde att ett bra sätt att hjälpa och nå ut till fler funktionshindrade är att arbeta efter CBR -modellen och att då som arbetsterapeut verka ute i de funktionshindrades närmiljö. Man hade på senare tid börjat arbeta efter CBR- modellen på många ställen i länderna där arbetsterapeuterna verkat. I CBR-modellen handlar det mycket om att arbeta med attityder och att sprida kunskap, så att den funktionshindrade ska bli respekterad och delaktig i sin närmiljö (Chui, 1998; Coleridge, 1995; Coleridge, 2000; Kenkre, 1994; Lagerwall & Tiroler, 1995 ; Rädda barnen, 1999; SIDA, 1999).

Då det handlade om att nå målsättningar med patienterna mötte arbetsterapeuterna svårigheter som att patienterna inte dök upp (man visste inte varför), de trodde på ödet (det fanns inget behov att förändra något), de förstod inte vad träningen syftade till, de ville inte visa sina gömda kroppsdelar, de hade en svår hemsituation etc. Det handlade om patienternas egen motivation samt kulturens och miljöns påverkan. Det gällde att som arbetsterapeut ta reda på bakomliggande orsaker. Mattingly (1991) menar att arbetsterapeuter behöver ett kliniskt tänkande som sträcker sig utanför de medicinska problemen, då det gäller att ta reda på hur patienterna uppfattar sitt funktionshinder och finner mening i sitt liv. Utgångspunkten för arbetsterapeutens resonering är att ta reda på vilken mening patienterna sätter till sjukdom, funktionshinder och aktiviteter. Ämnen som filosofi, sociologi, antropologi och psykologi är viktiga för att förstå patienternas livsvärldar (Mattingly, 1991).

Författaren till denna undersökning märkte själv att mycket av litteraturen som handlar om kultur och kulturfenomen kommer in på antropologins och etnologins område. Inom antropologin beskrivs t.ex. hur synen på sjukdom och hälsa skiftar i olika kulturer, såsom vad som upplevs som sjukdom "illness" till skillnad från diagnosen "disease". Man diskuterar också patient/vårdarrollerna, individens roller och plats i samhället (Hannerz, 1983; Ringquist, 1995). I den medicinska antropologin tas dock endast sjukdoms/medicinska aspekter upp och det fattas beskrivningar på olika synsätt hur funktionshinder upplevs (Sachs, 1987). Whyte (1990) trycker på att det behövs en kulturell analys på fenomenet funktionshinder, men att själva begreppet kan vara svårt att definiera. Är det arbetsterapeuter som ska skriva om det?

För att få en helhetsbild av patienterna i de annorlunda kulturerna krävdes att arbetsterapeuterna tog sig tid och lyssnade och frågade om deras livssituation, med eller utan tolk. Flera författare talar om vikten av att ta reda på människors livshistorier för att få en bättre förståelse (Blanche, 1995; Bringéus, 1986; Lang, 2000; Mattingly, 2000; Twimble & Henley, 2000). Det är en utmaning för arbetsterapeuten att

förstå patientens upplevelse av skada och funktionshinder, speciellt då arbetsterapeuten kommer ifrån en annan kulturell bakgrund. "Narrativt"(berättande) resonerande, användandet av patienthistorier är ett bra sätt att medvetandegöra relationen mellan arbetsterapeut och patient (Twimble & Henley, 2000).

Mattingly (2000) trycker också på att "narrativa" intervjuer är en viktig hjälp i kartläggandet av patientens kulturella föreställningar för att kunna få en effektiv behandling. Patienter och behandlare handlar oftast utifrån olika kulturella kunskaper. Det kan vara så att en vardaglig kunskap i en kultur kanske är helt okänd i en annan. Samma funktionshinder har kanske inte samma mening i olika kulturer. Ett bra resultat beror på ett bra samarbete, förståelse och kommunikation över kulturgränserna (Mattingly, 2000).

För att fungera som arbetsterapeut var det inte bara samarbete och relation till patienterna det handlade om. Det gällde även att kunna möta och bemöta samarbetspartners utifrån deras värderingar.

Arbetsterapeuternas syn på bemötandet av assistenter, lokal sjukvårdspersonal, familjemedlemmar etc, byggde på ett jämbördigt förhållande. Utifrån samarbetspartnerns perspektiv stämde det inte alltid. Många av dem var vana att bli tillsagda vad de skulle göra och hade en auktoritetstro, arbetsterapeuterna "visste bäst". Arbetsterapi i Sverige ligger långt framme i förhållande till många andra länder då det gäller att se användandet av aktiviteter i det dagliga livet som ett viktigt medel, med målet att kunna bli delaktig (Yerxa, 1991). Då rehabiliteringen som fanns i länderna främst var funktionsinriktad, så kunde det vara svårt att inplantera ett annat tänkande för de svenska arbetsterapeuterna. Det visade sig att inte alla samarbetspartner var beredda att ta den utmaningen.

Arbetsterapeuterna i denna undersökning tyckte att de blivit mer medvetna om vikten av att ta reda på patienters kulturella bakgrund, även sedan de kommit tillbaka till Sverige. Man uppmärksammade att det aktivitetsområde som kanske kan vara extra kulturkänsligt i alla länder är träning av den personliga hygien (Meghani-Wise, 1996). De upplevde sig också mer medvetna om sig själva och sina värderingar efter vistelsen i U-länder. De uttryckte att de överhuvudtaget blivit mer kulturkänsliga. Enligt Gerle (1999) så präglar en viss Martin Luther fortfarande mycket av våra värderingar här i Sverige. Vi värderar ofta oberoende, jämlikhet och har stark arbetsmoral. Oftast värderas vi mer för vad vi gör, än för de vi är (Gerle, 1999). Arbetsterapeuterna mötte i dessa kulturer annorlunda typer av värderingar än de svenska, såsom att arbetet inte var det viktigaste och det inte var så noga att passa tider. De svenska arbetsterapeuterna uttryckte sig vara medvetna om skillnader utifrån sina egna värderingar. Det är viktigt att arbetsterapeuter analyserar sina egna värderingar och övertygelser. Det är också viktigt att vi undviker att generalisera olika kulturer utan att först ha analyserat deras övertygelser, traditioner, roller och livsstil. Varje person ska ses som unik (Khamisha, 1997; Blanche, 1995; Fair & Barnitt, 1999). Gibbs och Barnitt (1999) betonar kulturkänsligheten i våra bedömningar och bedömningsinstrument. Många av våra arbetsterapeutiska bedömningar utgår ifrån vårt västerländska tänkande och kan ge missvisande resultat för en person med annan kulturell bakgrund. Barney (1991) menar att alla kulturella och etniska aspekter är avgörande komponenter i den arbetsterapeutiska interventionen för att kunna ge en garanterad service till alla.

Arbetsterapeuterna upplevde att de utvecklats personlighetsmässigt genom att vistas i en annan kultur och t.ex. blivit mer lyhörda, öppna, toleranta och vidsynta. Arbetsterapeutens personliga egenskaper betonas i Etisk kod (1998) för arbetsterapeuter, däribland förmåga till empati, intuition och kreativitet, då arbetsterapeuten ofta använder sig själv som redskap i mötet med patienter. Blanche (1995) menar att för att bli en skicklig arbetsterapeut så krävs egenskaper som flexibilitet, skapande och inlevelseförmåga, och det fås genom erfarenhet.

De intervjuade arbetsterapeuterna upplevde att de fick använda och utveckla sin skapande förmåga. Det gällde att hitta nya vägar att lösa problem på, och det fanns oftast inga färdiga lösningar. Att arbeta i en miljö med få resurser är utmanande och kräver en skapande egenskap hos arbetsterapeuten, som måste ta initiativ och vara kreativ för att få saker gjorda (Twimble & Henley, 2000).

Alla arbetsterapeuterna tyckte att de kan ha nytta av sin kulturella kompetens i mötet av invandrare här i Sverige. Arbetsterapeuterna ansåg att de med sin mångkulturella erfarenhet kan vara resurspersoner och förstå invandrare/flyktingar utifrån deras kulturella perspektiv. Vikten av att ha kulturell kompetens i vården är viktig idag, när många av våra patienter som söker hälso- och sjukvård kommer ifrån andra länder. Många invandrare med funktionshinder är inte insatta i det svenska sjukvårdssystemet och kan inte tala för sig. Det finns också större risk för missförstånd och att de inte får den behandling de är i behov av. (Aurelius, 1993; Gerle, 1999; Hanssen, 1998; Ringquist, 1995; SOU, 1998).

Det behövs personer som kan hjälpa funktionshindrade invandrare att föra fram sin talan och stödja dem i den svenska vården (Hanssen, 1998; SOU, 1998).

Författaren kan här inte låta bli att dra en parallell till biståndet till de funktionshindrade i Sverige. Den kommunala biståndsbedömaren har här makt att bestämma vilken hjälp den funktionshindrade får. Vi betonar här vikten av att vara så självständig som möjligt, också för att minska på de kommunala kostnaderna. Det kan vara svårt för svenska biståndsbedömare och arbetsterapeuter att bedöma hjälpbehovet för en funktionshindrad invandrare, där familjen synsätt kanske är att de behöver all hjälp som finns, då de ser på den funktionshindrade som oförmögen att klara något själv. I vissa kulturer är sjukrollen att vara passiv (Jang, 1995). Kanske handlar det om att lägga mer vikt på kulturförståelse och attityder även här i Sverige? På några ställen i Sverige har man tagit till sig den sociala CBR-modellen, att arbeta med hela närmiljön runt den funktionshindrade (Hargö Granér, 1999). Med tanke på alla ev. framtida kommunala indragningar så kanske vi redan nu ska lära oss, utifrån U-länder, att arbeta mer resurssnålt och använda oss mer av lokala resurser? Vilken arbetsplats som helst i Sverige skulle kanske må bra av ett generellt biståndstänkande, då det gäller förändringar av olika slag, t.ex. att ha en lyhörd arbetsledning, att förankra idéer hos de berörda, att göra de berörda delaktiga i beslut och att tänka långsiktigt.

Rehabilitering och arbete med funktionshindrade är oftast ej speciellt prioriterade områden i fattiga länder, då man samhällspolitiskt har andra typer av problem som anses viktigare (Jönsson, 1996). Trots FN:s så viktiga Standardregler som trycker på rätten till rehabilitering och rätten till att delta i samhällslivet på likvärdiga villkor för funktionshindrade, så var det i de flesta länder långt kvar till den

verkligheten. De funktionshindrade är ofta marginaliserade och få har tillgång till rehabilitering (Yeoman, 1998). Arbetsterapeutyrket har den insikt som krävs då det gäller att följa FN:s Standardregler då det gäller arbete med funktionshindrade (Gray & Hahn, 1997; Twimble & Henley, 1996), speciellt då våra insatser syftar till att nå delaktighet inom de områden som FN definierat: tillgänglighet, utbildning, arbete, ekonomisk/social trygghet, familjeliv/ personlig integritet, kultur, religion, rekreation/idrott. Det kunde nästan ha varit en arbetsterapeut som formulerat dessa områden, när vi talar om de dagliga livets aktiviteter, personlig vård, boende, arbete, fritid. Det indikerar att arbetsterapeut är ett yrke som behövs för att försöka förbättra situationen för, i alla fall några av de hundratals miljoner, funktionshindrade som finns runt om i världen. Yeoman (1998) framhåller att arbetsterapeuter med sin filosofi och färdigheter har en unik möjlighet att förbättra livskvalitén för funktionshindrade i U-länder. Veldig få U-länder har arbetsterapeututbildning och man är beroende av internationell hjälp. Det är viktigt att som internationell biståndsarbetare ha de färdigheter och den känslighet som krävs för att arbeta inom en annan kultur med dess värderingar (Yeoman, 1998).

Denna undersökning tycks visa att det finns ett behov av arbetsterapeuter ute i världen. Vårt arbetsfält som arbetsterapeuter är då inte längre bara i Sverige. Många vill söka sig utanför Sveriges gränser. Arbetsterapeutyrket är ett yrke i expansion, många länder som tidigare inte haft arbetsterapibildningar börjar med hjälp av utländska arbetsterapeuter bygga upp nya arbetsterapeutbildningar (Busuttil, 1991).

Vad kan vi svenska arbetsterapeuter bidra till för att sprida vårt yrkeskunnande och hur tar vi tillvara erfarenheter ifrån andra länder?

Kanske gäller det att redan i arbetsterapeututbildningen ta med kulturkompetens och kulturkänslighet som ett ämne (MacDonald, 1998; Twimble & Henley, 2000). Arbetsterapi kan tillämpas i vilken del av världen som helst. "Det handlar om ett sätt att tänka", som en arbetsterapeut i en av intervjuerna uttryckte det. Att verka i en annorlunda kultur är en utmaning, men samtidigt utvecklande på många olika sätt, som framkommit i resultatet av undersökningen. En av arbetsterapeuterna i undersökningen hade i U-landet tagit emot AT-studenter ifrån Sverige för praktik vid några tillfällen. De hade alla varit dåligt förberedda på vad det innebar att möta en annorlunda miljö. En vistelse i en annan kultur kan tillföra en ny kulturell dimension på det arbetsterapeutiska arbetet och utveckla problemlösningsförmågan. Det krävs emellertid kulturella och andra kunskapsmässiga förberedelser innan man ger sig iväg (Chui, 1998; Twimble, & Henley, 1998). Det gäller också att sedan här i Sverige ta tillvara på och värdera kulturella erfarenheter. Förhoppningsvis så har den här undersökningen bidragit till detta.

Det finns mycket att fortsätta att forska på inom området arbetsterapi relaterat till kultur och kulturfenomen. Kanske ett uppslag är att utveckla "kultursäkra" bedömningsinstrument. Ett annat är hur vi på ett bra sätt skulle kunna ta reda på kulturrelaterade upplevelser av olika slags funktionshinder, så att vi på ett bättre sätt kan bemöta människor ifrån hela världen.

## LITTERATURFÖRTECKNING

- Aurelius, G. (1993). Kulturell mångfald i vården. I K. Arnsberg (pp179-191). Kultur och Kultur perspektiv på kulturmöten i Sverige. Stockholm: Liber.
- Baltzer, J. & Simonda, E. (1989). Som jag såg det. Uppsala: SIDA..
- Barney, F. (1991). From Ellis island to assisted living: meeting needs of older adults from diverse cultures. The American Journal of Occupational Therapy, 45(7), 586-593.
- Blanche, E. I. (1996). Alma: Coping with culture, poverty, and disability. American Journal of Occupational Therapy, 50(4), 265-275.
- Bringéus, N. (1986). Människan som kulturvarelse. Malmö: Liber.
- Busuttill, J. (1991). Setting up an occupational therapy collage in the middle east. British Journal of Occupational Therapy, 54(11), 423-426.
- Chui, D. Y. Y. (1998). What is community-based rehabilitation: an implication of roles of community occupational therapists in Hongkong. Occupational Therapy in Health Care, 11(3), 79-97.
- Coleridge, P. (1993). Disability, liberation and development. Oxford: Oxfam print unit.
- Coleridge, P. (1995). Community participation and empowerment of people with disabilities. NU Nytt om U-lands hälsovård, 2(9), 19-22.
- Coleridge, P. (2000). Disability and culture. Asian Pacific Disability Rehabilitation Journal, serie 1, 21-38.
- Dahlberg, K. (1997). Kvalitativa metoder för vårdvetare. Studentlitteratur, Lund.
- Emsheimer, P. (1997). Ringar på vattnet-personalutveckling för bistånds arbetare. Jönköping: Forum Syd.
- Fair, B., & Barnitt, R. (1999). Making a cup of tea as part of a culturally sensitive service. British Journal of Occupational Therapy, 62(5), 199-205.
- FSA 1998. Etisk kod för arbetsterapeuter. Nacka: Förenade Sveriges Arbetsterapeuter.
- Gerle, E. (1999). Mångkulturalism för vem? Nora: Nya Doxa.
- Gibbs, K. E., & Barnitt, R. (1999). Occupational therapy and self-care needs of hindu elders. British Journal of Occupational Therapy, 62(3), 100-106.
- Gray, D. B., & Hahn, H. (1997). Achieving occupational goals: The social effects of stigma. In C. H. Christiansen & C. M. Baum (Eds.), Enabeling function and well-being (pp. 392-410). Edition. New Jersey: SLACK Incorporated.
- Göransson, B. (1992). Volontärerna och tidsandan. I S. Sandberg (Red), Uppbrott om u-länder, bistånd och solidaritet inför sekelskiftet (pp231-238).
- Hannerz, U. (1983). Över gränser. Lund: Liber.
- Hanssen, I. (1998). Omvärdnaden i ett mångkulturellt samhälle. Lund: Studentlitteratur.
- Hargö Granér, S. (1999). Från vanmakt till vardagsmat, community based rehabilitation i ett välfärdsperspektiv. Socialmedicinsk tidskrift 1, 21-29.
- Hasselkus, B. R., & Rosa, A. S. (1997). Meaning and occupation. In C. H. Christiansen & C. M. Baum (Eds.), Enabeling function and well-being (pp. 362-378). Edition. New Jersey: SLACK Incorporated.

- Hokling, C., & Whiteford, G. (1995). Multiculturalism in occupational therapy: A time for reflektation on core values. Australian Occupational Therapy Journal, 42, 172-175.
- Jang, Y. (1995). Chinese culture and occupational therapy. British Journal of Occupational Therapy, 58(3), 103-106.
- Jenkins, K., & Brotherton, C. (1995). Insearch of a theoretical framework for practice, Part 2. British Journal of Occupational Therapy, 58(8), 332-336.
- Jönsson, T. (1996). Handikappfrågor i ett globalt perspektiv. I M. Tideman. (Red.). Perspektiv på Funktionshinder och handikapp. Stockholm: Johansson och Skyttmo förlag.
- Kenkre, I.I. (1994). Occupational therapy in rural India. Occupational Therapy International, 1, 29-35.
- Khamisha, C. (1997). Cultural diversity in Glasgow, Part 1: Are we meeting the challenge? British Journal of Occupational Therapy, 60(1), 17-22.
- Kiehlhofner, G. (1994). Grundläggande begrepp i arbetsterapi. (FoU-rapport). (J. Backlund & L. Borell övers.). Stockholm: Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter (original arbete publicerat 1992).
- Kiehlhofner, G. (1997). Conceptual foundations of occupational therapy. (2<sup>nd</sup> ed.). Philadelphia: F. A. Davis Company.
- Kneipman, K. (1997). Prevention of disability and maintenance of health. In C. H. Christiansen & C. M. Baum (Eds.), Enabeling function and well-being (pp. 530-556). Edition. New Jersey: SLACK Incorporated.
- Krefting, L. (1992). Strategies for development of occupational therapy in the third world. The American Journal of Occupational Therapy, 46(8), 758-761.
- Kvale, S. (1997). Den kvalitativa forskningsintervjun. Studentlitteratur, Lund.
- Lagerwall, T., & Tiroler, G. (1995). The vicious circle of poverty and disability. NU Nytt om U-lands hälsovård, 2(9), 23-27.
- Lang, R. (2000). The role of NGOs in the process of empowerment and social transformation of people with disabilities. Asian Pacific Disability Rehabilitation Journal, serie 1, 1-7.
- MacDonald, R. (1998). What is cultural competency? British Journal of Occupational Therapy, 61(7), 325-328.
- Matheson, L. N., & Bohr, P. C. (1997). Occupational competence across the life span. In C. H. Christiansen & C. M. Baum (Eds.), Enabeling function and well-being (pp. 428-458). Edition. New Jersey: SLACK Incorporated.
- Mattingly, C. (1991). What is clinical reasoning?. American Journal of Occupational Therapy, 45(11), 979-986.
- Mattingly, C., & Beer, W.B. (1993). Interpreting culture in a therapeutic context. In H.L. Hopkins & H. D. Smith (Eds.), Williard and Spackman's occupational therapy (154-161). Philadelphia: Courier Westford.
- Mattingly, C., & Lawlor, M. (2000). Learning from stories: Narrative interviewing in cross-cultural research. Scandinavian Journal of Occupational Therapy, 7, 4-14.
- Meghani-Wise, Z. (1996). Why this interest in minority ethnic groups? British Journal of Occupational Therapy, 59(10), 485-489.
- Mosey, A.C. (1986). Psychosocial components of occupational therapy. New York: Raven Press.

- Nationalencyklopedin. (1996). Höganäs: Bokförlaget Bra böcker.
- Ringquist, A.(1995). Människan i ett socialt och kulturellt sammanhang.Stockholm:Liber utbildning.
- Roselius, S. (1993). Fattiga och rika i världen. Linköping: Förlaget Futurum.
- Rädda Barnen (1999). Barn med funktionshinder. Stockholm: Rädda Barnen.
- Sachs, L. (1987). Medicinsk antropologi. Stockholm: Svenskt Tryck.
- Shirley, O. (1991). A cry for health. Somerset: The third world group.
- SIDA 1994. Tiden läker inte alla sår. Stockholm: SIDA.
- SIDA 1999. Sidas utvecklingssamarbete för barn och vuxna med funktionshinder. Stockholm: avdelningen för demokrati och social utveckling.
- SIPU 1993. Organisations utveckling och bistånd. (SIPU International , P.O. Box 70338, 107 23 Stockholm).
- SOU 1998:139. En särskild utsatthet Om personer med funktionshinder ifrån andra länder. Stockholm: Socialdepartementet.
- Twible, R.,& Henley, E. (1998). Fieldtraining for occupational therapy and physiotherapy students in developing countries-the India experience. ActionAid Disability News, 9(1),17-19.
- Twible, R.,& Henley, E. (2000). Preparing occupational therapists and physiotherapists for community based rehabilitation. Asian Pacific Disability Rehabilitation Journal, serie 1, 109-127.
- Wieslander, A. (1982). En slags gåva, biståndsarbetare berättar. Göteborg. Liber.
- Whyte, S.R. (1990). Disability in a cross-cultural perspective, workingpaper no 4/1990. I.Ingestad (Red.) Problems in cross-cultural research on disability(pp.197-207) Oslo: University, Dept.of social anthropology.
- Yeoman, S. (1998). Occupation and Disability: a role for occupational therapists in developing countries. Brittish Journal of Occupational Therapy, 61(11), 523-527.
- Yerxa, E. J. (1991). Seeking a relevant, ethical, and realistic way of knowing for occupational therapy. The American Journal of Occupational Therapy, 45(3),199-203.

## **INTERVJUGUIDE**

**(Bilaga 1)**

### **Frågeområde 1:Arbetet**

**I vilket land var du? Hur länge var du där? I vilken regi åkte du ut?**

**Vilken typ av verksamhet bedrevs där du var placerad?**

Vad för slags verksamhet hade du ? Hur arbetade du som arbetsterapeut ?

(patientarbete, organisationutveckling, stötta handikapporganisationer, institutioner, samhälle)

**Vilka mål fanns för verksamheten där du arbetade?**

(På vilket sätt arbetade ni för att uppnå målen?)

**Vilka (personer, organisationer, institutioner) samarbetade du med? (någon arbetsterapeut?)**

**Vilken roll hade du i verksamheten?( ledarroll? )**

Relation till samarbetspartners/patienter?

Överlämnades kontroll och ansvar till lokalbefolkningen?

**Kan du kort berätta hur situationen såg ut för de funktionshindrade?**

(Hur såg den politiska och sociala situationen ut i landet?)

**Hur såg din verksamhets-/arbetsmiljö ut? Hur såg den sociala miljön ut?**

Vilka resurser fanns tillgängliga?

Vilka typer av funktionshinder mötte du?

**Vilka attityder och syn på funktionshinder mötte du?**

Fanns det handikapporganisationer som arbetade för rättigheter för funktionshindrade ? (Empowerment? )

Vilket medicinskt synsätt rådde, fick de funktionshindrade en aktiv roll i vården, samhället?

**Vilken typ av rehabilitering fanns tillgänglig där du arbetade, för vem?**

Hur prioriterades rehabiliteringen? Vilka behov var störst?

**Vad upplevde du som de största utmaningarna i din verksamhet?**

Vad tyckte du var viktigast att arbeta med i din verksamhet/ fick störst prioritet?

Vad upplevde du som de största hindren (problemen) i din verksamhet?

Kommer du ihåg några speciellt positiva erfarenheter?

### **Frågeområde 2: Hur aktivitet användes som terapeutiskt redskap i U-länder**

**Vilka olika slags aktiviteter användes (i din verksamhet) vid träning av funktionshindrade?**

**Vilka aktiviteter var nya för dig? (t.ex. kultur anknytna)**

**Hur anpassades bostad och miljö? Gjorde du hembesök?**

**På vilket sätt anpassades den (fysiska) miljön till de funktionshindrade?**

Hur anpassades aktiviteter i det dagliga livet ? (utifrån de funktionshindrades behov)?

Fick du nya idéer om hur det går att anpassa miljö och aktiviteter?

**Vilken typ av tekniska hjälpmedel fanns på plats? (pers.vård, boende, arbete, fritid)**

Bidrog du till att utveckla hjälpmedel?

Var teknologin anpassad till lokala förhållanden?

Tyckte du att du lärde dig något nytt om hjälpmedel?

**Vilken typ av problem i det dagliga livets aktiviteter var vanligast?**

Var det andra typer av problem än de du stött på i Sverige?

**Kan du ge något exempel på ett problem du löste, hur tänkte du då?**

På vilket sätt löste du problem du stötte på?

På vilket sätt kunde du underlätta för patienten? Arbetade du med rådgivning ?

**Hur tycker du att din förmåga att lösa problem påverkats av vistelsen i U-land?**

Lärde du dig något nytt sätt "att tänka på" för att lösa problem?



### **Frågeområde 3: Nytt**

**Kan du minnas någon situation när du tyckte att du lärde dig något nytt?**

Minns du någon (ny) slags lösning du tidigare inte gjort i Sverige?

**På vilket sätt kan du använda dig av lösningar du lärt dig i U-land i Sverige?**

Vilka upplevde du som de bästa erfarenheterna ifrån din tid i .....(land)?

### **Frågeområde 4: Förberedelse/förförståelse**

**Var du medveten om din egen bakgrund/värderingar, politiskt, ekonomiskt, kulturellt?**

Hur tycker du att ditt svenska synsätt/värderingar påverkade din verksamhet?

Vad arbetade du med/gjorde **innan** du åkte till.....?

Vilka var din **förberedelser** innan du åkte till.....? (CBR-kurs, SIDA etc.)

Vad hade du **lärt dig ifrån AT- utbildningen** om "kultur" och kulturskillnader?

Vad tycker du **fattades** i dina förberedelser (kunskaper)?

### **Frågeområde 5: Hemma**

**Har du lärt dig något, fått erfarenheter ifrån.... som du kan använda i ditt arbete här i Sverige, i så fall på vilket sätt?**

**Vilka möjligheter tycker du att du har att utnyttja dina erfarenheter/kunskaper ifrån U-land här i Sverige?**

**Vilka idéer har du om hur dina kunskaper skulle kunna utnyttjas på ett bra sätt?**

Vad arbetade du med när du kom hem? **Vad arbetar du nu med?** Vad skulle du vilja göra?

Vad har du **förändrat i ditt arbetssätt** sedan du var i.....? (tex i mötet med patienter, förhållningssätt?)

**På vilket sätt tycker du att förståelsen för patienter ifrån andra länder är nu i förhållande till innan du var i....?**

Vilken typ av kontakt har du med invandrare i ditt nuvarande arbete?

**Finns det något mer du vill tillägga som du inte fått tillfälle att nämna under intervjun?**