

Utfordringer og muligheter i slagrehabiliteringen: En kvalitativ studie om ergoterapeuters erfaringer i møte med innvandrerpasienter

Av Helene Lilja Finnestad Svella & Ingrid Tjoflåt



Helene Lilja Finnestad Svella er ansatt som doktorgradsstipendiat ved Tannhelsetjenestens kompetansesenter – Rogaland.



Ingrid Tjoflåt er dosent i sykepleie ved Det helsevitenskapelige fakultet ved Universitetet i Stavanger.

Abstract

Background: Stroke is a major health problem worldwide. Certain immigrant groups with non-Western backgrounds exhibit a high prevalence of stroke. In health care services, meeting with immigrant patients can be challenging due to communication barriers and cultural differences. The aim of this study was to explore Norwegian occupational therapists' experiences practicing stroke rehabilitation to immigrant patients.

Method: An exploratory qualitative design was employed. Individual interviews were conducted with occupational therapists working in specialist or community healthcare services. The data was analyzed using content analysis.

Findings: The analysis revealed two descriptive themes: «cross-cultural communication is challenging but feasible» and «cross-cultural meetings are challenging but feasible».

Conclusion: The findings indicate that the occupational therapists experienced challenges due to communication barriers, different understandings of activities and rehabilitation and religious differences when providing stroke rehabilitation to immigrant patients. Cultural humility in occupational therapy practice may enhance stroke rehabilitation with immigrant patients.

Keywords: Immigrant patients; Stroke; Occupational therapist; Rehabilitation; Qualitative research

Artikkelen ble mottatt 04.04.2023 og godkjent for publisering 16.10.2023.

Det er ingen interessekonflikter knyttet til artikkelen.

Introduksjon

Hjerneslag er et vidtomspennende helseproblem globalt. I 2019 ble 101.5 millioner mennesker rammet av hjerneslag på verdensbasis (1), mens det i Norge rapporteres om anslagsvis 15 000 tilfeller av sykdommen hvert år (2). En nasjonal epidemiologisk studie viser til økt forekomst av hjerneslag blant enkelte innvandrergupper med ikke-vestlig bakgrunn. Innvandrerguppene omfatter menn og kvinner fra Sør-Asia, menn fra tidligere Jugoslavia og land sør for Sahara og kvinner fra Øst-Asia. Årsaken til forhøyet forekomst av hjerneslag blant de aktuelle gruppene er relatert til økt risiko for overvekt, diabetes, høyt blodtrykk og kolesterol (3).

Konsekvensene fra hjerneslag kan være store og kan resultere i omfattende funksjonsnedsettelse, som krever langvarig og kompleks oppfølging fra helsetjenesten (4). Ergoterapeuter har en sentral rolle i å fremme menneskets muligheter for aktivitet og deltakelse via tilrettelegging og rehabilitering av motoriske og kognitive funksjoner etter hjerneslag. Helsedirektoratets nasjonale faglige retningslinjer er førende for rehabiliteringen som utøves etter hjerneslag, hvor rehabiliteringsprosessen består av kartlegging og funksjonsvurdering av pasienten, kartlegging og oppfølging av hjelpemidler, utarbeiding av mål i en rehabiliteringsplan, evaluering av rehabiliteringstiltak og vurdering av behov for tiltak i en senere fase (5). I møte med innvandrerpasienter kan slagrehabiliteringen dog utfordres grunnet språklige barrierer og kulturelle ulikheter. I studier som undersøkte erfaringer fra møter med innvandrerpasienter i slagrehabilitering og/eller ergoterapeutisk praksis, preget språkbarrierer og anvendelse av tolk mulighetene for relasjonsbygging og gjennomføringen av rehabiliteringsprosessen (6,7). Språkbarrierer og kognitiv svikt ble fremhevet som særlig problematisk (7). Andre utfordringer var knyttet til målet om selvhjelpenhet, som ble sett som et lite verdsatt mål blant mange ikke-vestlige pasienter (6-8), fokuset på opptrening, som sto i sterk kontrast til hvordan syke behandles i andre kulturer (8), pårørendes aktive hjelperolle (6-8), samt at enkelte aktiviteter kunne erfares upassende, som eksempelvis kartlegging og trening i personlig stell (6,7).

I møte med norsk helsevesen kan språkbarrierer og kulturelle ulikheter skape begrensninger for innvandrerpasienters muligheter for å kunne nyttiggjøre seg av helsetjenester. Ergoterapeuter kan også erfare utfordringer med å imøtekomme den aktuelle pasientgruppen på bakgrunn av stan-

darder og rutiner tilpasset majoritetsbefolkningens behov (10-11).

KUNNSKAPSBEHOV OG FORSKNINGSSPØRSMÅL

I Nasjonal strategi om innvandreres helse 2013-2017 etterspørres det mer kunnskap «om innvandreres spesielle helseutfordringer, og om kulturelle og språklige utfordringer som opptrer i møte mellom pasienter med innvandrerbakgrunn og helse- og omsorgstjenesten» (12). Internasjonalt finnes det studier som fokuserer generelt på ergoterapeuters erfaringer fra oppfølging av innvandrerpasienter (6,8), samt enkelte studier fra slagrehabilitering, hvor ergoterapeuter utgjør en liten del av utvalget (7,9). På bakgrunn av omfattende litteratursøk finnes det derimot ingen studier som undersøker norske ergoterapeuters erfaringer fra slagrehabilitering i møte med innvandrerpasienter. Dette danner rasjonale for å utforske ergoterapeuters erfaringer i møte med slagpasienter med innvandrerbakgrunn, hvor kunnskapsbehovet grunnes i;

- (i) økt innvandring til Norge (13)
- (ii) flere tilfeller av hjerneslag blant mange innvandrergupper (3)
- (iii) ergoterapeutens sentrale rolle i oppfølgingen av slagpasienter (5)

Denne studien søker derfor å besvare forskningsspørsmålet: *Hvordan erfarer ergoterapeuter det å praktisere slagrehabilitering i møte med innvandrerpasienter?* og underspørsmålet: *Hvordan utfordres/muliggjøres slagrehabiliteringen i møte med innvandrerpasienter?*

Hensikten med studien er at den skal kunne fungere som et utgangspunkt for videre refleksjon om hvordan ergoterapeuter kan møte den aktuelle pasientgruppen på best mulig måte i rehabiliteringssammenheng, og dermed fremme målet om likeverdige helsetjenester til alle befolkningsgrupper. Likeverdige helsetjenester innebærer at tjenestene tilpasses individets forutsetninger og behov på bakgrunn av dets livssituasjon, kommunikasjonsferdigheter samt kulturelle og religiøse bakgrunn (12).

UTFORDRINGER OG MULIGHETER I DET TVERRKULTURELLE MØTET

I denne studien benyttes teoretiske perspektiver om kollektivistisk og individualistisk orienterte kulturer, trosretningers posisjon og betydning og kulturell ydmykhet i ergoterapeutisk praksis.

I møte med innvandrerpasienter kan ulike verdier

bli synlige som følge av en *individualistisk* eller *kollektivistisk* orientert kultur. Geert Hofstede (1980) utviklet betegnelsene for å kunne skille mellom kulturer og deres karakteristiske trekk vedrørende menneskers tilhørighet til grupper (14). Blant helsepersonell i Norge vil individualistiske verdier om autonomi og høyest mulig grad av selvhjelpenhet være styrende for utøvelsen av helsetjenestene. Dette kan stå i kontrast til mennesker med en kollektivistisk orientert tankegang, hvor fellesskap og ivaretagelse står sentralt (15). Andre ulikheter kan knyttes til det åndelige aspektet, hvor religion kan ha en mer fremtredende betydning blant innvandrerpasienter (16). Dette kan stå i motsetning til den posisjon religion har i Norden, hvor individets trosretning gjerne tilhører den private sfære (17). Menneskers livssyn kan være av essensiell betydning for hvordan individet mestrer utfordringer relatert til sykdom og funksjonsnedsettelse (18). For å kunne utøve kompetent helsehjelp i tværkulturelle møter, fremmer den kanadiske ergoterapeuten og forskeren Karen Whalley Hammell (19) perspektivet *kulturell ydmykhet* i ergoterapeutisk teori og praksis. Perspektivet retter seg mot å oppheve maktbalansen mellom terapeut og pasient gjennom kritisk egenevaluering. Det oppfordres til en kritisk bevissthet vedrørende egne verdier, perspektiver og forutsetninger, og hvordan disse kan virke avvikende i møte med andre mennesker. I en tilnærming basert på kulturell ydmykhet vektlegges pasienters forståelse av eget liv og prioriteringer, og hvordan strukturelle ulikheter påvirker deres muligheter for aktivitet og livskvalitet (19-20).

Metode

I tråd med studiens forskningsspørsmål, hvor det søkes etter beskrivelser av ergoterapeuters erfaringer, har studien et eksplorerende, kvalitativt design med en induktiv tilnærming. Da det var ønskelig å studere individuelle erfaringer knyttet til forskningsspørsmålet, ble det valgt å gjennomføre individuelle intervjuer (21).

INKLUSJONSKRITERIER

For å kunne delta i studien ble det satt følgende inklusjonskriterier;

- (i) at ergoterapeutene skulle være ansatt ved behandlingstedet
- (ii) at ergoterapeutene hadde erfaringer fra å praktisere rehabilitering i møte med slagpasienter med innvandrerbakgrunn

Eksklusjonskriteriene var ergoterapeuter som arbeidet i et kortere tidsrom ved behandlingsstedet, som eksempelvis studenter.

REKRUTTERINGSPROSESSEN

Rekrutteringen av informantene var basert på et strategisk utvalg, som kunne bidra til relevant informasjon knyttet opp mot forskningsspørsmålet (22). Det var ønskelig å rekruttere ergoterapeuter fra både spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten for å frembringe beskrivelser om hva som kjennetegner rehabiliteringssituasjoner med pasientgruppen i en tidlig fase etter hjerneslag, samt i en senere fase i rehabiliteringsforløpet. Ergoterapeuter ansatt i spesialisthelsetjenesten eller kommunehelsetjenesten på Østlandet og Vestlandet ble dermed kontaktet via telefon eller e-post, hvor det ble sendt informasjonsskriv til interesserte behandlingssteder. Ved rekruttering ble behandlingssteder på Østlandet vektlagt grunnet landsdelens høye andel av innbyggere med etnisk minoritetsbakgrunn (23).

STUDIENS UTVALG

Utvalget besto av seks ergoterapeuter. Blant informantene var det fire ergoterapeuter fra Østlandet og to var fra Vestlandet. Tre ergoterapeuter var ansatt i spesialisthelsetjenesten, og tre ergoterapeuter arbeidet i kommunehelsetjenesten, hvorav en arbeidet med hverdagsrehabilitering. Samtlige av informantene var kvinner. En av ergoterapeutene hadde innvandrerbakgrunn selv. Mengde erfaringer i møte med pasientgruppen varierte blant informantene. Ulike egenskaper ved ergoterapeutene ledet til at det oppsto en bredde blant utvalget, noe som ble ansett å kunne bidra til ulike perspektiver i møte med studiens forskningsspørsmål, og dermed styrke studiens troverdighet (24).

DATAINNSAMLING

Det ble gjennomført seks semistrukturerte intervjuer, hvor det ble benyttet en intervjuguide for å sikre at spesifikke temaer ble gjennomgått under intervjuene (22). For å kunne få innblikk i hvilke eventuelle utfordringer eller muligheter ergoterapeutene erfarte i rehabiliteringsforløpet, ble intervjuguiden utarbeidet på bakgrunn av slagrehabiliteringsprosessens ulike trinn beskrevet i Helsedirektoratets nasjonal faglige retningslinjer for rehabilitering etter hjerneslag (5). Temaene i intervjuguiden omhandlet tidlig mobilisering, kartlegging, målsetting, hjelpemidler og trenings situasjoner. Intervjuguiden inne-

Meningsbærende enhet	Kondensert meningsbærende enhet	Kode	Kategori	Undertema	Deskriptivt tema
Så er det jo litt den der med «det er greit å få hjelp av familie og da». Og så hvor er motivasjonen til å gjøre det selv?	Så er det litt den «det er greit å få hjelp av familie». Hvor er motivasjonen til å klare det selv?	Greit å få hjelp	Passivitet og forventninger om hjelp	Ulik forståelse av aktiviteter og rehabilitering	Tverrkulturelle møter utfordres og muliggjøres
Det er jo den sykerollen da, ofte «nå er jeg syk, nå skal jeg ha hjelp».	Det er den sykerollen, «nå er jeg syk, nå skal jeg ha hjelp».	Annet syn på det å være syk	Annet syn på smerte, sykdom og alderdom	Familiens omsorgsrolle som begrensning eller ressurs	
De tingene som vi tenkte at han skulle overføre hjemme det fungerte gjerne ikke alltid i huset hans, fordi det var mye besøk og der var folk.	De tingene vi tenkte at han skulle overføre hjemme fungerte gjerne ikke alltid fordi det var mye besøk og der var folk.	Storfamilien forstyrrende for overføringen av rehabiliteringen i hjemmet	Familiens tilstedeværelse som potensiell forstyrrelse		
Det er jo mye familie inni bildet da. Og det som er positivt der på en måte er jo at hvis man ønsker å få noe ordnet så er de jo veldig på tilbudssiden. På en måte sånn, hvis vi trenger noe i forhold til trening eller noen sånne ting, at de kan ordne det	Det er mye familie inni bildet. Det som er positivt, er at hvis man ønsker å få noe ordnet er de veldig på tilbudssiden. Hvis vi trenger noe til trening eller noen sånne ting, at de kan ordne det.	Pårørende som ressurs	Familien som drivkraft		

Tabell 1: Eksempel fra analyse relatert til tema.

holdt også spørsmål om utfordringer i møte med pasientgruppen, samt erfaringer fra praktisering av ergoterapifaget i møte med slagpasienter med innvandrerbakgrunn. Det var ønskelig å få innblikk i generelle erfaringer og spesifikke eksempler i møte med pasientene. Gjennomføringen av intervjuene fant sted ved informantenes arbeidsplass. Intervjuenes varighet varierte fra 35 til 60 minutter. Hvert intervju ble tatt opp på lydbånd for å sikre at informasjonen som fremkom i intervjuet, ble gjengitt nøyaktig. Det ble også gjort notater umiddelbart etter intervjuene for å sikre vesentlig informasjon fra samtalene. Transkribering av datamaterialet ble utført fortløpende i etterkant av hvert intervju, hvor det muntlige intervjuet ble omgjort til skriftlig tekst.

ANALYSE

Det ble gjort en kvalitativ innholdsanalyse med utgangspunkt i Graneheim og Lundmans beskrivelser, da innholdsanalysen er en hyppig anvendt metode ved analyse av kvalitative data (24). De transkriberte intervjuene ble lest flere ganger for å bli kjent med innholdet før meningsbærende enheter ble identifisert. Meningsbærende enheter omfatter aktuelle

utdrag fra transkripsjonene som er nært knyttet til studiens forskningsspørsmål. De meningsbærende enhetene ble videre kondensert, som innebærer at overflødige ord og uttrykk ble tatt bort for et mer konsentrert og ryddig uttrykk. Deretter ble de kondenserte meningsbærende enhetene kodet, hvor beskrivende merkelapper ble benyttet. Flere meningsbærende enheter med samme meningsinnhold ble strukturert under én kode. Kodene ble så samlet under 14 kategorier, som gjengir det beskrivende innholdet i datamaterialet. Dataene ble ytterligere tolket for å få tak i dataenes underliggende betydning (24). Analysen endte dermed i seks undertema og to deskriptive tema, som skildrer hvordan ergoterapeuter erfarer det å praktisere slagrehabilitering i møte med innvandretpasienter. Tabell 1 gir et eksempel på analysen for ett av temaene.

METODEKRITIKK

En styrke med studien er det informasjonsrike datamateriale fra intervjuene med ergoterapeutene. Likevel er enkelte ergoterapeuter blitt mer referert til i studiens resultater, da noen av ergoterapeutene i større grad gav «rike» beskrivelser fra rehabilite-

Deskriptive tema:			
Tverrkulturell kommunikasjon utfordres og muliggjøres		Tverrkulturelle møter utfordres og muliggjøres	
Undertema	Kommunikative barrierer utfordrer rehabiliteringen	Undertema	Ulik forståelse av aktiviteter og rehabilitering
	Tolk og nonverbale strategier muliggjør rehabiliteringen		Familiens omsorgsrolle som begrensning eller ressurs
			Samhandling og familierelaterte tiltak muliggjør rehabiliteringen
			Religiøse retningsers synlighet og en opplevelse av «oss og dem»

Tabell 2: Studiens deskriptive tema og undertema.

ringssituasjoner med slagpasienter med innvandrerbakgrunn. Erfaringer fra samtlige ergoterapeuter gjenspeiles dog i resultatene. Førsteforfatter er også tidligere masterstudent og novise når det gjelder forskningsmetode. Analysen har vært en langvarig, kontinuerlig prosess bestående av tilbakemeldinger og revideringer mellom første- og andreforfatter. For å styrke studiens troverdighet og gyldighet er transparens blitt vektlagt ved å vise til detaljerte beskrivelser av analysearbeidet, og ved å fremstille konkrete sitater i resultatene.

ETISKE OG JURIDISKE OVERVEIELSER

I studiens innledende fase ble prosjektet meldt til og godkjent av Norsk senter for forskningsdata (NSD) nr. 961704. Studien er gjennomført i tråd med forskningsetiske retningslinjer utarbeidet av De nasjonale forskningsetiske komiteene (25). Intervjuene er gjennomført på bakgrunn av muntlig og skriftlig informert samtykke innhentet fra alle ergoterapeutene i studien. Ergoterapeutene ble også gitt informasjon om muligheten for å kunne trekke seg fra studien. Forfatterne har vist aktsomhet for å ivareta personvern og anonymitet.

Funn

Studiens resultater vil presenteres under deskriptive tema og undertema, hvor aktuelle sitater er benyttet for å underbygge studiens funn. I tabell 2 gis det en oversikt over studiens tema.

Tverrkulturell kommunikasjon utfordres og muliggjøres

I det aktuelle temaet beskrives det hvordan tverrkulturell kommunikasjon utfordres på bakgrunn av språk- og kommunikasjonsforskjeller samt anven-

delse av tolk. Videre vises det til tilnærminger som ergoterapeutene erfarte var virkningsfulle i møte med kommunikative barrierer.

KOMMUNIKATIVE BARRIERER UTFORDRER REHABILITERINGEN

Ergoterapeutene ga uttrykk for verbal kommunikasjon som den «største utfordringen» i møte med slagpasienter med innvandrerbakgrunn, hvor mulighetene for det å bli kjent samt utøve rehabiliteringens ulike ledd ble utfordret. Problemstillinger knyttet til kommunikasjonsbarrierer kunne allerede ses i forkant av møtene, hvor organisering av tolk erfartes anstrengende grunnet tidkrevende samkjøring med andre yrkesgrupper. Møtenes kompleksitet kunne dermed oppleves som en byrde:

Det er jo når de ikke kan språket, eller kan språket veldig, veldig dårlig, at det blir et veldig stort problem. Det skaper hindringer, og man må forberede seg på en annen måte når man går inn der, og av og til så er det nesten som man gruer seg litt da, for det blir litt mer styr med det (Ergoterapeut 4).

Videre ble det å innhente informasjon om pasienten og det å skape en relasjon uttrykt som utfordrende. Dette kunne grunnes i kommunikasjonsforskjeller, hvor uteblitt blikkontakt kunne vanskeliggjøre det å bli kjent. Andre barrierer kunne knyttes til benyttelsen av tolk, hvor tolketjenester opplevdes å påvirke samtalsens naturlige flyt. Ulike ledd i rehabiliteringen, som det å formidle rehabiliteringens hensikt, kartleggingssituasjoner, målsetting, motiverende samtaler, samt gjennomføre trenings situasjoner erfartes også krevende ved språklige barrierer. Vansker knyttet til kognitive problemstillinger ble særlig fremhevet som komplisert. Utfordringene var knyttet til

det å formidle kognitive vansker til familien, samt det å få en oversikt over potensiell kognitiv svikt. Dette kunne vise seg i form av usikkerhet hvorvidt kommunikasjonsutfordringers opphav var grunnet i språklige barrierer eller kognitive problemstillinger:

(...) Vi visste ikke hva som var afasi, og hva som var språkutfordringer generelt på grunn av at han var polsk (Ergoterapeut 3.)

Kartlegging av kognitiv funksjon ble spesielt uttalt som krevende blant flere ergoterapeuter, hvor forståelse for kartleggingsverktøyet blant pasient og tolk samt ordrett tolking, ble beskrevet som essensielt for en vellykket undersøkelse. En ergoterapeut uttrykte i den sammenheng hvordan uteblitt kontroll over hva som viderefremmes av tolk kan resultere i usikkerhet omkring resultatenes pålitelighet:

Jeg har jo ikke noe kontroll på hvordan den tolken ordlegger seg, og når jeg ordlegger meg på norsk, så har jo jeg en mening med hvordan jeg bruker kommunikasjon for å tilrettelegge slik at jeg får observert et kognitivt utfall i en ADL-situasjon. (...) Det kan jo gi et annet utfall av observasjonen hvis tolken gir mer hjelp enn det jeg egentlig ønsker å gi (Ergoterapeut 5).

TOLK OG NONVERBALE STRATEGIER MULIGGJØR REHABILITERINGEN

Tolketjenester ble erfart som essensielt i rehabiliteringens startfase ved samtaler og i kartleggings- og treningssituasjoner, men kunne sløyfes ved etablering av et rutinepreget behandlingsopplegg. Pårørende som tolk ble også beskrevet som en ressurs ved målmøter og i treningssituasjoner, hvor pårørende kunne bidra med utvidet informasjon om pasienten og dens sykehistorie. En ergoterapeut med innvandrerbakgrunn ga også uttrykk for hvordan egne språklige og kulturelle kunnskaper fungerte som en ressurs i møte med pasienter med samme etniske opprinnelse:

Så bruker jeg jo meg selv, fordi jeg kan flere språk enn norsk, og i denne bydelen her så er det jo veldig mange som kan urdu. (...) Det gjør at kartleggingen blir mye bedre, og at jeg forstår deres situasjon og deres kultur. Fordi jeg har jo litt av den kulturen selv (...) (Ergoterapeut 1)

Videre ble det beskrevet tilnærminger som ble benyttet for å muliggjøre trening og kartlegging ved språklige barrierer. I treningssettinger ble en kjent treningsrutine, speiling og visuelle treningsprogram

sett som hensiktsmessige strategier. I kartleggings-situasjoner ble mindre språkavhengige tester og kartlegging via observasjon vurdert som virkningsfullt, hvor for eksempel en kjent aktivitet kunne bidra til en felles forståelse under observasjonen:

(...) når du ikke kan kommunisere med språk, så må du jo prøve å finne en eller annen måte å kommunisere på som gjør at vi klarer å forstå samtidig som jeg kunne tilrettelegge for å observere om han mestret å ha oversikt (...) Og da brukte vi puslespill, som Europakart. (Ergoterapeut 5)

Tverrkulturelle møter utfordres og muliggjøres

I det aktuelle temaet beskrives det hvordan tverrkulturelle møter utfordres på bakgrunn av ulike tilnærminger i slagrehabiliteringen. Videre vises det til tilnærminger som erfartes virkningsfulle i møte med kulturelle ulikheter.

ULIK FORSTÅELSE AV AKTIVITETER OG REHABILITERING

En gjentakende erfaring blant ergoterapeutene var mange innvandrerpatienters manglende motivasjon for rehabilitering, hvor ergoterapeutene uttrykte hvordan pasienter hadde «ingen motivasjon til å gjøre noe som helst selv». Trening i stell ble beskrevet av en ergoterapeut som en aktivitet som særlig vektlegges blant etnisk norske pasienter og helsepersonellet ved slagenheten, men som ikke alltid prioriteres blant innvandrerpatienter. Ergoterapeuten beskrev en konkret hendelse hvor dette ledet til en intrikat situasjon for pasient, ergoterapeut og pleiepersonell, da samhandlingen var preget av ulike ønsker og forventninger for rehabiliteringen:

(...) her så legger vi jo ofte opp til kartlegging og trening i stell, ikke sant? Det er en av rutineaktivitetene som vi har her. (...) Og nesten uten unntak så er det jo sånn at de norske ønsker å klare seg selv i stell (...) Men i forhold til han, så... Han ønsket det ikke i det hele tatt. Pleierne her ønsket det for de var veldig opptatt av at vi skulle gjøre slik vi alltid hadde gjort. (Ergoterapeut 4)

I intervjuene beskrev ergoterapeutene implisitt eller eksplisitt mål for slagrehabiliteringen knyttet til det å bli selvhjulpent. Flere ergoterapeuter erfarte dog hvordan ulike mål for rehabilitering preget samhandlingen mellom ergoterapeutene og slagpasienter med innvandrerbakgrunn, hvor oppnåelse av selvhjulpenthet ikke ble prioritert blant pasientene. Det

ble beskrevet hvordan pasienter inntok en passiv rolle, og hvor familien overtok omsorgsoppgavene, noe som sto i strid med rehabiliteringens hensikt om å gjenoppta evnen til selvhjulpenhet:

Vi har jo hatt gamle pasienter, for eksempel muslimske pasienter, hvor det er helt normalt at ektefelle pleier. De hjelper til med påkledning og vask, og familien ordner opp, og de serverer all mat, og pasienten gjør jo ingenting selv. Og så kommer vi da... (ler). Og prøver å fortelle pasienten, at «jo jo, målet er at du skal bli selvhjulpen. Målet er jo at du skal kunne kle på deg selv. (Ergoterapeut 5)

Videre ble pasientene forbundet med å ha «en annen smerteterskel», hvor treningsøvelser ble unngått grunnet smerte til tross for øvelsenes nødvendighet. Pasienter ble beskrevet som mer «dramatiske», hvor det ble fremstilt andre måter å uttrykke smerte på, som høylytt klaging. Ergoterapeutene erfarte også et annet syn på sykdom og alderdom blant pasientene, hvor det ble forventet å motta hjelp fremfor å trene på og gjennomføre på egenhånd:

Jeg tenker også alder har de et helt annet syn enn oss. De er jo «gamle» når de er 50-60, mens vi ser jo på det som veldig ungt, at du skal ha mange år igjen da. At du skal klare deg selv i mange år til. Så det er jo utfordringene vi møter. (Ergoterapeut 2).

FAMILIENS OMSORGSROLLE SOM BEGRENSNING ELLER RESSURS

Ergoterapeuter fra spesialisthelsetjenesten beskrev pårørendes tilstedeværelse som mer merkbar i form av mange besøkende, og flere, langvarige besøk, noe som kunne resultere i at pasientens muligheter for trening og hvile ble forstyrret. Ergoterapeuter fra kommunehelsetjenesten ga uttrykk for at innvandrerpasienter hadde mer familie i hjemmet, hvor flere generasjoner kunne bo under samme tak. Mye familie til stede kunne dermed virke forstyrrende ved samtaler eller under treningssituasjoner i hjemmet:

Det var veldig mye familie (...) Alle stilte, og alle ville høre alt, og da når det både er afasi og språkproblemer, og ikke alltid er tolk, så ble det ganske litt sånn kaotiske oppstartsamtaler. (...) det var litt overveldende å forholde seg til. (Ergoterapeut 3)

En fremtredende omsorgsrolle blant pårørende av innvandrerpasienter var en annen sentral erfaring blant ergoterapeutene. Ergoterapeutene erfarte dette som en annerledes tilnærming, og det sto i

kontrast til ergoterapeutenes fokus på trening for å kunne mestre selv. Det ble dermed stilt spørsmål hvorvidt treningen ville vedlikeholdes i etterkant av endt rehabiliteringsforløp grunnet familiens omsorgsrolle. En ergoterapeut fra kommunehelsetjenesten beskrev en konkret målsetting i rehabiliteringen, men hvor familiens involvering utgjorde en barriere for måloppnåelse:

En annen målsetting vi hadde, det var på en måte å ha kontroll over sine egne avtaler. (...) Men det også var vanskelig, fordi at når du kommer neste gang, så hadde jo resten av familien tatt litt over (...). Så de hjalp han litt sånn. (Ergoterapeut 3)

Pårørende av slagpasienter med innvandrerbakgrunn ble samtidig beskrevet som en potensiell ressurs og en «drivkraft» i rehabiliteringen. Det ble gitt uttrykk for hvordan en økt villighet ble sett blant pårørende relatert til å bistå ergoterapeutene med hjelp:

Det er jo mye familie inni bildet da. Og det som er positivt der på en måte er jo at hvis man ønsker å få noe ordnet så er de jo veldig på tilbudssiden. På en måte sånn, hvis vi trenger noe i forhold til trening eller noen sånne ting, at de kan ordne det. (Ergoterapeut 2)

SAMHANDLING OG FAMILIERELATERTE TILTAK MULIGGJØR REHABILITERINGEN

I møte med slagpasienter med innvandrerbakgrunn og deres familier ble det vektlagt å gi informasjon om rehabiliteringens formål og treningsprinsipper. Det ble også fokusert på å skape en forståelse for den aktivitetsbaserte tilnærming som benyttes i ergoterapeutisk intervensjon:

Så må vi kommunisere det tydelig da: Hva er hensikten. Hvorfor skal vi pusle det puslespillet. Hvorfor skal vi spille ludo. Hvorfor skal du plukke opp ting oppi en boks og kjenne på om du kjenner at det er en kloss eller kjenner at det er en kule. Det må jo vi formidle slik at pasienten får en forståelse for hvorfor vi holder på med det. (Ergoterapeut 5)

Andre fokusområder var å etablere en relasjon med pasientene, noe som ble sett som grunnleggende for å skape motivasjon for slagrehabiliteringen. Det ble vektlagt spørsmål som eksempelvis «hva er viktigst for deg å trene på nå?» og «hvordan ser livet ditt ut?». Ergoterapeut 4 uttrykte i den sammenheng at «kultur blir litt underordnet når man stiller litt de spørsmålene, som vi gjør». Hun beskrev videre

tidligere nevnte rehabiliteringssituasjon i møte med en ung slagpasient, og hvordan relasjonen mellom ergoterapeut og pasient ble styrket da pasientens målsettinger ble vektlagt fremfor rutinemessige mål om selvhjelpenhet i stell:

(...) for meg er det viktigere å bygge en relasjon med han før vi går i stell. Altså før vi følger våre rutiner her. Så jeg spurte: Hva er viktigst for deg? Jo, han syntes det var veldig viktig å få i gang hånden sin. Så da tenkte jeg at da parkerer jeg det med stell, så bygger jeg en relasjon og så møter jeg han på det at han ønsker det med hånden (Ergoterapeut 4).

I møte med innvandrerpasienters familie uttrykte en ergoterapeut mulighetene for at familiemedlemmer kunne overnatte ved rehabiliteringsavdelingen. Blant andre ergoterapeuter fra spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten ble skjerming vektlagt som et prioritert tiltak for å overholde rehabiliteringen. En ergoterapeut fra kommunehelsetjenesten poengterte likevel hvordan dette står i kontrast med ergoterapiens opprinnelige mål om å gjennomføre treningen i pasientens naturlige miljø:

... hvis det er en storfamilie, og det er mye folk i huset, så kanskje en skal gjøre litt motsatt av det enn tenker er logisk, og dra treningen ut av hjemmet. Men egentlig så er jo ergoterapi å ta treningen i det miljøet du skal gjøre det i. (Ergoterapeut 3)

RELIGIØSE RETNINGERS SYNLIGHET OG EN OPPLEVELSE AV «OSS OG DEM»

Ergoterapeutene erfarte at innvandrerpasienter tok mer initiativ til samtaler omkring religion og bønn. Enkelte ergoterapeuter ga derimot uttrykk for et ønske om at samhandlingen skulle preges av religionsnøytralitet og et strikt fokus på rehabiliteringen fremfor samtaler omkring religion. En ergoterapeut eksemplifiserte egne opplevelser fra møter med pasienter hvor samtalen dreide seg om religiøse høytider, noe som sto i strid med ergoterapeutens ønske for interaksjonen:

Jeg har opplevd at pasienter er veldig opptatt av å fortelle meg om id, og lille-id og store-id, og da har vi fest, og hurra-meg-rundt, og jeg er ikke videre interessert i det. Personlig er jeg ikke så veldig opptatt av kristendom heller. Jeg tenker jo da at religion, det er noe du får praktisere innenfor de rammene du selv har. (Ergoterapeut 5)

En ergoterapeut vektla hvordan religiøse uttrykk

i form av bekledning kunne skape en opplevelse av «oss» og «dem», hvor hijab ble fremhevet som et plagg som kunne utløse negative følelser. Hun fremhevet hvordan hun likevel forholdt seg profesjonell, og at klesplagget i seg selv ikke ville ha noen innvirkning på interaksjonen med pasientene. Hun beskrev hvordan klesplagget likevel kunne skape en følelse av irritasjon:

(...) det bidrar til å skape en avstand, som ellers ikke ville vært der hvis de hadde kastet den hijaben. (...) det er jo interessant å se hva... Hvordan fremtoning også kan påvirke hvordan man tenker om ting da, og at det også kan være provoserende for eksempel (Ergoterapeut 4).

Diskusjon

I denne studien undersøkes ergoterapeuters erfaringer fra å praktisere slagrehabilitering i møte med innvandrerpasienter, og hvordan slagrehabiliteringen utfordres og muliggjøres i møte med pasientgruppen. Studiens funn kan fungere som et utgangspunkt for videre refleksjon om hvordan ergoterapeuter kan møte den aktuelle pasientgruppen på best mulig måte i rehabiliteringssammenheng og dermed bidra til å fremme målet om likeverdige helsetjenester til alle befolkningsgrupper. I diskusjonen vil studiens funn diskuteres opp mot tidligere forskning og teoretiske perspektiver om kollektivistisk og individualistisk orienterte kulturer, trosretningsposisjon og betydning og kulturell ydmykhet i ergoterapeutisk praksis.

UTFORDRINGER I SLAGREHABILITERINGEN

Å rammes av hjerneslag kan føre til store konsekvenser for det enkelte individ, hvor omfattende funksjonsnedsettelse og langvarig rehabilitering preger tiden etter hjerneslaget (4). I opptreningen har ergoterapeuter en viktig rolle i å fremme individers muligheter for aktivitet og deltakelse gjennom tilrettelegging og rehabilitering av motoriske og kognitive funksjoner (5). I denne studien vises det hvordan slagrehabiliteringen utfordres i møte med pasienter med innvandrerbakgrunn grunnet språkbarrierer og kulturelle forskjeller, og hvordan dette kan skape barrierer for et likeverdig rehabiliteringstilbud.

Ergoterapeutene i studien fremhever språkbarrierer og benyttelse av tolk som en grunnleggende utfordring i møte med innvandrerpasienter, og hvordan dette vanskeliggjør organisering av rehabiliteringen, relasjonsbygging, kartlegging, målsetting og opptrening. Funnene samsvarer med tidligere

studier hvor språklige barrierer utfordret gjennomførelsen av rehabiliteringsprosessen (6,7) samt førte til særlige utfordringer ved kognitive funksjonsutfall (7). Språkbarrierer og kognitive vansker fremheves også av ergoterapeuter i denne studien som spesielt problematisk, hvor språklige barrierer skaper utfordringer ved kognitive tester, vansker med å skille språkbarrierer og kognitive funksjonsutfall som eksempelvis afasi, samt formidle pasientens kognitive svikt til pårørende.

I studien beskrives også barrierer knyttet til kulturelle forskjeller, hvor møtene preges av ulike forståelser og tilnærminger i slagrehabiliteringen. På bakgrunn av ergoterapeutenes beskrivelser kan utfordringene koples opp mot ulikheter som følge av en kollektivistisk eller individualistisk orientert kultur. I samsvar med kollektivistiske verdier om fellesskap og ivaretagelse (15), forbindes pårørendes tilstedeværelse med langvarige besøk og en fremtredende hjelperolle. Ergoterapeutene erfarer pårørendes kollektivistiske atferd som et potensielt forstyrrende element, noe som gjenspeiles i tidligere studier, hvor aktiv hjelp fra pårørende av innvandrerpasienter ble sett som en barriere for rehabiliteringen (6-9). Pårørendes rolle og tilstedeværelse kan dermed tyde på å stå i motsetning til ergoterapeutenes individualistiske idealer, hvor autonomi og oppnåelse av selvhjelpenhet vektlegges i høy grad (15). I tidligere studier vises det derimot hvordan opptrening og fokus på oppnåelse av selvhjelpenhet ble sett å stå i sterk kontrast til hvordan man behandler syke i andre kulturer (8), og kan dermed indikere å stå i strid med andre forståelser av sykerollen og verdier om fellesskap og ivaretagelse (15). I den sammenheng kan tilnærmingen virke ukjent og ekskluderende i møte med pasienter med en kollektivistisk kultur. På bakgrunn av ergoterapeuters beskrivelser, kan det tolkes at slagrehabiliteringens utforming i stor grad baseres på rutinemessige og standardiserte mål med fokus på selvhjelpenhet, fremfor å møte det enkelte individs ønsker og behov. Et rehabiliterings-tilbud tilpasset majoritetsbefolkningen kan dermed resultere i at pasienter med innvandrerbakgrunn har mindre muligheter for å kunne nyttiggjøre seg av rehabiliteringen (10). Dette kan være en årsak til ergoterapeutenes opplevelser av pasientgruppen som passiv og lite motivert i rehabiliteringsprosessen. I tidligere studier fremheves det også hvordan enkelte aktiviteter kan oppleves upassende i en terapeutisk setting, som eksempelvis trening mot å oppnå selvhjelpenhet i stell (6,7), og kan også ha påvirket

hvorfor enkelte pasienter ikke ønsket rehabilitering.

Ulike religiøse behov og uttrykk var andre funn knyttet til det tverrkulturelle møtet. I studien fremheves ikke religion som en utfordring blant ergoterapeutene, men enkelte ergoterapeuter uttrykker et sterkt ønske om at samhandlingen preges av religionsnøytralitet. Menneskets livssyn kan være en essensiell del av hvordan individet håndterer utfordringer knyttet til sykdom og funksjonstap (18). Ønsket om religionsnøytralitet kan dermed i seg selv utgjøre en potensiell barriere i slagrehabilitering med innvandrerpasienter, hvor en viktig kilde til motivasjon og pågangsmot kan gå tapt (18).

KULTURELL YDMYKHET FOR ET LIKEVERDIG REHABILITERINGSTILBUD

I denne studien trekker ergoterapeutene frem aktuelle tilnærminger og strategier for å muliggjøre slagrehabiliteringen til tross for språkbarrierer og kulturelle forskjeller. Likevel synliggjøres et behov for økt kunnskap om kulturell ydmykhet i ergoterapeutisk praksis, da ulike oppfatninger og verdier i terapeut-pasient relasjonen skaper store utfordringer for praktisering av slagrehabiliteringen i møte med pasientgruppen. Perspektivet kan bidra til å synliggjøre hvordan egne oppfatninger og verdier kan resultere i begrensninger i møte med pasienter med annen kulturell bakgrunn (19). Det vil spesielt være nødvendig med refleksjoner om hvordan individualistiske verdier kan prege tilnærmingen som utøves i møte med pasientene, og hvordan dette i seg selv kan bidra til å skape barrierer for pasienters muligheter for å kunne nyttiggjøre seg av rehabiliteringstilbudet (10). En av ergoterapeutene i denne studien beskrev hvordan standardiserte målsettinger ble vektlagt blant helsepersonell ved rehabiliteringsavdelingen, noe som skapte barrierer for en pasients motivasjon for opptrening. Ergoterapeuten gikk bort fra de rutinepregede målsettingene for å møte pasientens ønsker for rehabiliteringen. Hun fremhevet at dersom man som ergoterapeut evner å stille gode spørsmål og møte den enkelte på dens ønsker og behov, kan man møtes på tvers av kulturer. Ergoterapeutens tilnærming i møte med den aktuelle pasienten kan eksemplifisere en praksis preget av kulturell ydmykhet, hvor den enkelte ble møtt med dens spesifikke ønsker og behov for slagrehabiliteringen. Perspektivet om kulturell ydmykhet kan også bidra til en større bevissthet om hvordan ergoterapeutisk praksis preget av religionsnøytralitet kan eksklud-

dere et viktig livsaspekt blant mange innvandrerpasienter (19). Ved å inkludere åndelige behov i ergoterapeutisk praksis, kan dette ha en viktig rolle for individets mestring av utfordringer relatert til sykdom og funksjonsnedsettelse (18). Gjennom en kritisk bevissthet angående egne verdier, perspektiver og forutsetninger, kan en kulturell ydmyk praksis bidra til å fremme et likeverdig rehabiliteringstilbud til innvandrerpasienter og dermed ha en viktig rolle i pasientgruppens muligheter for aktivitet og livskvalitet (19,20).

IMPLIKASJONER FOR PRAKSIS OG VIDERE FORSKNING

Studien gir uttrykk for hvilke utfordringer som kan oppstå i den ergoterapeutiske intervensjon ved slagrehabilitering av innvandrerpasienter, og hvordan utfordringene kan ligge i pasient-terapeut relasjonen. Vektlegging av kulturell ydmykhet i ergoterapeutisk praksis vil dermed kunne bidra til å fremme et likeverdig rehabiliteringstilbud. For å kunne oppnå et mer fullstendig bilde av den ergoterapeutiske intervensjon i møte med innvandrerpasienter, kan videre forskning søke kunnskap om hvordan innvandrerpasienter erfarer ergoterapeutisk intervensjon i Norge. Andre forslag til videre forskning kan være å kartlegge ergoterapeuters erfaringer med det åndelige aspektet i ergoterapeutisk praksis.

Konklusjon

Studien beskriver utfordringer og muligheter ved praktisering av slagrehabilitering i møte med innvandrerpasienter. Utfordringer knyttet til kommunikasjonsutfordringer og språkbarrierer ved kognitiv svikt fremheves som særlig problematisk. Andre utfordringer kobles til ulikheter som følge av en individualistisk eller kollektivistisk orientert kultur, og trosretningers posisjon og betydning. I denne studien synliggjøres et behov for økt fokus på kulturell ydmykhet i ergoterapeutisk praksis. Perspektivet kan bidra til en kritisk bevisstgjøring av hvordan egne oppfatninger og verdier kan virke avvikende i møte med mennesker med annen kulturell bakgrunn. En kulturell ydmyk praksis vektlegger pasientens forståelse av eget liv og prioriteringer og kan bidra til å fremme innvandrerpasienters muligheter for aktivitet og livskvalitet. Økt kunnskap om, og fokus på kulturell ydmykhet i ergoterapeutisk praksis kan fremme mulighetene for et likeverdig rehabiliteringstilbud til slagpasienter med innvandrerbakgrunn.

TAKK

Hjertelig takk til ergoterapeutene for deltakelse i studien.

Referanser

1. American Heart Association. 2021 Heart Disease & Stroke Statistical Update Fact Sheet Global Burden of Disease [Internett]. United States: American Heart Association; 27. januar 2021 [oppdatert 2021; hentet 01. september 2023]. Tilgjengelig fra: 2021 Heart Disease and Stroke Statistics Update Fact Sheet At-a-Glance
2. Jacobsen D, Kjeldsen SE, Ingvaldsen B, Buanes T, Røise O. Sykdomslære. Indremedisin. Kirurgi. Anestesi. (3. utg.) Oslo: Gyldendal Akademisk; 2017.
3. Rabanal KS, Selmer RM, Igland J, Tell GS, Meyer HE. Ethnic inequalities in acute myocardial infarction and stroke rates in Norway 1994-2009: a nationwide cohort study (CVDNOR). BMC Public Health. 20. oktober 2015;15(1073):1-10.
4. Indredavik B. Hjerneslag. I: Wekre LL, Vardeberg K, red. Lærebok i rehabilitering. Når livet blir annerledes. Bergen: Fagbokforlaget; 2004.
5. HelseDirektoratet. 4. Rehabilitering etter hjerneslag [Internett]. Oslo: HelseDirektoratet; 30. november 2017 [oppdatert 27. april 2020; hentet 02.09.23]. Tilgjengelig fra: <https://www.helseDirektoratet.no/retningslinjer/hjerneslag/rehabilitering-etter-hjerneslag>
6. Fitzgerald MH, Mullavey-O'Byrne C, Clemson L. Cultural issues from practice. Australian Occupation Therapy Journal; 27. august 2010;44(1):1-21.
7. Taylor E, Jones F. Lost in translation: exploring therapist's experiences of providing stroke rehabilitation across a language barrier. Disability and Rehabilitation; 25. februar 2014;36(25):2127-2135.
8. Kinébanian A, Stomph M. Cross cultural occupational therapy: a critical reflection. The American Journal of Occupational Therapy, 1992;46(8):751-757.
9. Norris M, Jones F, Kilbride C, Victor C. Exploring the experience of facilitating self-management with minority ethnic stroke survivors: a qualitative study of therapists' perceptions. Disabil. Rehabil. 27. mars 2014;36(26):2252-2261.
10. Likestillings- og diskrimineringsombudet. Håndbok for tjenesteytere. Likeverdige tjenester for alle [Internett]. Oslo: Likestilling og diskrimineringsombudet; 2011 [01.03.23]. Tilgjengelig fra: https://www.ldo.no/globalassets/brosjurer-handboker-rapporter/ldo_handbok_likeverdige_tiltrykk_10_10_111.pdf
11. Munthe-Kaas HM, Bidonde J, Nguyen L, Flodgren G, Meneses J. Effect of system-level healthcare interventions and health equity tools for immigrants: a systematic review [Internett]. Oslo: Norwegian Institute of Public Health; 2018 [hentet fra 04.03.23]. Tilgjengelig fra: Effect of health equity tools for immigrants: a systematic review - NIPH (fhi.no)

12. Helse- og omsorgsdepartementet. Likeverdige helse- og omsorgstjenester – god helse for alle. Nasjonal strategi om innvandreres helse 2013-2017 [Internett]. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2013. Tilgjengelig fra: [innvandrers-helsestrategien.pdf \(regjeringen.no\)](https://www.regjeringen.no)
13. Statistisk sentralbyrå. Fakta om innvandring [Internett]. Oslo: Statistisk sentralbyrå; 2023. Tilgjengelig fra: [Fakta om innvandring - Statistisk sentralbyrå \(ssb.no\)](https://www.ssb.no)
14. Hofstede G. Dimensionalizing Cultures: The Hofstede Model in Context. *Online Readings in Psychology and Culture*. 2011; 2(1):1-26
15. Hanssen I. Helsearbeid i lys av en kollektivistisk og individualistisk organisering av samfunnet. I: Debesay J, Tschudi-Madsen C, red. *Migrasjon, helse og profesjon*. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2018.
16. Leis-Peters A. Religionens nya synlighet. I: Danbolt FT & Nordhelle G, red. *Åndelighet – mening og tro. Utfordringer i profesjonell praksis*. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2012.
17. Taule L. Religion og livssyn i endring. Norge – et sekulært samfunn? [Internett]. Oslo: Statistisk sentralbyrå; 2014. [hentet 05.02.23]. Tilgjengelig fra: [Norge – et sekulært samfunn? \(ssb.no\)](https://www.ssb.no)
18. Sørbye LW & Undheim LT. Å ta menneskets åndelige dimensjon på alvor. I: Danbolt TF & Nordhelle G. *Åndelighet – mening og tro. Utfordringer i profesjonell praksis*. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2012.
19. Hammell KW. Occupational, well-being, and culture: Theory and cultural humility. *The Canadian Journal of Occupational Therapy*. 2013; 80(4):224-234.
20. Kirmayer LJ. Rethinking cultural competence. *Transcultural Psychiatry*. 2012; 49(2):149-164.
21. Polit DF, Beck CT. *Nursing research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. 10th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2017.
22. Malterud K. *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag*. 4. utg. Oslo: Universitetsforlaget; 2017.
23. Høydahl E. Innvandrere på Oslo-kartet. *SSB, Samfunnsspeilet*. 2015;3:30-31.
24. Graneheim UH & Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*. 2004;24:105-112.
25. Lov om organisering av forskningsetisk arbeid (forskningsetikkloven). LOV-2017-04-28-23 [Hentet 10.05.23]. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/LTI/lov/2017-04-28-23>
26. De nasjonale forskningsetiske komiteene. *Generelle forskningsetiske retningslinjer* [Internett]. Oslo: De nasjonale forskningsetiske komiteene; 2019 [Hentet 05.02.23]. Tilgjengelig fra: [Generelle forskningsetiske retningslinjer | Forskningsetikk](https://www.forskningsetikk.no)

