

«Det nytter ikke å ta en sånn der Tupperware-løsning»

KOMMUNEERGOTERAPEUTERS ERFARINGER MED BRUK AV SIN KJERNEKOMPETANSE I HJELPEMIDDELFORMIDLING

Av Guri Einbu & Linda Stigen



Guri Einbu er ergoterapeut og universitetslektor ved Institutt for helsevitenskap, NTNU Gjøvik. E-post: guri.einbu@ntnu.no



Linda Stigen er ergoterapeut og førsteamanuensis ved Institutt for helsevitenskap, NTNU Gjøvik.

Abstract

Introduction: The aim of this study was to explore how municipal occupational therapists apply their core competencies in assistive technology provision and how this impacts their professional role and ability to address challenges within municipal health services.

Method: Seven focus group interviews were conducted with a total of 31 municipal occupational therapists. The data were transcribed and analyzed using thematic analysis.

Results: Four main themes emerged: Professional challenges in assistive technology provision, the significance of occupational therapists' assessments in assistive technology provision, the activity perspective in practice and a desire to transition from being an «assistive technology occupational therapist» to an «activity occupational therapist».

Conclusion: The study reveals professional dilemmas related to assistive technology provision and emphasizes a need for a stronger focus on core competencies and the activity perspective in occupational therapists' practice. By utilizing activity-based assessment and evaluation, occupational therapists can more effectively argue for interventions that promote health, rehabilitation, and mastery of everyday activities, rather than being limited to compensatory measures through assistive devices. To ensure evidence-based practice, municipal occupational therapists must work towards establishing organizational structures and frameworks that enable a broad application of their core competencies and discipline-specific knowledge and skills.

Keywords: Municipal health services, professional identity, discipline-specific skills and knowledge, assistive technology provision.

Det er ingen uenighet blant forfatterne om rettighetene til manuskriptet.

INNLEDNING

Norge står overfor demografiske endringer preget av en økende eldre befolkning, færre i yrkesaktiv alder og endrede bosettingsmønstre (1). Dette resulterer i økt etterspørsel etter helse- og omsorgstjenester (2, 3) og utfordrer de kommunale tjenestene. Det er nødvendig med en kursendring for å sikre bærekraftige tjenester i helse- og omsorgssektoren (3). I kommunehelsetjenesten påvirkes ergoterapeuters arbeidsforhold av lokale helse- og sosialpolitiske plandokumenter og er i styringsdokumenter (4-8) beskrevet å ha en sentral rolle for å bidra til å løse disse utfordringene (4, 9, 10).

Ergoterapeuters kjernekompetanse fokuserer på å muliggjøre aktivitet og deltakelse, med spesielt fokus på meningsfull aktivitet for personer med aktivitetsutfordringer (11). Kompetansen om samspillet mellom person, aktivitet og omgivelser står sentralt, og denne kjernekompetansen kan bidra til å bygge et bærekraftig samfunn og møte forventede samfunnsutfordringer i kommunene (12, 13). Ergoterapi er en lovfestet tjeneste for innbyggerne og innebærer viktig kompetanse innen habilitering og rehabilitering (9). Faget skal bidra med å tilrettelegge omgivelsene for praktisk aktivitet, og for at den forventede økningen i antall eldre skal kunne mestre hverdagen (9).

KOMMUNEERGOTERAPEUTERS PRAKSIS

Ergoterapeuter møter utfordringer i hvordan de skal posisjonere sin praksis i spennet mellom å være spesialist eller generalist, og rollen til kommuneergoterapeuter er under press og endring som en konsekvens av samhandlingsreformen og endringer i kommunehelsetjenestene (14, 15). Studier viser at ergoterapeuter strever med å formidle fagets kompetanse, og de opplever at den ikke blir benyttet godt nok (16-18). Forventningene til ergoterapeuter og rollene de har i praksis harmoniserer ikke med egen fagforståelse, og dette fører til utfordrende hverdager (14). I tillegg kan organiseringen av arbeidet rundt brukere hindre effektive arbeidsprosesser og samarbeid (16).

Tradisjonelt har ergoterapeuter i kommunehelsetjenesten arbeidet mye med tilrettelegging av omgivelsene og hjelpemiddelformidling (14, 19). NAV Hjelpemiddelsentral anbefaler personer med varig nedsatt funksjonsevne å kontakte ergoterapeuten for å få bistand til å låne hjelpemidler (20). NAV beskriver ergoterapeuten som en fagperson med kompetanse til å kartlegge behov for hjelpemidler,

fylle ut søknad og bidra med oppfølging/opplæring i bruk av hjelpemidlene (21).

I arbeidet med hjelpemiddelformidling bruker ergoterapeuten sin kompetanse for å kartlegge brukers hverdagsaktiviteter, formulere mål og vurdere egnede løsninger i samarbeid med brukeren for å nå målene. Søknad, anskaffelse, tilpasning, veiledning, opplæring og oppfølging inngår i prosessen, og ergoterapeuten, brukeren og andre aktører må ha et nært samarbeid for å sikre individuelle og helhetlige løsninger (22). Ergoterapeuten skal ha en kunnskapsbasert praksis med vekt på både brukerkunnskap, erfaringskunnskap og forskningskunnskap, og konteksten hvor brukere utfører sine hverdagsaktiviteter må vektlegges (22).

En studie viste at 87 prosent av kommuneergoterapeutene som deltok, arbeidet med formidling og tilpasning av tekniske hjelpemidler, og benyttet 51 prosent av tiden sin til dette (23). Ergoterapeuter opplever sterkt press og forventninger til hjelpemiddelformidling fra samarbeidspartnere, og det kan utfordre kvaliteten og hindre at deres ekspertise blir brukt, særlig knyttet til kartlegging og oppfølging (14). For personer med funksjonsnedsettelse kan hjelpemiddelformidling være ett av flere tiltak, men det kreves en bredere tilnærming i rehabiliteringsprosessen (22). Ergoterapeutens kjernekompetanse innen hjelpemiddelformidling kan dermed beskrives å handle om å vurdere menneskets aktivitetsutførelse i konteksten hvor det er behov for å kompensere for redusert funksjon gjennom bruk av et hjelpemiddel.

Flere studier har beskrevet ergoterapeuters roller i kommunehelsetjenesten. En studie skiller mellom en *generisk*, en *generalist* og en *spesialistrolle* (15). En annen studie utdyper disse gjennom de fire idealtypene *all-rounder*, *brannslukker*, *innovatør* og *hjelpemiddelformidler* (14). *All-rounderen* håndterte varierte oppgaver for ulike brukergrupper, og ergoterapeutene opplevde autonomi og fleksibilitet i rolleutformingen. *Brannslukkeren* ga noe/minimalt/litt tjenester til mange brukere, men rollen opplevdes som lite tilfredsstillende. Fagutøvelsen var strategisk, med lite vektlegging av oppgaver som krevde samarbeid, kontinuitet og tid, og som vanskeliggjorde tjenester knyttet til forebygging og rehabilitering. *Innovatøren* beskrev ergoterapeuter som aktive deltakere i endringsarbeidet opp mot nye tjenestemodeller. *Hjelpemiddelformidleren* var en veletablert og anerkjent rolle der deltakerne posisjonerte seg ulikt. Arbeidsfeltet førte imidlertid til ulike forventninger og faglige uenigheter mellom ergoterapeutene og samarbeidspartnere (14).

Kontinuerlig innsats for å utvikle profesjonell identitet er nødvendig, men arbeidspress, begrensede påvirkningsmuligheter og kunnskapsmangel kan være hinder for faglig utvikling (17, 24). Tydelig teamarbeid, basert på profesjonelle styrker og kompetanser, sikrer kvalitet i tjenestene for brukeren (15). Å styrke den profesjonelle identiteten legger til rette for forbedret tverrfaglig samarbeid, motvirker begrenset forståelse av faget og øker tryggheten i anvendelsen av kompetanse til beste for brukeren (16).

Med denne bakgrunnen ble det initiert et prosjekt hvor hensikten var å utforske kommuneergoterapeuters erfaringer og opplevelse knyttet til sin yrkesidentitet. Prosjektet tar sikte på å generere flere publikasjoner, og målsettingen med denne artikkelen ble å undersøke hvordan kommuneergoterapeuter anvender sin kjernekompetanse i hjelpemiddelformidling, og hvilken betydning dette har for deres faglige rolle og evne til å møte utfordringer i kommunehelsetjenesten.

METODE

Et kvalitativt design med fokusgruppeintervju ble benyttet, da disse gir et egnet miljø for utveksling og utdyping av erfaringer og ideer blant fagpersoner (25). En intervjuguide ble utviklet og diskutert mellom forfatterne (tabell 1). Den tematisk semistrukturerte intervjuguiden ble brukt for å fremme samtaler om studiens ulike temaer (26). Intervjuguiden satte søkelys på ergoterapeutenes erfaringer og arbeidshverdag, hvilke oppgaver de utførte og hvordan disse var med på å forme deres rolle og identitet som ergoterapeuter. Hvilke forventninger de møtte i sin organisasjon, hvordan de påvirket deres praksis, de faglige valgene de gjorde og deres opplevelse av yrkesrollen samt hvordan de så på framtidens ergoterapi i kommunen, ble også utforsket. Intervjuguiden ble ikke strengt fulgt, men fungerte som et hjelpemiddel for moderatoren, bidro til å strukturere intervjuet og sikret at viktige områder ble dekket og diskutert i alle gruppene. I intervjuguiden ble ikke formidling og tilpasning av hjelpemidler spesifikt adressert, men under spørsmålene som omhandlet hovedtemaet «Praksis i dag» ble dette fagområdet mye diskutert i alle intervjuene, og det ble derfor tatt et valg om at denne artikkelen skulle omhandle dette temaet.

En moderator ledet gruppeintervjuet, presenterte tema og spørsmål og la til rette for ordveksling og utdyping (26). I tillegg var en observatør til stede i alle intervjuene, og dette styrket studiens validitet og reliabilitet, samt bidro til etterfølgende

Tema:	Innhold:
Innledning	• Presentasjon • Opplysninger om studien og etiske forhold
Bakgrunnsinformasjon om informantene i gruppen	• Navn, alder, kjønn • Utdanning • Arbeidssted • Stilling, antall år ansatt
Praksis i dag	Fortelle om erfaringer: • Hvilke oppgaver utfører du? (Beskrive arbeidshverdagen og tjenester utført innen ergoterapi) • Hvordan beskrives yrket i kommunal praksis? • Hvilken (kjerne)kompetanse er nødvendig? • Forventninger til dagens yrkesutøvelse som ergoterapeut (egne og andres forventninger)?
Framtidens kommuneergoterapi	Synspunkter på: • Arbeidsområder, hvilke blir viktige? • Roller (særfaglige/tverrfaglige roller) • Kompetansebehov, hva bør vektlegges? • Yrkesidentitet, hvordan styrke den?
Avslutning	• Er det noe respondenten har lyst til å si som vi ikke har vært gjennom i løpet av intervjuet? • Har respondenten spørsmål til studien eller om bruk av opplysningene? • Avrunde intervjuet

Tabell 1. Intervjuguide.

bearbeiding av data, resultater, og diskusjon (26).

Totalt syv fokusgruppeintervjuer ble gjennomført med 31 kommuneergoterapeuter. Intervjuene varte mellom en og en halv til to timer og ble gjennomført i syv av de 13 ulike kommunene som deltakerne representerte, fra februar til oktober 2020.

DELTAKERE

Deltakerne ble rekruttert gjennom informasjon og invitasjon i sosiale medier (Facebook) og etter oppfordring gjennom et medlemsnettverk innen ergoterapi. Deltagerne var ansatt i 13 kommuner av ulik størrelse i Øst-Norge: Fem små kommuner (under 5000 innbyggere), fem mellomstore kommuner (5000-19999 innbyggere) og tre store kom-

Fokusgruppe	Kommunestørrelse	Deltager	Alder	Arbeidserfaring (år)
1	1 stor kommune	1	25	0.5
		2	29	3
		3	36	12
		4	40	11
		5	50	17
2	1 stor kommune	6	27	1.5
		7	28	3.5
		8	34	6.5
		9	51	19
3	1 liten kommune 2 mellomstore kommuner	10	43	8
		11	58	23
		12	59	19
		13	63	34
4	1 stor kommune	14	24	1
		15	32	9.5
		16	39	4
		17	40	3
		18	55	25
		19	66	38
5	4 små kommuner 1 mellomstor kommune	20	23	0,1
		21	26	1
		22	28	1
		23	40	10
		24	44	17
6	1 mellomstor kommune	25	29	1
		26	34	6
		27	50	11
		28	59	33
7	1 mellomstor kommune	29	25	0,1
		30	32	2
		31	59	7.5

Tabell 2. Oversikt over deltakerne i studien sine demografiske data (n=31).

Stor kommune > 20000 innbyggere, mellomstor kommune 5000-20000 innbyggere, liten kommune < 5000 innbyggere.

muner (over 20000 innbyggere). I to av gruppene deltok flere ergoterapeuter som jobbet alene i sine kommuner, i de øvrige fem gruppene deltok ansatte som representerte samme kommune. Ergoterapeutenes spesialisering varierte fra generalisttjenester for hele befolkningen til mer spesialiserte roller for alders- eller brukergrupper samt ansvar for spesifikke tjenester. Tre deltakere hadde lederoppgaver for ergoterapitjenesten i sine kommuner.

Fokusgruppene bestod av fra tre til seks deltakere. 30 kvinner og én mann i alderen 24 til 66 år (median 37 år) deltok. Arbeidserfaringen varierte fra 0 til 38 år (median 7 år). Se tabell 2 for detaljer.

TRANSKRIPSJON AV INTERVJUENE

Lyddoptakene ble transkribert ordrett, og to av intervjuene ble transkribert av førsteforfatteren, de øvrige ble transkribert av en profesjonell aktør.

Ti terskelbegreper i ergoterapi (førsteforfatterens egen oversettelse):

1. Forståelse og bruk av modeller og teorier innen ergoterapi
2. Kunnskapsbasert praksis
3. Klinisk resonnering
4. Disiplinspesifikke ferdigheter og kunnskap*
5. Praksis i kontekst
6. En klientsentrert tilnærming
7. Aktivitet (occupation) *
8. Ergoterapifaglig rolle
9. Reflekterende praksis
10. En helhetlig tilnærming

*Begrepene er brukt i analysen av materialet.

Tekstboks 1.

DATAANALYSE

Kvale og Brinkmann beskriver at dataanalysen starter under datainnsamlingen (26). I løpet av fokusgruppeintervjuene beskrev deltagerne sin arbeidshverdag, opplevelser, erfaringer, hva de vektla og tenkte om yrkesutøvelse, roller og forventninger. I intervjuene skjedde utdypinger og forklaringer gjennom interaksjon mellom deltakerne, moderator og observatør (26). Dette førte til at deltakerne oppdaget nye forhold om sin praksis i diskusjonene, samtidig som moderator (og observatør) utførte fortellinger og tolkninger av meningene ved å be deltakerne bekrefte eller avkrefte om utsagn ble riktig forstått (26).

Selve dataanalysen ble gjennomført i seks faser med vekt på en tematisk analyse, etter modell fra Braun og Clarke (27).

I *fase en* ble transkriberte data lest i sin helhet av moderator og diskutert med observatør for å få en helhetlig oversikt over materialet (27). I denne fasen kom det frem at deltagerne var opptatt av ulike perspektiver knyttet til eksempelvis ulike roller, arbeidsoppgaver, forventninger til deres praksis, aktivitet som begrep, hjelpemiddelformidling og tverrfaglig samarbeid.

I *fase to* ble det gjort en systematisk koding av interessante trekk i hele materialet (27), og disse ble samlet og skrevet ut som notater av moderator (førsteforfatter) (figur 1). Kodingen av materialet startet med en «datadreven»/induktiv prosess, hvor det ble tydelig at det deltakerne snakket om kunne forstås i lys av ulike terskelbegreper i ergoterapi (28).

Terskelbegreper beskrives som «portaler» som åpner opp for nye og vesentlige måter å tenke på for forståelse og mestring av praksis i et fag eller disiplin (28-30). Terskelbegreper har blitt identifi-

Terskelbegreper i materialet:

Disiplinspesifikke ferdigheter og kunnskap: Ergoterapifaglige ferdigheter og kunnskaper nødvendige for praksis, inkludert ergoterapivurderinger, intervensjoner, kunnskap om spesifikke kliniske områder, hjelpemiddelformidling og tilpasninger i hjemmet og aktivitetsanalyse.

Aktivitet: Forståelse av aktivitet, slik det er definert av ergoterapeuter, er bredt, og mennesker anerkjennes som aktive vesener. Aktiviteter skal oppleves som meningsfulle for den enkelte, og bruken av aktivitet er sentralt for intervensjoner. Meningsfylt aktivitet knyttes sammen med helse og velvære.

Tekstboks 2.

sert gjennom studier der undervisere, studenter, og erfarne ergoterapeuter deltok (tekstboks 1) (30). Førsteforfatter gikk deretter tilbake til materialet og kodet dette systematisk på nytt ved hjelp av ulike fargepenner som viste til de ti forskjellige terskelbegrepene («teoriorientert»/deduktiv koding) (figur 1) (27). To terskelbegreper sto tydelig fram fra materialet og viste en klar sammenheng (tekstboks 2). Materialet ble deretter gått gjennom igjen med et særlig blikk på de to terskelbegrepene:

- 1 disiplinspesifikke ferdigheter og kunnskap
- 2 aktivitet

Fra kategorien *disiplinspesifikke ferdigheter og kunnskap* trådte kunnskap og praksis innen *hjelpe-middelformidling* særlig fram fra materialet (28). Alle fargemerkede utsagn om de to terskelbegrepene ble kodet og deretter skrevet ut i sin helhet fra alle gruppeintervjuene og resulterte i et rikt meningsinnhold (26, 31).

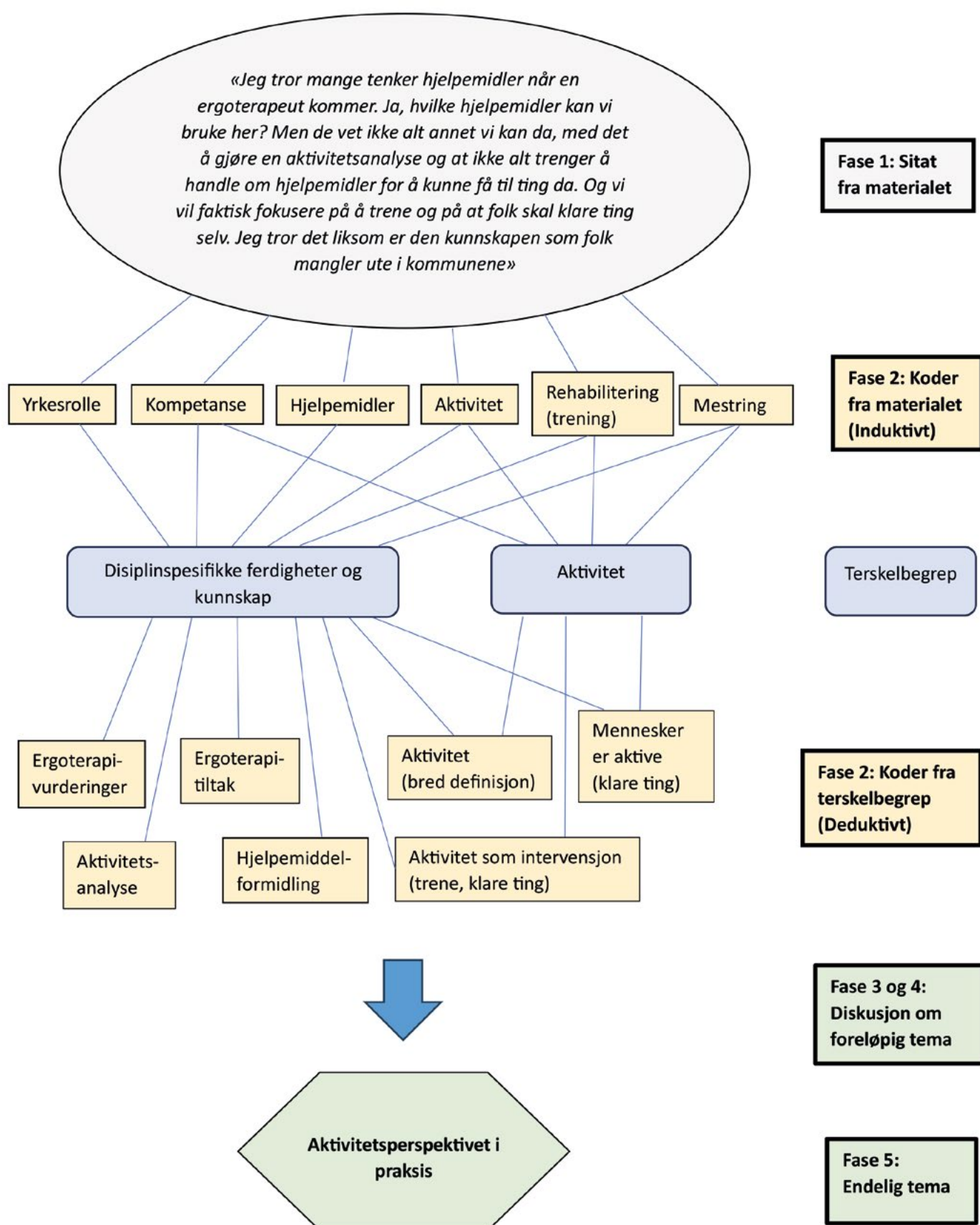
I *fase tre* ble kodede og interessante trekk fra kodingen av materialet (både induktiv og deduktiv) samlet i foreløpige temaer.

I *fase fire* ble temaene diskutert mellom moderator og observatør før de ble endelig definert.

I *fase fem* ble de fire temaene endelig navngitt:

- faglige utfordringer ved hjelpemiddelformidling
- betydningen av ergoterapeuters kartlegging ved hjelpemiddelformidling
- aktivitetsperspektivet i praksis
- et ønske om å bevege seg fra «hjelpe-middelergoterapeut» til «aktivitetsergoterapeut»

I *den sjette og siste fasen* ble temaene fra analysene skrevet sammen, og de er presentert i artikkelen gjennom utvalgte sitater som belyser og eksemplifiserer deltakernes erfaringer og opplevelser (26).



Figur 1: Eksempel fra dataanalysen.

ETISKE FORHOLD

Norsk senter for forskningsdata AS godkjente 28.01.2020 behandlingen av personopplysninger i studien (referansenr. 831271). Deltakerne fikk tilsendt informasjon om studiens formål, hvordan datainnsamling skulle foregå, hvordan personopplysninger ville bli oppbevart og at de hadde rett til innsyn, kopi av og sletting av opplysningene. Personopplysningene ville bli anonymisert, og deltakerne kunne trekke seg fra studien. Deltakerne undertegnet samtykkeerklæring og fikk opplysninger om klageinstans og kontaktopplysninger til moderator og observatør.

FORSKERNES ROLLER

Både moderatoren (førsteforfatter) og observatøren (sisteforfatter) har kompetanse og yrkeserfaring innen kommuneergoterapi, men har ingen nære relasjoner eller avhengighetsforhold til deltakerne i studien. Erfaringene fra kommuneergoterapi, støtten fra intervjuguiden og bruken av åpne spørsmål bidro til å frambringe rike nyanser og utdypninger i intervjuene (26). Moderator og observatør forpliktet seg til å ivareta og beskytte deltakernes konfidensialitet samt å rapportere resultatene i samsvar med vitenskapelige kriterier for nøyaktighet og representativitet (26).

RESULTATER

Gjennom den tematiske analysen av materialet kom det frem fire sentrale temaer som blir utdypet og presentert i kommende kapittel. Disse temaene er:

- faglige utfordringer ved hjelpemiddelformidling
- betydningen av ergoterapeuters kartlegging ved hjelpemiddelformidling
- aktivitetsperspektivet i praksis
- et ønske om å bevege seg fra «hjelpemiddelergoterapeut» til «aktivitetsergoterapeut»

FAGLIGE UTFORDRINGER VED HJELPEMIDDELFORMIDLING

Deltakerne beskrev sin fagkunnskap ved å fokusere spesielt på hverdagen og aktivitetene til brukerne. De ville gi brukerne raske muligheter til å komme i gang med hverdagslivet etter endringer i funksjonsevnen. De vektla hvordan de skulle finne ressurser, «vise veien videre» og en deltaker sa: «Det er så viktig å vise muligheter når noen kommer i en situasjon der funksjonsevnen har forandret seg veldig.»

Kommunene har mange eldre innbyggere, og mange bodde i dårlig tilrettelagte boliger. En del-

taker fortalte at hun var den eneste som formidlet tekniske hjelpemidler i sin kommune. Boligtilpasning og hjelpemiddelformidling måtte prioriteres for å forebygge hjelpebehov, og arbeidet var så omfattende at hun ikke hadde ressurser til å jobbe med hverdagsaktiviteter sammen med brukerne.

Videre gav deltakerne uttrykk for at den omfattende hjelpemiddelformidlingen hadde en positiv innvirkning på brukernes aktiviteter, men det var faglig utfordrende å prioritere og imøtekomme andre ulike forventninger og behov for intervensjoner. En deltaker sa: «Og så står du i den balansegangen da, ikke sant, i forhold til ventelister og forventninger utenfra og ut fra fokuset som du ønsker å ha ... Men det har liksom blitt slik at hjelpemidler har tatt vekk fokus fra det at folk skal klare seg selv.» En uttrykte: «Det blir jo lite tid til dette her, de fine ordene med aktivitet og mestring og alt det.» En annen sa: «Problemet er at det uansett vil være et stort press på hjelpemidler, for det er alltid mange som trenger hjelpemidler.»

En betydelig del av arbeidshverdagen bestod av hjelpemiddelformidling, og deltakerne diskuterte sin profesjonelle rolle, ferdigheter og synet på hjelpemiddelformidling som fagområde. Historisk sett hadde hjelpemiddelformidling blitt en sentral del av ergoterapeutenes arbeidsoppgaver i noen kommuner. Deltakere med lang erfaring beskrev hvordan de hadde sikret hel stilling for ergoterapeut ved å legge vekt på hjelpemidler som en ressursfaktor for kommunene. En deltaker sa: «Ja, og så har vi jo laget oss en [arbeids-]plass ved hjelp av hjelpemidler. Så det er jo store forventninger til oss i forhold til det.» En annen sa: «Vi har jo opp igjennom årene brukt det for alt det har vært verdt, på en måte. Hvert år har vi slått i bordet med at så mye penger har vi fått til kommunen gjennom hjelpemidler. For det skulle være et tall og det var stadig trusler om å redusere stillinger og slik. Men nå kan det jo hende at vi er litt for «stuck» med dem, da.»

Flere deltakere hadde helt eller delvis ansvaret for hjelpemiddellageret i sine kommuner, og de uttrykte ønske om å frigjøre tid fra dette. En deltaker sa: «Altså, jeg har ansvaret for at det til enhver tid er hele og rene hjelpemidler av alle slag på lageret. Jeg kunne godt ha tenkt meg og sluppet å rekvirere disse hjelpemidlene og hatt mer tid til å følge opp brukere.»

En nyansatt deltaker uttrykte overraskelse over omfanget av hjelpemiddelformidling: «Jeg kan jo si ut fra min erfaring, da jeg var ferdig utdannet og

fikk 80 prosent [stilling] her, da fikk jeg litt sjokk. Det virket som at fokuset bare var hjelpemidler. Og det hadde jeg ikke lært under utdanningen.»

BETYDNINGEN AV ERGOTERAPEUTERS KARTLEGGING VED HJELPEMIDDELFORMIDLING

Deltakerne understreket betydningen av kunnskap og ferdigheter innen kartlegging som grunnleggende kompetanse knyttet til hjelpemiddelformidling. Kartlegging av brukerens hverdagsaktiviteter var avgjørende for å oppnå individuelle og helhetlige løsninger for brukeren med funksjonelle og godt tilpassede hjelpemidler. En deltaker påpekte: *«Det å ha basisen på hva du kartlegger og hvorfor, det er jo veldig viktig kunnskap å ha. At man er tydelig på hva skal man se etter, og hvilken betydning vil det ha i hverdagen til den aktuelle brukeren.»*

Noen deltagere snakket om dilemmaet knyttet til utførelsen av ergoterapispesifikke vurderinger, særlig når andre faggrupper ba om spesifikke hjelpemidler. Ansatte i hjemmetjenesten hevdet ofte at de hadde kartlagt og vurdert brukerens hjelpemiddelbehov før de kontaktet ergoterapeuten. En deltaker beskrev humoristisk: *«Det er ferdig vurdert, du trenger ikke å tenke egentlig. Du skal bare bestille [ler]. Selv om vi formidler hjelpemidler, så nekter vi å være hun der Tupperware-dama, så mange av henvisningene blir til noe annet enn det som er bestilt. Du sier du har bestilt en dusjstol med hjul. Ja vel, da møtes vi i dusjen og så ser vi hva det blir til og i 50 prosent av tilfellene blir det ikke en dusjstol med hjul [latter].»*

I tilfeller der hjemmetjenesten hadde lovet brukeren spesifikke hjelpemidler, ble det utfordrende for deltakerne å endre disse «løftene». En deltaker beskrev: *«Og det blir på en måte en sånn løsrevet bit på siden av alt, ekspedere en konkret bestilling som du ikke har vært med og startet liksom.»*

Deltakerne delte erfaringer om begrenset opplæring i hjelpemiddelformidling under utdanningen, men argumenterte for at de hadde betydningsfull kompetanse på området. De understreket viktigheten av å se personen, omgivelser og aktivitet i sammenheng. Etter å ha vurdert utførelse av aktiviteten i brukerens omgivelser, kunne de faglig begrunne behovet for et spesifikt hjelpemiddel. Om betydningen av å vektlegge personens aktiviteter ved kartlegging av hjelpemiddelbehovet, sa en deltaker:

«Hjelpemiddelet er jo en ting som skal fungere for den personen. Og det er jo der det kommer; hvordan lever brukeren, hva gjør han i hverdagen, hvordan fungerer kroppen, hva skal han få til? Det er den per-

sonens aktiviteter som skal være i fokus når man skal tilpasse hjelpemidler.»

En annen deltaker sa: *«Brukeren har kranglet mye med hjelpemiddelsentralen for å få en type elektrisk rullestol. Og når jeg reiser hjem til brukeren og spør: Ja, men hva gjør du i løpet av dagen? Og da er det bare å kaste seg ut i hagen for å se om stolen er lav nok til å luke, rydde borti rosebusken, plukke jordbær og for å kjøre opp og ned skråningen. Plutselig får man jo et helt annet perspektiv på hvorfor akkurat den typen stol vil passe, og det er den biten jeg må få både hjelpemiddelsentralen og leverandøren til å se.»*

En helhetlig og grundig kartlegging var nødvendig for å unngå fragmenterte løsninger og uhensiktsmessige hjelpemidler. En deltaker uttrykte: *«Vi vil heller prøve med litt mer trening. Kan vi unngå hjelpemidlene så gjør vi det. Får du først en doforhøyer, hvis først doen er høyere, hva da med sofaen, stolen og bilen? Kommer du ikke ut i bilen, så kommer du deg ikke noe sted. Jeg kan ikke forhøye bilen din, så vi prøver å ta de perspektivene der, vi er litt «djevelens advokat» innimellom. Vi prøver å se helheten, både med samarbeidspartnere og med brukerne selv.»*

AKTIVITETSPERSPEKTIVET I PRAKSIS

Deltakerne opplevde at andre faggrupper assosierte ergoterapi hovedsakelig med hjelpemiddelformidling, men manglet innsikt i de omfattende kunnskapene og ferdighetene ergoterapeutene anvendte i sin formidlingspraksis. En deltaker bemerket: *«Jeg tror mange tenker hjelpemidler når en ergoterapeut kommer. Ja, hvilke hjelpemidler kan vi bruke her? Men de vet ikke alt annet vi kan, det å gjøre en aktivitetsanalyse, og at ikke alt trenger å handle om hjelpemidler for å kunne få til ting. Og at vi faktisk vil fokusere på å trene og på at folk skal klare ting selv. Jeg tror liksom det er den kunnskapen som folk mangler ute i kommunene.»*

Deltakerne ønsket å tydeliggjøre at deres kjernekompetanse innebærer å kartlegge brukernes situasjon, ressurser og begrensninger i utførelsen av aktiviteter. De påpekte utfordringer med å forklare begrepet *aktivitet* i tverrfaglige sammenhenger, da det krever bredere forståelse enn i dagligtale. En deltaker sa: *«Det er en holdning til livet om at aktivitet er både et mål og et middel, og mestring, deltakelse og selvstendighet er det jeg jobber med. Hjelpemidler er for å oppnå selvstendighet og deltakelse, eller for å kunne bli boende hjemme. Det er det som gjør at jeg tar den jobben, men det er ikke*

sikkert at jeg er flink nok til å formidle det til de jeg står overfor.»

En sa: «Vi må ikke snakke om aktiviteter, for da tror alle at de skal gå på tur.» En annen sa:

«Det er trening, og det har iallfall jeg lært med tiden, jeg må snakke om hverdagsliv, om de helt konkrete tingene som skal skje, ikke bare daglig aktivitet. Eh, ... og hvis vi sier ordet aktivitet til en fysioterapeut, så begynner han jo med situps med en gang, holdt jeg på å si.»

Deltakerne reflekterte over hvordan deres rolle kunne oppfattes når de vurderte aktivitetsutførelse innenfor arbeidsområder der andre yrkesgrupper hadde hovedansvaret, som for eksempel under en stellesituasjon sammen med en helsefagarbeider. En formidlet at ergoterapeutens ansvar var å kartlegge aktiviteten og se hvordan den kunne mestres ut fra brukerens perspektiv:

«Det er ikke så uvanlig for oss å gå inn i et stell, men ikke for å gjøre stellet. Det har vært utfordrende å fortelle hvorfor. Det er for at brukeren skal mestre det selv. Vi ser noen utfordringer, nå sklir hun, hun kommer ikke opp fra den dusstolen og det er aktivitetsperspektivet som er fundamentet for alt vi gjør.»

ET ØNSKE OM Å BEVEGE SEG FRA «HJELPEMIDDELERGOTERAPEUT» TIL «AKTIVITETSERGOTERAPEUT»

Deltakerne ønsket å endre praksis på hjelpemiddelformidling for å utvide den faglige bredden i intervensjonene og bidra til hverdagsmestring på alternative måter. Flere mente det var behov for ressurser til vurderinger og rehabilitering, fordi en for rask tildeling av hjelpemidler kunne gjøre brukerne mer hjelpetrengende. En deltaker uttrykte bekymring og sa: «Hjelpemidler tar aktiviteten vekk fra folk. Hjelpemidlene gjør folk mer passive fordi det forventes mindre, og jeg ønsker at vi venter med å levere ut hjelpemidler litt til vi ser hvor langt personen kan komme i rehabiliteringen.»

En annen deltaker ønsket å kunne fokusere mer på mestring i hverdagen og sa: «Jeg ønsker meg litt sånn, kanskje mer over mot en aktivitetsergoterapeut heller enn en hjelpemiddelergoterapeut. Jeg ville ha lagt til rette for at folk skulle hatt et godt liv og mestret hverdagen sin på alle felt.»

I en kommune hadde de endret praksis for korttidsutlån av hjelpemidler ved å vurdere brukers situasjon før tildeling. De vurderte potensialet for trening for å forhindre eller utsette behovet for hjelpemidler. Deltakeren forklarte: «Vi skal ikke bare løse

situasjonen her og nå og så lukke døren. Når vi ser situasjon, skal vi se mennesket, et individ som skal fungere på sikt og vi skal ikke ta den kjappest mulige løsningen. Vi er nødt til å se hva konsekvensene blir, det er veldig viktig. Så da kan det hende det koster et par uker til med trening, før vi ender på en eller annen løsning.»

Ønsket om endring av formidlingspraksis ble møtt med kommentarer fra ansatte i hjemmetjenesten, som bemerket: «Du er ikke så glad i hjelpemidler du.» Deltakeren svarte: «Nei, ikke hvis det går an å klare seg uten. For vi [ergoterapeutene] har drøftet det, og vi har kommet fram til at hvis vi gir ut et hjelpemiddel, så slutter de ikke å bruke det.»

Flere deltakere fremhevet tidlig kartlegging av brukere, tverrfaglighet og vektlegging av hverdagsmestring som viktige tiltak for å forebygge hjelpemiddelbehov. En sa: «Nå blir jeg kanskje spurt: Kan vi reise ut sammen? Er det noen annen måte å gjøre dette på? Så det har skjedd en endring og selv om den er liten foreløpig, så har vi dreid bort fra at andre kun ser at vi jobber med hjelpemidler. Tankegangen dreier seg litt mer om hverdagsmestring, og det er jo en positiv utvikling.»

Arbeidsoppgavene og omfanget knyttet til hjelpemiddelformidling hadde variert over tid og ifølge deltakere med lang erfaring, pågikk det nå en endring av arbeidsinnholdet. En deltaker med over 30 års erfaring reflekterte over utviklingen: «Det er mange år siden jeg startet her og da hadde vi nesten hverdagsrehabilitering. Jeg reiste mye [ut] om morgenen og hadde en del trening, og jeg var flere steder med hjemmetjenesten. Så tok hjemmetjenesten over, og vi [ergoterapeutene] foreslo hva de kunne gjøre. Det samme skjedde med kjøkkentrening. Så kom hjelpemidlene og i en periode i helse[-sektoren] var liksom ikke det [trening] så tøft, men nå begynner vi å vende tilbake. Nå er jeg tilbake der hvor jeg startet.»

DISKUSJON

I det følgende vil resultatene diskuteres opp mot tidligere forskning, relevante offentlige føringer og teoretiske perspektiver.

FAGLIGE UTFORDRINGER VED HJELPEMIDDELFORMIDLING

Resultatene indikerer at hjelpemiddelformidling er et omfattende arbeidsområde for kommuneergoterapeuter, som tidligere studier også har dokumentert (16, 17, 23). Funnene avdekket ulike forventninger

til formidling av hjelpemidler og de skaper faglige dilemmaer relatert til deltakernes identitets- og rolleoppfatning. Et viktig verdigrunnlag for ergoterapeuter er å se på mennesker som «*occupational beings*» (aktive vesener), og at aktivitet er knyttet til helse og trivsel (32). Yrkesetiske retningslinjer vektlegger at ergoterapeutene skal respektere tjenestemottakernes rettigheter, behov, ønsker og interesser og bidra med tjenester for å øke deres aktivitet og deltakelse (33). Imidlertid blir ikke argumentasjonen for å benytte bredden av fagspesifikke kunnskaper og ferdigheter alltid anerkjent av andre yrkesgrupper, som hevdet at ergoterapeutenes rolle kunne begrenses til kun å bestille hjelpemidler. Retningslinjene fra NAV Hjelpemiddelsentral om å spesifikt kontakte *ergoterapeut* i kommunen for å få bistand til hjelpemidler, medfører at ergoterapeutene har betydelige og viktige samfunnsoppgaver (21, 22). Hjelpemiddelformidling har vært historisk viktig i faget og for å opparbeide stillinger innen kommuneergoterapi, og det er viktig at ergoterapeuter bidrar til en praksis der hjelpemidler blir ett av flere alternative tiltak som vurderes for å ivareta en persons samlede behov. Deltakerne uttrykte bekymring for dagens ventelister og manglende ressurser til å bistå brukerne i rehabilitering og mestring av hverdagsaktiviteter. Økende etterspørsel og arbeidspress må ikke føre til at kommuneergoterapi bare blir begrenset til kompensierende tiltak gjennom hjelpemiddelformidling. Hjelpemidler skal være ett av flere alternative tiltak som vurderes for å ivareta en persons samlede behov (34). Ergoterapeuter må kvalitetssikre at brukerens ressurser blir ivaretatt og utviklet som tiltak i en helhetlig tilnærming. Praksis i faget må være i tråd med kunnskapsbasert praksis og bidra til bærekraftig utvikling. Det blir avgjørende for ergoterapeutene å anvende sin kjernekompetanse om person, aktivitet og omgivelser for å sikre høy kvalitet som er i tråd med verdigrunnlaget og etiske retningslinjer i hjelpemiddelformidlingen (34).

En ny stortingsmelding med mål om å etablere aldersvennlige samfunn og trygge boforhold (35), bekrefter også ergoterapeuters vesentlige rolle i samfunnsutviklingen. Deltakerne uttrykte at de opplever et stort samfunnsbehov for å prioritere hjelpemiddelformidling og boligtilpasning på grunn av økningen i antall eldre med dårlig tilrettelagte boliger. Eldre som velger å bo hjemme i framtiden vil føre til betydelig vekst i antall hjelpemiddelbrukere (35). Med kun ti prosent av dagens boliger tilgjengelige for rullestolbrukere (8), åpner dette for et

betydelig potensial for økt tilgjengelighet gjennom boligoppgradering og tilpasning. Ergoterapeutenes kompetanse innen tilrettelegging av omgivelsene, folkehelse og hverdagsmestring blir avgjørende for å mobilisere personers individuelle ressurser og forsinke behovet for praktisk bistand og institusjonsplasser (35-37). Økt etterspørsel må håndteres slik at ergoterapeutene ikke blir presset til å påta seg den utilfredsstillende rollen som brannslukker, men heller tar en aktiv faglig rolle for å utvikle tjenester av høy faglig kvalitet (14), hvor formidling av hjelpemidler går inn som ett av flere mulige tiltak.

BETYDNINGEN AV ERGOTERAPEUTERS KARTLEGGING VED HJELPEMIDDELFORMIDLING

Deltakerne understreket betydningen av en grundig kartlegging for å sikre høy tjenestekvalitet. De ville unngå rollen som *gap-fillers* der de skulle ekspedere hjelpemidler på et for spinkelt grunnlag, kun basert på opplysninger om personers diagnose, deres funksjonstap eller at behovet var begrunnet i andre faggruppers arbeidsforhold, som tidligere studier også har beskrevet (18). Når de skulle kartlegge og vurdere forskjellige tilnærminger, måtte de ofte argumentere og begrunne praksisen sin overfor samarbeidspartnere, brukere, NAV og forhandlere. En slik arbeidsform opplevde de som krevende, den tok tid og hemmet godt samarbeid og helhetlige arbeidsprosesser rundt brukere slik andre studier har beskrevet (16). Disse funnene bekrefter at det er behov for å ha tverrfaglige og systematiske refleksjoner omkring praksis for å tydeliggjøre fagenes kjernekompetanse, og for å kunne møte samfunnsutfordringene sammen med andre faggrupper (38). Tverrfaglig og ulik profesjonell kompetanse vil bidra til å gi brukerne helhetlige og gode løsninger (39).

Resultatene bekrefter, i tråd med tidligere forskning, at faktorer som arbeidspress, forventninger om kartlegging på kroppsnivå og mangel på kunnskap om aktivitetsbaserte metoder blant andre faggrupper, kan skape dilemmaer for ergoterapeuter i deres bruk av aktivitetsperspektivet som en sentral faglig kjernekompetanse (17, 40). Intervensjoner som ble valgt etter en bred kartlegging og ved bruk av aktivitetsbaserte kartleggingsmetoder, bidro derimot til at deltakerne både kunne ivareta behovet for tilrettelegging av omgivelsene og fremme aktivitet og mestring av hverdagen, som også fremhevet i offentlige føringer (10). Resultatene fremhever at deltakerne samlet inn opplysninger, samarbeidet tett med brukeren og styrket dermed beslutnings-

grunnlaget med brukerkunnskap om aktiviteter og hverdagsliv. Deltakerne utførte kartlegging i brukerens naturlige kontekst, primært gjennom hjemmebesøk og aktivitetetsobservasjoner, i samsvar med prinsippene i en aktivitetssentrert praksis (11). Denne tilnærmingen bidro til en helhetlig og realistisk vurdering av sosiokulturelle og situasjonelle faktorer, og deltagerne kunne deretter foreslå intervensjoner, tilpasninger og hjelpemidler for å fremme aktivitet utførelsen (11). Deltakerne trakk fram at de ville unngå å skape «*tunge brukere*» av hjelpemidler hvis brukerne hadde potensial til å trene for å mestre aktivitetene.

AKTIVITETSPERSPEKTIVET I PRAKSIS

Resultatene tilsier at hjelpemiddelformidlingen måtte ha et aktivitetsperspektiv med mål om at brukeren skulle mestre hverdagsaktiviteter, forbli hjemmeboende og være aktive i samfunnet. Begrepet *aktivitet* innehar ulike betydninger i dagligtale, noe som kan føre til at ergoterapeuters kompetanse og vurdering av aktivitet utførelse og faktorer i brukers liv ikke anerkjennes i tverrfaglige sammenhenger. Hasselkus (41) påpeker at hverdagsaktiviteter ofte undervurderes til tross for deres kompleksitet og variasjon (41). For andre yrkesgrupper kan *hverdagsaktiviteter* oppfattes som rutinepregede og elementære, slik at de anses som allmennkunnskap (32). Det samme gjelder aktivitetsperspektivet definert som «*as a way of looking at, or thinking about human doing*» (42), en definisjon som kan bli for vag til å forklare betydningen av aktivitetsperspektivet. Det gjør at fagkompetansen om begrepet *aktivitet* kan være utfordrende å kommunisere, og deltakerne risikerte at deres fagkunnskaper forble taus kunnskap for samarbeidspartnere (16, 43). Flere deltakere argumenterte for å anvende begrepet hverdagsliv og konkretisere aktiviteter, mål og midler for å gi et mer helhetlig bilde av brukerens situasjon og for å formidle fagets betydning tydeligere.

Helse- og sosialpolitiske retningslinjer vil vektlegge helsefremmende aktivitet, hverdagsrehabilitering og mestring i omsorgs- og pleietjenestene (6). Ergoterapeuter blir fremstilt å skulle bidra med proaktive tjenester og aktiv omsorg, og ergoterapeutene ses på som en del av løsningen i fremtidens helsetjenester (7). Ergoterapeuter må fremheve deres kompetanse på et aktivitetsperspektiv, og hvordan *aktiviteter* i et *hverdagsliv* kan bidra til mestring, helse og livskvalitet (32). Forankring i aktivitetsvitenskap vil tydeliggjøre faget og styrke ergoterapeuters

kjernekompetanse (32). Dette samsvarer med fagets yrkesetiske retningslinjer, støtter kommunenes mål om forebygging, tidlig intervensjon og det fremmer bærekraftig utvikling.

ET ØNSKE OM Å BEVEGE SEG FRA «HJELPEMIDDELERGOTERAPEUT» TIL «AKTIVITETSERGOTERAPEUT»

Resultatene illustrerer et press knyttet til hjelpemiddelformidling og deltagerne måtte argumentere for å unngå «*den kjappeste løsningen*» og kun ekspedere hjelpemidler. De bekrefter at ergoterapeuten som hjelpemiddelformidler i kommunen ofte befant seg i rollen som «brannslukker», en rolle som er beskrevet som utilfredsstillende (14). Deltakerne ønsket endring, og gjennom tidlig, tverrfaglig kartlegging og ved å trene aktivitetsferdigheter og hverdagsmestring, ville de hindre at brukerne bare fikk kompenserende tiltak og hjelpemidler (11). I tråd med et sosialt paradigme i ergoterapi (44), ville de motarbeide aktivitetsmessig marginalisering og fremme deltakelse ved å vektlegge samspillet mellom mennesket, deres betydningsfulle aktiviteter og omgivelsene (45). Utfordringen for kommuneergoterapeuter blir å sikre at de opprettholder en praksis basert på deres kjernekompetanse, at de styrker helhets- og aktivitetsperspektivet i ergoterapi og utfører kunnskapsbasert tilnærming (40). For å videreutvikle fagets profesjonalitet, er det viktig at ergoterapeuter systematisk dokumenterer sine ergoterapiintervensjoner og engasjerer seg i fagutvikling (38, 46). Gjennom å bruke aktivitetssentrerte modeller og metoder, sikrer ergoterapeuter sin profesjonelle identitet i praksis og unngår å miste sin faglige forankring i aktivitetsperspektivet (11). Ved å anvende en prosessmodell for kunnskapsbasert praksis kan de kvalitetssikre sin fagutøvelse og styrke den faglige identiteten ytterligere (11, 38).

Helsepersonell har plikt til å utføre tjenester med faglig god kvalitet (9), og ergoterapeutene skal «*kvalitetssikre innholdet i yrkesutøvelsen ut fra tjenestens rammer og konsekvenser for den enkelte bruker*» (33). Kommuneergoterapeuter må prioritere tid og ressurser til å «*gjennomføre kunnskapsbasert praksis som begrunnes ut fra brukerperspektiv, erfaringer og forskning*» (33). Potensialet for å kunne oppnå mestring hos de som trenger ergoterapi må forløses gjennom å bruke hele ergoterapeutens faglige bredde. Ergoterapeutenes fagkompetanse er viktig innen helsefremmende-, forebyggende- og rehabiliterende innsats i kommunehelse-

tjenesten i fremtiden (34, 35). Aktivitetsvitenskap vektlegger den store betydningen menneskelig aktivitet har for helse og trivsel, og dette kunnskapsgrunnlaget vil kunne støtte ergoterapeutene i prosessen for å videreutvikle sin fagrolle i kommunehelsetjenesten (32).

STYRKER OG SVAKHETER VED STUDIEN

Studien inkluderte 31 kommuneergoterapeuter fra kommuner med ulike størrelser i Øst-Norge, representert i sju fokusgruppeintervjuer. Deltakerne varierte i alder, erfaring, og utdanning, og intervjuene ble gjennomført i deres kjente arbeidsmiljø. Den kvalitative tilnærmingen og mangfoldet i deltakernes bakgrunn styrket studien, og bidro til et rikt datamateriale (26). Likevel ser vi at med en overvekt av kvinnelige deltagere, kan vi ha gått glipp av flere mannlige perspektiver som kunne beriket datamaterialet.

Første- og andreforfatter, begge med erfaring som kommuneergoterapeuter, påvirket hele studiens forløp fra planlegging, gjennom analysen og i rapportering av resultatene. De deltok aktivt i datainnsamlingen ved bruk av den tematiserte intervjuguiden og åpne spørsmål. Selv om man strebet etter en åpen tilnærming til utvikling av studien, spørsmålene, analysen og fremstillingen av resultatene, er det meget sannsynlig at forfatternes for forståelse av feltet har preget hele prosessen. Analysemetodene ble anvendt for å fremheve og tydeliggjøre temaer.

Studien er basert på ergoterapeuters praksis i 13 kommuner, og selv om det ikke er en målsetting at resultatene skal generaliseres på landsbasis, er mange av temaene fra intervjuene mulig gjenkjennbare for kommuneergoterapeuter generelt.

KONKLUSJON

Studien har undersøkt hvordan kommuneergoterapeuter anvender sin kjernekompetanse i hjelpemiddelformidling, og hvilken betydning dette har for deres faglige rolle og evne til å håndtere utfordringer i kommunehelsetjenesten

Funnene avdekker faglige dilemmaer knyttet til hjelpemiddelformidling og understreker behovet for en sterkere vektlegging av kjernekompetanse og aktivitetsperspektivet i ergoterapeutenes praksis. Ved å bruke aktivitetsbasert kartlegging og vurdering kan ergoterapeuter i større grad argumentere for intervensjoner som fremmer helse, rehabilitering og mestring av hverdagsaktiviteter, snarere enn å måtte begrense seg til kompensatoriske tiltak gjennom hjelpemidler.

For å sikre en kunnskapsbasert praksis må kommuneergoterapeuter arbeide for organisatoriske strukturer og rammer som muliggjør en bred anvendelse av deres kjernekompetanse og disiplinspesifikke kunnskaper og ferdigheter.

Ergoterapeuter kan benytte aktivitetsbaserte teorier og modeller, som belyser sammenhengen mellom menneskelig aktivitet, helse og trivsel, til å styrke ergoterapeuters faglige profil, rolle og yrkesidentitet i kommunehelsetjenesten. Denne kunnskapen utgjør en verdifull ressurs i videreutviklingen av kommuneergoterapeuters praksis.

En stor takk til deltakerne av studien og til Ergoterapeutene og NTNU for støtte til forskning og fagutvikling.

Kilder

1. NOU 2020: 15. Det handler om Norge — Utredning om konsekvenser av demografiutfordringer i distriktene [Norges offentlige utredninger]. Oslo: Kommunal- og distriktsdepartementet; 2020 [Available from: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2020-15/id2788079/>].
2. NOU 2023: 4. Tid for handling. Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste. Oslo2023 [cited 2023 30. juni]. Available from: <https://www.regjeringen.no/contentassets/337fef958f2148bebd326f0749a1213d/no/pdfs/nou202320230004000dddpdfs.pdf>.
3. Helsedirektoratet. § 18. Melding om helsepersonells virksomhet. Oslo: Helsedirektoratet; 2018.
4. Meld. St. 47 (2008-2009). Samhandlingsreformen. Rett behandling- på rett sted- til rett tid [Stortingsmelding]. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2008 [Available from: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/st-meld-nr-47-2008-2009-/id567201/>].
5. NOU 2011: 11. Innovasjon i omsorg [Norges offentlige utredninger]. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2011 [Available from: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2011-11/id646812/>].
6. Mld. St. 29. (2012-2013). Morgendagens omsorg [Stortingsmelding]. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2013 [Available from: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-29-20122013/id723252/>].
7. Arntzen C, Bonsaksen T, Sveen U, Gramstad A, Stigen L, Maass R, et al. Ergoterapeuter i fremtidens primærhelsetjeneste: Hva skal de løse, og for hvem? En analyse av helsepolitiske styringsdokumenter. Tidsskrift for omsorgsforskning. 2024;10(1):1-20.
8. Meld. St. 26. (2014-2015). Fremtidens primærhelsetjenestene nærhet og helhet [Stortingsmelding]. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2015 [Available from: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-26-2014-2015/id2409890/>].
9. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) LOV-2011-06-24-30 2011 [Available from: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>].
10. Prop. 71L. (2016-2017). Lov om endringer i helselovgiv-

- ningen (overføring av det offentlige tannhelsetjenesteansvaret, lovfesting av kompetansekrav m.m.). In: Helse- og omsorgsdepartementet, editor. 2017.
11. Fisher AG, Marterella A. Powerful practice : a model for authentic occupational therapy. Fort Collins, Colorado: CIOTS; 2019.
 12. Law M, Baptiste S, Carswell A, McColl M, Polatajko H, Pollock N. Canadian occupational performance measure (manual, Norwegian version). Oslo: National Advisory Unit on Rehabilitation in Rheumatology, Diakonhjemmet Hospital; 2008.
 13. Law M, Cooper B, Strong S, Stewart D, Rigby P, Letts L. The Person-Environment-Occupation Model: A Transactive Approach to Occupational Performance. *Canadian J of Occup Ther.* 1996;63(1):9-23.
 14. Arntzen C, Sveen U, Hagby C, Bonsaksen T, Dolva A-S, Horghagen S. Community-based occupational therapy in Norway: Content, dilemmas, and priorities. *Scand J Occup Ther.* 2019;26(5):371-81.
 15. Horghagen S, Bonsaksen T, Sveen U, Dolva AS, Arntzen C. Generalist, specialist and generic positions experienced by occupational therapists in Norwegian municipalities. *Irish J Occup Ther.* 2020;48(2):133-46.
 16. Gramstad A, Nilsen R. "Vi blir ikke brukt godt nok" Kommuneergoterapeuters erfaringer med utfordringer i arbeid med brukere og andre faggrupper *Ergoterapeuten.* 2016(4):30-9.
 17. Stigen L, Bjørk E, Lund A. The conflicted practice: Municipal occupational therapists' experiences with assessment of clients with cognitive impairments. *Scand J Occup Ther.* 2019;26(4):261-72.
 18. Stigen L, Arntzen C, Horghagen S, Sveen U, Gramstad A, Bonsaksen T. Kjenne tegn, styrker og utfordringer ved norske kommuneergoterapeuters praksis. *Ergoterapeuten.* 2021;64(2):28-37.
 19. Stigen L, Bjørk E, Lund A. Occupational Therapy Interventions for Persons with Cognitive Impairments Living in the Community. *Occup Ther Health Care.* 2023;37(4):476-95.
 20. Lov om folketrygd (folketrygdloven). LOV-1997-02-28-19 [Lov]. Arbeids- og inkluderingsdepartementet; 1997 [cited 2024 28.06]. Available from: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1997-02-28-19>.
 21. NAV. Informasjon om hjelpemidler og tilrettelegging 2024 [Available from: <https://www.nav.no/om-hjelpemidler>].
 22. Ness N. Hjelpemidler og tilrettelegging for deltakelse – et kunnskapsbasert grunnlag: Tapir Akademisk Forlag; 2011. Available from: <https://www.kunnskapsbanken.net/wp-content/uploads/2016/01/Boka-Hjelpemidler-og-tilrettelegging-for-deltakelse-Nils-Erik-Ness-2011.pdf>.
 23. Bonsaksen T, Dolva A-S, Horghagen S, Sveen U, Hagby C, Arntzen C. Characteristics of community-based occupational therapy: Results of a norwegian survey. *Scand J Occup Ther.* 2019:1-8.
 24. Stigen L, Bjørk E, Lund A. The power of observation. Occupational therapists' descriptions of doing observations of people with cognitive impairments in the context of community practice. *Scand J Occup Ther.* 2020:1-13.
 25. Malterud K. Fokusgrupper som forskningsmetode for medisn og helsefag. Oslo: Universitetsforl.; 2012.
 26. Kvale S, Brinkmann S. Det kvalitative forskningsintervju. 3. utg. ed. Oslo: Gyldendal akademisk; 2015.
 27. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology.* 2006;3(2):77-101.
 28. Nicola-Richmond KM, Pépin G, Larkin H. Transformation from student to occupational therapist: Using the Delphi technique to identify the threshold concepts of occupational therapy. *Australian Occupational Therapy Journal.* 2016;63(2):95-104.
 29. Meyer JHF, Land R. Threshold Concepts and Troublesome Knowledge (2): Epistemological Considerations and a Conceptual Framework for Teaching and Learning. *Higher Education.* 2005;49(3):373-88.
 30. Nicola-Richmond K, Pépin G, Larkin H. 'Once You Get the Threshold Concepts the World Is Changed Forever': The Exploration of Threshold Concepts to Promote Work-ready Occupational Therapy Graduates. *Int J Practice-based Learning in Health and Social Care.* 2018;6(1):1-17.
 31. Elo S, Kyngäs H. The qualitative content analysis process. *J Adv Nurs.* 2008;62(1):107-15.
 32. Kaae Kristensen H, Schou ASB, Mærsk JL. Nordisk aktivitetsvidenskab. 2. udgave. ed. København: Munksgaard; 2022.
 33. Ergoterapeutene. Yrkesetiske retningslinjer Oslo: Ergoterapeutene; 2024 [Available from: <https://ergoterapeutene.org/ergoterapi/yrkesetiske-retningslinjer/>].
 34. Forskrift om habilitering, rehabilitering og koordinator, FOR-2011-12-16-1256 (2012).
 35. Mld. St. 24 (2022–2023). Fellesskap og meistring — Bu trygt heime [Stortingsmelding]. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2023 [cited 2023 01.10]. Available from: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-24-20222023/id2984417/>.
 36. Skyer TH. Universell utforming gir bærekraft. *Ergoterapeuten.* 2020;63(6):38-41.
 37. Ness NE, Skyer TH. Hvordan bidrar ergoterapeuter til å nå FN's bærekraftsmål? *Ergoterapeuten.* 2020;63(6):28-33.
 38. Kristensen H, Minet L. Evidensbaseret praksis - den historiske utvikling og centrale begreber In: Kristensen H, Peoples H, editors. Evidensbaseret praksis Forskning, brukerperspektiv, praksisviden. København: Munksgaard; 2021.
 39. Pedersen T, Kristensen H. Professionelles praksisviden, herunder klinisk ræsonnering. In: Kristensen H, Peoples H, editors. Evidensbaseret praksis Forskning, brugerperspektiv, praksisviden. København: Munksgaard; 2021.
 40. Stigen L, Bjørk E, Lund A. Occupational Therapy Interventions for Persons with Cognitive Impairments Living in the Community. *Occup Ther Health Care.* 2022;37(4):476-95.
 41. Hasselkus BR. The world of everyday occupation: real people, real lives. *Am J Occup Ther.* 2006;60(6):627-40.
 42. Njelesani J, Tang A, Jonsson H, Polatajko H. Articulating an Occupational Perspective. *Journal of Occupational Science.* 2014;21(2):226-35.
 43. Brenne BA. 2. Taus kunnskap og usynlig arbeid i profesjonspraksis. *God helse. Books: Universitetsforlaget.* p. 20-44.
 44. Ness NE, Horghagen S. Ergoterapi i hundre år. *Ergoterapeuten.* 2017;60(5):36-42.
 45. Larsen AE, Christensen JR, Morville A-L. Aktivitetsmæssig retfærdighed (occupational justice). In: Kristensen HK, Schou ASB, Mærsk JL, editors. Nordisk Aktivitetsvidenskab. 2 ed. København: Munksgaard; 2022.
 46. Helsebiblioteket. Kunnskapsbasert praksis: Helsebiblioteket; 2025 [Available from: <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no>].