ergoterapeuten

ÅRGANG 69 • 5 – 2026

Utgitt av Norsk Ergoterapeutforbund
www.ergoterapeuten.no

Jobber med aktivitet, deltakelse og hverdagsmestring 6

Ergoterapi er en god investering, men bare dersom kompetansen brukes riktig **10**
Takk for laget! **16** Research on Community-based Occupational Therapy in the Nordic Countries: A Scoping Review **28** Hvordan utvikler vi framtidens ergoterapitjenester? **56**

ergoterapeuten

Redaktør Else Merete Thyness
Mobil 95 73 93 13
emt@ergoterapeutene.org

Fagredaktører Unni Sveen,
Sissel Horghagen og
Susanne Grødem Johnson
Vitenskapelige artikler sendes til:
vitenskap@ergoterapeutene.org

Annonser
Erik Sigurdssøn
Mobil 90 03 09 43
erik@addmedia.no

Privatpraktiserende ergoterapeuter kan annonsere for sin virksomhet med 30 prosent avslag.

Annonsefrister / utgivelse
Nr. 6 – 1. des. / 20. des.
Nr. 1 – 1. feb. / 26. feb.
Nr. 2 – 1. apr. / 30. apr.

Trykkeri Aksell
Trykt på miljøvennlig papir.

Design Fete Typer
Layout Else Merete Thyness

Redaksjonskomité
Cathrine Hagby / 92 09 23 77
Merethe Seberg / 90 58 30 96
Linda Stigen / 93 22 30 19
Susanne Følstad / 91 53 78 27
Skender E. Redzovic / 73 55 92 29
Merethe Hustoft / 48 03 78 40

TRYKT I NORGE
NO - 1470

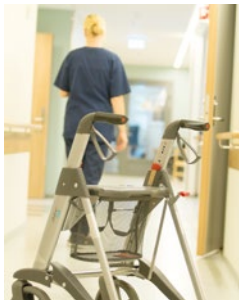
Fagpressen

Norsk Ergoterapeutforbund
Adresse Stortingsgt. 2, 0158 Oslo
Telefon 22 05 99 00
post@ergoterapeutene.org
www.ergoterapeutene.org
Generalsekretær
Anne Kathrine Devik
Forhandlingssjef
Hege Munthe
Organisasjonssjef
Karl-Erik Tande Bjerkaas
Fagsjef
Kristin Jess-Bakken
Seniorrådgiver
Vegard Horne
Rådgiver
Kamilla Lemb Herbjørnsen
Controller
Tove Olsen
Controller
Snorre A. Nergaard
Administrasjonskonsulent
Anne Sigurdsen Norum

Forbundsstyremedlemmer
Tove Holst Skyer, forbundsleder
Tonje Hansen Guldhav, nestleder
Heidi Elisabeth Fløtten
Mariette Elise Gjerde
Judith Ekerhovd
Kathrine Færestrand
Nina Røstad
Tina Brustuen Uri
Monica Skadsem
Petter Mansverk Dahle
Bjargey Halla Sigurdardottir
1. vararepresentant May Solveig Svendsen
2. vararepresentant Siv Iren Gjermstad
June Rondestvedt, varamedlem
Malin Andrea Midjo, varamedlem
Birte Sandal Rikstad, varamedlem
Maria Haven, varamedlem
Lene Kalvik, varamedlem
Guro Aakerholt, varamedlem
Caroline Mostue, varamedlem

– INNHOLD –

6


10

16

56

REPORTASJE

6 Jobber med aktivitet, deltakelse og hverdagsmestring
Av Else Merete Thyness

KRONIKK

10 Ergoterapi er en god investering, men bare dersom kompetansen brukes riktig
Av Benedikte Hansine Lundgård

FORBUNDET

12 Når sykepengene tar slutt
Av Roar Hagen

13 Ergoterapi er en del av totalforsvaret
Av Karl-Erik Tande Bjerkaas

14 Gjør rapporten fra Agenda Kaupang kjent
Av Karl-Erik Tande Bjerkaas

FAGLIG

16 Takk for laget!
Av Guri Einbu, Marte Ørud Lindstad, Merethe Seberg, Linda Stigen, Anne Myhre Sølvsberg og Eli Lysen

VITENSKAP

28 Research on Community-based Occupational Therapy in the Nordic Countries: A Scoping Review
Av Linda Stigen, Unni Sveen, Karen Marie Øvern, Grete Overvåg, Tore Bonsaksen, Sissel Horghagen, Cathrine Arntzen, Ruca Maas og Astrid Gramstad

48 Forsker i farten: Line Kildal Bragstad
Av Else Merete Thyness

AKTUELT

50 Helsevesenets G-punkt
Av Vanja Rizvic

54 Jeg har overlevd flere kamper i livet – nå kjemper jeg for at pasientens stemme skal bli hørt
Av Kjell Torstein Hagen

PÅ DE SISTE SIDENE

56 Hvordan utvikler vi framtidens ergoterapitjenester?
Av Linda Stigen

ANNONSER

58 Annonser

59 Produktregister

FORRETNINGSANNONSER

14 Bamse produkter

53 Helsedirektoratet

60 Bano Life

Ta tilbake faget

Ergoterapi handler om aktivitet og deltakelse. Men får ergoterapeuter brukt bredden i kompetansen sin, eller går for mye av tiden til hjelpemiddelformidling?

ELSE MERETE THYNESS
Redaktør

I Ergoterapeuten 1–2026 inviterte Merethe Seberg, Anne Myhre Sølvsberg, Marte Ørud Lindstad, Eli Lysen, Guri Einbu og Linda Stigen til debatt gjennom innlegget «Ergoterapi på autopilot? Når hjelpemiddelformidling overskygger faglighet». Oppfordringen var tydelig: «La oss ta tilbake faget, før vi blir stående igjen som hjelpemiddeljulenisser og tupperwaredamer, og ikke som fagpersoner som fremmer mestring, aktivitet og deltakelse.»

Måneden etter fulgte Merethe Hustoft opp og fortalte hvordan hun som nyutdannet ergoterapeut ble bedt om å signere og sende inn et ferdig utfylt skjema for en toalettforhøyer, uten selv å ha gjort vurderingen. Det fikk henne til å spørre hvorfor nettopp ergoterapeuten skulle sette navnet sitt på en vurdering andre hadde gjort.

I denne utgaven av Ergoterapeuten tar vi debatten et skritt videre. I kronikken «Ergoterapi er en god investering, men bare dersom kompetansen brukes riktig» argumenterer Benedikte Hansine Lundgård for at hjelpemiddelformidling ikke er et eget fagområde som bør ligge eksklusivt hos ergoterapeuter. Enkle hjelpemidler bør være en del av den samlede verktøykassen i helse- og omsorgstjenesten. Ergoterapeutenes kompetanse bør brukes der den gir størst gevinst.

I Kinn kommune har de gjort nettopp dette. Her kan kontaktpersoner i hjemmetjenesten søke om og bestille enkle hjelpemidler, mens ergoterapeutene konsentrerer seg om mer ergoterapifaglige oppgaver. I reportasjen fra Florø ser vi hvordan Anita Norstrand, Benedikte Kvalsvik og Anita Valberg får mer tid til trening og aktiviteter som gjør en konkret forskjell i brukernes hverdag.

Denne utgaven rommer også et farvel til bachelorutdanningen i ergoterapi ved NTNU Gjøvik. I fagartikkelen «Takk for laget!» ser seks tidligere ansatte tilbake på utdanningen og arbeidet som er gjort gjennom mange år. På «De siste sidene» er vi med på avskjedsseminaret.

Og i månedens vitenskapelige artikkel løftes blikket ytterligere. Her kartlegges forskning på kommuneergoterapi i de nordiske landene – et kunnskapsgrunnlag som blir stadig viktigere når kommunene skal møte økende behov med begrensede ressurser.

Til sammen peker tekstene i dette nummeret mot det samme: Ergoterapeuters viktigste ressurs er kompetansen til å se sammenhengen mellom mennesket, aktiviteten og omgivelsene og til å finne ut hva som skal til for at mennesker kan mestre og delta i sine egne liv.

Ergoterapi er viktig beredskap

God rehabiliteringskapasitet må være en viktig del av beredskapen for å fremme motstandskraft i befolkningen. Vi lever i en svært urolig verden, og beredskap har kommet høyere og høyere på agendaen. Nasjonen forbereder seg på kriser og krig. Da er det helt nødvendig med ergoterapeuters bidrag.

TOVE HOLST SKYER
Forbundsleder

Forbundsstyret vedtok nylig dokumentet «Motstandsdyktighet bygges gjennom hverdagsmestring – ergoterapi er en del av totalforsvaret». Dokumentet legger til rette for at både du og jeg skal forklare hvorfor ergoterapi er helt nødvendig i et beredskapsperspektiv, både før, under og etter kriser eller krig.

Vi løfter spesielt fram følgende:

- Rehabilitering må være en integrert del av helseberedskapen og totalforsvaret
- Ergoterapikompetanse må inngå i risiko- og sårbarhetsanalyser, beredskapsplanlegging og øvelser
- Kommuner og sykehus må ha tilgang på ergoterapikompetanse for å sikre pasientflyt og gjenvinning av funksjon
- Tilrettelegging, rehabilitering og tilgang på hjelpemidler må inkluderes i beredskapen
- Ergoterapeuter må bidra til å forebygge komplikasjoner, redusere funksjonstap og styrke befolkningens evne til å mestre hverdagen under og etter kriser eller krig
- Tillitsvalgte og ledere må involveres i beredskapsarbeid

Hvis myndighetene ikke sikrer robuste rehabiliteringstjenester, god logistikk for hjelpemidler og gjennomgående prioritering av forebygging nå i en normalsituasjon, vil det gjøre oss mindre motstandsdyktige når en krise eller krig treffer oss. Den viktigste jobben må derfor gjøres nå. Det er nå vi må ta plass i beredskapsplanlegging og prioriteringsdebatter.

Verdens helseorganisasjon (WHO) er tydelig på at rehabiliteringskompetanse må være en del av beredskapen. Uten rehabilitering risikerer man at pasienter blir liggende unødvendig lenge på akutt- og intensivavdelingene og at sivilberedskapen blir svekket fordi det som bidrar til selvstendige innbyggere ikke er prioritert. Da påvirkes også gjenoppbyggingskapasiteten negativt.

Russlands angrepskrig på Ukraina har vist hva som skjer dersom en nasjon ikke er rustet med nok rehabiliteringskompetanse eller -kapasitet. Våre kolleger i det ukrainske ergoterapeutforbundet formidler at mange innbyggere med kroniske tilstander og behov for rehabilitering for opprettholdelse av funksjon og mestring har mistet tilgang til helsehjelp eller opplevd betydelig tilleggsbyrde og mer kompliserte forløp. Dette kommer nå i tillegg til konsekvensene av kamp, som psykiske og fysiske traumer og skader, amputasjoner og ryggmargsskader. Attpåtil mangler Ukraina en hjelpemiddelordning.

Riksrevisjonen har konkludert med at det er alvorlige mangler og ulikheter i rehabiliteringsfeltet og har understreket at gode rehabiliteringstjenester er viktig for bærekraften i helsesektoren. Det burde være en marsjordre til myndighetene om å sikre en styrking av og satsning på rehabiliteringsfeltet.

I Nasjonal beredskapsplan står det at «befolkningen har ansvar for å ta vare på seg selv, holde seg orientert og være forberedt på ekstraordinære hendelser».

Da må vi som samfunn sikre at flest mulig settes i stand til å ta vare på seg selv, og ergoterapeuters bidrag må være en selvsagt del av den innsatsen.

JOBBER MED AKTIVITET, DELTAKELSE OG HVERDAGSMESTRING

Kommuneergoterapeutene i Kinn kommune bruker ikke unødvendig tid på hjelpemidler. De formidler hjelpemidler dersom det er en del av tiltaksplanen, men de søker ikke om vanlige hjelpemidler på vegne av andre yrkesgrupper.

Av Else Merete Thyness

Florø er Norges vestligste by og administrasjonssenter i Kinn kommune. Byen har cirka 9 102 innbyggere.

Fysio- og ergoterapitjenesten i Kinn kommune er delt i avdeling Måløy og avdeling Florø. Det er de sistnevnte fagbladet skal besøke denne solfylte dagen i slutten av august. De holder til på Sunnfjord medisinske senter, en kort spasertur fra havnen. Her deler de kontorer med blant annet leger, helsestasjon for barn og unge, PPT-tjenesten og barnevern, psykiatrisk poliklinikk, en logoped og en kiropraktor.

Avdelingen har tre ergoterapeuter ansatt: Anita Norstrand, som arbeider som ergoterapeut i 70 prosent stilling og som avdelingsleder i 30, spesialergoterapeut Benedikte Kvalsvik og ergoterapeut Anita Valberg.

– Kjernen i arbeidet vårt er rehabilitering og habilitering, sier Anita Norstrand.

FORMIDLING AV HJELPEMIDLER

Fysio- og ergoterapitjenesten har det organisatoriske ansvaret for hjelpemiddelformidlingen i kommunen, og en av fysioterapeutene fungerer i dag som hovedkontaktperson mot hjelpemiddelsentralen og for innbyggerne i Kinn.

– I tillegg har vår avdeling ansvar for formidling av avanserte hjelpemidler som manuelle og elektriske rullestoler, løft- og hvilestoler og trappeheis. Her ligger det gjerne grundige vurderinger som boligvurderinger til grunn, forteller Anita Norstrand.

Ansvaret for enkle, såkalte høyfrekvente hjelpemidler er overlatt til de fire hjemmetjenestesonene i Florø. Hver sone har en kontaktperson med meransvar for å søke om hjelpemidler innen bevegelse, kognisjon, syn og hørsel. De har tatt kurs på Kunnskapsbanken.net og har fått godkjenning av NAV til å kunne bestille, forklarer Benedikte Kvalsvik.

I praksis betyr det at dersom ansatte i hjemmetjenesten har foretatt en vurdering og bestemt at en bruker har behov for et enkelt hjelpemiddel som en toalettforhøyer eller en dusjstol, så bestiller de det gjennom kontaktpersonen i sonen, som sender digital søknad til NAV hjelpemiddelsentral. Deretter kan de selv hente det på lageret og bringe det ut til sine brukere.

– Det er mye mer praktisk enn at de skal være avhengige av at vi skal bestille det, sier Anita Valberg.

Det samme gjelder for de som jobber i miljøtjenesten. De har ofte behov for å søke om hjelpemidler som hjelper beboerne med struktur, og disse kan de søke om selv.

MÅ FØLGES OPP

Anita Norstrand, som har jobbet

Ergoterapeutene i Florø holder til på Sunnfjord medisinske senter.

som kommuneergoterapeut siden 1992, forteller at det ikke alltid har fungert sånn. Den gangen jobbet hun sammen med én annen ergoterapeut, og hjemmetjenesten forventet at de skulle håndtere alle tekniske hjelpemidler.

– Samtidig var vi bevisste på hvilke oppgaver som egentlig ligger til en ergoterapeut. Vi fikk ansatt en vaktmester som fikk ansvar for det kommunale hjelpemiddellageret, og vi jobbet strategisk for at hjemmetjenesten selv skulle søke om hjelpemidlene. Fremdeles skulle nok mange sett at vi skrev søknadene, men vi ser ingen grunn til å føre det i pennen for dem, sier Norstrand.

Hun understreker at det er viktig at ledelsen spiller på lag.

– Heldigvis har vi en ledelse som aksepterer og støtter dette, sier hun.

– Og det må følges opp. Da jeg var nyansatt, tok det ikke lang tid før jeg ble bedt om å søke på en toalettforhøyer til en bruker. Vi må hele tiden minne hjemmetjenesten på at de kan gjøre det selv, sier Benedikte Kvalsvik.

HENVISNINGER PÅ IMATIS

I og med at mye av ansvaret for hjelpemidler er flyttet til hjemmetjenesten og miljøtjenesten, har de tre ergoterapeutene tid til å konsentrere seg om mer ergoterapifaglige oppgaver. Henvisningene kommer som oftest via journalsystemet, og deretter legges de inn på Imatis, en digital løsning for kommunehelsetjenesten, som inneholder oppdatert sanntidsinformasjon om pasientene. Fysio- og ergoterapitjenesten har mellom 50 og 60 henvisninger i måneden, og de fleste sakene begynner med et hjemmebesøk.

– Vi starter med en kartleggingssamtale. Hvis saken for eksempel handler om søknad på trappeheis, vurderer vi om det er enklere tiltak som kan settes inn først. Kanskje kan brukeren trene på å gå i trapp eller delta på gruppetrening? sier Anita Valberg.

De har også ansvar for hver-

– Det er viktig at ledelsen spiller på lag, sier Anita Norstrand.

– Fokuset vårt er å hjelpe brukerne med tilrettelegging og trening, sier Benedikte Kvalsvik.

– Det er mest praktisk at ansatte i hjemmetjenesten søker om hjelpemidler de selv har vurdert som nødvendige, sier Anita Valberg.

Den elektriske tannbørsten gir Odd Standal taktil stimulering.

dagsrehabilitering. Kommunen har ikke lenger et fast team som jobber med dette, men dersom det blir bestemt at brukeren skal motta hverdagsrehabilitering, lager ergoterapeutene et opplegg sammen med brukerens primærkontakt.

– Vi jobber hele tiden med å forandre tankesettet fra «Hva kan vi hjelpe deg med?» til «Hva kan du mestre selv?», sier Valberg.

De har også månedlige lunsjmøter med hjemmetjenesten der de snakker om hverdagsmestring.

– Her fokuserer vi på hvordan vi skal sikre at brukerne så langt som mulig kan mestre de aktivitetene som betyr noe for dem, sier Benedikte Kvalsvik.

Ergoterapeutene jobber med brukere fra 0 til 100 år, noe som innebærer at de både arbeider med barn og ungdom i barnehage og skole og med voksne og eldre, som for eksempel gjennom Parkinsongruppe, Artroseskolen og Aktiv aldring (forebyggende hjemmebesøk).

Et tilbud de startet opp nylig, er Bustadpraten. Her kan alle som planlegger å pusse opp eller gjøre endringer i boligen sin, få råd om hvordan de kan ta gode, framtidsrettede valg slik at de kan bo hjemme lengst mulig.

– Tilbudet er gratis og tilgjengelig for alle. Vi håper å nå folk helt ned i 40–50-årsalderen, sier Anita Norstrand.

TRENE SYN OG FINMOTORIKK

Denne dagen skal Benedikte Kvalsvik på hjemmebesøk hos Odd Standal. I februar fikk han slag for andre gang, denne gangen med venstresidig utfall.

– Jeg hadde problemer med å bruke fingrene på venstre hånd. I tillegg fikk jeg problemer med synet, forteller han.

Da Odd Standal kom hjem fra sykehuset, fikk fysio- og ergoterapitjenesten henvisning, og Kvalsvik og en fysioterapeut dro sammen på det første hjemmebesøket.

– Vi startet med å kartlegge hva Standal selv ønsket å få til. For ergoterapien var målene

Odd Standal er glad for treningen han gjennomfører sammen med Benedikte Kvalsvik.

blant annet å bedre synet og å få tilbake bruken av venstre hånd, forteller hun.

Det har vært viktig for Odd Standal at treningen tar utgangspunkt i det han selv ønsker å mestre. Først handlet det blant annet om å kunne kneppe knappene på jakken og bruke glidelåsen. Det har han fått til. Nå står et annet hverdagsmål for tur: å spise med kniv og gaffel uten å søle.

– Det har mye å si for livskvaliteten min at jeg kan spise sammen med andre uten å søle. Nå har det blitt mye bedre, sier han.

Den første tiden etter slaget kom Benedikte Kvalsvik hjem til Standal tre ganger i uken. Etter påske har de møttes to ganger i uken. Men han har øvelser han skal gjøre på egen hånd mellom besøkene.

Denne dagen begynner de med synet. Standal følger en ball med blikket før de går videre til arm- og skulderøvelser. Han hever og senker skuldrene, samler hendene og strekker ut fingrene. Benedikte bruker en børste og en elektrisk tannbørste over armen og hånden hans for å gi taktil stimulering.

Så kommer finmotorikken. På bordet ligger små terninger

Anita Valberg har fulgt opp Rune Kvammen siden 2024.

Løping på madrass er en av øvelsene i hinderløypen.

som ser ut som sukkerbiter. Han plukker dem opp én etter én og flytter dem fra den ene siden av midtlinjen til den andre. Deretter fester han klesklyper på kanten av et ark. Det trener blant annet styrken i fingertuppene og pinsettgrepet. Til slutt øver de på å løfte bestikket fra bordet og holde det.

Framgangen siden februar er stor.

– Jeg kan bruke hånden og fingrene igjen. Jeg har vært veldig heldig som har fått Benedikte til å komme hit og trene med meg, sier han.

BESTEMMER MÅLENE SELV

Anita Valberg har en avtale med Rune Kvammen på Sunnfjord medisinske senter. I 2022 fikk Rune hjerneslag, og høyre side av kroppen ble satt ut av spill. Han satt flere måneder i rullestol og mistet taleevnen.

– Jeg var som en liten unge. Jeg visste hva jeg ville si, men klarte ikke å uttale det, forteller han. I dag kommer Rune Kvammen gående til timen selv.

Valberg har fulgt ham siden 2024. Høyre hånd, som er Runes dominante hånd, fungerer fortsatt dårligere enn den venstre. Han har blitt svært god til å bruke venstrehånden, men målet er å få høyrehånden mest mulig med i aktivitetene.

– Funksjonen hans i dag er en helt annen enn for tre år siden, sier hun.

Målene bestemmer Rune Kvammen selv, og de endres i takt med framgangen. Anita Valberg forteller at de blant annet bruker kartleggingsverktøyene COPM og MAP-Hand for å finne fram til aktivitetene som er viktige for ham.

– Det er Rune som skal bestemme sitt eget rehabiliteringsforløp, sier hun.

Framgangen har vært stor, selv om den ikke kommer like raskt som før.

– I begynnelsen merket jeg framgang fra dag til dag. Nå går det kanskje en måned mellom hver gang jeg merker en forbedring, sier Kvammen.

Én ting savner han spesielt: å kunne tegne slik han gjorde før.

– Det har kommet seg mye senere enn jeg hadde håpet.

Samtidig er listen over alt han har fått tilbake, blitt lang. Han kjører bil igjen. Han handler og lager middag mens kona er på jobb. Han pusser opp, bygger benker og bord og klipper plen. Han har til og med meldt seg som frivillig og klippet gress ved eldresenteret og sykehjemmet.

Tidligere jobbet han på sjøen, blant annet på ambulansebåt og losbåt. Dit vet han ikke om han kommer tilbake.

– Jeg tror ikke jeg kan komme helt tilbake der jeg var, sier han.

Men treningen fortsetter.

Denne dagen starter Valberg med å teste håndfunksjonen. Hun måler blant annet styrken i grepet. Resultatet gjør framgangen synlig. Deretter bygger hun en hinderløype og tar hele lokalet i bruk. Rune trener på balanse, løping og å komme seg opp fra gulvet dersom han skulle falle.

Tidligere trengte Rune langt tettere oppfølging. Nå skjer mye av treningen i selve livet.

– Han styrer med mye nå som han ikke kunne gjøre før. Han er veldig aktiv og flink til å trene på egen hånd, sier Anita Valberg.

Ergoterapi er en god investering, men bare dersom kompetansen brukes riktig

Agenda Kaupangs rapport og oppsummeringen «Ergoterapi er en god investering» gir oss noe ergoterapifaget har etterlyst lenge: Dokumentasjon på at ergoterapeuters innsats gir gevinster for både innbyggere og kommuner.

Av Benedikte Hansine Lundgård

Benedikte Hansine Lundgård er kommunal ergoterapeut i Ergo- og fysiotjenesten i Sortland kommune.

Dette er et viktig budskap i en tid hvor helse- og omsorgstjenestene står overfor store utfordringer. Befolkningen blir eldre, behovene øker, og kommunene må finne løsninger som både er faglig gode og økonomisk bærekraftige.

Rapporten viser at ergoterapeuter bidrar til nettopp dette.

Samtidig må vi være oppmerksomme på hvordan budskapet blir forstått. Det er en fare for at noen leser rapporten og konkluderer med at ergoterapeuter er lønnsomme fordi de skaffer hjelpemidler. Det er ikke det rapporten egentlig forteller.

Ergoterapeuter er lønnsomme fordi vi bidrar til aktivitet, deltakelse, selvstendighet og mestring. Vi hjelper mennesker med å leve livene sine, delta i samfunnet og klare mest mulig selv. Hjelpemidler kan være en del av løsningen, men de er sjelden hele løsningen.

Et hjelpemiddel uten riktig vurdering, opplæring, tilrettelegging og oppfølging skaper ikke nødvendigvis mestring. Det er den ergoterapeutiske analysen som identifiserer hvilke tiltak som faktisk vil gjøre en forskjell.

Noen ganger er løsningen et hjelpemiddel. Andre ganger er løsningen trening, vanetilpasning, miljøtilrettelegging, universell utforming, velferdsteknologi, arbeidsplassvurdering, endrede rutiner eller samarbeid med pårørende og tjenesteapparat. Ofte er det summen av flere tiltak som gir resultater.

Det er nettopp denne helhetlige tilnærmingen som skaper gevinstene. Ergoterapeuters styrke ligger ikke i ett enkelt tiltak, men i evnen til å analysere samspillet mellom mennesket, aktivitetene og omgivelsene og deretter finne de tiltakene som gir størst effekt for den enkelte.

Derfor er hjelpemiddelformidling heller ikke et eget fagområde som bør ligge eksklusivt hos ergoterapeuter. Hjelpemidler er en del av helse- og omsorgstjenestens samlede verktøykasse, og alle profesjoner bør ha grunnleggende kompetanse på enkle hjelpemidler og tilrettelegging.

Slik sykepleiere, helsefagarbeidere, vernepleiere og andre profesjoner håndterer mange hverdagsutfordringer selv, bør de også kunne håndtere enklere hjelpemiddelløsninger. Ergoterapeuter bør brukes der vår spesialistkompetanse gir størst gevinst.

Vi må ha tid til å identifisere sammensatte behov. Vi må ha tid til å analysere aktivitet og deltakelse. Vi må ha tid til å vurdere balansen mellom kompenserende tiltak og re-/habiliterende tiltak. Vi må ha tid til forebygging. Vi må ha tid til å bidra i tidlig innsats overfor barn, voksne og eldre.

Det er her den største gevinsten ligger.

Når en ergoterapeut brukes som spesialist, kan innbyggere mestre hverdagen lenger, behovet for tjenester kan reduseres eller utsettes, og flere kan delta aktivt i hjem, skole, arbeid og samfunnsliv. Det er slik kommunene sparer penger. Ikke fordi noen fylte ut flere søknader. Men fordi riktig kompetanse ble brukt på riktig sted.

GEVINSTEN HANDLER OGSÅ OM HVOR ERGOTERAPEUTER ER ANSATT

Når vi snakker om behovet for flere ergoterapeuter, handler det ofte om å styrke de kommunale ergoterapitjenestene. Det er viktig, men ikke tilstrekkelig.

Dersom ergoterapeuters kompetanse skaper bedre ressursut-

nyttelse, økt selvstendighet og redusert behov for tjenester, må vi også diskutere hvor denne kompetansen bør være tilgjengelig.

For ofte blir ergoterapeuter organisert som en støttefunksjon som andre må henvise til. Dette kan føre til at ergoterapeutisk kompetanse kommer inn sent i forløpet, etter at utfordringene allerede har vokst seg store.

Skal vi realisere gevinstene som rapporten beskriver, må ergoterapeuter i større grad integreres direkte i tjenestene. Akkurat som sykepleiere, vernepleiere og andre helseprofesjoner bør ergoterapeuter være representert der beslutninger tas og tiltak gjennomføres.

Vi trenger flere ergoterapeuter i hjemmetjenesten, på sykehjem, i rehabiliteringsavdelinger, i psykisk helse- og rustjenester, i habilitering, i oppvekstsektoren og i tverrfaglige team. Ergoterapeutisk kompetanse må være tilgjengelig der mennesker bor, lever, lærer, arbeider og mottar tjenester.

En ergoterapeut på en avdeling eller i et tjenesteteam bidrar ikke bare med hjelpemiddelkompetanse. Ergoterapeuten bidrar med et aktivitetsperspektiv:

- Hvordan kan personen mestre hverdagen?
- Hvordan kan omgivelser og oppgaver tilpasses?
- Hvordan kan funksjon vedlikeholdes eller forbedres?
- Hvordan kan behovet for tjenester forebygges eller utsettes?

Jo tidligere disse vurderingene gjøres, desto større blir gevinsten både for innbyggeren og kommunen.

Derfor er ikke spørsmålet bare om kommunene trenger flere ergoterapeuter. Spørsmålet er også om ergoterapeutene er plassert der de kan gjøre størst forskjell.

Flere yrkesgrupper i helse- og omsorgssektoren bør ha grunnleggende kompetanse på enkle hjelpemidler og tilrettelegging.

FLERE ERGOTERAPEUTER ER EN DEL AV LØSNINGEN

Kaupang-rapporten bør derfor ikke bare brukes som et argument for flere ergoterapeuter. Den bør også brukes som et argument for å bruke ergoterapeuter riktig.

Skal vi lykkes med framtidens helse- og omsorgstjeneste, trenger vi flere ergoterapeuter. Ikke bare i de tradisjonelle ergoterapitjenestene, men i hele helse- og omsorgssektoren. Ergoterapeuter må bli like naturlige å etterspørre som sykepleiere, vernepleiere og andre helseprofesjoner.

Ikke fordi vi skal gjøre mer av det samme. Men fordi samfunnets behov for kompetanse på aktivitet, deltakelse, inkludering og mestring aldri har vært større.

Rapporten viser at ergoterapeuter er en god investering. Vår oppgave nå er å sørge for at funnene brukes slik at flere får tilgang til ergoterapeutisk kompetanse, og at kompetansen brukes der den skaper størst verdi. Gevinsten ligger ikke i søknadene. Gevinsten ligger i analysene, vurderingene og tiltakene som gjør mennesker i stand til å leve aktive, deltakende og meningsfulle liv. Det er slik vi bygger bærekraftige helse- og omsorgstjenester for framtiden.

Når sykepengene tar slutt

Hva skjer med økonomien når inntekten plutselig faller – samtidig som livet fortsatt står på pause? Overgangen til arbeidsavklaringspenger (AAP) er en fase mange ikke har planlagt godt for.

Av Roar Hagen

Roar Hagen er ansatt ved Ergoterapeutenes forsikringskontor.

ET TYDELIG SKIFTE ETTER ETT ÅR

Det første året med sykdom er for mange økonomisk håndterbart. Sykepenger sikrer en stor del av inntekten og gir en viss forutsigbarhet. Men etter tolv måneder skjer det et skifte. Ved overgang til AAP opplever mange et merkbart inntektsfall – samtidig som situasjonen fortsatt er uavklart. For noen varer denne perioden lenge.

EN FASE MED ØKT SÅRBARHET

Faste utgifter som bolig, lån og familieforpliktelser fortsetter som før, mens inntekten reduseres. Samtidig vet man ofte ikke om – eller når – man kan komme tilbake i arbeid.
Dette gjør perioden særlig krevende, både økonomisk og mentalt.

SKAL SKAPE STABILITET UNDERVEIS

For å møte denne utfordringen utvidet Ergoterapeutene medlemsforsikringene med uførerente i fjor. Uførerente gir en månedlig utbetaling fra tidspunktet man går over på AAP og kan vare i inntil fire år. Formålet er å bidra til større økonomisk forutsigbarhet i en fase hvor mange opplever inntektsfall, men fortsatt er under avklaring.

SUPPLERER UFØREKAPITAL

Mange medlemmer har allerede forsikringen uførekapital gjennom forbundets grunnforsikring. Denne gir en engangsutbetaling ved varig uførhet. Uførerente dekker en annen del av sykdomsforløpet:

- Uførerente gir løpende utbetalinger tidlig.
- Uførekapital gir en utbetaling når situasjonen er avklart.

Ordningene er derfor ment å utfylle hverandre.

KORT OM ORDNINGEN

- Velg mellom 1 G eller 2 G per år i forsikringssum.
- Utbetaling skjer månedlig (11 379–22 758 kroner) avhengig av valgt forsikringssum.
- Kan vare i inntil fire år.
- Forutsetter at du er omfattet av forbundets grunnforsikring.
- Kan også kjøpes for ektefelle eller samboer.

Ved langvarig sykdom er det ikke bare størrelsen på utbetalingen som betyr noe – men tidspunktet den kommer på. For mange er det nettopp etter det første året behovet er størst.

Har du spørsmål, er du velkommen til å ta kontakt på telefon 22 05 99 15 eller via våre nettsider www.ergoterapeutene-forsikring.org.

Det første året med sykdom er for mange økonomisk håndterbart.

Ergoterapi er en del av totalforsvaret

Ergoterapeutene mener at vår kompetanse må inngå i risiko- og sårbarhetsanalyser, beredskapsplanlegging og øvelser på lokalt og nasjonalt nivå. Dokumentet med våre standpunkter vil være en ressurs for alle ergoterapeuter som er eller vil være involvert i denne typen arbeid.

Av Karl-Erik Tande Bjerkaas

Karl-Erik Tande Bjerkaas er Ergoterapeutenes organisasjonssjef.

Ergoterapeutenes forbundsstyre har vedtatt dokumentet «Motstandsdyktighet bygges gjennom hverdagsmestring – ergoterapi er en del av totalforsvaret».

Dokumentet vil være en ressurs for ergoterapeuter som er eller ønsker å involvere seg i denne typen arbeid. Du finner det på hjemmesiden vår eller ved å ta kontakt med forbundskontoret.

TOTALFORSVARET

Totalforsvaret handler om samfunnets evne til å fungere før, under og etter kriser og krig. Helse- og omsorgstjenestene er en sentral del av denne beredskapen. Det er ikke tilstrekkelig å kunne redde liv. Samfunnet må også kunne opprettholde funksjon, mestring og deltakelse når mennesker blir skadet, syke eller rammes av psykiske belastninger.

Norsk Ergoterapeutforbund mener følgende:

- Rehabilitering må være en integrert del av norsk helseberedskap og totalforsvaret.
- Ergoterapikompetanse må inngå i risiko- og sårbarhetsanalyser, beredskapsplanlegging og øvelser på lokalt og nasjonalt nivå.
- Kommuner og sykehus må ha tilgang til ergoterapikompetanse for å støtte pasientflyt, tidlig rehabilitering og gjenoppretting av funksjon ved kriser og krig.
- Hjelpemiddelberedskap, tilrettelegging og rehabilitering må inngå i beredskapsplaner og operativ beredskap på lik linje med andre helseressurser.
- Ergoterapeuter skal bidra til å forebygge komplikasjoner, redusere funksjonstap og styrke befolkningens evne til å mestre hverdagen under og etter kriser og krig.
- Tillitsvalgte og ledere må involveres i utvikling, gjennomføring og evaluering av beredskapsarbeid.

FØR OG UNDER KRISER OG KRIG

Dokumentet er delt i to deler. Den ene delen peker på at ergoterapeuters kompetanse bidrar til å bygge motstandskraft før kriser og krig.

Den andre delen viser hvordan vi bidrar til å opprettholde funksjon og frigjøre kapasitet under kriser og krig.

Dokumentet bidrar også med referanser til aktuelle ressurser.

ANDRE DOKUMENTER

Du finner våre øvrige faglige standpunkter på hjemmesiden.

Dokumentet ligger på Ergoterapeutenes hjemmeside.

Gjør rapporten fra Agenda Kaupang kjent

På oppdrag fra Ergoterapeutene har analysefirmaet Agenda Kaupang gjort en kost-nytte-vurdering av å dreie tjenestene i retning av mer ergoterapi. Resultatet er klart: Ergoterapi lønner seg og er en investering i bærekraftige helse- og omsorgstjenester.

Av Karl-Erik Tande Bjerkaas

Sammen må vi gjøre rapporten og resultatene kjent. Forbundet har utviklet materiell som medlemmer og tillitsvalgte kan bruke. På ergoterapeutene.org/kostnytte finner du blant annet:

- rapporten fra Agenda Kaupang
- en kortversjon (bildet) til bruk mot ledere, politikere, brukerorganisasjoner og andre profesjoner
- lysbilder
- oversikt over ergoterapidekningen i landets kommuner
- nettforelesning i påvirkningsarbeid

Vi oppfordrer alle tillitsvalgte til å melde seg på Grunnkurs 3, der synliggjøring av funnene i rapporten vil være et tema.

Nytt tilskudd til aldersvennlig oppgradering av egen bolig

Fra 21. september kan man søke Husbanken om tilskudd til aldersvennlig oppgradering av egen bolig.

Ordningen skal finansiere tiltak som skal bidra til økt funksjon, selvstendighet og muligheten til å bo hjemme lenger. Dette forutsetter vurderinger av sammenhengen mellom personens funksjonsevne, aktiviteter som skal utføres og boligens utforming.

– Dette er vurderinger som er kjernen i ergoterapeuters kompetanse, sier forbundsleder Tove Holst Skyer. Hun understreker derfor at de som ønsker å utbedre boligen sin, bør søke råd hos en ergoterapeut for å sikre at man ikke investerer i endringer som ikke er hensiktsmessige.

Tilskuddet kan dekke inntil 25 prosent av kostnadene, maksimalt 75 000 kroner.

10 gode grunner til å bli medlem

1. Du blir del av et landsomfattende nettverk av ergoterapeuter
2. Du bidrar til å utvikle og styrke ergoterapi som fag
3. Du får halv pris på ergoterapifaglige kurs
4. Du får fagbladet Ergoterapeuten
5. Du kan bli ergoterapispesialist og få støtte til faglig utvikling
6. Du blir medlem i World Federation of Occupational Therapist (WFOT)
7. Du forbedrer dine lønns- og arbeidsvilkår
8. Du er sikret medbestemmelse på din arbeidsplass
9. Du får tilgang til materiell for å profilere fag, yrke og forbund
10. Du får tilbud om en lang rekke attraktive medlemsfordeler og rabatter

www.ergoterapeutene.org/innmelding

ergoterapeutene

Takk for laget!

ERFARINGER FRA ERGOTERAPEUTUTDANNINGEN VED NTNU GJØVIK (2013–2026)

Av Guri Einbu, Marte Ørud Lindstad, Merethe Seberg, Linda Stigen, Anne Myhre Sølvsberg & Eli Lysen

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

Merethe Seberg er ergoterapeut og arbeider ved Sagatun Recovery, Hamar.

Linda Stigen er ergoterapeut og arbeider ved OsloMet.

Anne Myhre Sølvsberg er ergoterapeut og arbeider ved Fagskolen Innlandet Gjøvik.

Marte Ørud Lindstad er ergoterapeut og arbeider ved Universitetet i Innlandet.

Eli Lysen er ergoterapeut og arbeider ved Institutt for helsevitenskap, NTNU.

Det er ingen interessekonflikter knyttet til denne artikkelen.

Sammendrag

Artikkelen presenterer en samlet refleksjon over de 13 årene med ergoterapeututdanning i Gjøvik, fra etableringen i 2013 til uteksaminingen av siste kull våren 2026. Utdanningen ble opprettet ved Høgskolen i Gjøvik (HiG) og videreutviklet gjennom fusjonen med Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU). Nedleggelsen ble besluttet høsten 2024 som følge av økonomiske utfordringer ved Fakultet for medisin og helsevitenskap (MH-fakultetet).

Artikkelen dokumenterer utdanningens etablering, utvikling og avvikling, med korte beskrivelser av studieplaner, faglig og pedagogisk profil, forskning og praksissamarbeid.

Basert på ansattes samlede erfaringer løftes både resultater og viktige læringspunkter fram. Samtidig belyser artikkelen de bredere konsekvensene av nedleggelsen, der tap av studieplasser også innebærer bortfall av et viktig fag- og kompetansemiljø lokalt, nasjonalt og internasjonalt.

Emneord: ergoterapi, historie, Høgskolen i Gjøvik, Innlandet, samfunnsbehov, studieprogram, utdanning

Fra venstre Linda Stigen, Anne Myhre Sølvsberg, Merethe Seberg, Marte Ørud Lindstad og Guri Einbu. Eli Lysen foran.

INNLEDNING

Med denne artikkelen ønsker vi å trekke fram erfaringer fra 13 år med ergoterapeututdanning på Gjøvik. Utdanningen ble etablert i 2013 som et svar på kommunenes behov for kompetanse innen velferdsteknologi. Den ble utviklet videre gjennom fusjonen inn i NTNU fram til beslutningen om nedleggelse og uteksaminering av det siste kullet. Formålet er å dokumentere etablering, utvikling og avvikling av utdanningen og å reflektere over hvilken betydning denne historien kan ha.

Artikkelen bygger på samtaler mellom ansatte ved utdanningen, en gjennomgang av studieplaner og interne dokumenter samt erfaringer fra undervisning i teori- og praksisemner, faglig utvikling og forskning. Vi beskriver kort utdanningens studieplaner, faglige og pedagogiske profil, forskning og praksissamarbeid, og vi drøfter hva som har fungert godt, hva som har vært krevende, og hvordan utdanningen har møtt sitt samfunnsoppdrag. Når en profesjonsutdanning legges ned, forsvinner ikke bare studieplasser og arbeidsplasser, men også et viktig fag- og kompetansemiljø lokalt, nasjonalt og internasjonalt. Gjennom kollektive refleksjoner synliggjør vi hva som er oppnådd, hvilke erfaringer som er gjort, og hvilken kunnskap som kan gå tapt ved nedleggelsen av profesjonsutdanningen.

ETABLERING AV UTDANNINGEN

Initiativet til etableringen av bachelorutdanningen på Gjøvik vokste fram fra en nasjonal workshop i nettverket «Arena Ny Omsorg» i januar 2012. Sekstieksperter fra kommuner, frivillig sektor, brukere, forskningsmiljøer, privat leverandørindustri, Innovasjon Norge og Norges forskningsråd jobbet med å videreutvikle, forankre og avklare innovasjonsløp for helt nye måter å møte framtidens omsorgsutfordringer på. Deltakerne identifiserte manglende kompetanse på velferdsteknologi i kommunene som en sentral utfordring (1).

Guri Einbu var studieprogramleder ved etableringen av utdanningen ved Høgskolen i Gjøvik i 2013.

Høgskolen i Gjøvik (HiG) jobbet videre med kompetanseutfordringen. I diskusjonene om hvilken fagprofesjon som kunne ivareta og videreutvikle kompetanse knyttet til velferdsteknologi, ble ergoterapi løftet fram som særlig egnet, med sitt fokus på aktivitet, deltakelse, hjelpemidler og tverrfaglig samarbeid. Satsingen ble sett i sammenheng med høgskolens profilområder: teknologi, innovasjon og universell utforming. Utdanningen ble utviklet i samarbeid med ressurspersoner og fagmiljøer nasjonalt og internasjonalt og med Norsk Ergoterapeutforbund. Studieplanens læringsutbytter var utformet ut fra *rammeplan for ergoterapeututdanning* (2), *kompetansebeskrivelser i ergoterapi* (3) og stortingsdokumenter som *Innovasjon i omsorg* (4) og *Morgendagens omsorg* (5).

STUDIEPLANENS PROFIL, HØGSKOLEN I GJØVIK (2013–2020)

Ambisjonen var å utvikle en utdanning med et tydelig særpreg. Universell utforming, velferdsteknologi, innovasjon og helsefremming ble etablert som gjennomgående fagtemaer med læringsutbytter beskrevet i studieplanen (studieplan 2013–14). Dette var strategiske satsinger, forankret i nasjonale føringer og i kommunenes behov for kompetanse knyttet til inkludering, tilgjengelighet og teknologiske løsninger i helse- og omsorgstjenestene. Resultatet ble dermed en bachelorutdanning i ergoterapi med en tydelig teknologisk og samfunnsrettet profil (6). Studieplanen ble godkjent høsten 2012, og de første studentene startet sin utdanning høsten 2013. Eksempler på emner som illustrerte denne tydelige retningen var *introduksjon til universell utforming og velferdsteknologi* i andre semester, emnene *folkehelse og universell utforming* og

Kjernelitteratur ved ergoterapeututdanningen i Gjøvik i 2019.

praksis 4, fordypning i universell utforming og velferdsteknologi i femte semester. Studentene skulle gjennomføre et innovativt forbedringsprosjekt sammen med praksisplassen (studieplan 2013–14). Prosjektet skulle ta utgangspunkt i brukernes behov innen områdene universell utforming og/eller velferdsteknologi. Eksempler på forbedringsprosjekter var at en studentgruppe la fram en skisse for et nytt treningskjøkken ved et sykehus, og en annen studentgruppe skisserte forbedret skilting i et offentlig bygg.

Utdanningen hadde et formalisert samarbeid med Norsk forskningslaboratorium for universell utforming ved HiG, noe som ga studentene tilgang til forskningsnære læringsarenaer (6). Som del av undervisningen deltok studentene i ferdighetstrening, praktiske øvelser og feltarbeid knyttet til universell utforming, velferdsteknologi og tilrettelegging for personer med syns- og hørselsnedsettelser. Denne kombinasjonen av teoretisk kunnskap, praktiske ferdigheter og samarbeid med fagmiljøer utenfor klasserommet bidro til å styrke utdanningens praksisnære profil.

Perspektiver knyttet til helsefremming og folkehelse ble tydelig vektlagt, et eksempel er emnet *Folkehelse og universell utforming* i 3. studieår. Hensikten med emnet var at studentene skulle utvikle innsikt i hvordan universell utforming og velferdsteknologi kunne brukes som helsefremmende strategier. I emnet utførte studentene prosjekter i samarbeid med ulike aktører. Eksempler på prosjekter var at en studentgruppe valgte å se på i hvilken grad Mjøspromenaden i Gjøvik by var universelt utformet, og hvordan området kunne være helsefremmende for personer over 65 år. En annen studentgruppe skisserte en fritidsapp (prototype) som hadde til hensikt å øke aktivitetsnivået blant voksne i yrkesaktiv alder.

Studentene ble tidlig utfordret innen innovasjon og kreativitet i arbeidskrav og øvelser, blant annet gjennom samarbeid med designmiljøet og gjennom *«Idélab24»*, en 24-timers tverrfaglig idékonkurranse. Konkurransen samlet andreårsstudenter fra hele campus Gjøvik sammen i grupper fra eksempelvis helse, økonomi, bygg og IT, og studentene skulle bruke sin samlede kompetanse for å konkurrere om beste innovasjon innenfor et samfunnsaktuelt tema. I 2016 lød oppgaven: Lag et konsept som møter samfunnsmessige utfordringer ved bruk av «internet of things» (vanlige gjenstander gjøres «smarte» fordi de kobles til internett og kan samle inn og dele informasjon).

Prosjektledelse i ergoterapi var et emne med 5 studiepoeng i studieplanen, og med oppdrag fra oppdragsgivere oppnådde studentene både praktisk kompetanse og ferdigheter i prosjektledelse. Emnet ble utformet for å gjøre studentene i stand til å jobbe for innovasjon og en bærekraftig utvikling. Erfaringer fra klinikere som er bekreftet i senere forskning, har vist at ergoterapeuter på sine arbeidsplasser ofte blir bedt om å lede prosjekter, i tillegg til at rollen som innovatør i organisasjoner framstår som en sentral og foretrukket rolle blant ergoterapeuter (7).

De som ble ansatt ved utdanningen, hadde omfattende klinisk erfaring og etablerte relasjoner med kolleger i ulike fagmiljøer og arbeidsfelt, både i kommunehelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten, bedrifter og organisasjoner. Ved etableringen av utdanningen i Innlandet bidro disse relasjonene til en god faglig forankring i bredden av ergoterapiens kjernekompetanse, og det ga studentene mulighet til å oppleve ergoterapi i ulike praksiskontekster. Utdanningen etablerte nært samarbeid med helsesportsenter, rehabiliteringsinstitusjoner,

organisasjoner og kommuner i Innlandet, og fagfolk derfra underviste, bidro til hospitering, veiledning, prosjekter og sensurering. Studentene fikk undervisning fra og møtte brukerrepresentanter i interesseorganisasjoner. De deltok i aktiviteter med beboere i flyktningmottak, observerte barn i barnehager og mottok undervisning fra Nav, bedriftshelsetjenesten og andre aktører.

Et gjennomgående trekk ved utdanningen var et sterkt fokus på ergoterapifagets faglige kjerne: aktivitet, mestring, deltakelse og hverdagsliv. Teorier fra aktivitetsvitenskap (for eksempel occupational justice og aktivitetsbalanse) var integrert i undervisning før dette var spesifisert i rammeplaner. Ergoterapeutiske konseptuelle modeller har gitt studentene begreper og strukturer for å analysere samspillet mellom person, aktivitet og omgivelser. Model of Human Occupation (MOHO) (8), The Person-Environment-Occupation Model (9), Canadian Model of Occupational Performance and Engagement (CMOP-E) (10) og Kawa-modellen (11) ble brukt. Modellene ble brukt aktivt i kartleggings- og intervensjonssammenhenger i ferdighetstrening og i praksis, for å støtte klinisk resonnering og beslutningstaking.

Studenter i aktivitet gjennom bruk av problembasert læring. Karoline, Amund og Maria fra kull 16 har veiledning med Marte.

PEDAGOGISK FORANKRING OG STUDENTAKTIVE LÆRINGSFORMER (2013–2020)

I tråd med utdanningens overordnede mål om å utdanne ansvarsbevisste, handlekraftige og reflekterte ergoterapeuter, ble studentenes egenaktivitet i læring vektlagt (Studieplan 2013–2014). Inspirert av pedagogikk og læringsformer som beskrevet av Pettersen (12) og Raaheim (13), var det en uttalt ambisjon å legge til rette for kvalitetslæring gjennom studentaktivitet, formative vurderingsformer og arbeidsmåter der kunnskap måtte anvendes, ikke bare reproduseres. Læringsformene var forankret i et konstruktivistisk læringssyn, der læring forstås som en prosess over tid, og hvor studentene skaper kunnskap gjennom aktiv deltakelse og samhandling (12).

Undervisningsmetoden problembasert læring (PBL) ble benyttet som studentaktiv læringsform. Metoden innebærer at studentene tilegner seg faglig kunnskap gjennom arbeid i basisgrupper med virkelighetsnære oppgaver (12). Undervisningen tok ofte utgangspunkt i en kompleks hverdagsutfordring, etterfulgt av kasusdrøftinger, kildesøk, felles resonnement og muntlig formidling. På denne måten ble teori, metode og praksis integrert, og studentene utviklet ferdigheter i å oppsøke, vurdere og anvende relevant kunnskap i nye og komplekse situasjoner.

PBL var vurdert som særlig egnet i ergoterapi, der klinisk resonnering, refleksjon og evne til å håndtere situasjoner er sentrale ferdigheter og nødvendige for å kunne utøve kunnskapsbasert praksis i et omskiftelig og komplekst praksisfelt. De ansatte hadde i større grad en veiledende rolle, mens studentenes egne spørsmål og forståelser drev læringsprosessen (12). Den omfattende bruken av veiledning ga et godt grunnlag for å bli kjent med studentenes styrker og for å identifisere områder der enkelte hadde behov for ekstra støtte.

PBL ble brukt som læringsmetode i de første emnene i studiet (Studieplan 2013-2014). Flere tidligere studenter har i ettertid gitt uttrykk for at denne læringsmetoden fikk stor betydning. Studentene ble introdusert for gruppearbeid, kasusdrøftinger og eksamensseminarer med muntlige framlegg. Framleggene var krevende for mange studenter, men som ferdig utdannede ergoterapeuter hadde de opparbeidet ferdigheter i å kunne

Studenter fra kull 20 som har øvd på virkelighetsnære situasjoner ved Senter for simulering og pasientsikkerhet. Fra venstre: Simen, Astrid, Linda, Andreas, Martin, Tor-Ares og Ingeborg.

formidle faget i møte med beslutningstakere, brukere, pårørende og i tverrfaglige sammenhenger. Det å strukturere et budskap og formidle på en presis måte, viste seg å være ferdigheter som kom til nytte langt utover bachelorutdanningen, til gjennomføring av masterstudier og til fag- og forskningsformidling og til å argumentere for ergoterapeutstillinger. Det var samtidig en bevissthet om at ikke alle emner i studieplanen i like stor grad egnet seg for pedagogisk bruk av PBL som hovedarbeidsform. Et emne som *Anatomi og fysiologi for ergoterapi* (Studieplan 2013–2014) la eksempelvis i større grad vekt på memorering og reproduksjon av faktakunnskap.

I tillegg til PBL ble Teambasert læring (TBL) brukt i flere emner og i tverrprofesjonelle sammenhenger, blant annet i undervisningssamarbeid mellom ergoterapi- og sykepleiestudenter i temaet hverdagsrehabilitering. Teambasert læring (TBL) er en studentaktiviserende strukturert læringsform hvor studentene arbeider individuelt og i grupper. Underviser gjorde læringsmaterialet tilgjengelig for studentene i forkant av undervisningen. I timene arbeidet studentene deretter med ulike oppgaver knyttet til stoffet (14).

Utdanningen fikk økonomisk støtte til å gjennomføre prosjektet *«Studentaktive læringsformer og bruk av digital læringsplattform for økt engasjement og kvalitet».* Prosjektet undersøkte om det var mulig å fremme og øke studentaktiv læringsaktivitet gjennom bruk av teambasert læring (TBL) og medstudentvurdering. Studentevalueringer og egne erfaringer fra prosjektet tilsa at metodikken var aktiviserende, engasjerende og ga godt læringsutbytte for studentene. TBL utmerket seg med positive tilbakemeldinger fra studenter, og erfaringene tilsa også at digital gjennomføring var egnet.

Senter for simulering og pasientsikkerhet ved Institutt for helsevitenskap (IHG) ble benyttet av ergoterapeututdanningen i alle semestre i utdanningen. De ansatte ved utdanningen gjen-

nomførte kurs for å bli fasilitator. Studentene øvde på situasjoner og hverdagsaktiviteter i virkelighetsnære og kontrollerte øvelser. Ulike scenarier ble utviklet, og de er grundigere beskrevet i boken *Pasientsimulering i helsefag: En praktisk innføring* (15). Noen scenarioer ble forhåndsinnspilt og vist ved bruk av VR-teknologi, og debrifing skjedde ved bruk av blogg og medstudentvurdering (16). Simuleringsbasert trening ble benyttet i praksisemner og teoretiske emner for å nå læringsutbytter som beskrev ferdigheter (Studieplan 2013–2014). Ferdighetstreningen og trening i refleksjon omkring sine egne forståelser og holdninger i møte med andre bidro til å bevisstgjøre studentenes teoretiske og praktiske kunnskap. En students kommentar fra evalueringen av simuleringen: *«Simlab er kjempelærerikt!! Gjerne mer av dette. Gjør oss mer trygge i utførelsen.»*

ETABLERING AV PRAKSISPLASSER I UTDANNINGEN

Ved oppstart i 2013 utgjorde praksis 45 av totalt 180 studiepoeng og var fordelt over fem perioder (Studieplan 2013–2014). Disse ble senere omgjort til en uke observasjonspraksis og tre lengre praksisperioder. Som ny bachelorutdanning i regionen var det krevende å etablere tilstrekkelig med praksisplasser. Andre ergoterapeututdanninger hadde benyttet praksisplasser i Innlandet, og HiG manglet oversikt over hvor ergoterapeuter var ansatt i regionen. Praksisfeltet var dessuten preget av relativt få ergoterapeuter, og mange arbeidet alene i tjenestene. Flere opplevde at de sjelden eller aldri hadde blitt systematisk og strukturert forespurt om å ta imot ergoterapeutstudenter.

Instituttet hadde etablert egen praksiskoordinatorstilling og strukturer og systemer for praksisoppfølging innen andre helsefaglige utdanninger. Ergoterapeututdanningen fikk avsatt en mindre stillingsprosent til praksisansvarlig, og tett samarbeid med høgskolens praksiskoordinator ble avgjørende. Det ble inngått fireårige samarbeidsavtaler med kommuner for å regulere årlig mottak av studenter. Ergoterapeututdanningen utviklet en praksisstrategi basert på relasjons- og nettverksbygging, med vekt på personlig kontakt, fysiske samlinger og tett oppfølging av praksisveiledere ved behov. I forkant av hver praksisperiode ble praksisveiledere invitert til campus til en praksissamling for å gjennomgå læringsutbytter og drøfte veilederrollen, og etter hvert deltok også studentene på denne. Over tid bidro dette til å etablere et omfattende praksisnettverk i hele Innlandet, fra sykehus og private institusjoner til små og store kommuner. På det meste hadde utdanningen praksisplasser i over 40 av 46 kommuner i fylket, noe som styrket både studentenes læringsutbytte og synliggjorde ergoterapifagets relevans i kommunale tjenester.

NTNU-FUSJONEN

I 2015 vedtok Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU) sitt styre å fusjonere med Høgskolen i Gjøvik (HiG), Høgskolen i Sør-Trøndelag (HiST) og Høgskolen i Ålesund (HiÅ). Fra første januar 2016 ble alle fire institusjonene slått sammen til ett universitet, NTNU.

Ledelsen ved NTNU og MH-fakultetet stilte krav om å etablere felles studieprogram for utdanninger som hadde samme type bachelorutdanning i flere byer. For vår del gjaldt det ergoterapeututdanningen ved tidligere HiST og HiG. Utdanningene etablerte en prosjektgruppe, referansegruppe og styringsgruppe for å utarbeide ny felles studieplan for bachelor i ergoterapi ved NTNU.

NY STUDIEPLAN FRA 2020

Den nye studieplanen etter fusjonen skulle innfri nye Nasjonale retningslinjer for helse- og sosialfagutdanningene (RETHOS) som var under utarbeidelse: *Forskrift om felles rammeplan for helse- og sosialfagutdanninger,* som fastsetter felles formål og 12 felles læringsutbytter på tvers av utdanningene (17), og *Forskrift om nasjonal retningslinje for ergoterapeututdanning* (18). Forskriftene erstattet de eldre rammeplanene for ergoterapeututdanning fra 2005 og flyttet fokus fra beskrivelse av hvilke fag utdanningen skulle inneholde (som anatomi, sosiologi), til læringsutbyttebeskrivelser (LUB-er), altså hva studenten skal oppnå av kunnskap, ferdigheter og generell kompetanse i løpet av utdanningen (19). Den nye studieplanen ble bygget opp ut fra de seks kompetanseområdene i *Forskrift om nasjonal retningslinje for ergoterapeututdanning* (18).

Universell utforming, velferdsteknologi og helsefremming som hadde vært gjennomgående perspektiver i den første studieplanen, ble nå temaer i enkelte emner. I tillegg skulle alle bachelorutdanninger ved NTNU ha to nye tverrfaglige fellesemner, *Examen philosophicum for medisin og helsefag* og et «områdeemne». Ergoterapeututdanningen valgte områdeemnet *Teknologiforståelse*. Ideen til emnet hadde

Studenter fra kull 17 lærer aktivt gjennom bruk av seminar.

kommet fra Gjøviks ergoterapeututdanning, og emnet var blitt utviklet av en tverrfaglig gruppe innen helse, design og teknologi på Campus Gjøvik. I emnet ble studentene introdusert for problemstillinger knyttet til utvikling og bruk av teknologi i helsefaglig profesjonsutøvelse.

Retningslinjer og studieplanveiledere i NTNU stilte krav om felles læringsutbytter og vurderingsformer på tvers av campusene, og det utfordret både handlingsrommet og profileringen som begge utdanningene tidligere hadde hatt. For ergoterapeututdanningen på Gjøvik, der teamet bestod av seks stillinger, innebar fusjonen og innføringen av en ny studieplan fra 2020 en arbeidsom og krevende omstillingsprosess. Studenter som fremdeles fulgte den første studieplanen fra 2013, skulle fullføre denne, parallelt med opptak av studenter med ny studieplan fra 2020. Ansvar for og igangsetting av studieplanens 17 nye emner krevde mye kapasitet, og det var lite administrativt støttepersonell tilgjengelig ved campus Gjøvik. Implementeringen av ny studieplan ble ytterligere komplisert av covid-19-pandemien. Undervisningen ble digitalisert fordi fysiske samlinger ikke var mulig, og behov for raske pedagogiske omstillinger preget perioden.

Kravene til harmonisering mellom campusene i Trondheim og Gjøvik påvirket også pedagogisk forankring og læringsformer i emnene. PBL som tidligere hadde fungert som en tydelig pedagogisk hovedprofil, ble ikke lenger en gjennomgående undervisningsmetode på Gjøvik. På tross av disse endringene var den nye studieplanens overordnede ambisjon klar: pedagogiske metoder skulle i hovedsak være studentaktive og fremme aktiv deltakelse. Medstudentvurdering (20), digitale verktøy (eks.: Kahoot, Mentimeter, Zoom, Panopto og Simcapture) og ulike former for studentrespons ble også brukt i flere undervisningsaktiviteter.

Vi mener at en styrke ved den nye studieplanen i NTNU (2020) var at emnene *Aktivitetsanalyse* og *Aktivitetsvitenskap* ble bærende emner som bidro til tydelige kjerneområder i ergoterapi allerede i første studieår. Aktivitetsperspektivet og sentrale teorier og begreper fra aktivitetsvitenskap ga studentene nyere kunnskap om sammenhengen mellom aktivitet og helse og betydningen av hverdagsliv, mestring og deltakelse (21). Gjennom bruk av begrepsmodellen Transaksjonell Modell for Aktivitet (TMO) og arbeidsprosessmodellen Occupational Therapy Intervention Process Model (OTIPM) (22), ble studentene trent til å vektlegge aktivitetsanalyse, observasjon og refleksjon for å forstå komplekse hverdagsutfordringer og for å begrunne ergoterapeutiske vurderinger og intervensjoner. Vi mener at dette bidro til å styrke studentenes forståelse av ergoterapi som et fag i kontinuerlig utvikling. På denne måten hjalp teorier og modeller studentene med å forstå ergoterapi, og hvordan fagets kjernekompetanse kunne omsettes til tiltak og handling. Denne orienteringen mot fagets kjerne mener vi bidro til å styrke studentenes profesjonsidentitet og forståelse av ergoterapiens særpreg.

Helsefremming og folkehelseperspektivet ble videreført i emner som *Helsefremming og tilhørighet i kommunen* og *Folkehelse, helsefremming, inkludering og global helse*. *Prosjektarbeid og -ledelse* som emne, ble en videreføring av at studentene skulle lære om innovasjon, idéutvikling og problemløsning (Studieplan 2020–2026).

FORSKNINGSAKTIVITET I UTDANNINGEN

Fagmiljøet ved ergoterapeututdanningen har over lang tid arbeidet målrettet for å bygge opp og videreutvikle et solid forsknings- og utviklingsmiljø med tydelig profesjons- og praksisforankring. Ved oppstart i 2013 ble

det fra HiG prioritert å ansette en Ph.d.-stipendiat som skulle forske med et spesifikt ergoterapiperspektiv, og bidra til å integrere forskningsbasert kunnskap i utdanningen. Over årene har i tillegg alle ansatte kombinert undervisning og veiledning med aktiv deltakelse i forskning, fagutvikling og formidling, både nasjonalt og internasjonalt. Denne kontinuerlige FoU-innsatsen har vært avgjørende for å opprettholde og videreutvikle kunnskap og kompetanse innen ergoterapi i Innlandet og har samtidig hatt direkte betydning for utdanningens faglige innhold, kvalitet og relevans.

FoU-aktiviteten har i hovedsak vært rettet mot praksisnære problemstillinger innen kommunehelsetjenesten og rehabiliteringsfeltet og har omfattet forskning på blant annet kommuneergoterapi (23), arbeid med personer med kognitive vansker (24–27), aktivitetsbaserte kartleggings- og intervensjonsmetoder (28), kognitiv rehabilitering og bruk av teknologi i ergoterapeutisk praksis (29). Forskningen har hatt et tydelig aktivitets- og deltakelsesperspektiv og har bidratt med ny kunnskap om hvordan ergoterapeuter kan støtte mestring av hverdagslivets aktiviteter hos ulike brukergrupper.

I tillegg har miljøet vært involvert i et nasjonalt prosjekt blant alle de seks ergoterapeututdanningene i Norge i perioden 2017–2022. Prosjektet hadde som mål å identifisere utviklingsmønstre i studentenes studietilnærminger og oppfatning av læringsmiljøet, undersøke sammenhenger mellom studietilnærminger, læringsmiljøet og eksamensresultater, og sammenlikne studietilnærmingene med ergoterapistudenter i andre land (30).

Praksisveiledere og tidligere studenter har bidratt til verdifullt samarbeid innen undervisning, veiledning og forskning. Matpause sammen med Lene og Veronica (2013-kullet), Linda, Eli og Guri.

FoU-arbeidet har hatt et metodisk mangfold som inkluderer kvalitative studier, spørreundersøkelser og eksperimentelle design, og har resultert i både vitenskapelige publikasjoner, fagartikler, konferansepresentasjoner og praksisnær formidling. Kunnskapen som er utviklet gjennom FoU-arbeidet har vært tett integrert i undervisningen, blant annet gjennom forskningsbasert pensum, bruk av studier i undervisningsaktiviteter og inklusjon av studenter i arbeidet med sine bacheloroppgaver i våre pågående forsknings- og utviklingsprosjekter. Slik har FoU-aktiviteten bidratt til å styrke studentenes forståelse av kunnskapsbasert praksis og sammenhengen mellom forskning, utdanning og yrkesutøvelse.

I 2023 ble store deler av denne forskningsaktiviteten samlet og ytterligere formalisert gjennom etableringen av forskningsgruppen «Hverdagsliv, mestring og helsefremming», der FoU-arbeidet er organisert rundt temaer som aktivitet, deltakelse, helse og læring i hverdagslivet. Forskningsgruppen har bidratt til å videreutvikle fagmiljøets forskningskapasitet, styrke samarbeid internt og eksternt, og sikre en kobling mellom forskning, utdanning og praksisfeltet.

FOU-SAMARBEID MED PRAKSIS

Over flere år har det blitt lyst ut midler til samarbeidsprosjekter mellom utdanningene på Gjøvik og samarbeidende praksissteder. Hensikten med midlene har vært å fremme samarbeid mellom universitetet og samarbeidende praksissteder. Prosjektene skulle bidra til å styrke kvalitet og relevans i praksisstudier innen instituttets ulike bachelorutdanninger. Samarbeidsprosjektenes faglige fokusområder måtte ha en tydelig profil i tråd med nasjonale føringer. Ergoterapiutdanningen har gjennom disse årene vært involvert i flere av utviklingsprosjektene, eksempelvis:

- Skulder ved skulder (2013–2016). Tverrprofesjonell samarbeidslæring i praksisstudier i ergoterapi, vernepleie og sykepleie (31).
- Tverrfaglige kartleggingsverktøy (ICF) og målsamtaler i en kommune (2016/2017).

Godt samarbeid i referansegruppen der studentene Birger, Jørgen, Trygve og Mats fra kull 15 evaluerer kvaliteten i emnene sammen med Eli, Anne, Marte og Guri fra teamet.

- Styrking av det tverrprofesjonelle samarbeidet i praksisstudiet for bachelorstudenter i sykepleie og ergoterapi (2016/2017).
- 61° Fastland, Et tverrprofesjonelt studentprosjekt innen rus- og psykisk helse med fokus på fysisk aktivitet og prosessevaluering av planlegging (2017/2018).
- Levende laboratorium (2023 til dags dato) i samarbeid med universitetskommunen, Gjøvik. Levende laboratorium er et ledd i prosjekt Universitetskommune, som skal fremme samarbeid mellom NTNU og Gjøvik kommune, Helse- og omsorgstjenesten. Et innovativt Levende laboratorium (LL) kan være en viktig brikke for å løse morgendagens utfordringer.

NEDLEGGELSEN AV UTDANNINGEN

I juni 2023 ble ansatte ved MH-fakultetet orientert om at flere av instituttene i fakultetet gikk mot store økonomiske underskudd. NTNU valgte å benytte en viderefordelingsmodell av den økonomiske rammen fra Kunnskapsdepartementet som ga store utfordringer for institutter med bachelorutdanninger som hovedaktivitet.

Da bachelor i ergoterapi ble opprettet i 2013, var det et resultat av en laginnsats fra hele HiG, fordi samfunnsbehovet for ergoterapeuter var økende. Dekan og seksjonsleder på Gjøvik bestemte opptakstallene lokalt, og de 30 studieplassene på HiG ble etablert uten bestilte kandidatmåltall fra Kunnskapsdepartementet (KD).

Kandidatmåltall innførte KD i 2014 for å regulere produksjonen av kandidater ved utdanningsinstitusjonene. Kandidatmåltallet for ergoterapi på tvers av studiestedene Gjøvik og Trondheim ble dessverre ikke justert opp ved fusjoneringen i NTNU, dette til tross for at studieprogramledere på Gjøvik over flere år tok opp behovet for å få bekreftet et konkret kandidatmåltall. Etter fusjonen uteksaminerte derfor ergoterapeututdanningene til sammen flere kandidater enn minstemåltallet på 57 kandidater fra KD (som opprinnelig var kandidatmåltallet ved ergoterapeututdanningen i Trondheim).

Vi henvendte oss til departementet og i svarbrevet bekreftet KD at regjeringen allerede i Stortingsmelding 19 (32) hadde

foreslått å gå bort fra bruk av kandidatmåltall: *«Utdanningsinstitusjonene er rammefinansierte og skal selv foreta prioriteringer innenfor egen økonomiske ramme»* (svarbrev fra KD 21.05.24). Videre skrev KD at kandidatmåltall i all hovedsak hadde vært overoppfylt ved utdanningsinstitusjonene siden 2016 og at de ville erstatte kandidatmåltall med bedre og mer tilgjengelig statistikk om opptak- og gjennomføring i profesjonsutdanningene (32). Nedleggelse av studieplassene i ergoterapi var heller ikke i tråd med Kunnskapsdepartementets tildelingsbrev til NTNU for 2024 om *«å prioritere helsefaglige utdanninger, at de skal være tett koblet til praksisfeltet og tilbys i hele landet»*.

Ergoterapeututdanningen på Gjøvik oppfylte alle kvantitative og kvalitative kriterier og krav som stilles til utdanninger i NTNUs studieportefølje. Måltallene viste god dekning på antall søkere og rekruttering til utdanningen, god oppfylling av studieplassene og god gjennomstrømming, dvs. det var et høyt antall uteksaminerte kandidater og lite frafall i utdanningsløpet. Utdanningen var godt evaluert av studentene via Studiebarometeret. Rekrutteringsmangelen etter ergoterapeuter i Innlandet og landet ellers var fortsatt stor og samfunnsbehovet for alle nyutdannede ergoterapeuter var vesentlig. Nyutdannede ergoterapeuter fikk jobbtilbud både før og rett etter fullført bachelorutdanning.

Prosessen for å finne økonomisk innsparing var en lukket prosess i NTNUs fora. Informasjonen var mangelfull, og det var svært begrensede muligheter for medvirkning fra tillitsvalgte og ansatte. Lokal tillitsvalgt deltok på samarbeidsmøter ved campus Gjøvik, men møtene her hadde ingen innflytelse på saksgangen som foregikk i linjen i MH-fakultetet. Unio-tillitsvalgte fra Trondheim deltok i viktige samarbeidsfora i MH-fakultetet, men deres rolle var krevende fordi de skulle representere mange ansatte ved andre nedleggingstruede utdanninger. Alle argumentene som kunne forhindre at utdanningen ble lagt ned, prøvde vi ved utdanningen og Norsk Ergoterapeutforbund å få tydelig fram overfor ledelsen lokalt ved Institutt for helsevitenskap Gjøvik (IHG), ved MH-fakultetet, for rektor ved NTNU, styrerepresentanter, ordførere i regionen og fylkes- og stortingsrepresentanter. Sammen hadde vi møter med stortingsrepresentanter og dekan ved MH-fakultetet. Gjennom Innlandsradioen og lokale aviser ble det publisert nyhetsoppslag og debattinnlegg, og i Universitetsavisen kom det flere innspill og en reportasje om fagmiljøet ved utdanningen som ble lagt ned (33). Ergoterapeutforbundet opprettet også en underskriftskampanje og lokalforeningen i Innlandet engasjerte seg gjennom avisinnlegg.

Ergoterapeutforbundets leder skrev et felles brev til utdannings- og forskningsminister Hoel sammen med dekan ved MH-fakultetet. I brevet argumenterte de sammen for at det var et samfunnsmessig behov for å finansiere og øke antallet studieplasser i ergoterapi på landsbasis. Det var merkelig og paradoksalt å oppleve at dekanen ved MH-fakultetet både argumenterte overfor statsråden at behovet for studieplasser i ergoterapi burde økes, og samtidig la dekanen ned studieplassene på Gjøvik.

Vedtaket om nedleggelse av ergoterapeututdanningen på Gjøvik fra studieåret 2025/2026 ble gjort av dekan ved MH-fakultetet (19.09.24) og rektor ved NTNU den 30.09.24. Begrunnelsen var at NTNU ikke ønsket å utdanne flere kandidater ved ergoterapeututdanningene enn måltallet på 57. Ved nedleggelsen hadde de beregnet en lønnsreduksjon på seks færre årsverk. Hittil (mai 2026) har ikke NTNU spart noe på nedleggelsen. Nedleggingen og inntaksstopp av studenter i ergoterapi fra 2024, har derimot ført til en inntektsreduksjon ved IHG fordi studiepoengproduksjon har gått ned ved å utdanne færre studenter. Før vedtaket om nedlegging hadde vi ved utdanningen forslag og planer om hvordan vi kunne øke inntjeningen ved å utvide studietilbudet gjennom fleksible, nettbaserte studieplasser, men dette nådde ikke fram. Det siste kullet ble tatt opp i 2023 og uteksaminert våren 2026.

Fire ansatte ved utdanningen mister sine jobber ved NTNU fra 1. august 2026, og de har måttet inngå individuelle sluttavtaler for å unngå å bli oppsagt. To ansatte over 62 år fortsetter som universitetslektorer ved IHG, men arbeidsoppgavene er uavklarte nå når ergoterapeututdanningen er lagt ned. Forventet innsparing på lønnsbudsjettet blir dermed betydelig lavere enn beregningene på seks færre stillinger som lå ved i saksframlegget angående dekanens innstilling til endring av studieporteføljen (Styresak 29/24, MH-Fakultetsstyret 19.09.2024).

ERFARINGER AV BETYDNING FOR FRAMTIDENS ERGOTERAPEUTUTDANNING

Når ergoterapeututdanningen på Gjøvik nå er avviklet, er det nærliggende å spørre hvilke

Teamet ved Ergoterapeututdanningen på Gjøvik (2021): Linda Stigen, Guri Einbu, Eli Lysen, Merethe Seberg (bak) og Elin Andresen Lerstad, Anne Myhre Sølvsberg og Marte Ørud Lindstad (foran).

konsekvenser dette kan gi. Innlandet står overfor betydelige demografiske utfordringer, der ergoterapeuters fagkompetanse er sentral for å møte samfunnets behov. Eldre skal bo lengst mulig hjemme, kommunene og spesialisthelsetjenesten skal tilby rehabilitering og habilitering, helsefremming og folkehelse må vektlegges, og frafall fra utdanning og yrkesliv må forebygges. Utdanningsnivået i befolkningen er relativt lavt, og bosettingen spredt. Dette medfører at det er viktig å tilby utdanning i regionen. Kommunene har et stort behov for å rekruttere ergoterapeuter med god kompetanse for å sikre innbyggerne bærekraftige helsetjenester. En utdanning med lokal forankring har bidratt til rekruttering av ergoterapeuter i Innlandet og dermed til tjenestetilbudet for befolkningen.

Erfaringene fra ergoterapeututdanningen på Gjøvik viser både muligheter og begrensninger ved utvikling av en lokal profesjonsutdanning. En tydelig faglig profil ut fra samfunnets definerte behov bidro til både lokal og nasjonal faglig utvikling. Det lokale utviklingsarbeidet som skjedde i Innlandet, den tydelige faglige profilen og det relasjonelle arbeidet skapte engasjement, identitet og relevant kompetanse hos studentene. Samtidig stilte nasjonale rammer og fusjoner krav til standardisering og likhet som kunne begrense handlingsrommet for lokale initiativ.

Erfaringene fra Gjøvik synliggjør betydningen av en tydelig forankring i ergoterapifagets kjernekompetanse, av å legge til rette for dybdelæring og av å utdanne handlingskraftige ergoterapeuter. Kompetanseutvikling må samtidig forstås som en helhetlig prosess som omfatter studenter, ansatte og praksisfeltet. I møte med et komplekst kommunalt tjenestelandskap framstår disse erfaringene som sentrale for videreutviklingen av ergoterapeututdanning i Norge.

Denne artikkelen er ment som et bidrag til ergoterapifagets kollektive hukommelse – ikke for å romantisere fortiden, men for å synliggjøre hva som ble gjort, lært og erfart i et lokalt fagmiljø over tid. I en sektor preget av omstilling og standardisering er det viktig å bevare rom for faglig refleksjon og kritisk ettertanke. Vi håper at historien om ergoterapeututdanningen på Gjøvik kan minne oss om at profesjonsutdanning ikke bare handler om strukturer og studieplaner, men også om mennesker, relasjoner og verdier. Selv om utdanningen som institusjon er avviklet, håper vi at kompetansen lever videre gjennom tidligere studenter og ansatte i praksisfeltet, videreutdanning, forskning og i fagutvikling.

Tusen takk for oss!
Guri, Anne, Linda, Marte, Merethe og Eli

Referanser

1. Lillemoen M. Arena Ny Omsorg. Oppland Arbeiderblad. 2012 13 January.
2. Utdannings og forskningsdepartementet. Forskrift til rammeplan for ergoterapeututdanning 2005 [Available from: https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2005-12-01-1374.
3. Ergoterapeutforbund N. Kompetanser i ergoterapi. Oslo: Norsk Ergoterapeutforbund; 2011.
4. 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/.
5. 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/.
6. Thyness EM. Ny ergoterapeututdanning på Gjøvik. Ergoterapeuten. 2013:4–8.
7. 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.
8. Taylor RR, Kielhofner G. Kielhofner's model of human occupation: theory and application. Fifth edition ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2017.
9. Law M, Cooper B, Strong S, Stewart D, Rigby P, Letts L. The Person-Environment-Occupation Model: A Transactive Approach to Occupational Performance. Canadian Journal of Occupational Therapy. 1996;63(1):9–23.
10. Townsend EA, Polatajko HJ, Canadian Association of Occupational t. Enabling occupation II: advancing an occupational therapy vision for health, well-being, & justice through occupation. Ottawa: Canadian Association of Occupational Therapists; 2007.
11. Iwama MK. The Kawa model: culturally relevant occupational therapy. Edinburgh: Churchill Livingstone Elsevier; 2006.
12. Pettersen RC. PBL for studenten: en introduksjon til PBL for studenter og lærere. 2. utg. ed. Oslo: Universitetsforl.; 2005.
13. Raaheim A. Råd og tips til deg som underviser. Oslo: Gyldendal akademisk; 2013.
14. NTNU. Teambasert læring 2026 [Available from: https://i.ntnu.no/wiki/-/wiki/Norsk/Teambasert+l%C3%A6ring.
15. Ødegården T, Struksnes S, Hofmann B. Pasientsimulering i helsefag: en praktisk innføring. 2. utgave ed. Oslo: Gyldendal; 2025.
16. Stigen L, Andresen EL, Sølvsberg AM, Lindstad MØ, Einbu G, Lysen E. Simulering fagområdet ergoterapi. In: Struksnes S, Hofmann B, Ødegården T, editors. Pasientsimulering i helsefag : en praktisk innføring. 2 ed. Oslo: Gyldendal akademisk; 2025.
17. Kunnskapsdepartementet. Forskrift om felles rammeplan for helse- og sosialfagutdanninger 2025 [Available from: https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2025-07-04-1478.
18. Kunnskapsdepartementet. Forskrift om nasjonal retningslinje for ergoterapeututdanning 2025 [Available from: https://www.lovnorge.no/dokument/SF/forskrift/2025-07-04-1484.
19. Direktoratet for høyere utdanning og kompetanse. Om RETHOS 2025 [updated 13. august 2025. Available from: https://hkdir.no/hoyere-utdanning-og-forskning/nasjonale-retningslinjer-for-helse-og-sosialfagutdanningene-rethos/om-rethos.
20. Raaheim A. Eksamensrevolusjonen: råd og tips om eksamen og alternative vurderingsformer. Oslo: Gyldendal akademisk; 2016.
21. Kaae Kristensen H, Schou ASB, Mærsk JL. Nordisk aktivitetsvidenskab. 2 ed. København: Munksgaard; 2022.
22. Fisher AG, Marterella A. Powerful practice: a model for authentic occupational therapy. Fort Collins, Colorado: CIOTS; 2019.
23. Stigen L, Arntzen C, Horghagen S, Sveen U, Gramstad A, Bonsaksen T. Kjennetegn, styrker og utfordringer ved norske kommuneergoterapeuters praksis. Ergoterapeuten. 2021;64(2):28–37.
24. Stigen L, Bjørk E, Lund A. The conflicted practice: Municipal occupational therapists' experiences with assessment of clients with cognitive impairments. Scandinavian Journal of Occupational Therapy. 2018:261–72.
25. 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. Scandinavian Journal of Occupational Therapy. 2023;30(1):21–33.
26. Lindstad MØ, Obstfelder AU, Sveen U, Stigen L. Effectiveness of the PRPP Intervention after brain injury in home-based rehabilitation: Single-case experimental designs with multiple baselines. Scandinavian Journal of Occupational Therapy. 2025;32(1):2444591.
27. Lindstad MØ, Obstfelder AU, Sveen U, Stigen L. Evaluating the PRPP Intervention for individuals with brain injury at local inpatient rehabilitation facilities: multiple baseline designs. Neuropsychological Rehabilitation. 2025:1–28.
28. Stigen L, Bjørk E, Lund A, Småstuen M. Assessment of clients with cognitive impairments: A survey of Norwegian occupational therapists in municipal practice. Scandinavian Journal of Occupational Therapy. 2018;25(2):88–98.
29. Sølvsberg A, Lund A. «Det var en jo en voldsom åpenbaring» – En studie av nettbrettbruk i hverdagslivet til Omsorg+-beboere. Ergoterapeuten. 2021;64(2):38–47.
30. Mørk G, Gramstad A, Johnson SG, Stigen L, Carstensen T, Bonsaksen T. Ergoterapeutstudenters læringsprosesser og læringsmiljø: Resultater fra en landsomfattende studie og implikasjoner for praksis. Ergoterapeuten. 2025;68(6).
31. Dolva A-S, Johansen AS, Lindstad MØ, Martinsen FR, Steinseth EB, Wangensteen S. Studenters erfaringer med tverrprofesjonell samarbeidslæring: Fra «prøvekanin» til pioner. Tidsskrift for omsorgsforskning. 2017;3(3):216–26.
32. Meld. St. 19 (2023–2024). Profesjonsnære utdanningar over heile landet [Stortingsmelding]. Oslo: Kunnskapsdepartementet 2024 [Available from: https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-19-20232024/id3032273/.
33. Javorovic BE. Portrett av et nedlagt fagmiljø. Universitetsavisa. 2024.

Research on Community-based Occupational Therapy in the Nordic Countries: A Scoping Review

Av Linda Stigen, Unni Sveen, Karen Marie Øvern, Grete Overvåg, Tore Bonsaksen, Sissel Horghagen, Cathrine Arntzen, Ruca Maas & Astrid Gramstad

Linda Stigen, Department of Rehabilitation Science and Health Technology, Oslo Metropolitan University, Oslo, Norway. E-mail: listi4157@oslomet.no.

Unni Sveen, Department of Occupational Therapy, Prosthetics and Orthotics, Oslo Metropolitan University, Oslo, Norway & Department of Physical Medicine and Rehabilitation, Oslo University Hospital, Oslo, Norway.

Karen Marie Øvern, Section for Teaching and Learning Support, University Library, Norwegian University of Science and Technology, Gjøvik.

Grete Overvåg, University Library, UiT The Arctic University of Norway, Tromsø, Norway.

Tore Bonsaksen, Department of Health and Nursing Sciences, University of Inland Norway, Elverum, Norway & Department of Health, VID Specialized University, Stavanger, Norway.

Sissel Horghagen, Department of Neuromedicine and Movement Science, Faculty of Medicine and Health Sciences, Norwegian University of Science and Technology, Trondheim, Norway.

Cathrine Arntzen, Department of Health and Care Sciences, UiT The Arctic University of Norway, Tromsø, Norway.

Ruca Maas, Department of Neuromedicine and Movement Science, Faculty of Medicine and Health Sciences, Norwegian University of Science and Technology, Trondheim, Norway.

Astrid Gramstad, Centre for care research, north, Department of Health and Care Sciences, UiT The Arctic University of Norway, Tromsø, Norway.

Abstract

Background: Although a substantial part of occupational therapists in the Nordic countries work in primary health services, no structured overview of the research on occupational therapy in this context exists.

Aim: The aim of this scoping review was to provide an overview of existing research and identify gaps in research on occupational therapy services in primary health services in the Nordic countries.

Material and Methods: The scoping review was conducted in accordance with Arksey and O'Malley's framework. A systematic search generated 138 studies that were included in the analysis.

Results: Most studies were published between 2020 and 2025, were descriptive in nature and originated from Sweden, Norway and Denmark. A thematic analysis of a subgroup of articles researching causal relationships developed five main categories that can be summarized as: improved ADL, participation, well-being, economic sustainability, and role reintegration.

Conclusions and significance: This scoping review shows a growing body of research on occupational therapy in Nordic primary health services, particularly describing roles, practices, and organisational contexts. However, evidence on intervention effectiveness remains limited, indicating a field still maturing. With an increasing proportion of older adults and growing demands on primary health services, more rigorous research evaluating the effectiveness and outcomes of occupational therapy interventions is needed to strengthen the evidence base and inform future practice and policy.

Key words: Nordics, occupational therapy, primary health services, rehabilitation, review.

Introduction

In the Nordic countries, strong welfare systems, universal access to healthcare, and long-standing investments in public health have contributed to improved life expectancy (1-3). As more people live into older age, the prevalence of chronic and complex health conditions also increases (4). At the same time, healthcare policies have shifted more care from hospitals to primary health services, while shorter hospital stays result in people being discharged earlier and may require continued care and rehabilitation in the community (3). These changes have increased demands on primary health services, particularly services supporting older adults with complex and long-term needs. To meet these demands with limited resources, primary health services need evidence-based interventions that help people maintain or improve functioning and independence while supporting sustainable primary health services. Policy strategies increasingly promote a shift from care in hospitals to care in community settings, with an expectation that primary health services will manage more complex needs using limited resources.

Primary health services are the first point of contact within the healthcare system and play an increasingly important role in health promotion, prevention and rehabilitation across the lifespan (5, 6). In the Nordic countries, services such as preventive home visits, reablement, and early supported discharge have been developed to support individuals, particularly older adults, in maintaining independence and living at home for as long as possible (1, 3). Occupational therapists (OTs) are key contributors within these services, working as part of interdisciplinary teams to support participation in everyday activities and functional independence. However, the organisation and delivery of rehabilitation services vary considerably across countries, regions, and municipalities, resulting in diverse models of occupational therapy (OT) practice within primary health services (2).

OT is well aligned with policy emphasizing participation, independence, and efficient use of health services resources (7, 8). Within primary health services, OTs fulfil diverse and often generalist roles, providing predominantly individualized interventions for adults and older adults across a wide range of diagnoses and functional challenges (9-16). Despite their broad scope of practice and expertise in assessing and supporting everyday functioning (17), research suggests that their competencies remain underutilized. Furthermore, many interventions applied in primary health services have been adapted from other healthcare settings rather than developed and evaluated specifically for this context (18-20). As a result, the evidence base supporting OT practice in primary health services remains limited and fragmented, restricting opportunities for evidence-informed service development, planning and resource allocation.

Although a substantial portion of OTs work in primary health service settings in the Nordic countries, little is known about the characteristics, scope, and focus of research within this field. Moreover, rehabilitation services are organised differently across countries, regions, and municipalities, resulting in variation in how OT services are delivered (21). To advance practice, support the development of evidence-informed services, and formulate robust research strategies for OT in primary health services in the forthcoming years, there is a need to systematically map existing knowledge and identify neglected areas of research. Such knowledge is important for adapting OT services to ongoing demographic changes in the Nordic countries. An ageing population, combined with a proportionally smaller working-age population, is expected to increase demands on health and rehabilitation services in the coming years (3). The objective of this scoping review was, therefore, to provide an overview of existing literature and identify gaps in research on OT services in primary health services in the Nordic countries. By synthesizing current knowledge and identifying gaps, this review aims to support the development of a future research agenda focused on documenting the effectiveness of OT interventions in primary health services. Ultimately, such knowledge is essential for ensuring the relevance and contribution of OT interventions to high-quality health services and informed decision-making in the future.

Methods

To answer the main aim, a scoping review following Arksey and O'Malley's five-stage framework for scoping reviews was conducted. The scoping review was carried out iteratively over time, with ongoing refinement of research questions, inclusion criteria, and analytical categories as the field and the authors' understanding of the literature developed (22).

STAGE 1: IDENTIFYING THE RESEARCH QUESTION

The specific research questions guiding this study were to describe:

a) What are the aims and objectives of existing research?
b) Which study designs and methods are used?
c) Which study populations and challenges are addressed?
d) Which occupational therapy interventions are examined and for which populations?

During further analysis, we included additional research questions regarding the content, aims and applied methods of studies examining causal relationships.

STAGE 2: IDENTIFYING RELEVANT STUDIES

The literature search was planned by two university librarians and three occupational therapy researchers and conducted by the two university librarians. The search strategy was planned using concept maps, which were discussed between the five authors involved in the literature search. Given the broad scope of this review, the search was divided into two parts. One part was focused on the professional role in services to be given to users in the municipality, and the other part was focused on the more administrative part of the role, such as decision making, collaboration efforts, or workflow. We developed a concept map for each of the two sections to guide the search and ensure consistency across the eight databases searched (AMED, CINAHL, Embase, Ovid, MEDLINE, PsycInfo, Scopus and SveMed+). The concept maps were designed to capture the broad scope of the subject matter. Because the databases used different terminology for several concepts, we combined keywords and subject headings to capture relevant studies. For example, terms such as «municipality», «municipal», and «local government», and «community health services», «community care» and «home care» were used to capture variations in terminology. The full concept maps are available upon reasonable request to the corresponding author.

The review was limited to studies conducted in the Nordic countries (Denmark, Finland, Iceland, Norway, and Sweden) due to similarities in healthcare and welfare systems, and the predominantly publicly funded health services (3). Furthermore, the review was restricted to studies published from 2009 onwards to capture research relevant to contemporary primary health services in the Nordic countries, reflecting the substantial development and reorganisation of municipal health and rehabilitation services over recent decades (23). Additionally, Finnish- and Icelandic-language publications were excluded due to the language competencies of the research team. While machine translation tools may support the inclusion of additional languages, verification of translated content was beyond the resources available for this review and was considered necessary to ensure the accuracy of screening, data extraction, and interpretation. The search documentation is available upon reasonable request to the corresponding author.

In 2023, significant changes were made to the national licenses to databases from Helsebiblioteket (the National Health Library), resulting in challenges with access for the universities. Due to these changes, several of the databases used in the first search rounds were no longer accessible. The updated searches from 2023 were therefore performed in PubMed instead of Ovid MEDLINE and in Embase via Ebsco instead of Ovid Embase. PsycInfo was no longer available, and SweMed+ has not been updated since 2019 and will be terminated. The search was therefore not updated in these databases. To somewhat compensate for the loss, an additional search was performed in Web of Science using the search strings presented in the search documentation.

The literature search was conducted in five rounds between December 2019 and December 2025. An initial pilot search was performed in December 2019 to assess the sensitivity and relevance of the search strategy. Based on this, the strategy and inclusion criteria were refined before subsequent searches in February 2020, March 2021, September/October 2023, and December 2025.

RESULTS FROM THE DATABASE SEARCHES

The total number of studies found through database searching was 1750. Figure 1 shows a flow diagram for the initial search results and the way through exclusion until the final number included in this study.

STAGE 3: STUDY SELECTION

For study selection, three authors used Rayyan (QCRI) tool for screening (23). We used the blinding function for the first round of screening, before the blinding was removed (24). Disagreements between reviewers were minimal (< 5 percent), indicating that the inclusion criteria were well defined and consistently applied. This selection procedure was

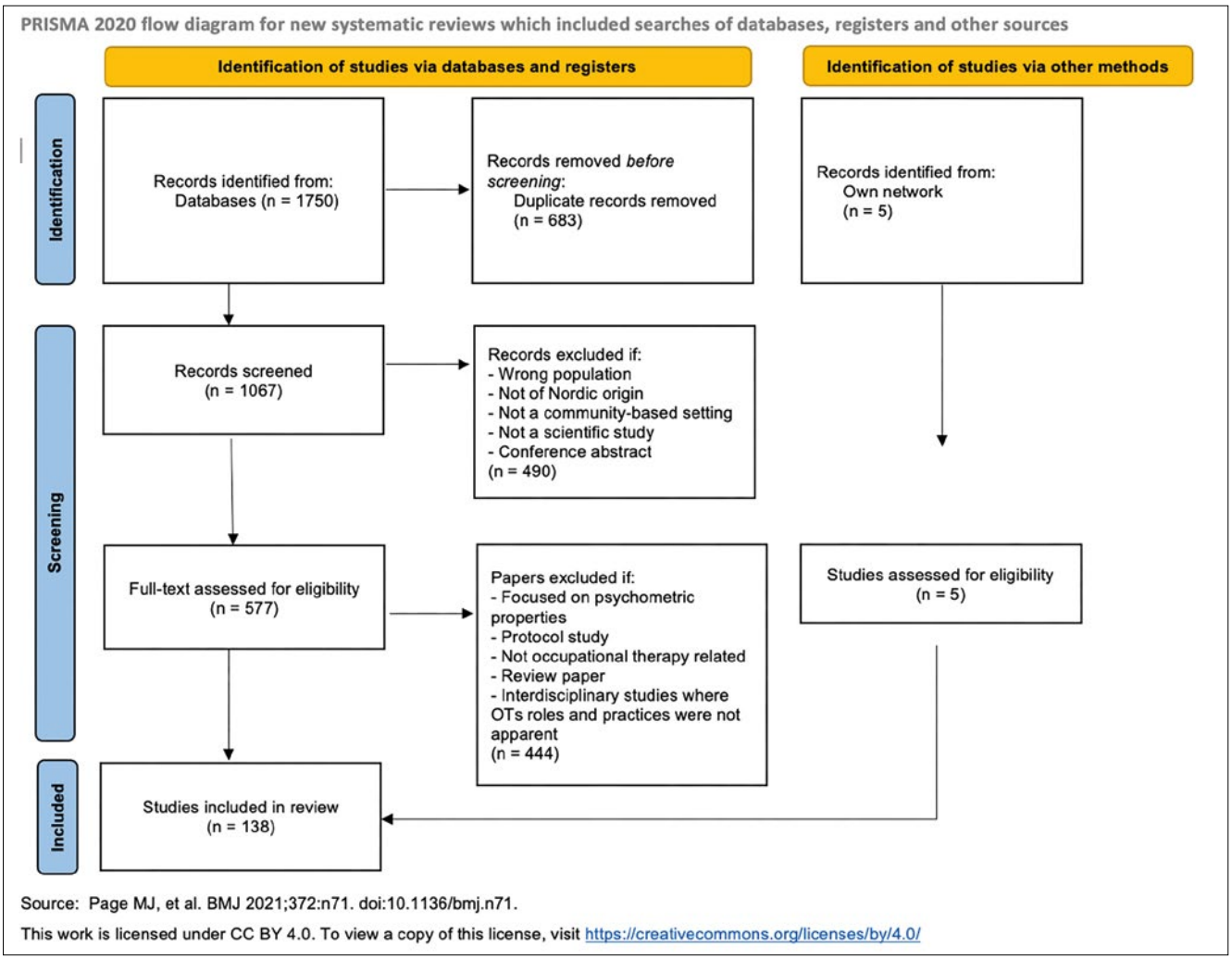


Figure 1: PRISMA 2020 flow diagram for new systematic reviews which included searches of databases, registers and other sources.

repeated following each of the five rounds of literature searching.

The criteria for inclusion were as follows:

- The article described a study performed in the Nordic countries.
- The article concerned municipal occupational therapists and their practices.
- The article was written in English, Swedish, Danish or Norwegian.

Exclusion criteria were:

- The article focused primarily on the reliability, validity, or responsiveness of an assessment tool rather than its use in clinical practice.
- The article was not occupational therapy related.
- The article was a review paper.
- Articles describing interdisciplinary studies where OTs' roles and practices were not apparent.
- Articles where occupational therapists were not involved in the study.

STAGE 4: CHARTING THE DATA

According to Arksey and O'Malley (22), charting the data involves sifting and sorting information from the included studies, something similar to the data extraction method used in systematic reviews. The purpose of this study was to get an overview of the research on occupational therapists practice in the Nordic countries. The data charting was therefore focused on the following elements:

a) authors
b) year of publication
c) publishing journals
d) study location (country)
e) aims of study
f) research design
g) study population and challenges

STAGE 5: COLLATING, SUMMARIZING, AND REPORTING THE RESULTS

Due to the wide range of subjects covered by the

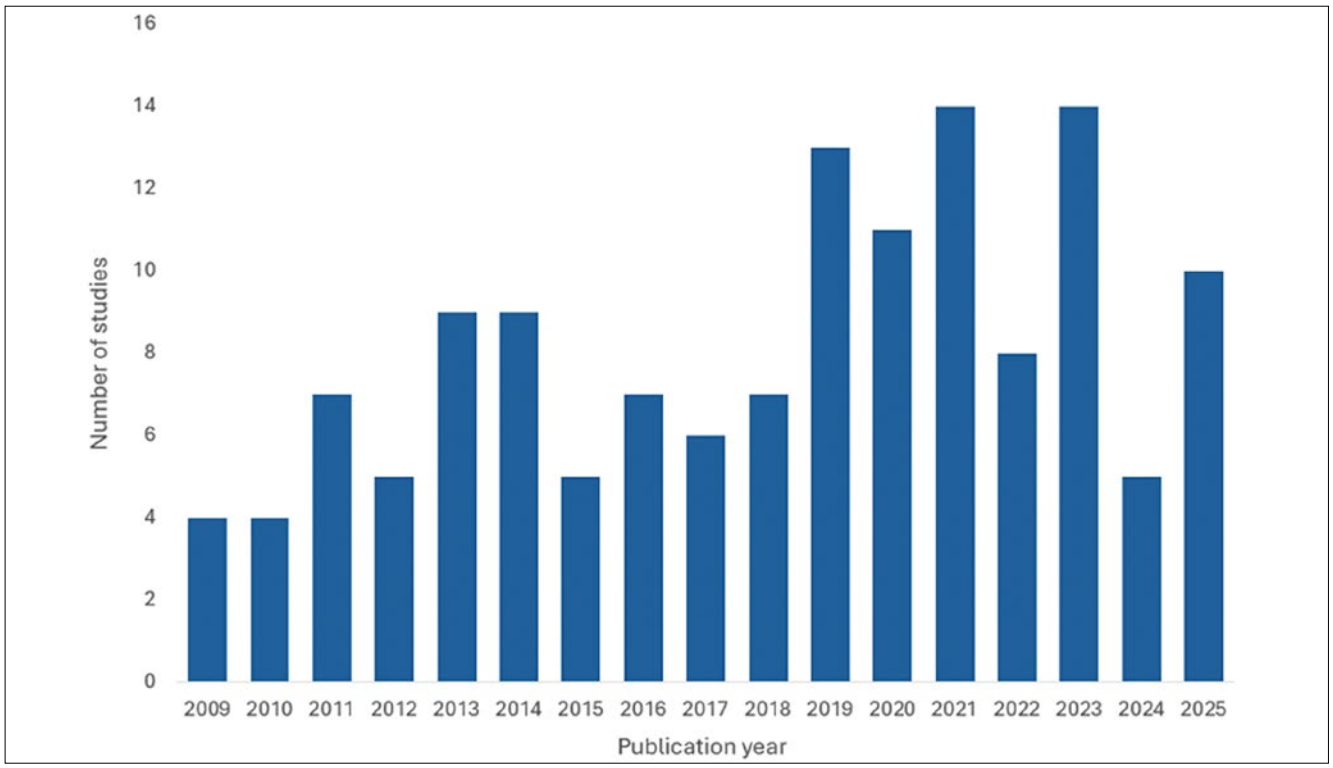


Figure 2. Year of publication of included studies (N= 138).

included studies, the studies were initially grouped into categories based on year of publication, publishing journals, countries of origin, research design, and study population. Then we conducted a numerical analysis of the studies within each category. The categories and classification are presented in Tables 1-6. Thereafter, as one of the research questions was what are the aims and objectives of existing research, the included studies were classified according to the three levels of research questions described by DePoy (25). Level 1 questions seek to describe phenomena, level 2 questions explore relationships among phenomena, and level 3 questions test knowledge by examining cause-and-effect relationships between variables. The first step was to conduct a numerical analysis of the distribution of studies across the three levels. Subsequently, a simplified thematic analysis of the studies classified as level 3 was conducted. These studies were selected because they examined interventions and their effects on outcomes, allowing us to identify broad themes in occupational therapy intervention research and areas where further research is needed.

Results

A total of 138 papers were included in the review (highlighted in bold in the reference list), and the full table is available upon reasonable request to the first author. The annual number of publications ranged from 4 to 14 during the study period (2009-2025) (Figure 2). Between 2009 and 2018, the number of publications varied between 4 and 9 per year. Higher publication numbers were observed from 2019 onwards, with peaks in 2021 and 2023 (n = 14 for each of the years) and 2019 (n = 13). The number of publications was 5 in 2024 and 10 in 2025. Overall, the temporal distribution suggests that research on occupational therapy in primary health services has increased considerably over the past decade.

PUBLISHING JOURNALS OF THE INCLUDED STUDIES

The included studies were published across 48 different journals, demonstrating that research on occupational therapy in primary health services is disseminated across a range of publication outlets. Of these, 11 journals were occupational therapy specific (22.9 percent), while 37 were interdisciplinary (77.1 percent) journals. Despite this broad range of journals, publication was highly concentrated in a small number of journals. The Scandinavian Journal of Occupational Therapy accounted for 56 articles (40.6 percent), making it the dominant journal. Together with the Norwegian-based journal Ergoterapeuten, which contributed 13 articles (9.4 percent), these two occupational therapy specific

Nordic journals accounted for 69 (50 percent) of all included studies. The remaining studies were dispersed across a wide range of journals covering public health, geriatrics, psychiatry, rehabilitation, primary health services, sociology, and palliative care, typically with only one or two publications per journal (table 1, see next page).

COUNTRIES OF ORIGIN OF THE INCLUDED STUDIES

The included studies originated predominantly from Sweden (n = 57, 41.3 percent) followed by Norway (n = 47, 34.1 percent) and Denmark (n = 31, 22.5 percent). Together, these three countries accounted for over 97.9 percent of the included literature, while Finland and Iceland contributed three studies in total. Adjusted for population size, Norway had the highest number of studies per million inhabitants (8.4), followed by Sweden (5.4), Denmark (5.2), Iceland (2.6), and Finland (0.4). The distribution of studies, population size, and population-adjusted research output is presented in Table 2.

Country	N (%)	Population (million)	Studies per million inhabitants per country
Sweden	57 (41.3)	10.59	5.38
Norway	47 (34.1)	5.59	8.40
Denmark	31 (22.5)	5.99	5.17
Finland	2 (1.4)	5.64	0.35
Iceland	1 (0.7)	0.39	2.57
Total	**138**		

Table 2. Countries of origin of included studies (N = 138).

LEVEL OF RESEARCH OF INCLUDED STUDIES

The majority of the included studies were classified as descriptive research (n = 101, 73.2 percent) corresponding to Level 1 according to DePoy's (25) categorisation of research questions. These studies primarily aimed to explore, describe, identify, or understand occupational therapy practice, professional roles, experiences, and organisational contexts in municipal health services. The research questions were most often formulated as broad exploratory aims rather than explicit research questions or hypotheses. Typical formulations included aims to explore experiences, describe practices, identify challenges, or illuminate professional reasoning, indicating a strong emphasis on making occupational therapy practice visible within complex and evolving primary health service systems (11-13, 26-73).

In addition to descriptive studies, a number of the included literature were classified as relational questions (n = 14, 10.1 percent), level 2 research according to DePoy (25). These studies moved beyond descriptive aims by exploring associations and differences between factors related to service delivery, job satisfaction, participation, assessment outcomes, and functioning. The research questions were commonly formulated in comparative or relational terms, focusing on differences and associations related to specific outcomes (74-88). While these studies did not seek to establish causality or prediction, they represented an important analytical step toward understanding how occupational therapy practice, organisational conditions, and client outcomes are interrelated in primary health services.

Further, a substantial number of the included studies were classified as level 3 questions, aiming to test causal relationships (n = 23, 16.7 percent). In line with DePoy's classification of research questions, we categorized intervention and effect studies as such questions, as they aim to examine whether interventions or changes in an independent variable contribute to changes in outcomes (25). The included studies explicitly aimed to evaluate the effects of occupational therapy interventions, often through comparisons with usual care or alternative service models, and with clearly defined outcome measures such as activities of daily living, participation, quality of life, recovery, or health-related functioning. Several studies also incorporated feasibility testing, program theory evaluation, or economic analyses to inform future large-scale implementation (89-112). Collectively, these studies represent the most direct evidence regarding the effectiveness of occupational therapy interventions in primary health services, yet their limited number highlights a persistent gap in intervention research within primary health services. See figure 3, page 35, for distribution of research questions.

RESEARCH DESIGN OF INCLUDED STUDIES

The 138 included studies showed methodological diversity. Qualitative designs were most common (n = 66, 47.8 percent), primarily based on individual interviews and focus group interviews exploring experiences, professional reasoning, and implementation of occupational therapy interventions. Quantitative studies (n = 61, 44.2 percent) were dominated by survey-based and cross-sectional designs, while a smaller proportion evaluated interventions using

	Journal	N	%
1.	Scandinavian Journal of Occupational Therapy	56	40.6
2.	Ergoterapeuten (Norwegian)	13	9.4
3.	Disability and Rehabilitation	5	3.6
4.	BMC Health Services Research	5	3.6
5.	BMJ Open	4	2.9
6.	Occupational Therapy International	3	2.2
7.	Work	3	2.2
8.	BMC Geriatrics	2	1.4
9.	BMC Public Health	2	1.4
10.	British Journal of Occupational Therapy	2	1.4
11.	Scandinavian Journal of caring sciences	2	1.4
12.	American Journal of Occupational Therapy	2	1.4
13.	Disability and rehabilitation: assistive technology	2	1.4
14.	Pilot and feasibility studies	2	1.4
15.	Occupational Therapy in Health Care	2	1.4
16.	Australian Occupational Therapy Journal	1	0.7
17.	BMC Psychiatry	1	0.7
18.	Clinical Interventions in Aging	1	0.7
19.	Clinical Rehabilitation	1	0.7
20.	Dementia	1	0.7
21.	Ergoterapeuten (Danish)	1	0.7
22.	European Journal of Cancer Care	1	0.7
23.	Facilities	1	0.7
24.	Family Medicine & Primary care review	1	0.7
25.	Frontiers in Rehabilitation Sciences	1	0.7
26.	Health & social care in the community	1	0.7
27.	Health expectations	1	0.7
28.	Health Services Insights	1	0.7
29.	International Journal of Environmental Research and public health	1	0.7
30.	International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease	1	0.7
31.	International Journal of Therapy & Rehabilitation	1	0.7
32.	Irish Journal of Occupational Therapy	1	0.7
33.	Journal of Clinical Medicine	1	0.7
34.	Journal of Occupational Therapy Education	1	0.7
35.	Journal of Palliative Medicine	1	0.7
36.	Journal of Public Health: From Theory to Practice	1	0.7
37.	Neuropsychological Rehabilitation	1	0.7
38.	Nordic Journal of Psychiatry	1	0.7
39.	Nordisk sygeplejeforskning	1	0.7
40.	Nursing Research	1	0.7
41.	Open Journal of Occupational Therapy	1	0.7
42.	Palliative medicine	1	0.7
43.	Physical & Occupational Therapy in Paediatrics	1	0.7
44.	Qualitative Health Research	1	0.7
45.	Scandinavian Journal of Pain	1	0.7
46.	Sociology of Health & Illness	1	0.7
47.	Tidsskrift for omsorgsforskning	1	0.7
48.	Topics in Stroke Rehabilitation	1	0.7
	Total	**138**	

Table 1. Publishing journals of included studies (N = 138).

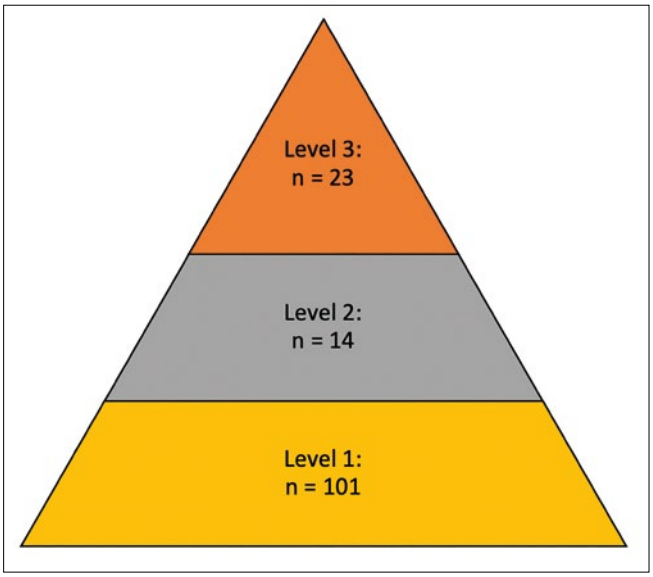


Figure 3. Levels of research questions according to DePoy & Gitlin (25).

randomized controlled trials, quasi- and experimental designs, and pre-post intervention studies. Only a limited number of studies employed single-case experimental designs or combined effectiveness evaluation with economic analysis. Mixed-methods studies (n = 3), case studies (n = 7), and participatory or developmental designs (n = 3) were relatively uncommon. See table 3 for details.

PRIMARY TARGET GROUP OF THE INCLUDED STUDIES

The included studies recruited a variety of participants, spanning both professional health personnel and clients or service users. Professional participants were predominantly occupational therapists (n = 64), often in combination with physiotherapists, nurses, or other healthcare personnel (n = 17). Client participants in the included studies ranged across the lifespan. Most studies involved adults (n = 47), including people with neurological, psychiatric, or chronic health conditions, and individuals in need of housing adaptations or rehabilitation. Older adults (n = 21) were often community-dwelling, receiving reablement, or living in nursing homes. Only a small number of studies included children or parents of children receiving occupational therapy (n = 2). This distribution highlights the strong focus on adult and older adult populations in occupational therapy research.

Mixed samples, combining professionals and clients, were also observed. These studies addressed topics related to both service provision and client outcomes. See table 4 for details.

Research design	**N (%)**
Qualitative	**66 (47.8)**
Individual interviews	34
Focus group interviews	24
Observation	6
Diaries/field notes	2
Delphi study	2
Other	6
Quantitative	**61 (44.2)**
Survey	32
Randomized controlled trial	11
Pre/post intervention studies	7
Quasi experimental design	5
Single case experimental design	4
Pilot intervention	2
Case studies	**5 (3.6)**
Mixed methods	**3 (2.2)**
Participatory or developmental designs	**3 (2.2)**
Total	**138**

Table 3. Research design of included studies (N = 138).

Target group	**N**
Older adults	21
Adults	47
Children/youth	2
OT or interdisciplinary general practice	72
Total (some studies targeted more than one population so total adds up to more than the number of studies)	**142**
Diagnosis/topics	
Stroke/ ABI	17
Mental health	10
Chronic conditions	7
Dementia	4
Cancer	4
Obesity	3
Fractures	2
People in need of home modification	2
Other (MS, COPD, ADHD, stress, arthritis, heart failure, CFS, CP, immigrants, beggars)	11

Table 4. Primary target group of the included studies (N =138).

ID	Author & Year	Intervention	Target Group	Study Design	
1.	Arvidsson et al., 2023	Let's Get Organized (LGO-S)	Adults with mild ID	Pre-post study	
2.	Bertilsson et al., 2014	Client-Centred ADL (CADL)	Persons with stroke	Cluster RCT*	
3.	Brandt et al., 2016	Rehab Assistive Technology Services (ATS)	Older adults (60 +) in need of AD	Pre-post study	
4.	Eklund et al., 2023	Balancing Everyday Life (BEL)	Adults with severe mental illness	Cluster RCT*	
5.	Hagelskjær et al., 2023	A Better everyday LifE (ABLE) 2.0	Adults with chronic conditions	RCT*	
6.	Holmefur et al., 2019	Let's Get Organized (LGO-S)	Adults with mental or neuro-developm. disorder	Pre-post study	
7.	Johansson et al., 2021	Home Rehabilitation Program	Older adults (80+)	Non-randomized pre-post study	
8.	Kolind et al., 2023	Daily Life Coping (DLC)	Adults on sick leave (stress)	Pre-post study	
9.	Lindstad et al., 2023	PRPP System of Intervention	Adults with ABI	SCED**	
10.	Lindstad et al., 2025	PRPP System of Intervention	Adults with ABI	SCED**	
11.	Lindstad et al., 2025	PRPP System of Intervention	Adults with ABI	SCED**	
12.	Malmgren Fänge et al., 2019	Standardized Housing Adaptions (HA) protocol	Adults in need of HA	Cluster before-after design	
13.	Mortensen et al., 2016	Transcranial direct current stimulation (tDCS) + OT	Adults post intracerebral hemorrhage	RCT*	
14.	Nielsen et al., 2021	A Better everyday LifE (ABLE) 1.0	Adults with chronic conditions	Nonrandomized feasibility study	
15.	Nielsen et al., 2019	Intensive Client-Centred OT	Older adults (60+)	RCT*	
16.	Petersson et al., 2009	Home Modifications	Adults aging with disability	Longitudinal, quasi-experimental	
17.	Pilegaard et al., 2018	Cancer Home-Life Intervention	Adults with advanced cancer	RCT*	
18.	Stein et al., 2013	Multidisciplinary Rehab (MDR)	Adults with chronic pain	Prospective cohort	
19.	Taule et al., 2015	Early Supported Discharge (ESD)	People with stroke	RCT*	
20.	Tistad et al., 2018	Client-centred ADL (CADL) vs usual ADL (UADL)	People with stroke	Secondary analysis of RCT*	
21.	Winkel et al., 2015	Home-based Reablement	Older adults (80+)	Pilot study	
22.	Zingmark et al., 2011	OT for Bathing Disability	Older adults (65+)	Quasi-experimental control group design	
23.	Østergaard et al., 2025	Cancer Home-Life Intervention	People after cancer	RCT* with economic evaluation	

Table 5. Data charting level 3 studies.
**Randomized controlled trial, **Single case experimental design.*

	Duration	Main Results	Implications for Practice
	10 weeks, group sessions	Improvement in time management, emotion	Applicable and promising for people with mild ID
	10 weeks, individualized	No difference short term CADL	Recommended exploring longer follow-up
	Follow up after 142 (mean) days	86 % solved activity problem	Rehab ATS may be effective
	16 weeks, 14 sessions	Improved engagement and recovery	BEL enriches day center services
	8 weeks, structured	Long-term ADL improvement	Long-term perspective important in evaluating OT
	10 weeks, group sessions	Improved time management, organization & regulation	Useful for improving time management skills
	1–12 weeks, intensive	Improved function & self-rated health	Higher intensity recommended
	7 weeks, group sessions	Improved well-being & self-efficacy	DLC feasible in municipalities
	3 weeks, 9 sessions	Improved mastery and cognitive strategy use	Promising for cognitive rehab
	3 weeks, 9 sessions	Improved mastery and cognitive strategy use	Useful for community-based services
	3 weeks, 9 sessions	Improved mastery and cognitive strategy use	Useful for community-based services
	Home visit before HA, & after 3, 6, 12 months	Differences found on ADL	HA should be flexible and client-centred
	5 days, home-based training	Grip strength improved with tDCS	tDCS promising home-based intervention
	8 weeks, 2–5 sessions	80% improved ADL ability	Manual refinement before RCT
	11 weeks, up to 22 sessions	Significant COPM improvement	Supports intensive OT at home
	2–6 months follow-up	Reduced ADL difficulty	Install adaptations quickly
	3 weeks, 1–3 visits	No significant effect	Increase intensity in future
	6 weeks, group program	Reduced depression & sick leave	MDR feasible in primary care
	Up to 3 months	No difference, positive trend for mRS	ESD may improve independence
	12 months follow-up	CADL reduced hospital stay & contacts	Cost-neutral implementation
	12 weeks, home-based	Improved ADL ability sustained	Reablement effective for independence
	15 weeks, home visits	Reduced need for home help	OT reduces dependency
	Ind. 6 comp. int., evaluation 3 & 6 months	No difference for either QALYs or ADL	Intervention may be cost-effective

Thematic analysis of level 3 studies

A total of 23 studies aimed to evaluate effectiveness of various occupational therapy interventions in the context of primary health services (see table 5). The thematic analysis explores and describes the specific areas the intervention studies aimed at targeting in terms of client outcomes. Each theme is presented with examples of the intended outcomes in the different studies.

THEME 1: INDEPENDENCE IN ADL AND FUNCTIONAL PERFORMANCE

A central aim across many of the intervention studies was to restore or enhance independence in acti-

vities of daily living (ADL). Studies such as Winkel (90) and Zingmark (105) focused on enabling older adults to regain autonomy in essential tasks like bathing and dressing, reducing reliance on formal care. Similarly, A Better everyday LifE (ABLE) (93, 99) and Intensive Client-Centred OT (ICC-OT) (94) sought to improve motor and process skills through structured, home-based occupational therapy. Several studies aimed to support functional recovery in ADL, for people post-stroke, including client-centred ADL (89, 104), early supported discharge (91), and the Perceive, Recall, Plan and Perform system (PRPP) (96, 111). Even technology-assisted interventions like Mortensen (95) combined transcranial direct current stimulation (tDCS) with OT to enhance upper limb function. Brandt (103) aimed to investigate whether Rehabilitational assistive technology services (Rehab ATS) can improve or retain older people´s functioning in terms of everyday activity and body function. Malmgren Fänge (112) showed that applying a standardized assessment and evaluation protocol in housing adaptations improved functional independence by optimizing the person-environment fit. Further, Johansson (98) highlighted how home rehabilitation tailored to individual factors can support ADL performance and overall functioning. Pilegaard et al. (107) evaluated the Cancer Home-Life Intervention for people with advanced cancer to investigate whether home-based OT is feasible.

THEME 2: PARTICIPATION IN EVERYDAY LIFE

Beyond independence in ADL and functional performance, several intervention studies targeted broader occupation-based outcomes related to participation and engagement in everyday life. With the Balancing Everyday Life (BEL) program, Eklund (102) aimed to enrich occupational engagement and personal recovery for individuals with severe mental illness through structured, group-based strategies. Holmefur and Arvidsson (106, 108) in the Let's Get Organized (LGO) interventions, focused on time management, planning and organizational skills to support participation in daily activities. Similarly, with the Intensive Client-Centred OT (ICC-OT) program, Nielsen and Bertilsson (94, 104), in addition to Nielsen and Hagelskjær with ABLE & ABLE 2.0 (93, 99) addressed participation in everyday occupations through goals related to occupational engagement, valued life roles, and the reduction of occupational gaps. Petersson (113) investigated whether home modifications could reduce barriers to participation by improving usability within the home environment.

THEME 3: PSYCHOSOCIAL WELL-BEING AND COPING

Several studies extended their aims to include emotional and psychological dimensions of recovery. Kolind (97) aimed to describe and evaluate the feasibility of Daily Life Coping (DLC), which explicitly targeted improvements in well-being and self-efficacy to support return-to-work among individuals with stress-related disorders. Further, Stein (92) aimed to investigate whether Multidisciplinary Rehabilitation (MDR) aimed to alleviate depression and anxiety while fostering coping strategies for chronic pain. Holmefur (106) incorporated emotional regulation as part of its cognitive strategy training in the LGO program, while Eklund (102) promoted recovery-oriented outcomes beyond functional gains through the BEL program.

THEME 4: PREVENTION, HEALTH PROMOTION AND ECONOMIC SUSTAINABILITY

Economic sustainability was an implicit or explicit aim in several studies. Tistad (89) examined whether Client-Centred ADL (CADL) could reduce healthcare resource use compared to usual ADL interventions. Similarly, Bertilsson aimed to investigate the effects of CADL on the use of home help services (104). Zingmark (105) aimed to decrease home-help allocation through OT interventions. Winkel (90) considered whether reablement could reduce long-term dependency on municipal services, while Stein (92) through the MDR evaluated reductions in healthcare utilization and sick leave. Østergaard (109) conducted an economic evaluation of the Cancer Home-Life Intervention alongside a randomized controlled trial, assessing whether a structured, occupational therapy-led, home-based intervention for people with cancer was cost-effective compared with usual care (109).

THEME 5: RETURN TO WORK AND SOCIAL ROLES

A smaller subset of studies focused on reintegration into work and community life. Using the DLC, Kolind (97) explicitly aimed to support return-to-work for individuals on sickness benefits, linking improvements in well-being and self-efficacy to employment outcomes at one-year follow-up. Eklund with the BEL (102) and Stein with the MDR (92) also

ID	Author, year & country	Theme 1: Independence in ADL and functional performance	Theme 2: Participation in everyday life	Theme 3: Psychosocial well-being and coping	Theme 4: Reduction in formal care and healthcare utilization	Theme 5: Return to work and social roles
1.	Arvidsson et al., 2023, Sweden		x			
2.	Bertilsson et al., 2014, Sweden	x		x	x	
3.	Brandt et al., 2016, Denmark	x				
4.	Eklund et al., 2023, Sweden		x	x		x
5.	Hagelskjær et al., 2023, Denmark	x	x			
6.	Holmefur et al., 2019, Sweden		x	x		
7.	Johansson et al., 2021, Sweden	x				
8.	Kolind et al., 2023, Denmark			x		x
9.	Lindstad et al., 2023, Norway	x				
10.	Lindstad et al., 2025, Norway	x				
11.	Lindstad et al., 2023, Norway	x				
12.	Malmgren Fänge, 2019, Sweden	x	x		x	
13.	Mortensen et al., 2016, Denmark	x				
14.	Nielsen et al., 2021, Denmark	x	x			
15.	Nielsen et al., 2019, Denmark	x	x			
16.	Petersson et al., 2009, Sweden		x			
17.	Pilegaard et al., 2018, Denmark	x				
18.	Stein et al., 2013, Sweden			x	x	x
19.	Taule et al., 2015, Norway	x				
20.	Tistad et al., 2018, Sweden	x			x	
21.	Winkel et al., 2015, Denmark	x		x	x	
22.	Zingmark et al., 2011, Sweden	x			x	
23.	Østergaard et al., 2025, Denmark	x			x	

Table 6. Thematic overview of level 3 studies.

addressed social participation, aiming to restore roles disrupted by illness or disability.

In summary, the intervention studies targeted five main elements: improving ADL independence and functional performance, supporting participation and occupational engagement, enhancing psychosocial well-being, reducing formal health services use and healthcare utilization, and, to a lesser extent, promoting return to work and social role participation. See details of the thematic distribution in the different included articles in table 6.

Discussion

The objective of this scoping review was to provide an overview of existing literature and identify gaps in research on occupational therapy services in primary health services in the Nordic countries. The findings indicate a growing body of work documenting the professional roles, practices, and organisational conditions shaping occupational therapy in primary health services, while simultaneously exposing a limited and fragmented evidence base regarding the effectiveness of interventions in this context. The

following discussion centres on some key findings that emerged from the data.

A DOMINANCE OF DESCRIPTIVE RESEARCH AND EARLY-STAGE KNOWLEDGE DEVELOPMENT

A central finding is the predominance of descriptive research questions across the included studies. These questions focus on exploring and mapping professional roles, practices, experiences, and contextual factors in primary health services, corresponding to early-stage foundational knowledge development (25). Such research has been crucial in a service area that has undergone ongoing reforms, organisational shifts, and increased expectations related to interdisciplinary collaboration (23). In the Nordic countries, community-based occupational therapy remains a relatively underexplored field. Exploratory and descriptive studies, therefore, represent an appropriate starting point for developing an overview of the field and identifying patterns and relationships within it. Descriptive studies have in this context contributed to articulate what occupational therapists do, how they work, and how their practices respond to structural barriers such as time constraints, resource limitations, and complex caseloads (11-13, 27, 33, 44, 114-116).

However, despite a substantial increase in publication volume between 2009 and 2023, particularly from the mid-2010s onward, the growth in output has not translated into a corresponding methodological or evaluative progression. Although occupational therapists in the Nordic countries have historically had limited involvement in academic research (41, 114), the quantitative increase represents an encouraging shift toward greater scholarly engagement within the profession. Yet, the majority of studies continue to employ descriptive, exploratory, or survey-based designs, often relying on qualitative methodologies. While these contribute important contextual and conceptual insights, they offer limited evidence regarding intervention effects or empirical validations of theoretical assumptions (25, 117). As a result, the field still has room to develop towards relational and predictive research designs, and only a small proportion of the included studies attempted to test intervention outcomes or evaluate theoretical models. This pattern suggests limited progress in research effort and indicates that the field has yet to establish a coherent programme of research capable of generating cumulative knowledge over time (117).

Repeatedly returning to similar descriptive questions, without progressing toward intervention development or systematic evaluation, restricts the field's maturation. Nevertheless, a subset of studies demonstrate movement from exploratory work to feasibility testing and evaluative designs (37, 47, 48, 73, 80, 89, 93, 96, 99, 100, 109-112, 118-122). Denmark, despite contributing fewer studies overall, accounts for roughly half of the identified intervention studies (90, 93-95, 97, 99, 103, 107, 109), indicating the emergence of research clusters able to support more rigorous methodological approaches, including controlled trials and economic evaluations. These examples illustrate the potential for building cumulative and programmatic research within Nordic primary health services.

Strengthening long-term research programmes and integrating outcome measurement into service development, for instance through pragmatic trials embedded in routine practice, would substantially enhance the field's capacity to produce cumulative, policy-relevant, and practice-informing evidence.

POLICY ALIGNMENT, STRUCTURAL CONSTRAINTS AND THE EVIDENCE-PRACTICE GAP

A notable finding in this review was the strong alignment between the focus of occupational therapy and current Nordic health priorities. Many studies addressed participation in everyday activities, ageing in place, functional independence, prevention of decline, and sustainable use of health and social services, which are core elements of contemporary Nordic health reforms (3). This suggests that occupational therapy research in primary health services is responsive to societal and policy-relevant challenges. However, despite this thematic alignment, relatively few studies evaluated intervention outcomes or effectiveness. Given the review's objective of identifying research gaps and future research needs, this finding highlights the need for more evaluative and outcome-focused research to strengthen the evidence base for occupational therapy interventions in primary health services and to document their contribution to policy-relevant outcomes.

However, several structural and contextual factors may help explain the predominance of descriptive research and the comparatively limited development of evaluative research within the field. Occupational therapists in primary health services have not traditionally had strong research involvement, although practitioners have expressed a desire to engage more actively in research activities (114, 115). Re-

search competence and infrastructure within primary health services settings are often limited, and funding streams have historically prioritised hospital-based services. Furthermore, primary health service practice has been described as complex and resource-constrained (12, 13), characterised by time pressures, broad responsibilities, and influences extending beyond the profession itself (12, 13, 40, 41, 123). Under such conditions, conducting rigorous intervention research, particularly large-scale trials, may be difficult to prioritise alongside daily clinical demands. Additionally, a persistent divide between academic research environments and everyday practice may contribute to limited methodological progression. Academics who generate theory and evidence may be somewhat removed from the contextual realities practitioners face, while practitioners and policymakers are rarely directly involved in setting research priorities or conducting studies (124, 125).

As a result, research may not always address the most pressing clinical or system-level needs, and findings may lack perceived relevance for implementation (126, 127). Generating research that is co-developed with service users, practitioners and policymakers could enhance both feasibility and policy impact (128, 129). Bridging this evidence-practice gap requires closer collaboration across sectors and a strategic shift towards pragmatic, contextually feasible intervention research (130). By integrating researchers, practitioners, and decision-makers in the design and evaluation of services, occupational therapy in Nordic primary health services could strengthen its empirical foundation and more effectively demonstrate its contribution to sustainable and person-centred health services.

POPULATION AND PRACTICE FOCUS

The studies included in this review show a clear thematic concentration around adults and older adults (9, 10, 131), individuals with neurological conditions (particularly stroke) (53, 57, 61, 70, 91, 101, 132-135), and reablement/home-based rehabilitation services (47, 73, 89, 90, 136-138). These populations reflect both pressing demographic needs and well-established areas of occupational therapy practice in the Nordic countries. Furthermore, measurable outcomes such as ADL, may contribute to the predominance of these areas in intervention research. While this focus is understandable, it also results in limited attention to other important groups. Research on children and youth in primary health services was particularly sparse, with only two studies identified, both from Norway (77, 88). As previous studies have identified a need to focus more on interventions for children in the context of primary health services, this is important for further development.

Similarly, research on mental health, social marginalisation, and working-age adults with complex needs was limited, often descriptive, and rarely evaluative. Although descriptive, it was promising to find several studies emphasizing mental health topics (14, 35, 43, 106, 139-147). Nevertheless, this imbalance suggests that current research captures only part of the breadth of occupational therapy practice. Given projected demographic changes leading to increasing demands on primary health services, workforce shortages, and the growing number of people living with chronic health conditions, health promotion and prevention have been identified as key strategies for sustaining future health and social care systems (3, 14-16, 148).

NORDIC PRIMARY HEALTH SERVICES AS AN UNDERUTILISED PLATFORM FOR INTERVENTION RESEARCH

The Nordic countries have strong, publicly organised health systems with well-developed municipal services (3). These conditions provide highly favourable contexts for pragmatic intervention research, including real-world trials, mixed-method designs, and long-term follow-ups (130). The limited number of predictive and experimental studies identified in this review therefore reflects an underutilised potential rather than a lack of feasibility. Barriers such as limited practitioner research time, insufficient structural support, and funding models favouring hospital-based research likely contribute to this gap. The Nordic countries are facing the challenges with an ageing population, an increase in persons with chronic conditions, as well as a decrease in hospital stays (3). Therefore, in all of these countries, the people in need of primary services are frailer and in need of more medical attention than previously (1, 2). The similar challenges ahead may call for more collaborative work among occupational therapy researchers in the Nordic countries, with the aim of improving primary health services and occupational therapists' contribution to them.

Strengths and limitations

To our knowledge, this is the first study aiming to scope the field of research on community-based

occupational therapy and occupational therapists' practice in the Nordic countries. Taken together, the results can serve as a knowledge base for researchers and research funders in order to plan research strategies, as well as indicate important research questions for future years.

The database searches were conducted by university librarians with special competence in developing concept maps, choosing the relevant databases for search, as well as conducting the database searches. It is therefore reasonable to assume that the relevant literature has been identified. On the other hand, it cannot be ruled out that there exist studies that have not been identified, given the databases that were chosen for the literature search.

The review was restricted to studies published from 2009 onwards and in Norwegian, Swedish, Danish, or English. Consequently, potentially relevant studies published earlier or in other Nordic languages may not have been captured. This may have contributed to the limited number of studies identified from countries other than Sweden, Norway, and Denmark. Such studies could have expanded on the results.

Three of the authors participated in the selection of the included studies, as well as in the charting of the data, and this is a strength. Individual selection based on inclusion criteria was made and was not shared among the researchers until sorting of the articles was done.

Published research literature is the single source of information in this scoping review, and there is therefore a possibility of publication bias, affecting the results.

Implications for future research and practice

Based on the findings of this scoping review, several strategic directions emerge as important for future research on community-based occupational therapy in the Nordic countries:

1. Develop intervention and effectiveness research: More rigorous research is needed to evaluate the effectiveness, implementation, costs, and long-term outcomes of occupational therapy interventions. This includes pragmatic trials, quasi-experimental studies, economic evaluations, and long-term follow-up studies.
2. Broaden research populations: Increased focus on children, youth, mental health, and marginalised groups would better reflect the full scope of occupational therapy practice.
3. Improve the conditions for occupational therapy research. Continue to bridge the gap between academia, practice, user organisations and policy, and strengthen Nordic collaborations that may support and initiate larger and more robust research.

Conclusion

This scoping review demonstrates that research on occupational therapy in Nordic primary health services has expanded substantially over the past two decades, reflecting increased academic engagement and recognition of the profession's role within community-based health care. The identified literature addresses topics closely aligned with key policy priorities, including participation in everyday life, ageing in place, functional independence, and the delivery of services in local communities.

At the same time, the review reveals important gaps in the evidence base. While the literature provides a substantial body of descriptive and exploratory knowledge about occupational therapy practice in primary health services, relatively few studies have evaluated intervention outcomes or examined what works, for whom, and under what circumstances. Strengthening the evidence base will therefore require greater methodological diversity and a stronger emphasis on evaluative and intervention-focused research.

By mapping the current state of the literature and identifying key research gaps, this review provides a foundation for future research priorities. The Nordic primary health services context offers considerable opportunities for developing practice-based evidence, and future research should build on the existing foundation to strengthen the contribution of occupational therapy to health and participation in local communities.

Disclosure statement

The authors report there are no competing interests to declare.

No funding was received.

Ethical approval was not required for this scoping review, as it was based exclusively on publicly available literature. All sources were handled and reported in accordance with established principles of research integrity and proper referencing.

References

The included studies in this review are highlighted in the following in bold font.

1. Marcussen J. Health Statistics for the Nordic Countries 2016. Copenhagen: Nordic Medico-Statistical Committee; 2016. 242 p.
2. The Danish Health Authority. Home Nursing in the Nordic Countries. Copenhagen: The Danish Health Authority; 2021.
3. Larsen AT, Klausen MB, Højgaard B. Primary Health Care in the Nordic Countries. Comparative Analysis and Identification of Challenges Copenhagen: VIVE – The Danish Center for Social Science Research 2020.
4. World Health Organization. Ageing and health: Geneva; 2025 [updated 1 October 2025. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health.
5. Rosselli T. Exploring the Role of Occupational Therapy in Primary Care. [Doctoral]. St. Augustine, FL: University of St Augustine for Health Sciences; 2019.
6. World Health Organisation. Primary health care: main terminology Geneva: World Health Organisation; 2021 [Available from: https://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/primary-health-care/main-terminology.
7. World Federation of Occupational Therapists. Occupational Therapy and Primary Care. UK: World Federation of Occupational Therapists; 2024.
8. World Health Organisation. Rehabilitation 2030: A call for action 2017 [Available from: https://www.who.int/initiatives/rehabilitation-2030.
9. Donnelly CA, Leclair LL, Wener PF, Hand CL, Letts LJ. Occupational therapy in primary care: Results from a national survey. Can J Occup Ther. 2016;83(3):135–42.
10. Donnelly CA, Brenchley CL, Crawford CN, Letts LJ. The emerging role of occupational therapy in primary care: Le nouveau rôle de l'ergothérapie dans les soins primaires. Can J Occup Ther. 2014;81(1):51–61.
11. **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.**
12. **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.**
13. **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.**
14. Naidoo D, Van Wyk J, Joubert RW. Exploring the occupational therapist's role in primary health care: Listening to voices of stakeholders. Afr J Prim Health Care Fam Med. 2016;8(1):e1–9.
15. Chamberlain E, Truman J, Scallan S, Pike A, Lyon-Maris J. Occupational therapy in primary care: exploring the role of occupational therapy from a primary care perspective. Br J Gen Pract. 2019;69(688):575–6.
16. Killian C, Fisher G, Muir S. Primary Care: A New Context for the Scholarship of Practice Model. Occup Ther Health Care. 2015;29(4):383–96.
17. Fisher AG, Marterella A. Powerful practice: a model for authentic occupational therapy. Fort Collins, Colorado: CIOTS; 2019.
18. Koverman B, Royeen L, Stoykov M. Occupational Therapy in Primary Care: Structures and Processes that Support Integration. Open J Occup Ther. 2017;5(5).
19. Muir S. Occupational Therapy in Primary Health Care: We Should Be There. Am J Occup Ther. 2012;66(5):506–10.
20. Hughes JL. Chronic Fatigue Syndrome and Occupational Disruption in Primary Care: Is There a Role for Occupational Therapy? Br J Occup Ther. 2009;72(1):2–10.
21. **Gramstad A, Stigen L, Maas R, Sveen U, Horghagen S, Arntzen C, et al. Er det regionale skilnader når det gjeld kommuneergoterapeutane i Noreg? Ergoterapeuten. 2022;65(5):36–44.**
22. Arksey H, O'Malley L. Scoping studies: towards a methodological framework. Int J Soc Res Methodol. 2005;8(1):19–32.
23. 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/.
24. Ouzzani M, Hammady H, Fedorowicz Z, Elmagarmid A. Rayyan—a web and mobile app for systematic reviews. Syst Rev. 2016;5(1):210.
25. DePoy E. Introduction to Research. Understanding and Applying Multiple Strategies. 7 ed. St. Louis, Missouri: Elsevier, Inc; 2026.
26. **Breivik KA, Espedal G, Gjervik NS, Glesnes S, Taule T. Occupational therapy for palliative cancer patients - a qualitative study. Ergoterapeuten (Oslo). 2019;62(4):40–6.**
27. **Eriksson C, Erikson A, Tham K, Guidetti S. Occupational therapists experiences of implementing a new complex intervention in collaboration with researchers: a qualitative longitudinal study. Scand J Occup Ther. 2017;24(2):116–25.**
28. **Furåker C, Nilsson K. The consultative work of occupational therapists working in municipal healthcare. Scand J Occup Ther. 2011;18(2):101–8.**
29. **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.**
30. **Gramstad A, Nilsen R. Prioriterte områder for forskning blant kommuneergoterapeuter i Norge. Ergoterapeuten. 2017(3):36–45.**
31. **Leknes R, Bysheim U, Ness KN, Horghagen S. Samhandlingsreformens konsekvenser for den ergoterapeutiske yrkesutøvelsen. Ergoterapeuten. 2014;57(6):32–9.**
32. **Hald H, Dale B. Balansen mellom pasientens behov og organisatoriske hensyn - Ergoterapeuters erfaringer knyttet til eldre pasienters overgangsfase fra sykehus til**

eget hjem. Tidsskr Omsorgsforsk. 2016;2(1):37–46.
33. Holmqvist K, Kamwendo K, Ivarsson A. Occupational therapists' descriptions of their work with persons suffering from cognitive impairment following acquired brain injury. Scand J Occup Ther. 2009;16(1):13–24.
34. Jessen-Winge C, Ilvig PM, Jonsson H, Fritz H, Lee K, Christensen JR. Obesity treatment: a role for occupational therapists? Scand J Occup Ther. 2021;28(6):471–8.
35. Kjellberg A, Kåhlin I, Haglund L, Taylor RR. The myth of participation in occupational therapy: reconceptualizing a client-centred approach. Scand J Occup Ther. 2011;19(5):421–7.
36. Maass R, Bonsaksen T, Gramstad A, Sveen U, Stigen L, Arntzen C, et al. Factors Associated with the Establishment of New Occupational Therapist Positions in Norwegian Municipalities after the Coordination Reform. Health Serv Insights. 2021;14:1178632921994908.
37. Malmgren Fänge A, Lindberg K, Iwarsson S. Housing adaptations from the perspectives of Swedish occupational therapists. Scand J Occup Ther. 2013;20(3):228–40.
38. Müllersdorf M, Ivarsson AB. What, Why, How – Creative Activities in Occupational Therapy Practice in Sweden. Occup Ther Int. 2016;23(4):369–78.
39. 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.
40. 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.
41. 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.
42. Tsertsidis A. Challenges in the provision of digital technologies to elderly with dementia to support ageing in place: a case study of a Swedish municipality. Disabil Rehabil Assist Technol. 2021;16(7):758–68.
43. Pooremamali P, Persson D, Eklund M. Occupational therapists' experience of working with immigrant clients in mental health care. Scand J Occup Ther. 2011;18(2):109–21.
44. Andreassen M, Öhman A, Larsson Ranada Å. Assessing occupational performance in special housing in Sweden. Scand J Occup Ther. 2018;25(6):428–35.
45. Fänge A, Ivanoff SD. Integrating research into practice: A challenge for local authority occupational therapy. Scand J Occup Ther. 2009;16(1):40–8.
46. Stigen L, Bjørk E, Lund A, Småstuen M. Assessment of clients with cognitive impairments: A survey of Norwegian occupational therapists in municipal practice. Scand J Occup Ther. 2018;25(2):88–98.
47. Zingmark M, Evertsson B, Haak M. Characteristics of occupational therapy and physiotherapy within the context of reablement in Swedish municipalities: A national survey. Health Soc Care Community. 2020;28(3):1010–9.
48. Zingmark M, Kylén M. Feasibility of a reablement-program in a Swedish municipality. Scand J Occup Ther. 2023;30(1):53–64.
49. Gjertsen V, Andersen T, Strömner M-A. Sykehjem som læringsarena for ergoterapeutstudenter. Ergoterapeuten. 2015;58(5):24–31.
50. Gregersen H, Solvang PK. Analysis of the occupational therapist's professional identity when working in acquired brain injury rehabilitation within a municipal service. Int J Ther Rehabil. 2020;27(6):1–10.
51. Guise V, Wiig S. Perceptions of telecare training needs in home healthcare services: a focus group study. BMC Health Serv Res. 2017;17(1):164.
52. Gustavsson M, Liedberg GM, Larsson Ranada Å. Everyday doings in a nursing home - described by residents and staff. Scand J Occup Ther.22(6):435–41.
53. Gustavsson M, Ytterberg C, Guidetti S. Exploring future possibilities of using information and communication technology in multidisciplinary rehabilitation after stroke – a grounded theory study. Scand J Occup Ther. 2020;27(3):223–30.
54. Jakobsen K, Granebo R. Større faglig bredde som bidrag til mer aktiv omsorg for sykehjemsbeboere. Sykepleien Forskning. 2011;6(2):152–9.
55. Jessen-Winge C, Kolind M, Lee K, Leth MB, Surrow S, Knurr DS, et al. Occupational balance as a component in weight loss interventions. Scand J Occup Ther. 2023.
56. Lundell S, Pesola UM, Nyberg A, Wadell K. Groping around in the dark for adequate COPD management: a qualitative study on experiences in long-term care. BMC Health Serv Res. 2020;20(1):1025.
57. Martinsen R, Kitzmuller G, Mangset M, Kvigne K, Evju AS, Bronken BA, et al. Nurses' and occupational therapists' experiences of conducting a home-based psychosocial intervention following stroke: a qualitative process evaluation. BMC Health Serv Res. 2021;21(1).
58. Nilsson P, Lindgren EC, Månsson J. Lateral epicondylalgia. A quantitative and qualitative analysis of interdisciplinary cooperation and treatment choice in the Swedish health care system. Scandinavian journal of caring sciences. 2012;26(1):28–37.
59. Skog BMJ, Andersen J. Bestiller-utfører-organisering innen fysio- og ergoterapitjenster - en moderniseringsøvelse til besvær? Ergoterapeuten (Oslo). 2011;54(4):78–86.
60. Slåtsveen R-E, Wibe T, Halvorsrud L, Lund A. Interdisciplinary frontline teams in home-based healthcare services-paradoxes between organisational work structures and the trust model: a qualitative study. BMC Health Serv Res. 2023;23(1):715–.
61. Wottrich AW, Braekke I, Johansson L, von Koch L. Therapists acting as data collectors in a post stroke research project - a door to development. Topics in stroke rehabilitation. 2023;30(1):101.
62. Johannessen AK, Steihaug S. The significance of professional roles in collaboration on patients' transitions from hospital to home via an intermediate unit. Scandinavian journal of caring sciences. 2014;28(2):364–72.
63. Slåtsveen R-E, Lunde M, Stigen L. På vei mot felles forståelse. Hvordan erfarer og bidrar ergoterapeuter og ansatte i hjemmetjenesten til att eldre mestrer hverdagslivet. Ergoterapeuten (Oslo). 2014;57(6):42–8.
64. Lundälv J, Malmqvist I, Thodelius C. Professional voices

on risk and accidents in home care – a Swedish survey study. Facilities (Bradford, West Yorkshire, England). 2020;38(3/4):218–34.
65. Johansson K, Lilja M, Park M, Josephsson S. Balancing the good – a critical discourse analysis of home modification services. Sociol Health Illn. 2010;32(4):563–82.
66. Holthe T, Wulff-Jacobsen I. Matching user needs to technology in dementia care: experiences with the Alma Supervisor Educational Program. Fam Med Prim Care Rev. 2016;18(4):492–6.
67. Mondaca M, Josephsson S, Borell L, Katz A, Rosenberg L. Altering the boundaries of everyday life in a nursing home context. Scan J Occup Ther. 2019;26(6):441–51.
68. Brekke BP. Erfaringer av rehabilitering - en studie fra Baerum kommune. Ergoterapeuten. 2009;52(7):29–31.
69. Brorsson A, Öhman A, Cutchin M, Nygård L. Managing critical incidents in grocery shopping by community-living people with Alzheimer's disease. Scand J Occup Ther. 2013;20(4):292–301.
70. Carlsson G, Slaug B, Månsson Lexell E. Assessing environmental barriers by means of the swedish craig hospital inventory of environmental factors among people post-stroke. Scand J Occup Ther. 2021;28(5):366–74.
71. Fischl C, Blusi M, Lindgren H, Nilsson I. Tailoring to support digital technology-mediated occupational engagement for older adults - a multiple case study. Scand J Occup Ther. 2020;27(8):577–90.
72. Gausdal M, Michelet M, Skarpengland T. Utredning og oppfølging av hjemmeboende personer med demens - en oppgave for demensteamene og en arena for ergoterapeuter. Ergoterapeuten. 2015;58(1):36–41.
73. Zingmark M, Evertsson B, Haak M. The content of reablement: Exploring occupational and physiotherapy interventions. Br J Occup Ther. 2019;82(2):122–6.
74. Agosti MT, Bringsen A, Andersson I, Erlandsson LK. The BELE program: The development of a holistic interdisciplinary health-promoting program enhancing work-life balance among female employees working in human service organizations in Sweden. WORK. 2021;70(1):135–46.
75. Dornonville de la Cour FL, Norup A, Andersen TE, Schow T. Defining a Treatment Model for Self-Management of Fatigue in Rehabilitation of Acquired Brain Injury Using the Rehabilitation Treatment Specification System. J Clin Med. 2023;12(9).
76. Enemark Larsen A, Carlsson G. Utility of the Canadian Occupational Performance Measure as an admission and outcome measure in interdisciplinary community-based geriatric rehabilitation. Scand J Occup Ther. 2012;19(2):204–13.
77. Hustoft K. Familiens hverdagsaktiviteter - en utfordring for barneergoterapeuter og foreldre. Ergoterapeuten (Oslo). 2010;53(2):42–6.
78. Kristensen HK, Hounsgaard L. Implementation of coherent, evidence-based pathways in Danish rehabilitation practice. Disabil Rehabil. 2013;35(23):2021–8.
79. Madsen CMT, Primdahl J, Bremander A, Eggen L, Christensen JR. Developing a complex vocational rehabilitation intervention for patients with inflammatory arthritis: the WORK-ON study. BMC Health Serv Res. 2023;23(1):739–.
80. Malinowsky C, Rosenberg L, Nygård L. An approach to facilitate healthcare professionals' readiness to support technology use in everyday life for persons with dementia. Scand J Occup Ther. 2014;21(3):199–209.
81. Narvåg H, Larsen-Lund M, Lund A. Kommuneergoterapeuters erfaringer med kartleggingsinstrumentet Mayers Livssituasjonsskjema - MLSQ. Ergoterapeuten (Oslo). 2014;57(4):70–5.
82. Ropke A, Lund K, Thrane C, Juhl C, Morville A-L. Developing an individualised cross-sectoral programme based on activities of daily living to support rehabilitation of older adults with hip fracture: a qualitative study. BMJ Open. 2021;11(6):e044539–e.
83. Pinxsterhuis I, Hellum LL, Aannestad HH, Sveen U. Development of a group-based self-management programme for individuals with chronic fatigue syndrome: a pilot study. Scand J Occup Ther. 2015;22(2):117–25.
84. Kielsgaard K, Andersen PT, Horghagen S, Nielsen D, Hansen MH, Kristensen HK. Enhancing engagement in meaningful occupation in a dementia town: A qualitative evaluation of MOED - The meaningful occupational engagement intervention for people with dementia. Dementia (London). 2022;21(3):731–50.
85. Larsen SM, Brandt A, Hounsgaard L, Kristensen HK. Occupational therapists' perspectives on an evidence-based, client-centered assistive technology intervention. Br J Occup Ther. 2023;86(5):376–84.
86. Lindahl M, Hvalsoe B, Poulsen JR, Langberg H. Quality in rehabilitation after a working age person has sustained a fracture: Partnership contributes to continuity. Work. 2013;44(2):177–89.
87. Norberg E-B, Löfgren B, Boman K, Wennberg P, Brännström M. A client-centred programme focusing energy conservation for people with heart failure. Scand J Occup Ther. 2017;24(6):455–67.
88. Smidt KB, Klevberg GL, Oftedal BF. Home Programme to Improve Hand Function for Children with Bilateral Cerebral Palsy: Beneficial but Challenging. Phys Occup Ther Pediatr. 2020;40(4):410–22.
89. Tistad M, Flink M, Ytterberg C, Eriksson G, Guidetti S, Tham K, et al. Resource use of healthcare services 1 year after stroke: a secondary analysis of a cluster-randomised controlled trial of a client-centred activities of daily living intervention. BMJ Open. 2018;8(8):e022222.
90. Winkel A, Langberg H, Wæhrens EE. Reablement in a community setting. Disab Rehab. 2015;37(15):1347–52.
91. Taule T, Strand LI, Assmus J, Skouen JS. Ability in daily activities after early supported discharge models of stroke rehabilitation. Scand J Occup Ther. 2015;22(5):355–65.
92. Stein KF, Miclescu A. Effectiveness of multidisciplinary rehabilitation treatment for patients with chronic pain in a primary health care unit. Scand J Pain. 2013;4(4):190–7.
93. Nielsen KT, Guidetti S, von Bulow C, Klokker L, Waehrens EE. Feasibility of ABLE 1.0-a program aiming at enhancing the ability to perform activities of daily living in persons with chronic conditions. Pilot Feasibility Stud. 2021;7(1).
94. Nielsen TL, Andersen NT, Petersen KS, Polatajko H,

Nielsen CV. Intensive client-centred occupational therapy in the home improves older adults' occupational performance. Results from a Danish randomized controlled trial. Scand J Occup Ther. 2019;26(5):325–42.
95. Mortensen J, Figlewski K, Andersen H. Combined transcranial direct current stimulation and home-based occupational therapy for upper limb motor impairment following intracerebral hemorrhage: a double-blind randomized controlled trial. Disabil Rehabil. 2016;38(7):637–43.
96. Lindstad M, Obstfelder AU, Sveen U, Stigen L. Feasibility of The Perceive, Recall, Plan and Perform System of intervention study for persons with brain injury in community-based rehabilitation: A pilot for a multiple-baseline design study. BMJ Open. 2023;13.
97. Kolind MI, Vinkler S, Kristensen T, Hansen SV, Christensen JR. Daily life coping-Helping stress-afflicted people manage everyday activities. Scand J Occup Ther. 2023;30(2):170–81.
98. Johansson A, Ernsth Bravell M, Fransson EI, Fristedt S. Factors associated to functioning and health in relation to home rehabilitation in Sweden: a non-randomized pre-post intervention study. BMC Geriatr. 2021;21(1):416.
99. Hagelskjær V, Bülow Cv, Nielsen KT, Henriksen M, Wæhrens EE. Effectiveness of an individualised occupational therapy intervention programme (ABLE) using adaptational strategies on activities of daily living among persons with chronic conditions: A randomised controlled trial (RCT). Clin Rehabil. 2023;37(12):1637–55.
100. Hagelskjær V, Nielsen KT, von Bülow C, Graff M, Wæhrens EE. Occupational therapy addressing the ability to perform activities of daily living among persons living with chronic conditions: a randomised controlled pilot study of ABLE 2.0. Pilot Feasibility Stud. 2021;7(1):122.
101. Gjelsvik BEB, Hofstad H, Smedal T, Eide GE, Næss H, Skouen JS, et al. Balance and walking after three different models of stroke rehabilitation: Early supported discharge in a day unit or at home, and traditional treatment (control). BMJ Open. 2014;4(5).
102. Eklund M, Lund K, Argentzell E. The impact of the BEL intervention on levels of motivation, engagement and recovery in people who attend community mental health services. Scand J Occup Ther. 2023;30(6):862–72.
103. Brandt Å. A Rehabilitative Approach to Assistive Device Interventions. Am J Occup Ther. 2016;70(4_Supplement_1):7011510203p1–p1.
104. Bertilsson A-S, Ranner M, Von Koch L, Eriksson G, Johansson U, Ytterberg C, et al. A client-centred ADL intervention: three-month follow-up of a randomized controlled trial. Scand J Occup Ther. 2014;21(5):377–91.
105. Zingmark M, Bernspång B. Meeting the needs of elderly with bathing disability. Aust Occup Ther J. 2011;58(3):164–71.
106. Holmefur M, Lidström-Holmqvist K, Roshanay AH, Arvidsson P, White S, Janeslätt G. Pilot Study of Let's Get Organized: A Group Intervention for Improving Time Management. Am J Occup Ther. 2019;73(5):7305205020p1–p10.
107. Pilegaard MS, la Cour K, Gregersen Oestergaard L, Johnsen AT, Lindahl-Jacobsen L, Højris I, et al. The 'Cancer Home-Life Intervention': A randomised controlled trial evaluating the efficacy of an occupational therapy-based intervention in people with advanced cancer. Palliat Med. 2018;32(4):744–56.
108. Arvidsson P, Janeslätt G, Wennberg B, Lidström-Holmqvist K, Holmefur M, Hayat Roshanay A. Evaluation of the group intervention "Let's Get Organized" for improving time management, organisational, and planning skills in people with mild intellectual disability. Scand J Occup Ther. 2023;30(8):1257–66.
109. Oestergaard LG, la Cour K, Lindahl-Jacobsen LE, Brandt Å, Pilegaard MS. The Cost-Effectiveness of the Cancer Home-Life Intervention: An Economic Evaluation Alongside a Randomized Clinical Trial with a Six-Month Time Frame. J Palliat Med. 2025;28(12):1620–8.
110. Lindstad MØ, Obstfelder AU, Sveen U, Stigen L. Effectiveness of the PRPP Intervention after brain injury in home-based rehabilitation: Single-case experimental designs with multiple baselines. Scand J Occup Ther. 2025;32(1):2444591.
111. Lindstad MØ, Obstfelder AU, Sveen U, Stigen L. Evaluating the PRPP Intervention for individuals with brain injury at local inpatient rehabilitation facilities: multiple baseline designs. Neuropsychol Rehabil. 2025:1–28.
112. Malmgren Fänge A, Carlsson G, Axmon A, Thordardottir B, Chiatti C, Nilsson MH, et al. Effects of applying a standardized assessment and evaluation protocol in housing adaptation implementation - Results from a quasi-experimental study. BMC Public Health. 2019;19(1).
113. Petersson I, Kottorp A, Bergström J, Lilja M. Longitudinal changes in everyday life after home modifications for people aging with disabilities. Scand J Occup Ther. 2009;16(2):78–87.
114. Bonsaksen T, Dolva A-S, Hagby C, Sveen U, Horghagen S, Thyness EM, et al. Involvement in Research and Development Projects Among Community-working Occupational Therapists in Norway. Occup Ther Health Care. 2018:1–15.
115. Horghagen S, Bonsaksen T, Arntzen C, Maass R, Sveen U, Hustoft M, et al. Community-Working Occupational Therapists' Involvement in Research and Development Projects in Norway. Occup Ther Health Care. 2025;39(3):575–92.
116. Hellman E, Lindström M. Occupational therapists' experiences of intra-professional collaboration during the discharge process from inpatient care to home healthcare. Scand J Occup Ther. 2024;31(1):2433101.
117. Skivington K, Matthews L, Simpson SA, Craig P, Baird J, Blazeby JM, et al. A new framework for developing and evaluating complex interventions: update of Medical Research Council guidance. BMJ. 2021;374:n2061.
118. Hagelskjær V, Wæhrens EE, von Bülow C, Nielsen KT. Qualitative realist evaluation of an occupational therapy intervention programme (ABLE), addressing ability to perform activities of daily living among persons with chronic conditions. BMC Health Serv Res. 2024;24(1):9.
119. Nielsen KT, Bang MB, Pilegaard MS, Hagelskjær V, Wæhrens EE. Perspectives on content and delivery of the ABLE 1.0 intervention programme. Scand J Occup Ther. 2024;31(1):2394644.

120. Lindstad M, Obstfelder AU, Sveen U, Stigen L. Effectiveness of the Perceive, Recall, Plan and Perform intervention for persons with brain injury in community-based rehabilitation: protocol for a single-case experimental design with multiple baselines. BMJ Open. 2022;12(10):e060206.

121. Pilegaard M, Pilegaard B, Birn I, Kristensen H. Assessment of occupational performance problems due to cognitive deficits in stroke rehabilitation: A survey. Int J Ther Rehab. 2014;21(6):280–8.

122. Tistad M, von Koch L, Sjöstr, C, Tham K, Ytterberg C. What aspects of rehabilitation provision contribute to self-reported met needs for rehabilitation one year after stroke - amount, place, operator or timing? Health Expect. 2013;16(3):e24–e35.

123. Tuntland H. Ergoterapeuters yrkesutøvelse og rolleutvidelse i kommunehelsetjenesten [Occupational therapists professional practice and role expansion in municipal health services] [Master thesis]. Oslo: Universitetet i Oslo; 1998.

124. Peloquin SM, Abreu BC. The Academic and Clinical Worlds: Shall We Make Meaningful Connections? The American Journal of Occupational Therapy. 1996;50(7):588–91.

125. Higgs J, Titchen A. Rethinking the Practice-Knowledge Interface in an Uncertain World: a Model for Practice Development. The British journal of occupational therapy. 2001;64(11):526–33.

126. Upton D, Stephens D, Williams B, Scurlock-Evans L. Occupational Therapists' Attitudes, Knowledge, and Implementation of Evidence-Based Practice: A Systematic Review of Published Research. Br J Occup Ther. 2014;77(1):24–38.

127. Marcolino TQ, Kinsella EA, Araujo AdS, Fantinatti EN, Takayama GM, Vieira NMU, et al. A Community of Practice of primary health care occupational therapists: Advancing practice-based knowledge. Aus Occup Ther J. 2021;68(1):3–11.

128. Chalmers I, Bracken MB, Djulbegovic B, Garattini S, Grant J, Gülmezoglu AM, et al. How to increase value and reduce waste when research priorities are set. The Lancet. 2014;383(9912):156–65.

129. Taylor RR, Suarez-Balcazar Y, Forsyth K, Kielhofner G. Participatory Research Approaches. In: Taylor RR, editor. Research in Occupational Therapy Methods of Inquiry for Enhancing Practice. 2 ed. Philadelphia: F. A. Davis Company; 2017.

130. Holtrop JS, Glasgow RE. Pragmatic research: an introduction for clinical practitioners. Fam Pract. 2020;37(3):424–8.

131. Dickson KL, Toto PE. Feasibility of Integrating Occupational Therapy Into a Care Coordination Program for Aging in Place. Am J Occup Ther. 2018;72(4):1–7.

132. Johansson U, Nilsson A, Falkdal AH, von Koch L, Hellman T, Eriksson G. The delivery of the ReWork-Stroke program: A process evaluation. Work. 2021;70(2):467–78.

133. Lund A, Melhus M, Sveen U. Enjoyable company in sharing stroke experiences; - lifestyle groups after stroke. Scan J Occup Ther. 2018;25(2):127–35.

134. Ranner M, Guidetti S, von Koch L, Tham K. Experiences of participating in a client-centred ADL intervention after stroke. Disabil Rehabil. 2019;41(25):3025–33.

135. Kristensen HK, Borg T, Hounsgaard L. Aspects affecting occupational therapists' reasoning when implementing research-based evidence in stroke rehabilitation. Scand J Occup Ther. 2012;19(2):118–31.

136. Tuntland H, Kjeken I, Langeland E, Folkestad B, Espehaug B, Førland O, et al. Predictors of outcomes following reablement in community-dwelling older adults. Clin Interv Aging. 2017;12:55–63.

137. Ranner M, Vik K. Discourses of service recipients in the context of reablement in Norway. Scand J Occup Ther. 2021;28(3):201–12.

138. Jörmel, Charlotte, Vik K. Ergo- and physical therapists' experiences of everyday rehabilitation. Ergoterapeuten (Oslo).62(1):36–45.

139. Hultqvist J, Eklund M, Leufstadius C. Empowerment and occupational engagement among people with psychiatric disabilities. Scand J Occup Ther. 2014;22(1):54–61.

140. Hultqvist J, Markström U, Tjörnstrand C, Eklund M. Programme characteristics and everyday occupations in day centres and clubhouses in Sweden. Scand J Occup Ther. 2017;24(3):197–207.

141. Lund K, Hultqvist J, Bejerholm U, Argentzell E, Eklund M. Group leader and participant perceptions of Balancing Everyday Life, a group-based lifestyle intervention for mental health service users. Scand J Occup Ther. 2020;27(6):462–73.

142. Tjörnstrand C, Bejerholm U, Eklund M. Participation in day centres for people with psychiatric disabilities: Characteristics of occupations. Scand J Occup Ther. 2011;18(4):243–53.

143. Tjörnstrand C, Bejerholm U, Eklund M. Participation in Day Centres for People with Psychiatric Disabilities — A Focus on Occupational Engagement. Br J Occup Ther. 2013;76(3):144–50.

144. Gunnarsson AB, Peterson K, Leufstadius C, Jansson JA, Eklund M. Client perceptions of the Tree Theme MethodTM: a structured intervention based on storytelling and creative activities. Scand J Occup Ther. 2010;17(3):200–8.

145. Leufstadius C. Experiences of meaning of occupation at day centers among people with psychiatric disabilities. Scand J Occup Ther. 2018;25(3):180–9.

146. Lexén A, Bejerholm U. Exploring communication and interaction skills at work among participants in individual placement and support. Scand J Occup Ther. 2016;23(4):314–9.

147. Lindström M, Sjöström S, Lindberg M. Stories of rediscovering agency: home-based occupational therapy for people with severe psychiatric disability. Qual Health Res. 2013;23(6):728–40.

148. Quaglio G, Figueras J, Mantoan D, Dawood A, Karapiperis T, Costongs C, et al. An overview of future EU health systems. An insight into governance, primary care, data collection and citizens' participation. J Public Health (Oxf). 2018;40(4):891–8.

NAVN:
Line Kildal Bragstad
STILLING:
Professor ved OsloMet – storbyuniversitetet og forsker ved Vestre Viken HF.

Forsker på hvordan helse- og rehabiliteringstjenestene kan støtte mestring og deltakelse

Av Else Merete Thyness

– Hvem er Line Kildal Bragstad?

– Hjemme er jeg først og fremst mor til to barn under tre år. Det betyr at forskningsartikler, studentoppgaver og prosjektmøter for tiden deler oppmerksomheten med babygym, bilbane og gravemaskinsangen på repeat. På dagtid er jeg professor ved OsloMet og forsker ved Vestre Viken HF, der hverdagene består av en kombinasjon av forskning, undervisning og veiledning. Akkurat nå er livet en fin blanding av akademiske diskusjoner på jobb og engasjerte samtaler om biler, tog, traktorer og gravemaskiner med sønnen på snart tre år.

– Hva forsker du på?

– Jeg er opptatt av hva som skal til for at mennesker med langvarige og sammensatte helse- og deltakelsesutfordringer får hjelp som faktisk fungerer i deres hverdag. Derfor forsker jeg på hvordan helse- og rehabiliteringstjenestene kan støtte mestring og deltakelse, men også på hvordan mennesker selv kan mestre hverdagen til tross for sine utfordringer. Særlig interesserer jeg meg for tjenester i kommunal helse-, omsorgs- og velferdssektor, og hvordan ulike tjenester og nivåer kan samarbeide bedre rundt den enkelte. Forskningsinteressene mine spenner fra utvikling og evaluering av komplekse intervensjoner til studier av tjenesteforløp og samarbeidspraksiser. De siste årene har jeg blant annet forsket på oppfølging av personer med hjerneslag og Parkinsons sykdom, hvordan det er å leve med epilepsi, samt tjenesteforløp for personer med KOLS og muskel- og skjelettlidelser. Metodeutvikling står også sentralt i forskningen min, og jeg er opptatt av hvordan ulike teorier og metoder kan bidra til kunnskapsutvikling på feltene jeg forsker innenfor. Forskningen min foregår ofte i tverrfaglige forskningsmiljøer og forskergrupper, noe som bidrar til å utvikle kunnskap som er relevant både for tjenestene og menneskene som bruker dem.

– Hvilken forskningsartikkel er den beste du har lest, og hvorfor?

– Det er vanskelig å velge én artikkel. Hva jeg mener er den beste artikkelen, varierer gjerne i takt med hvilke prosjekter jeg jobber med. De beste artiklene jeg leser, er de som får meg til å stille nye spørsmål eller se et problem på en ny måte. Særlig har forskning på komplekse intervensjoner og implementering opptatt mye av min tid. Av den grunn vil jeg trekke fram artikkelen til Skivington og kolleger fra 2021, *A new framework for developing and evaluating complex interventions: update of Medical Research Council guidance*. Den presenterer en videreutvikling av rammeverket for utvikling og evaluering av komplekse intervensjoner fra det britiske forskningsrådet. Denne artikkelen bidrar til å rydde enda mer i hvordan vi forstår kompleksitet i forskning på helse- og rehabiliteringstjenester. Den

viser hvordan vi gjennom bruk av dette rammeverket kan systematisere evalueringen av effekt, og at effekten av et tiltak avhenger av både mennesker, kontekst og organisering. Det er den artikkelen jeg har sitert hyppigst i egen forskning de siste årene.

– Hva mener du vi har behov for mer forskning om i ergoterapi?

– Jeg mener vi trenger mer forskning som dokumenterer effekten av ergoterapi, særlig i kommunal sektor. Når helse- og velferdstjenestene står overfor store bærekraftsutfordringer, er det viktig å vite at tiden og ressursene brukes på tiltak som faktisk gjør en forskjell. Vi trenger mer kunnskap om hva som virker, for hvem og under hvilke betingelser. Slik kan vi styrke tjenestene og tydeliggjøre ergoterapiens betydning for mestring, deltakelse og bærekraftige helse- og velferdstjenester, samt synliggjøre hvilken helseøkonomisk og samfunnsøkonomisk verdi faget vårt har. For å få denne kunnskapen trenger vi flere intervensjonsstudier med robuste forskningsdesign som evaluerer ergoterapeutiske tiltak i tråd med anerkjente vitenskapelige standarder.

Referanse

Skivington K, Matthews L, Simpson S A, Craig P, Baird J, Blazeby J M et al. A new framework for developing and evaluating complex interventions: update of Medical Research Council guidance. *BMJ 2021; 374 :n2061* doi:10.1136/bmj.n2061

Hva skal til for at mennesker med langvarige og sammensatte helse- og deltakelsesutfordringer får hjelp som faktisk fungerer i deres hverdag?

Helsevesenets G-punkt

Ergoterapeuter er som G-punktet. Ingen vet helt hva vi gjør eller hvor de finner oss, men når de først treffer oss, så glemmer de oss aldri! Denne kronikken er en fortelling om helsevesenets mest uutnyttede sexologiske ressurs, og hva som kan skje når ergoterapeuters sexologiske kompetanse lar seg stimulere.

Av Vanja Rizvic

Vanja Rizvic er spesialergoterapeut og autorisert klinisk sexolog NACS. Han arbeider ved Avdeling for oppfølging av hjerneskade (OPH), Sunnaas sykehus HF. E-post: vanja.rizvic@sunnaas.no

SEKSUALITET SOM RESSURS OG MOTSTANDSKRAFT

SEXUS-undersøkelsen er en prospektiv kohortstudie som undersøkte seksualvanene til 62 000 dansker mellom 18 og 89 år (1). Undersøkelsen viser at utbredelsen av seksuelle vansker ofte er knyttet til ulike livsstilssykdommer, helseplager og ulike grader av funksjonssvikt. Personer med langvarige sykdommer opplever seksuelle vansker dobbelt så ofte som den friske befolkningen. En uforholdsmessig stor andel av dem som lever med langvarige sykdommer (cirka 60–70 prosent) oppgir likevel aldri å ha snakket med helsepersonell om sine seksuelle vansker (2). Diskrepansen mellom tilbud og behov rammer særlig personer med ulike funksjonsnedsettelser, men bør vekke en uro i oss alle – særlig ergoterapeuter. Statistikken er spesielt bekymringsfull siden vi i dag vet at deltakelse i seksuelle aktiviteter både fører til bedre helse, forebygger sykdom og øker livskvalitet (3). Det sexologiske folkehelsearbeidet er en tverrfaglig innsats (4) som utfordrer ergoterapeuter til å ta mer plass og snakke mer om seksualitet og kjønnsmangfold (5).

HVERDAGSSEXOLOGISK RÅDGIVNING

«Kan ergoterapeuter tilby sexologisk rådgivning?» Dette er et spørsmål jeg ofte blir stilt av mine fagfeller. «I aller høyeste grad», pleier jeg å svare da. Forskning viser at ergoterapeuters kjernekompetanse oppleves som både faglig tilstrekkelig og sexologisk relevant (6). Funnene er i tråd med det sexologiske samtaleverktøyet PLISSIT, som beskriver ulike nivåer av sexologisk rådgivning (7). PLISSIT er et engelskspråklig akronym som beskriver de ulike nivåene av sexologisk rådgivning, henholdsvis tillatelse (P), avgrenset informasjon (LI), spesifikke forslag (SS) og intensiv terapi (IT). Sexologisk rådgivning omfatter alt fra opplysningsarbeid om prevensjon til mer intensive terapiforløp etter alvorlige seksuelle overgrep (8). Behandling av seksuelle vansker skal i henhold til PLISSIT-modellen tilpasses pasientens behov og fagpersonens kompetanse. Ergoterapeuter har en unik tilretteleggingskompetanse og en helhetlig tilnærming til seksuelle aktiviteter (9). Dette kan avhjelpe seksuelle vansker innenfor de to laveste nivåene av PLISSIT-modellen, henholdsvis tillatelse og avgrenset informasjon.

FUNKSJONELL TVERRFAGLIGHET

Forskning viser at de aller fleste seksuelle vansker både kan avdekkes og avhjelpes gjennom utforskende samtaler tidlig i forløpet, før pasienter eventuelt henvises videre til en sexolog eller legespesialist (10). Slike funn antyder at sexologisk rådgivning bidrar til en mer bærekraftig forvaltning av helsevesenets knappe ressurser, nettopp fordi PLISSIT-modellen legger til rette for en funksjonell tverrfaglighet i samarbeidet rundt pasientens seksualitet. Et slikt samarbeid ivaretar seksualiteten på en måte som antas å redusere både de menneskelige og

Personer med langvarige sykdommer opplever seksuelle vansker dobbelt så ofte som den friske befolkningen.

økonomiske kostnadene av seksuelle vansker. Dette er en observasjon som er godt støttet av LEON-prinsippet, som anmoder helsepersonell å tilby hverdagssexologisk rådgivning på det lavest effektive omsorgsnivået (11). PLISSIT-modellen sammenfaller med LEON-prinsippet ved at den operasjonaliserer det administrative prinsippet, som grunnleggende sett handler om å avhjelpe lidelse tidligst mulig i et rehabiliteringsforløp.

SEKSUALITET I ET BÆREKRAFTPERSPEKTIV

Potensialet for bærekraft kobles ofte til PLISSIT-modellens tverrfaglige organisering av den sexologiske tjenesteveien. Modellen viser at en vesentlig del av sexologisk rådgivning konstitueres av de laveste nivåene i modellen, henholdsvis *tillatelse* og *generell informasjon*. PLISSIT-modellen stiller altså et minstekrav om tillatelse, som blant annet innebærer at ergoterapeuten legitimerer pasientens seksuelle behov gjennom en selvfølgelig tematisering av seksuelle aktiviteter. De fleste ergoterapeuter kan nyansere denne tillatelsen med mer generell informasjon og friskmelde pasientens opplevelse av sin seksualitet og kjønnsoppfatning. De av oss som har relevant videreutdanning innen sexologi, kan iverksette mer målrettede tiltak. Pasienter som derimot utviser behov for grundigere utredning, og som har behov for spesialisert helsehjelp, må henvises videre til spesialist.

FØLELSESMESSIG LÆRING

Forskning viser at personer som deltar i seksuelle aktiviteter har både bedre helse og økt livskvalitet (12). Ergoterapeuter uttrykker likevel en sterk reservasjon mot å snakke om seksualitet og tilskriver sin motstand både manglende kunnskap og personlig sjenanse (13). Når dette «toveistabuet» (14) forringer våre samtaler med pasienter om deres seksuelle behov, skjer det noe veldig trist. Ergoterapeuter som umiddelbart henviser pasienten videre til sexolog, risikerer å avkorte sin følelsesmessige læring. Slike henvisninger virker forsterkende på ubehaget, og ergoterapeuten får aldri bekreftet nytteverdien av sin særfaglige kompetanse. Pasienter som blir møtt med sjenanse, kan sitte igjen med en følelse av skam og en indirekte bekreftelse på at det er noe alvorlig galt med dem.

NETTKURS I ERGOTERAPI OG SEKSUELL HELSE

Ergoterapi og seksuell helse er et nettkurs med to moduler, som jeg har utviklet sammen med lege og kunstner Aron Willems. Første modul gir deltakere en grunnleggende innføring i sexologiske teorier, ergoterapifaglige modeller og terapeutiske samtaleverktøy. Den andre modulen fokuserer i større grad på de kroppslige forutsetningene for deltakelse i seksuelle aktiviteter, herunder seksualanatomi/fysiologi og seksualtekniske hjelpemidler.

Kurset er relevant for alle ergoterapeuter uansett stilling og gjør deg bedre rustet til å stå tryggere i møtet med personer hvor seksualitet er eller kan være et tema. Ettersom alle har en seksualitet, vil dette gjelde alle du møter. Kurset er særlig relevant for dem som jobber med psykisk helse, eldres helse, habilitering og rehabilitering, barn og unge, folkehelse og rådgivning, både i kommunene og spesialisthelsetjenesten.

Vi håper at nettkurset vekker en faglig interesse for seksuell helse blant ergoterapeuter, og at det senker terskelen for å snakke om seksualitet. Nettkurset er et viktig skritt i forbundets forsøk på å imøtekomme befolkningens behov for sexologisk hjelp og den økende etterspørselen etter sexologisk kompetanse blant norske ergoterapeuter.

Kurset er i utgangspunktet utviklet for ergoterapeuter, men vil også være relevant for andre faggrupper. Kursdeltakere beskriver kurset som veldig nyttig og interessant i evalueringene sine.

Referanser:

1. Frisch, M., Moseholm, E., Andersson, M., Andresen, J. B., & Graugaard, C. (2019). Sex i Denmark: Nøgletall fra Projekt SEXUS 2017-2018. S. S. Institut.
2. Sunhedsstyrelsen. (2014). Tal med lægen om seksuelle problemer. https://www.sst.dk/nyheder/2014/tal-med-laegen-om-seksuelle-problemer
3. Laursen, B. S., & Højgaard, A. (2019). Seksualitet og somatisk sygdom. In C. Graugaard, A. Giraldi, & B. Møhl (Eds.), Sexologi : faglige perspektiver på seksualitet (1. udgave. ed., pp. 429–459). Munksgaard.
4. Helse- og omsorgsdepartementet. (2025). God seksuell helse – vårt felles ansvar. https://www.regjeringen.no/contentassets/07f9c48c3037429d947ff8a3749e9051/no/pd fs/seksuell-helse-strategi.pdf
5. Helse- og omsorgsdepartementet. (2017). Snakk om det! Strategi for seksuell helse (2017-2022). Retrieved from https://www.regjeringen.no/contentassets/284e09615fd04338a817e1160f4b10a7/strat egi_seksuell_helse.pdf
6. O'Mullan, C., O'Reilly, M., & Meredith, P. (2021). Bringing sexuality out of the closet: What can we learn from occupational therapists who successfully address the area of sexuality in everyday practice? Aust Occup Ther J, 68(3), 272–281. https://doi.org/10.1111/1440-1630.12723
7. Annon, J. (1976). The PLISSIT Model: A Proposed Conceptual Scheme for the Behavioral Treatment of Sexual Problems. Journal of Sex Education and Therapy, 2(1). https://doi.org/https://doi.org/10.1080/01614576.1976.11074483
8. Kristensen, E. (2019). Sexologisk utredning og behandling. In C. Graugaard, A. Giraldi, & B. Møhl (Eds.), Sexologi : faglige perspektiver på seksualitet (1. udgave. ed., pp. 735–779). Munksgaard.
9. Lynch, C., & Fortune, T. (2019). Applying an Occupational Lens to Thinking About and Addressing Sexuality. Sex and Disability(37), 145–159.
10. Faghani, S., & Ghaffari, F. (2016). Effects of Sexual Rehabilitation Using the PLISSIT Model on Quality of Sexual Life and Sexual Functioning in Post-Mastectomy Breast Cancer Survivors. Asian Pac J Cancer Prev., 17(11), 4845–4851. https://doi.org/10.22034/APJCP.2016.17.11.4845.
11. Almås, E., & Benestad, E. E. P. (2017). Sexologi i praksis (3. utg. ed.). Universitetsforl.
12. Anderson, R. M. (2013). Positive sexuality and its impact on overall well-being. Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz, 56(2), 208–214. https://doi.org/10.1007/s00103-012-1607-z
13. Hyland, A., & Mc Grath, M. (2013). Sexuality and occupational therapy in Ireland - a case of ambivalence? Disability and Rehabilitation, 35(1), 73–80. https://doi.org/10.3109/09638288.2012.688920
14. Graugaard, C., Giraldi, A., & Møhl, B. (2019). At arbejde klinisk-sexologisk. In C. Graugaard, A. Giraldi, & B. Møhl (Eds.), Sexologi - Faglige perspektiver p å seksualitet (1. udgave. ed., pp. 687–709). Munksgaard.

Helsedirektoratet

BASIS
BALANSE • SIKKERHET • STYRKE

Visste du at 1 av 3 eldre over 65 år faller hvert år?

Enkel styrke- og balansetrening forebygger fall. Hjelp eldre med å leve stødigere liv gjennom dette gratis e-læringskurset.

BASIS er et gratis e-læringsprogram som skal styrke kunnskapen om fallforebyggende trening blant personer som jobber ved landets treningssentre, aktivitetssentre, institusjoner for eldre og i hjemmetjenesten. Kurset finnes nå i fire ulike versjoner – en tilpasset hver av disse målgruppene. Et kurs tar en drøy time å gjennomføre. Etter gjennomført kurs får man tilgang til en øvelsesbank med drøyt 120 balanse- og styrkeøvelser tilpasset ulikt funksjonsnivå.

Sjekk ut e-læringskurset på **basis-fallforebygging.no**

Jeg har overlevd flere kamper i livet – nå kjemper jeg for at pasientens stemme skal bli hørt

Jeg har overlevd flere kamper i livet. Jeg har kjempet meg ut av rus og utenforskap. Jeg har opplevd hvordan det er å stå på utsiden av samfunnet og finne veien tilbake. Men jeg var ikke forberedt på kampen som kom, da kroppen min plutselig sviktet. Da jeg fikk slag, ble livet endret på et øyeblikk.

Av Kjell Torstein Hagen

Kjell Torstein Hagen er erfaringskonsulent og daglig leder av Bli sett – Norge.

Bli sett – Norge er en ideell organisasjon som fremmer verdien av å bli sett gjennom livet.

Fra å være en person som var vant til å bidra, hjelpe andre og stå opp for mennesker som ikke alltid blir hørt, ble jeg selv en som trengte hjelp. Jeg måtte lære kroppen min å kjenne på nytt. Ting jeg tidligere tok for gitt, som bevegelighet, balanse og energi, ble plutselig utfordringer.

Men slaget rammet ikke bare kroppen. Det rammet også identiteten min.

NÅR MENNESKET BAK DIAGNOSEN FORSVINNER

I helsevesenet er det nødvendig å kartlegge symptomer, funksjon og behov for behandling. Diagnoser og medisinsk kunnskap er avgjørende.

Men bak enhver diagnose finnes det et menneske. Et menneske med en historie, erfaringer, drømmer og ressurser.

For mange som rammes av slag, handler rehabiliteringen om mer enn fysisk trening. Den handler om å finne tilbake til seg selv, mestre en ny hverdag og oppleve at livet fortsatt har mening. Nettopp derfor har ergoterapeuter en så viktig rolle. De spør ikke bare hva pasienten ikke lenger klarer – de spør også: Hva er viktig for deg? Svaret på det spørsmålet kan bli selve kompasset i rehabiliteringen.

Jeg tror vi noen ganger blir for opptatt av det mennesker har mistet og glemmer å se hva de fortsatt har å bidra med.

FRA PASIENT TIL ERFARINGSKONSULENT

Min egen livsreise har gitt meg erfaringer jeg i dag bruker for å hjelpe andre. Jeg er utdannet erfaringskonsulent fra KBT Fagskole, og jeg har lært hvor viktig det er å bruke erfaringer som en ressurs.

Da jeg selv ble rammet av slag, fikk jeg kjenne på kroppen hvordan det er å være på den andre siden. Jeg gikk fra å være hjelper til å bli mottaker av hjelp. Det ga meg en enda større forståelse av hvor viktig møtet med hjelpeapparatet er.

Et godt møte kan gi håp. Et dårlig møte kan gjøre en allerede vanskelig situasjon enda tyngre. Når fagpersoner tar seg tid til å lytte til pasientens egne mål og utfordringer, blir rehabiliteringen mer enn trening – den blir en vei tilbake til et liv med innhold.

ERFARINGSKOMPETANSE ER KUNNSKAP

I helse- og rehabiliteringstje-

nestene finnes det mye verdifull fagkompetanse. Leger, sykepleiere, fysioterapeuter, ergoterapeuter og andre fagpersoner gjør en viktig jobb. Samtidig finnes det en annen type kunnskap.

Den kunnskapen som kommer av å ha levd gjennom sykdom, behandling og rehabilitering.

Erfaringskompetanse handler ikke om å erstatte fagfolk. Den handler om å tilføre et perspektiv som ellers kan mangle.

En person som har hatt slag, kan bidra med kunnskap om:

- hvordan tjenestene oppleves fra pasientens side
- hva som skaper trygghet og motivasjon
- hvilke barrierer som finnes i hverdagen
- hva som skal til for å oppleve mestring og deltakelse

Når denne kunnskapen møter ergoterapeutens kompetanse om aktivitet, tilrettelegging og hverdagsmestring, skapes et sterkere grunnlag for rehabilitering.

BRUKERMEDVIRKNING MÅ BLI VIRKELIGHET

Vi snakker mye om brukermedvirkning i helsevesenet. Det er et viktig prinsipp.

Men brukermedvirkning må være mer enn at pasienten får si sin mening. Den må bety at erfaringene til pasienten faktisk blir brukt til å utvikle bedre tjenester.

Den som lever med konsekvensene av et slag hver eneste dag, har en kunnskap som ingen andre kan ha på samme måte. Denne erfaringen må ikke bare etterspørres – den må tas på alvor. Ergoterapeuter har lange tradisjoner for å arbeide tett sammen med brukeren, og jeg mener denne arbeidsmåten er en av de viktigste nøklene til god rehabilitering.

Bli sett – Norge løfter fram temaer som utenforskap – i alle aldre.

HVA KAN HELSEVESENET LÆRE?

Min erfaring er at vi må rette enda større oppmerksomhet mot:

- **Å se hele mennesket**. Et menneske er mer enn en diagnose eller et funksjonstap.
- **Å se rehabilitering som en livsprosess.** Målet er ikke bare bedre fysisk funksjon, men også deltakelse, selvstendighet og livskvalitet.
- **Å ta psykiske reaksjoner på alvor.** Et slag kan føre til sorg, usikkerhet, frykt og en følelse av å miste seg selv.
- **Å styrke hverdagsmestringen.** Rehabilitering handler om å kunne leve livet sitt – hjemme, i familien, på jobb og i lokalsamfunnet. Her spiller ergoterapeuter en sentral rolle.
- **Å bruke erfaringskonsulenter aktivt**. Mennesker med egne erfaringer kan være en bro mellom brukere og fagpersoner og bidra til å utvikle tjenester som oppleves relevante og meningsfulle.

SLAGET BLE IKKE SLUTTEN

Slaget tok fra meg *noe*. Jeg har fortsatt dager som er krevende. Kroppen minner meg på at livet er annerledes enn før.

Men slaget tok ikke fra meg ønsket om å bidra. Tvert imot har erfaringene gjort engasjementet mitt sterkere.

Jeg vet hvordan det føles å være sårbar. Jeg vet hvordan det er å trenge hjelp, og jeg vet hvor mye det betyr at noen ser deg som et helt menneske.

FRAMTIDENS HELSEVESEN

Framtidens helsevesen trenger både fagkunnskap og erfaringskunnskap.

Når disse to møtes, kan vi skape bedre rehabilitering – ikke bare for å hjelpe mennesker tilbake etter sykdom, men for å hjelpe dem videre i livet.

Ergoterapeutens blikk på aktivitet, deltakelse og mestring passer naturlig sammen med erfaringskunnskapens fokus på den levde hverdagen. Sammen kan disse perspektivene bidra til at rehabiliteringen blir mer personlig, mer målrettet og mer meningsfull.

For bak enhver diagnose finnes det et menneske. Og alle mennesker fortjener å bli sett.

Seminardeltakerne deltok i ulike kreative prosesser.

Hvordan utvikler vi framtidens ergoterapitjenester?

17. april samlet rundt 50 ergoterapeuter seg til seminar ved HelseINN for å utforske hvordan framtidens ergoterapitjenester kan utvikles. Blant deltakerne var tidligere studenter, ansatte ved NTNU i Gjøvik og representanter fra praksisfeltet. Seminaret markerte samtidig avslutningen på 13 år med ergoterapiutdanning i Gjøvik.

Av Linda Stigen

Takk for oss. Fra venstre Anne Myhre Sølvsberg, Marte Ørud Lindstad, Guri Einbu, Eli Lysen og Merethe Seberg. Linda Stigen foran.

Sentrale spørsmål gjennom dagen var: Hvordan kan ergoterapeuter møte nye behov i helse- og velferdstjenestene? Hva må videreutvikles, og hva må vi gjøre annerledes for å sikre bærekraftige tjenester i framtiden?

HVORDAN SNAKKER VI OM ERGOTERAPI?

Dagen startet med et innlegg fra seniorrådgiver og forskningsjournalist Bjørn Kvaal. Han utfordret deltakerne til å reflektere over hvordan ergoterapeuter kommuniserer fagets verdi, ikke bare til samarbeidspartnere og politikere, men også til befolkningen generelt. Kvaal understreket at det ikke er nok at vi selv opplever budskapet som viktig. Mottakeren må også forstå det og erfare det som relevant. Med henvisning til sosiologen Nils Christie minnet han oss om at «å forme ord er storslagen virksomhet. Ord kan skape broer, men de kan også skape sperrer.»

Dette dannet et viktig utgangspunkt for videre refleksjon

gjennom dagen. Hvordan ønsker vi at ergoterapeuter skal oppfattes? Som eksperter, utfordrere, problemløsere eller noe annet? Kvaal utfordret oss til å definere budskapet vårt tydeligere, bygge argumentasjonen på fakta, identifisere allianser og skape dialog med beslutningstakere og samfunnet rundt oss.

Han påpekte også at beslutningstakere ofte etterspør raske og lett tilgjengelige svar framfor omfattende forskningslitteratur. Dette understreker betydningen av å formidle forskningsbasert kunnskap på en enkel og forståelig måte, og det utfordrer ergoterapeuter til å synliggjøre fagets betydning i samfunnet.

Dersom ergoterapi skal bli en naturlig del av framtidens helse- og omsorgstjenester, kreves det tydeligere diskusjoner om rekruttering, organisering, kompetanse og prioriteringer.

FRA UTFORDRINGER TIL LØSNINGER

Videre ledet Tom Vegard Johnsen fra HelseINN deltakerne gjennom refleksjonsarbeid og ulike kreative prosesser inspirert av designdrevet innovasjon. Utgangspunktet for innovasjonsarbeidet var et paradoks mange kan kjenne seg igjen i: Ergoterapifaget har aldri vært mer etterspurt eller politisk relevant, samtidig som det nedprioriteres på mange områder.

Gjennom en seilbåtmodell identifiserte deltakerne først hvilke forhold som «ga vind i seilene» i dagens praksis. Deretter ble utfordringer omformulert til «Hvordan kan vi …?»-spørsmål, før gruppene utviklet et stort antall løsningsforslag. Forslagene ble til slutt prioritert gjennom avstemning.

Forslag til løsninger på ulike utfordringer var eksempelvis at ergoterapeuter må ta mer plass, at flere ergoterapeuter må inn i nøkkelstillinger og at vi må bli flinkere til å kommunisere kompetansen vår, slik at politikere, samarbeidspartnere, brukere og andre vet hva de kan forvente av oss.

FRAMTIDAS AVISFORSIDE

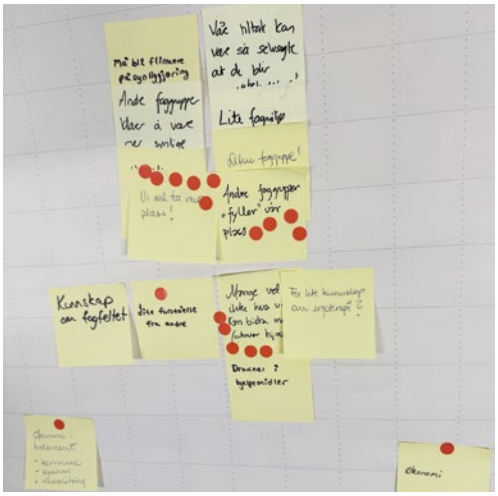
I den siste øvelsen skulle deltakerne forestille seg hvordan ergoterapifaget omtales på forsiden av en avis tre år fram i tid. Med utgangspunkt i dagens utfordringer og muligheter utviklet gruppene ulike framtidsbilder, som deretter ble presentert i plenum.

Øvelsen synliggjorde både ambisjoner og muligheter for fagets videre utvikling. Flere av forslagene løftet fram en tydeligere rolle for ergoterapeuter i helse- og velferdstjenestene, sterkere tverrfaglig samarbeid og større synlighet i offentligheten.

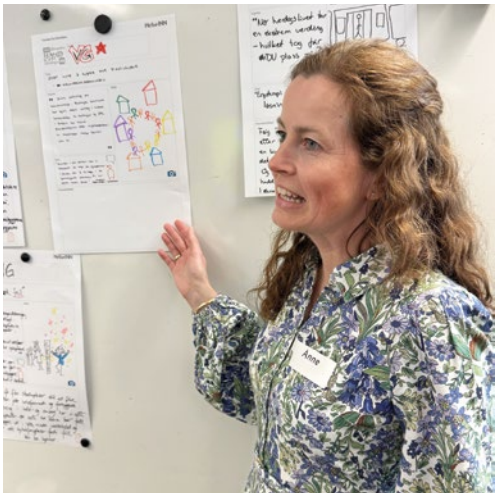
ENGASJEMENT FOR FRAMTIDEN

Det var stort engasjement og mange viktige diskusjoner på tvers av praksisfelt. Flere trakk fram betydningen av ergoterapeuters kompetanse innen aktivitet og deltakelse, hverdagsmestring, observasjon og tilpasning. Samtidig ble behovet for økt synlighet, innovasjon og tverrfaglig samarbeid løftet fram som sentrale områder for videre utvikling.

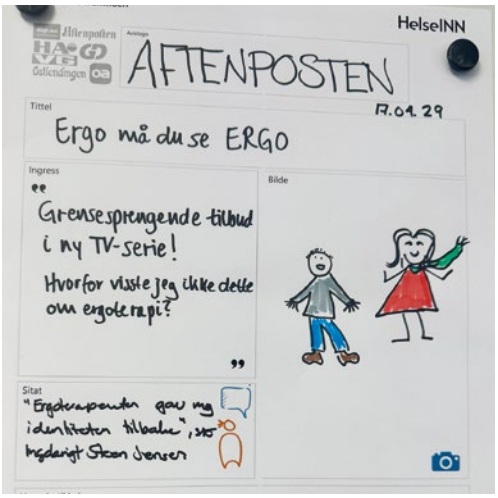
For oss ved NTNU ble dagen en viktig påminnelse om verdien av samarbeid mellom utdanning, praksisfelt og innovasjonsmiljøer. Dagen ga inspirasjon, nye perspektiver og et tydelig budskap: Skal ergoterapiens bidrag få den plassen det fortjener i framtidens tjenester, må vi både videreutvikle faget og bli tydeligere på å formidle hva vi faktisk bidrar med.



Deltakerne kom blant annet med forslag om hvilken kompetanse framtidens ergoterapeut trenger.



Anne Myhre Sølvsberg presenterer sin gruppes forslag til en avisforside som omtaler ergoterapi om tre år. «Sykt lite å gjøre for fastlegene – ergoterapi er redningen.»



Et annet av forslagene på en avisforside.

Kontakt: Erik Sigurdssøn
ADDmedia AS
Mobil: 90 03 09 43
E-post: erik@addmedia.no

Nettkurs om Folkehelse:
Modulbasert, digitalt kurs for ergoterapeuter

Dette kurset er utviklet for deg som ønsker å bli tryggere på hvordan ergoterapeuter kan bidra i folkehelsearbeid. Målet er å senke terskelen for å «rekke opp hånda» og å gi inspirasjon og verktøy for å kunne bidra i større grad på gruppe- og systemnivå.

Målgruppe: Ergoterapeuter
Arrangør: Ergoterapeutene
Sted: Der det passer deg
Kursavgift: 500,- for medlemmer, 300,- for tillitsvalgte og studenter
Påmelding: Via kurskalenderen på hjemmesiden, www.ergoterapeutene.org

Kurset består av fire moduler:
1. **Ergoterapeuter i folkehelsearbeid:** forstå rollen og mulighetene.
2. **Ergoterapeutens rolle på systemnivå**: hvordan påvirke prosjekter og strukturer.
3. **Ergoterapeutens rolle på gruppenivå:** identifisere sårbare grupper og planlegge tiltak.
4. **Langsiktig bidrag og prioriteringe**r: hvordan strukturere arbeidshverdagen og argumentere for prioriteringer.

Modulene bygger på hverandre, og du vil få oppgaver som er praksisnære og relevante for din arbeidshverdag. Alle modulene må gjennomføres for å få kursbevis.
Kurset gjennomføres delvis individuelt og delvis i oppsatte grupper med digitale møteplasser.
Kurset vil ha 24 tellende timer til spesialistordningen.

Ergoterapi og seksuell helse

Dette kurset er for deg som er nysgjerrig på seksualitet og ergoterapi og ønsker å styrke din kompetanse på sex og hverdagslivet.

Målgruppe: Ergoterapeuter
Arrangør: Ergoterapeutene
Tid: Asynkron oppstart etter eget ønske
Sted: Kursmodulene er digitale
Kursavgift: Modul 1: 300,- for medlemmer, 1000,- for ikke-medlemmer.
Gratis for tillitsvalgte og studenter
Modul 2: 600,- for medlemmer, 1200,- for ikke-medlemmer.
Gratis for tillitsvalgte og studenter.
Påmelding: Gjennom kurskalenderen på hjemmesiden fram mot 31.12.26
Mål: At du som ergoterapeut kan bidra i det tverrfaglige samarbeidet om seksualitet ved å holde fast ved aktivitetsperspektivet.

Modul 1 har 18 timer tellende til spesialistordningen
Modul 2 har 10 tellende timer til spesialistordningen

Ergoterapeutens produktregister – nå kun på nett

Produktoversikten for hjelpemidler og aktivitetshjelpemidler er nå mer oversiktlig. I oversikten under finner du de ulike hjelpemiddelgruppene. Se: www.ergoterapeuten.no/produktregister.

Aktivitetshjelpemidler Datahjelpemidler Forflytningshjelpemidler Vinterhjelpemidler
Kommunikasjonshjelpemidler Hørselshjelpemidler Ortopediske hjelpemidler Spisehjelpemidler

Under finner du en totaloversikt over hvilke grupper den enkelte bedrift kan legge seg inn under, også med link til sin hjemmeside. Prisen er 1410 kroner per år for første oppføring, og deretter koster det 925 kroner per oppføring. Ved flere enn tre oppføringer avtales rabatter. Beløpet faktureres med 50 prosent to ganger i året.
Ring eventuelt Erik Sigurdssøn tlf. 900 30 943 eller send en e-post til erik@addmedia.no.

Behandling/trening
- 0330 - Hjelpemidler for varme eller kuldebehandling
- 0333 - Antitrykksårhjelpemidler/trykkforebyggende hjelpemidler
- 0348 - Bevegelse-, styrke- og balansetreningsutstyr
- 0608 - Ortoser
- 0630 - Proteser

Personlig stell og klær
- 0903 - Klær og sko
- 0909 - Hjelpemidler for av- og påkledning
- 0912 - Hjelpemidler ved toalettbesøk
- 0912B - Hjelpemidler for barn ved toalettbesøk
- 0933 - Hjelpemidler ved vasking, bading og dusjing
- 0933B - Hjelpemidler for barn ved vasking, bading
- Y1 - Yrkesklær/sko

Forflytning
- 1203 - Ganghjelpemidler
- 1212 - Biltilpasninger
- 1218 - Sykler
- 1221 - Rullestoler – manuelle og elektriske
- 1221B - Rullestoler for barn
- 1224 - Tilleggsutstyr for rullestoler
- 1227 - Øvrige kjøretøyer
- 1227A - Øvrige kjøretøyer. skilator/rullator m/ski
- 1230 - Overflyttingshjelpemidler
- 1233 - Vendehjelpemidler
- 1236 - Løftehjelpemidler
- 1503 - Hjelpemidler til matlagingen
- 1509 - Spise- og drikkehjelpemidler
- 1512 - Rengjøringshjelpemidler
- 1803 - Bord
- 1809 - Sittemøbler
- 1812 - Senger
- 1815 - Høydeinnstillbare/regulerbare tilsatser til møbler
- 1818 - Støtteanordninger
- 1821 - Dør-, vindus- og gardinåpnere/-stengere
- 1830 - Heiser, løfteplattformer, trappeheiser og ramper
- S 1 - Utvikling og spesialtilpasning av tekn. hj.midler
- 1833 - Sikkerhetsutstyr til boliger og andre lokaler
- 1836 - Oppbevaringsmøbler
- K 1 - Kontor-/institusjonsmøbler

Kommunikasjon/informasjon/varsling
- 2103 - Optiske hjelpemidler
- 2109 - Tilbehør til datamaskiner, skrivemaskiner og kalkulatorer
- 2110 - Kognitive hjelpemidler
- 2127 - Ikke-optiske lesehjelpemidler
- 2136 - Telefoner og telefoneringshjelpemidler
- 2139 - Lydoverføringssystemer
- 2142 - Samtalehjelpemidler ved nærkommunikasjon
- 2144 - Gyngeterapi
- 2145 - Høreapparater
- 2146 - Hørseltekniske hjelpemidler
- 2147 - Sovehjelpemidler
- 2148 - Varslingshjelpemidler
- 2149 - Posisjoneringsputer
- 2151 - Alarmsystemer
- 2221 - Betjeningshjelpemidler IKT

Transportering (flytting, løfting)
- 2412 - Hjelpemidler for omgivelseskontroll
- 2418 - Greptilpasninger og hjelpemidler som støtter og/eller erstatter hånd- og/eller fingergrep
- 2436 - Transporthjelpemidler
- 3003 - Leker
- 3006 - Spill
- 3009 - Mosjons- og idrettsutstyr

Hjelpemidler for barn
- B.ADL - Adl- hjelpemidler
- B.ERG - Ergonomi for barnehageansatte
- B-LØF - Løftehjelpemidler for barn
- B-KOM - Kommunikasjons-hjelpemidler for barn
- B.MOS - Mosjons- og idrettsutstyr
- B.ROL - Rullatorer
- B.SEN - Senger for barn
- B.SPO - Sport- og fritidsprodukter
- B.STI/SAN - Stimulering/ sansemotorikk
- B.SYK - Sykler
- SYNSTEKNISKE HJELPEMIDLER

Ekstra rekevidde i livet!

Elio er en ny serie sammenleggbare elektriske rullestoler laget for deg som kan gå, bare ikke langt nok til å leve det livet du ønsker. Stolen gir deg avlastning, slik at du kan bruke energien på det som betyr mest.