

Kjennetegn, styrker og utfordringer ved norske kommuneergoterapeuters praksis

Av Linda Stigen, Cathrine Arntzen, Sissel Horghagen, Unni Sveen, Astrid Gramstad & Tore Bonsaksen

Linda Stigen er ergoterapeut og førsteamanuensis ved Institutt for helsevitenskap, NTNU Gjøvik. E-post: linda.stigen@ntnu.no.

Cathrine Arntzen er ergoterapeut og professor ved Institutt for helse- og omsorgsfag, Norges arktiske universitet UiT.

Sissel Horghagen er ergoterapeut og førsteamanuensis ved Institutt for nevro-medisin og bevegelsesvitenskap, NTNU.

Unni Sveen er ergoterapeut og professor ved Institutt for ergoterapi og ortopedi-ingeniørfag, OsloMet.

Astrid Gramstad er ergoterapeut og førsteamanuensis ved Institutt for helse- og omsorgsfag, Norges arktiske universitet UiT.

Tore Bonsaksen er ergoterapeut og professor ved Seksjon for psykisk helse og rehabilitering, Høgskolen i Innlandet.

Sammendrag

Samhandlingsreformen har reformert kommunehelsetjenesten, og etter implementeringen i 2012 har ergoterapeuter i norske kommuner fått nye utfordringer. I tillegg til kommunereformen, som ble iverksatt 1. januar 2020, ble ergoterapi da en lovpålagt tjeneste i kommunehelsetjenesten. Med bakgrunn i dette ble det i 2017 igangsatt et nasjonalt prosjekt som hadde til hensikt å beskrive kommunal ergoterapi i sammenheng med politiske føringer, lokale forhold og prioriteringer som styrer ergoterapipraksis og kompetanse i bestemte retninger. En spørreundersøkelse gikk ut til ergoterapeuter ansatt i kommunehelsetjenesten, i tillegg til at det ble gjennomført fokusgruppeintervjuer med 10 kommuneergoterapeuter. Basert på datamaterialet fra spørreundersøkelsen og intervjuene er til nå seks artikler publisert i internasjonale vitenskapelige tidsskrifter. Denne artikkelen vil diskutere noen overordnede tematikker fra disse arbeidene. Formålet er å beskrive kommuneergoterapeuters praksis og arbeidsvilkår da datainnsamlingen ble gjennomført i 2017.

Nøkkelord: kommunal ergoterapi, samhandlingsreformen, hjelpemiddelformidling, kommunereform

Det er ingen interessekonflikter knyttet til denne artikkelen.

BAKGRUNN

Samhandlingsreformen har endret kommunehelsetjenestens innhold, struktur og arbeidsvilkår. Kommunenes helse- og omsorgstjeneste skal i dag være grunnmuren i den norske helsetjenesten. Det skal være flere og bedre tjenester der pasientene bor, og helsetjenestene skal være mer spesialiserte. De politiske føringene i Samhandlingsreformen er også i tråd med endringer i helsetjenestene globalt, hvor man ser en stor økning i antall eldre mennesker i forhold til befolkningen som helhet, og sykdomsutfordringer i årene som kommer (1). Dette påvirker også ergoterapeuters yrkesutøvelse i kommunene, og sett i et historisk perspektiv er satsningen på kommuneergoterapitjenester i befolkningen ny.

Ergoterapifaget ble etablert i USA for over 100 år siden og har, som andre fag, blitt preget av verdenshendelser, personligheter, faglige interesser og politiske og sosioøkonomiske strømninger (2). I Norge var det psykiatriske sykehus som først ansatte ergoterapeuter, og etter hvert ble også somatiske sykehus og sykehjem arbeidsplasser for ergoterapeuter. På slutten av 1970-tallet ble det politisk diskutert hvorvidt det var nødvendig med flere yrkesgrupper i hjemmebaserte tjenester, i tillegg til sykepleie, på grunn av brukernes differensierte behov. En evalueringsrapport fra Sosialdepartementet i 1981 konkluderte blant annet med at 25 prosent av brukerne som mottok hjemmetjenester, hadde behov for ergoterapi (3).

Da Lov om helsetjenesten i kommunene trådte i kraft i 1984, ble ergoterapi ikke vurdert som en lovpålagt tjeneste, blant annet på grunn av lav utdanningskapasitet og få ergoterapeuter i landet (4). Fra begynnelsen av 70-tallet og utover 80-tallet var altså hjemmebasert ergoterapi lite utbygget. Ergoterapeuter var mangelvare, og det var vanskelig å rekruttere folk til stillingene, men innen 1987 var kommuneergoterapi etablert i 11 prosent av norske kommuner (5). Med implementering av Samhandlingsreformen i 2012 fikk ergoterapeuter i norske kommuner nye utfordringer (1, 6, 7). Med Samhandlingsreformen tildeles kommunene en større og mer sentral rolle i å ivareta innbyggernes behov for helsetjenester (1). Innovasjon i kommunene fremholdes som et klart politisk grep for å imøtegå framtidens behov for tjenester. Innovasjon er beskrevet som å iverksette noe nytt som skaper verdi for innbyggerne og for samfunnet, og innovasjon kan åpne for å tenke nytt om hvordan Norge kan løse store samfunnsoppgaver og utvikle offentlig sektor, og på den måten bidra til langsiktig og bærekraftig effektivitet (8).

I 2019 var det registrert 2439 ergoterapeuter i norske kommuner (9), som er en økning på 441 stillinger de siste fem årene (10, 11). En politisk initiert kommunereform for å redusere antall kommuner ble iverksatt første januar 2020. Som resultat av denne ble 475 kommuner redusert til 356. I alt 119 kommuner slo seg sammen og dannet 49 nye. Før sammenslåingen hadde 406 av 475 kommuner (84 prosent) ergoterapistillinger. Samtidig med den nye kommunereformen ble ergoterapi fra første januar 2020 en lovpålagt tjeneste i norske kommuner (8). Det vil si at alle kommuner nå er pliktige til å tilby ergoterapi til innbyggere som har behov for det (12). Det foreligger per i dag ikke oppdaterte tall på hvor mange kommuner som ikke har ergoterapistillinger.

Flere nasjonale studier har i de siste årene fokusert på ergoterapi i kommunehelsetjenesten. Temaer som har vært undersøkt, er knyttet til ergoterapi for personer med kognitiv svikt (7, 10, 13), hva kommuneergoterapeuter ser for seg at det er viktig å forske på (14), og ikke minst utfordringer de opplever i arbeid med brukere, andre faggrupper og tjenestens rammebetingelser (15). Internasjonale studier understreker hvor viktig forståelse av ergoterapeuters kompetanse (på alle nivåer) er for å få forvaltet den kompetansen de besitter, til det beste for brukerne og pårørende (16, 17). Andre studier framhever betydningen av å markedsføre ergoterapi for å gjøre ergoterapeuters bidrag mer synlige (18, 19), og for at ergoterapeuter skal få mulighet til å benytte bredden i kompetansen sin (3). Kommuneergoterapeuter beskriver at de opplever utfordringer med å kommunisere kompetansen sin, og at andres forventninger til ergoterapitjenester ikke nødvendigvis stemmer overens med ergoterapeuters egen forståelse av tjenestene som skal utføres (7, 15, 20). En studie med mål om å identifisere og prioritere relevante temaer for forskning innen kommunehelsetjenesten viste at ergoterapeuter ser behov for forskning på for eksempel ergoterapeutiske intervensjoner knyttet til personer med kognitiv svikt, hverdagsrehabilitering, ME/CFS og helsefremmende og forebyggende arbeid (14).

Vi vet altså litt om kommuneergoterapeuters erfaringer og utfordringer knyttet til sin praksis, men det foreligger begrenset oversikt over ergoterapitilbudet i norske kommuner med hensyn til omfang, hvilket felt ergoterapeuter arbeider innenfor, og hvilke arbeidsoppgaver og prioriteringer som kjennetegner tjenesten. Med bakgrunn i dette ble det i 2017 igangsatt et nasjonalt prosjekt som hadde til hensikt å beskrive

kommunal ergoterapi i sammenheng med politiske føringer, lokale forhold og prioriteringer som styrer ergoterapipraksis og kompetanse i bestemte retninger. I prosjektet var det ønskelig å undersøke ergoterapitilbudet før og etter at ergoterapi ble en lovpålagt tjeneste i norske kommuner fra 2020. Prosjektet har fått navnet Kommune-Ergoterapi-studien (KE-studien) og har som helhet et følgeforskningsdesign. Følgeforskning innebærer å foreta systematisk innsamling av data med siktemål om å analysere virkninger av en endring innenfor et bestemt område over tid (21). Tidsrommet som disse endringene skjer innenfor, er de siste årene før og etter at ergoterapi innføres som en lovpålagt helsetjeneste i kommunene. Prosjektperioden er fra 2017 til 2024. Denne artikkelen vil sammenstille hovedresultatene fra artiklene som til nå er publisert etter den første datainnsamlingen i 2017, og videre drøfte noen utvalgte overordnede tematikker som vi mener har særlig relevans for utøvelse av framtidens kommuneergoterapi.

DESIGN OG METODE FOR KE-STUDIEN

Delstudiene som presenteres her, stammer fra prosjektets fase 1 og tar utgangspunkt i to ulike former for datainnsamling. Prosjektgruppen hadde sitt utspring i redaksjonskomiteen i Ergoterapeuten og besto hovedsakelig av ergoterapeuter innen akademia som hadde ulike forskningsinteresser. I tillegg var leder av redaksjonskomiteen Cathrine Hagby og redaktør av Ergoterapeuten Else Merethe Thyness med i gruppen. I mai 2017 ble en spørreundersøkelse sendt ut til 1767 ergoterapeuter som var: (i) medlemmer av Ergoterapeutene og (ii) registrerte som tilhørende KS-området.

Undersøkelsen omfattet spørsmål om deltakernes bakgrunn, om kommunen eller bydelen hvor de arbeidet, om ergoterapitjenesten og dens organisering, om stillingen til den enkelte deltaker, samt om dennes arbeidsområder og samarbeid med andre. I alt 561 ergoterapeuter besvarte alle spørsmålene. Spørreundersøkelsen har så langt gitt datamateriale til fire av studiene som presenteres her (22-25).

Det ble i tillegg gjennomført fokusgruppeintervjuer med ti kommuneergoterapeuter, hvor temaene var: beskrivelse og vurdering av egen praksis, samarbeid og samhandling, kompetansebehov, grad av autonomi i utforming av tjenesten, ressurser, faglig innhold, kompetanse, utfordringer og tanker om hvordan tjenesten kan forbedres, samt prioriteringer og dilemmaer knyttet til deres praksis. Fokus-

Studie	Forfattere	Tittel	Tidsskrift
1	Bonsaksen, Sveen, Dolva, Horghagen, Thyness, Hagby & Arntzen, 2018	Perceived Influence on Service Goals Among Community-Working Occupational Therapists in Norway	<i>Journal of Primary Care & Community Health</i>
2	Bonsaksen, Dolva, Hagby, Sveen, Horghagen, Thyness & Arntzen, 2018	Involvement in Research and Development Projects Among Community-Working Occupational Therapist in Norway	<i>Occupational Therapy in Health Care</i>
3	Bonsaksen, Dolva, Horghagen, Sveen, Hagby, Arntzen, 2019	Characteristics of community-based occupational therapy: Results of a Norwegian survey	<i>Scandinavian Journal of Occupational Therapy</i>
4	Arntzen, Sveen, Hagby, Bonsaksen, Dolva & Horghagen, 2019	Community-based occupational therapy in Norway: Content, dilemmas, and priorities	<i>Scandinavian Journal of Occupational Therapy</i>
5	Bonsaksen, Dolva, Horghagen, Sveen, Hagby & Arntzen, 2019	Community-Working Occupational Therapists Serving as Fieldwork Supervisors: Characteristics and Associated Factors	<i>The Open Journal of Occupational Therapy</i>
6	Horghagen, S. et al. (2020)	Generalist, specialist and generic positions experienced by occupational therapists in Norwegian municipalities	<i>The Irish Journal of Occupational Therapy</i>

Tabell 1 er en oversikt over de seks artiklene som foreløpig inngår i studien.

gruppeintervjuene har gitt datamateriale til to av studiene som presenteres her (26, 27). Deskriptive analyser av kvantitative data ble brukt for å beskrive utvalget i spørreundersøkelsen. Fokusgruppeintervjuene ble tatt opp på bånd og transkribert. Analysemetoden systematisk tekstkondensering, utviklet av Malterud (28), ble benyttet i en tverrgående analyse av temaer fra intervjuene. Mer detaljert beskrivelse av analysene er presentert i originalartiklene.

Resultatene fra de seks originalartiklene som

Nøkkelord	Forsknings spørsmål	Metode	Resultater
Assistive technology, community-based practice, job satisfaction, occupational therapy	Undersøke opplevd påvirkning kommuneergoterapeutene hadde på tjenestemål i deres organisasjoner Kartlegge sosiodemografiske og arbeidsrelaterte faktorer som var assosiert med opplevd nivå av påvirkning	Spørreundersøkelse Frekvenser & prosent, tester for å identifisere signifikansnivå mellom variabler	<ul style="list-style-type: none"> • Opplevd påvirkning varierte fra «lite» til «middels» • Menn opplevde mer påvirkning • Mastergrad og deltakelse i FoU førte til større grad av påvirkning • Arbeid med tekniske hjelpemidler førte til mindre grad av påvirkning
Assistive technology, community-based, project involvement, reablement, research and development	Å undersøke deltakelse i forsknings- og fagutviklingsprosjekter og faktorer assosiert med deltakelse Å klassifisere og rangere temaer i pågående og ønskede forsknings- og utviklingsprosjekter	Spørreundersøkelse Frekvenser & prosent, tester for å identifisere signifikansnivå mellom variabler	<ul style="list-style-type: none"> • 245 (43,7 %) deltok i prosjekt- og fagutviklingsarbeid • 220 (69,6 %) av dem som ikke deltok, ønsket å delta • Deltakelse avtok med alder • Deltakelse økte med arbeidserfaring og å ha videreutdanning
Assistive technology, local healthcare, municipalities, primary care	Å karakterisere ergoterapi i kommunehelsetjenesten, inkludert aspekter av ergoterapeutenes praksis og kommunene hvor de jobbet	Spørreundersøkelse Frekvenser & prosent, tester for å identifisere signifikansnivå mellom variabler	<ul style="list-style-type: none"> • 93 % kvinner, gj.sn alder 42 år • Gj.sn arb.erf 16,5 år • 48 % av tiden brukt på klientrettet arbeid • 87 % jobber med hj.mdl • 51 % av tiden brukes på hj.mdl • 33 % ikke samlokalisert med andre ergoterapeuter
Primary care, health care services, occupational therapy practice, qualitative study, assistive devices	Å undersøke hvordan kommuneergoterapeuter posisjonerte seg selv i forhold til oppgavene de utførte	Fokusgruppeintervju Systematisk tekst-kondensering	4 idealtyper: <ul style="list-style-type: none"> • Allrounderen • Brannslukkeren • Innovatøren • Hjelpemiddelformidleren
Community-based, fieldwork, occupational therapy, students, supervision	Å generere kunnskap om faktorer som var assosiert med å være praksisveileder blant kommuneergoterapeuter	Spørreundersøkelse Frekvenser & prosent, tester for å identifisere signifikansnivå mellom variabler	<ul style="list-style-type: none"> • 156 (27,8 %) hadde vært veileder for minst én student siste år • Å være samlokalisert med andre ergoterapeuter økte sjansen for å være veileder
Community-based occupational therapy practice, Generalist, Specialist, Generic role, Health care, Core knowledge	Å utforske hvordan ergoterapeuter i kommunehelsetjenesten har utformet sine roller etter innføringen av Samhandlingsreformen	Fokusgruppe intervju Systematisk tekst-kondensering	4 tema: <ul style="list-style-type: none"> • Eksterne faktorer som rammer og former ergoterapeuters rolle i kommunen • Styrker og dilemma ved generalistrollen • Den problematiske generiske posisjonen • Styrker og dilemma ved spesialistposisjonen

presenteres i denne artikkelen, ble analysert med en overordnet tematisk analyse (29). Det vil si at artiklene ble undersøkt på tvers for å finne temaer som kunne gjenkjennes i de ulike studiene. De tverrgående temaene blir presentert i diskusjonen.

HOVEDFUNN FRA DATAINNSAMLING I 2017

Det har til nå blitt publisert seks artikler i internasjonale vitenskapelige tidsskrifter basert på materialet som kom fram gjennom datainnsamlingen. Tabell 1

viser en sammenfatning av de ulike artiklene med referansehenvisning, forsknings spørsmål, metode for datainnsamling og dataanalyse, i tillegg til hovedresultatene. Se tabell 1.

Resultatene fra spørreundersøkelsen (artikkel 1, 2, 3 og 5) viser at det var flest kvinner som deltok, og at de hadde en gjennomsnittlig arbeidserfaring på 16,5 år. De rapporterte at de brukte omtrent halvparten av arbeidstiden sin på direkte brukerarbeid. For mange var arbeid med hjelpemiddelformidling

en hovedoppgave, som de brukte omtrent halvparten av tiden sin på. Av deltakerne rapporterte 94,5 prosent at deres høyeste utdanning var bachelorgrad, mens 5,5 prosent hadde mastergrad. Litt over halvparten, 53,3 prosent, rapporterte at de hadde videreutdanning, og 3,6 prosent hadde spesialistgodkjenning (23). Halvparten av deltakerne rapporterte at de deltok i forskning og utviklingsprosjekter. Analysene viste at de deltakerne i studien som var yngre, dem som hadde videreutdanning, og de med lang yrkeserfaring deltok oftere i forskning og utviklingsprosjekter. Temaene for prosjektene handlet i hovedsak om hverdagsrehabilitering og formidling av hjelpemidler. Av deltakerne som ikke var involvert i prosjekter, ønsket cirka 70 prosent å få muligheten til å bli det (22). Å ha en mastergrad, å være involvert i forskning og utviklingsprosjekter og ikke å jobbe med hjelpemidler viste seg gjennom analysene å være assosiert med høyere opplevd innflytelse på tjenestemål (25). Av deltakerne i undersøkelsen hadde 156 veiledet student det siste året. Sjansen for å være veileder økte dersom man jobbet fysisk sammen med andre ergoterapeuter (24). En liten del av deltakerne (3,4 prosent) jobbet i kommuner som hadde blitt sammenslått, men flere (27 prosent) jobbet i kommuner hvor det var tatt en avgjørelse om sammenslåing og forberedelser var i gang (23).

I fokusgruppeintervjuene (artikkel 4 og 6) beskrev deltakerne innholdet, dilemmaer og prioriteringer i sin praksis (26). De beskrev rollene sine som generalister, spesialister og generiske ergoterapeuter og styrker og dilemmaer knyttet til disse (27). De poengterte samtidig ulike eksterne faktorer som rammet inn og formet rollen deres i kommunehelsetjenesten. Basert på deltakernes beskrivelse av egen praksis identifiserte forskerne fire forskjellige idealtyper – allrounder, brannslukker, innovatør og hjelpemiddelformidler – som tjener til å få fram særtrekk og dilemmaer knyttet til dagens kommuneergoterapipraksis (26). I fokusgruppeintervjuene var tendensen at ergoterapeutene fra små, landlige kommuner så på seg selv som generalister og allroundere, mens de fra mer folkerike kommuner og byer erfarte større grad av spesialisering og spissing av egen praksis (27).

Resultatene fra dette prosjektet så langt illustrerer ulike sider ved kommuneergoterapeutenes praksis, de kontekster de arbeider innenfor, og dilemmaer de opplever knyttet til sitt arbeid. Når man ser på de seks artiklene samlet, virker det som deltakerne

har opplevd en utvikling av arbeidsoppgaver knyttet til implementering av samhandlingsreformen. De opplever utfordringer knyttet til hjelpemiddelformidling, utilstrekkelig autonomi og at de ofte er alene som ergoterapeut i en kommune. Det kommer også fram at mulighetene for fag- og kompetanseutvikling er noe som deltakerne ser på som viktig. Etter en gjennomgang av studienes samlede resultater identifiserte vi fem overordnede tematikker som vi mener beskriver kommuneergoterapeuters praksis og arbeidsvilkår. Vi vil i det følgende løfte fram og drøfte følgende temaområder: «nye roller etter implementering av Samhandlingsreformen», «utfordringer knyttet til hjelpemiddelformidling», «utilstrekkelig autonomi», «alene som ergoterapeut i en kommune» og «behov for innovasjon og fagutvikling».

NYE ROLLER ETTER IMPLEMENTERING AV SAMHANDLINGSREFORMEN

Studiene får fram at det å arbeide som kommuneergoterapeut kan være utfordrende, men at det også er en posisjon som gir muligheter. Å være kommuneergoterapeut er en meningsfylt, givende og spennende posisjon å ha. Dilemmaer som løftes fram av deltakerne, er blant annet knyttet til ulike posisjoner (generisk, generalist og spesialist) man identifiserte seg med (27).

Rollen som kommuneergoterapeut er under press etter implementeringen av Samhandlingsreformen i 2012, og dette presset opplevdes som en individuell kamp som ikke har blitt adressert på et strukturelt eller politisk nivå (27). Brukere skrives tidligere ut fra sykehusene enn før, og det var forventet at ergoterapeuter i kommunehelsetjenesten skulle utføre spesialiserte tjenester, uten at det nødvendigvis tilrettelegges for å utvikle mer spesialisert kompetanse. Samtidig opplever mange at de nettopp som kommuneergoterapeuter skal være generalister, og at styrken i det er muligheten til omstilling og variasjon i oppgaver og roller (27).

Mange kommuneergoterapeuter som jobbet i små kommuner hvor de har ansvar for alt av ergoterapioppgaver, så på seg selv som «all-roundere» (26). Å identifisere seg som en generalist eller allrounder reiser imidlertid atskillige dilemmaer, og ett handler om grader av kompetanse. Når man har ansvar for alt av ergoterapifaglige tjenester i kommunen, er det begrenset hvor mye spesialisert kunnskap og erfaring man har anledning til å bygge opp. Samhandlingsreformen og kravet som rettes til kommunene

om å tilby rette tjenester, til rett tid og på rett sted, vil kunne utfordre denne posisjonen. Vil det holde å være generalister, eller vil det bli behov for mer spesialisering gjennom de stadig nye og mer komplekse oppgavene som tillegges kommunale tjenester?

Å være generalist eller «all-rounder» er noe som er verdsatt av ergoterapeuter, og det er en rolle som beskrives med en høy grad av autonomi, selvstendighet og frihet (26). Samhandlingsreformen la til grunn at den forventede veksten i behov i en samlet helsetjeneste i størst mulig grad måtte finne sin løsning i kommunene. Den hadde søkelys på at det var datidens og framtidens helse- og omsorgsutfordringer som sto i fokus. I Samhandlingsreformen ble det understreket at kommunene skal sørge for en helhetlig tenkning med forebygging, tidlig intervensjon, tidlig diagnostikk, behandling og oppfølging, slik at helhetlige pasientforløp i størst mulig grad kan ivaretas innenfor beste effektive omsorgsnivå (1). For å være i stand til dette er det behov for mer spesialisert kompetanse, men dette bør ikke nødvendigvis være etter mal fra spesialisthelsetjenesten. Det må utvikles helt andre måter å forvalte spesialisering på, som passer inn i den kommunale konteksten, og som tar høyde for variasjon i vilkår, slik en av studiene påpeker (26).

HJELPEMIDDELFORMIDLING

I fokusgruppeintervjuene beskrev deltakerne at de hadde ulike forhold til hjelpemiddelformidling. Noen beskrev hjelpemiddelformidling som sin kjernevirksomhet, mens andre var opptatt av å synliggjøre andre sider ved ergoterapipraksisen enn det ledere og andre faggrupper oppfattet som en vanlig eller tradisjonell ergoterapioppgave, slik det også er beskrevet i tidligere forskning (7, 13). Fokus på og problematikker rundt hjelpemiddelformidling understøttes også av at så mange som 87 prosent av deltakerne i spørreundersøkelsen rapporterte at de formidlet og tilpasset hjelpemidler, og i gjennomsnitt ble 51 prosent av tiden deres brukt til dette (24).

I fokusgruppeintervjuene kom det fram at ergoterapi fremdeles assosieres med hjelpemidler av folk flest, og deltakerne hadde ulike meninger om dette. Hjelpemiddelformidling var for noen en viktig ferdighet som ga en klar posisjonering opp mot andre faggrupper, mens det for andre var betraktet som bare en av flere mulige løsninger. Noen posisjonerte seg tydelig i rollen som ekspert på hjelpemidler og fysisk tilpasning og anså det for å være deres sentrale rolle, mens de fleste plasserte seg utenfor dette og opplev-

de en slik rolle som lite tilfredsstillende. Et sterkt ytre press og tydelige forventninger fra andre faggrupper eller ledere om å formidle og tilpasse hjelpemidler var utfordringer flere deltakere erfarte (26). I tillegg til at mange opplevde oppgaven som lite tilfredsstillende, viste spørreundersøkelsen at personer som formidlet og tilpasset hjelpemidler opplevde mindre grad av påvirkning på tjenestene (20).

Tidligere studier har vist at det ergoterapeuter gjør i praksis, ofte er preget av andres forventninger til hva man skal gjøre (7, 30, 31). Henvisningene som ergoterapeuter mottar, definerer ofte hva som blir sett på som ergoterapeutens ansvar, og bidrar derfor til å regulere hva de velger å bruke tid på. I fokusgruppene kom det fram at ergoterapeuter av og til mottar henvisninger fra annet fagpersonell som mente at brukere trengte et spesifikt hjelpemiddel, og det harmonerte ikke bra med ergoterapeutenes arbeidsmetoder og selvbilde (26). Å ta ansvar for og gjennomføre oppgaver som ingen andre ser på som sitt ansvar, har blitt kalt «gap-filling» (31), og arbeid med hjelpemiddelformidling kan i noen tilfeller oppleves av ergoterapeuter på denne måten (7, 26). Man bør imidlertid reflektere rundt hvorvidt det er hensiktsmessig å prioritere å bruke ergoterapeuters kompetanse på denne måten. Man burde kanskje heller arbeide for å benytte ergoterapeuters kompetanse på flere områder i tillegg til hjelpemiddelformidling for å levere gode, helhetlige kommunale helsetjenester til innbyggerne. Ergoterapeuters kompetanse er innrettet på å understøtte mestring av hverdagsaktiviteter. Aktivitetsanalyse er i så måte en sentral og særfaglig arbeidsmetodikk for å kartlegge aktivitetens mening og betydning. Bruk av aktivitetsanalyse bidrar også til å avdekke aktivitetsmuligheter og hindringer på individ og omgivelsesnivå (32). Den ergoterapifaglige grunnmetodikken, som er ment å sikre en helhetlig og personsentrert faglig tilnærming, kan bli vanskelig å utføre hvis kommuneergoterapeuter ender opp som forvaltere av deloppgaver definert og bestilt av andre faggrupper og ledere, som en studie peker på (26). Den faglige og helhetlige vurderingen står i fare for å falle bort hvis ergoterapeutene blir «gap-fillers».

UTILSTREKKELIG AUTONOMI

Tuntland (3) fant allerede i 1998 at ergoterapeuter i kommunene ofte jobber alene, og at de ikke opplevde at de fikk utnyttet kompetansen sin på best mulig måte på grunn av andres forventninger til hva de skulle gjøre (3). Gramstad og Nilsen (15) rapporterte



Aktivitetsvitenskap og forskning har gitt ergoterapi en sterkere teoretisk forankring. Foto: Trygve Stigen.

at kommuneergoterapeuter opplever utfordringer med å kommunisere sin kompetanse til andre, og at andres forventninger til deres rolle ikke stemmer overens med deres egen forståelse av hva man gjør som ergoterapeuter. Dette stemmer godt overens med funn fra fokusgruppeintervjuene (26, 27).

Er det slik at ergoterapeuter ikke har vært gode nok til å synliggjøre faggruppens kompetanse, ettersom ergoterapeuter fremdeles erfarer at både brukere og samarbeidspartnere kan se ut til å ha en oppfatning av hva som er vårt ansvar som ikke alltid samsvarer med ergoterapeuters syn eller oppfatning (7, 15, 26)? Mattingly og Fleming beskrev allerede i 1994 at ergoterapeuter uttrykte bekymring rundt hvorvidt ergoterapeutiske intervensjoner ble sett på som «profesjonelle» nok i deres kollegers øyne. I tillegg har aktivitetsperspektivet i ergoterapi blitt kritisert for ikke å være vitenskapelig nok, men heller vurdert som noe dagligdags som ikke er verd å problematiseres (33). Med innføring av aktivitetsvitenskap og forskning knyttet til dette, har ergoterapi og betydningen av aktivitetsperspektivet imidlertid fått en sterkere teoretisk forankring. Selv om det rapporteres at ergoterapeuter har vansker med å formidle sin kompetanse til andre faggrupper (15), har vi nå et sterkere teoretisk fundament for å forankre tiltak vi igangsetter knyttet til aktivitetsperspektivet, og dette kan muligens gjøre det enklere for oss å argumentere for viktigheten av å fokusere på dette perspektivet i praksisutøvelsen. Her i Norge er det mange flere som forsker innenfor ergoterapeuters praksis i kommunehelsetjenestene enn for bare fem år siden, og dette gir et mulighetsrom også for kommuneergoterapeuter til å ta del i ulike

studier. Spørreundersøkelsen viste at rundt halvparten av deltakerne var involvert i FoU-prosjekter, og av dem som ikke var det, ønsket 70 prosent å bli involvert (22). Som et resultat av dette kan man anta at fagets egenart, autonomi og legitimitet vil kunne synliggjøres og styrkes på den nasjonale arenaen i årene som kommer. Faggruppen og utdannings- og forskningsinstitusjonene har slik sett et stort ansvar for å utvikle og synliggjøre tjenesten i tråd med nasjonale føringer.

Både fokusgruppeintervjuene (26) og tidligere forskning (7) viser til at ergoterapeuter opplever misforståelser rundt hvordan ergoterapeuters kompetanse skal forstås, og hva man skal bruke den til. Dette er interessant og kan henge sammen med mange forhold, som at faggruppen er liten og har få ansatte ute i de kommunale tjenestene, og at en ikke har kommet ut av stereotype oppfatninger av hva ergoterapi er. Forskning, dokumentasjon samt langsiktige og helhetlige planer for markedsføring og profilering av hva kommuneergoterapi er og skal være i framtiden, kan bidra til å styrke profesjonens autonomi.

ALENE SOM ERGOTERAPEUT I EN KOMMUNE

Spørreundersøkelsen viste at så mange som 33 prosent av deltakerne ikke var samlokalisert med andre ergoterapeuter (23). Det vil altså si at ganske mange ergoterapeuter jobber alene, uten noen å diskutere ergoterapifaglige problemstillinger med. Det vil også si at de heller ikke hadde noen andre ergoterapeuter å dele oppgavene med.

I fokusgruppene kom det fram at noen av deltakerne så på seg selv som brannslukkere. Denne rollen ble beskrevet som preget av tilfeldigheter, mangel på planlegging og prioritering, og at de ble involvert relativt sent i tiltaksprosesser (26). Ergoterapeuter fra små kommuner identifiserte seg ofte med en slik rolle, da de i mange tilfeller var den eneste ergoterapeuten i kommunen, og brannslukking derfor var den eneste løsningen. Brannslukkerne beskrev at tid var en begrensning. I tillegg møtte de utfordringer som lange ventelister og dårlig samvittighet over ikke å rekke over alt de skulle ønske (26). Å prioritere og sette grenser for hva de engasjerte seg i, var utfordrende, i tillegg til å skulle følge opp henvisninger fra spesialisthelsetjenesten. Spesifikt ble det understreket et behov for mer kompetanse og bedre tid knyttet til personer med kognitive utfordringer (26), som tidligere studier også har vist (7, 10, 13, 14). At kommuneergoterapeuter mangler kompetanse og

ser et behov for å utvikle denne, har kommet fram i tidligere studier (7, 10, 13, 14, 20).

Den generiske posisjonen ble diskutert i fokusgruppeintervjuene og ble beskrevet både som en utfordring og en fallgrube, men deltakerne framhevet også denne posisjonens styrke (27). Styrken viser til at ergoterapeuter er dyktige til å jobbe i tverrfaglige team. En fallgrube kan det derimot være dersom man blir sett på som lik de andre på laget og med den samme kompetansen. En fallgrube for ergoterapeuter i den generiske posisjonen kan også være at de i mindre grad får muligheter til å utvikle egne fagspesifikke kompetanser. En generisk posisjon kan føre til at man blir usikker på hvordan man kan definere sin unike posisjon i et tverrfaglig team. Usikkerheten kan påvirke brukerne dersom ergoterapeutene er uklare med tanke på hvordan de definerer sine roller og hvilket ansvar de har (34). Ergoterapeuter må være klar over sin rolle i tverrfaglige team, og myten om at man må være like i slike team, begrenser verdien av forskjellene. Team som verdsetter forskjeller, vil kunne utvikle effektive samarbeidsforhold med klientsentrerte tilnærminger (35). Det kan imidlertid være lett å føle et behov for å passe inn i resten av teamet når man kanskje jobber som den eneste ergoterapeuten i kommunen. Det er likevel en grunn til at tverrfaglige team består av ulike faggrupper. Ergoterapeuter burde heller styrkes i sin yrkesidentitet for å kunne komme med sitt unike bidrag enn å gå inn i en rolle hvor man gjør det samme som de andre.

Norge er geografisk et stort land med mange kommuner. Med kommunereformen i 2020 har vi nå 356 kommuner, som sammen har ansvar for å tilby gode og likeverdige tjenester (36). Det er imidlertid fremdeles kommuner som ikke har ergoterapeuter ansatt, i tillegg til at mange kommuner har ergoterapeuter i små stillinger. Så mange som 33 prosent av deltakerne i spørreundersøkelsen var som sagt ikke samlokalisert med andre ergoterapeuter. Dette gjør at den ergoterapifaglige hverdagen kan bli ganske ensom. Ergoterapiforbundet igangsatte høsten 2019 et nettbasert kurs for kommuneergoterapeuter, hvor deltakerne ble delt inn i refleksjonsgrupper hvor hensikten var å diskutere og koble temaer fra forelesningene opp mot sin egen praksis (37). Å bygge slike nettverk på tvers av kommuner kan være en strategi for at ergoterapeuter som jobber alene som ergoterapeut i sin kommune, kan delta i faglig utvikling sammen med andre ergoterapeuter og på den måten få støtte til å utvikle sin faglige identitet.

BEHOV FOR INNOVASJON OG FAGUTVIKLING

I spørreundersøkelsen kom det fram at 44 prosent av deltakerne var engasjert i forskning og fagutviklingsprosjekter. Av dem som ikke deltok i slike prosjekter, ønsket 70 prosent å få muligheten til det (22). Det kom også fram at deltakere som var med i slike prosjekter, opplevde en større grad av påvirkning på hvilke mål som skulle styre virksomheten som de var en del av (25). I fokusgruppeintervjuene kom det fram at rollen som inkluderte å være med på å utvikle tjenestene i nye og mer effektive retninger, ble betegnet som en «innovatør», og dette var en rolle mange av deltakerne identifiserte seg med (26). Å utvikle en følelse av egenverd eller selvtillit kan knyttes til utvikling av kompetanse. Gjennom trening, hardt arbeid og å ta sjanser kan man oppnå økt kompetanse (38). Å delta i faglig utvikling kan gjøre ergoterapeuter i stand til å nå sine mål om økt kompetanse både i arbeid med personer med kognitive utfordringer, som de spesifikt uttrykte et behov for (26), men også med tanke på andre problemstillinger som de jobber med. I tillegg vil ergoterapeuters deltakelse i forskning og utviklingsprosjekter føre til viktige bidrag for samfunnet og helsetjenestene.

Kunnskap kan knyttes til begrepet makt, og forskning viser at personer som opplever kontroll over egne arbeidsoppgaver, opplever mer jobbtilfredshet, har mindre sjanse for å bli utbrente og produserer bedre pasientresultater (39-41). På den andre siden kan personer som opplever at de er maktesløse overfor sine arbeidsoppgaver, også være kontrollert av andre og ikke være i stand til å utnytte sitt fulle potensial og benytte sine kompetanser og ferdigheter (42). Med tanke på Samhandlingsreformens forventning om at kommunene skal ta ansvar for en del arbeidsoppgaver de tidligere ikke har hatt tradisjon for, vil det være naturlig å tenke at kommuneergoterapeuter så vel som kommunene på en generell basis jobber med kompetanseutvikling i årene som kommer. Dette vil igjen kunne virke inn på rollene som generalister versus spesialister, som deltakerne tok opp i fokusgruppeintervjuene.

KONKLUSJON

Funnene i studiene illustrerer styrker og utfordringer ergoterapeutene har i sin praksis. Kommuneergoterapeuter har ulike arbeidsforhold, fra den som arbeider i en halv stilling i en kommune, til de som arbeider i store team i byene. Uavhengig av arbeidsforhold trenger vi å utfordre den generiske posisjonen ergoterapeuter opplever at de noen ganger

har, slik at ergoterapeuter er bevisste sin kjernekompetanse for å kunne promotere faget og utvikle yrkesrollen. Funnene i prosjektet så langt tilsier at flere eksterne faktorer, som nasjonale helsereformer, geografi, ulik befolkningssammensetning og forventninger fra spesielt ledere, utfordrer kommuneergoterapeuter til å utvikle sin profesjonelle rolle. Samhandlingsreformen understreker at en framtidig kommunerolle vil kreve en tydeligere politikktutforming med hensyn til innhold, fagutvikling/kvalitet, kompetanse, utdanning og forskning. Med utgangspunkt i resultatene fra studiene som er presentert i denne artikkelen, vet vi mer nå enn før om arbeidsvilkårene og praksisen til norske kommuneergoterapeuter. Likevel reises nye spørsmål. Det vil bli spennende å se hvorvidt en utvikling av kommunerollen og at ergoterapi ble en lovpålagt tjeneste, i tillegg til forskningsresultatene, vil føre til en endring i selvforståelse og yrkesidentitet for kommuneergoterapeuter. Hvorvidt det vil dannes flere og mer robuste ergoterapifaglige miljøer og nettverk, og om disse vil ha betydning for utøvelsen av faget, er også interessant å følge med på. En planlagt oppfølgingsstudie i 2022 vil sikte mot å etablere mer kunnskap om ergoterapeuters rolle og praksis i tillegg til flere av spørsmålene som har blitt belyst i denne artikkelen. Vi håper at så mange kommuneergoterapeuter som mulig vil ønske å ta del i denne.

Referanser

- Meld. St. 47 (2008-2009). Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid. [Coordination Reform. The right treatment – at the right place – at the right time]. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2008.
- Christiansen C, Heartl K. A Contextual History of Occupational Therapy. In: Boyt Schell BA, Gillen G, editors. Willard & Spackman's Occupational Therapy. 13 ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2019. p. 11-42.
- 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.
- Helse- og sosialtjenesten i lokalsamfunnet. Nyhus P, editor. Oslo: Universitetsforlaget; 1979. 262 s. ill. 4^o p.
- Aas RW, Grotle M. Clients using community occupational therapy services: Sociodemographic factors and the occurrence of diseases and disabilities. *Scand J Occup Ther.* 2007;14(3):150-9.
- Barnes MP, Radermacher H. Neurological Rehabilitation in the Community. *J Rehab Med.* 2001;33(6):244-8.
- 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.
- Meld. St. 30. En innovativ offentlig sektor. Kultur, ledelse og kompetanse [An innovative public sector. Culture, management and competence]. In: Moderniseringsdepartementet DKK-o, editor. Oslo: Det Kongelige kommunal- og moderniseringsdepartementet; 2019-2020.
- SSB Scb. Norwegian occupational therapists 2019 [Available from: <https://www.ssb.no/statbank/table/12191/>].
- 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.
- SSB Scb. 12191: Kommunehelse – supplerende grunnlagstall og nøkkeltall, etter region, statistikkvariabel og år. 2020.
- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) [Law on municipal health- and caringservices (health- and caring services law)], (2011).
- Stigen L, Bjørk E, Lund A. The power of observation. Occupational therapists' experiences of doing observations when assessing people with cognitive impairments. *Scand J Occup Ther* Under review. 2020.
- Gramstad A, Nilsen R. Prioriterte områder for forskning blant kommuneergoterapeuter i Norge. [Prioritized topics for research amongst Norwegian occupational therapists]. *Ergoterapeuten.* 2017(3):36-45.
- Gramstad A, Nilsen R. "Vi blir ikke brukt godt nok" Kommuneergoterapeuters erfaringer med utfordringer i arbeid med brukere og andre faggrupper [“We are not used well enough” Municipal occupational therapists experiences with challenges in their work with clients and other professionals]. *Ergoterapeuten.* 2016(4):30-9. Norwegian.
- Donnelly C, Brenchley C, Crawford C, Letts L. The integration of occupational therapy into primary care: a multiple case study design. *BMC Family Practice.* 2013;14(60):60.
- Muir S. Occupational Therapy in Primary Health Care: We Should Be There. *Am J Occup Ther.* 2012;66(5):506-10.
- Jacobs K. Marketing Occupational Therapy. *Am J Occup Ther.* 1987;41(5):315-20.
- Jacobs K. Innovation to Action: Marketing Occupational Therapy. *Am J Occup Ther.* 1998;52(8):618-20.
- Stigen L. A multifaceted practice? An investigation of methods used among occupational therapists in municipal services when assessing persons with cognitive impairments [PhD thesis]. Oslo: OsloMet Oslo Metropolitan University; 2018.
- Lindøe P, Mikkelsen A, Olsen O-E. Fallgruver i følgeforskning. *Tidsskrift for Samfunnsforskning.* 2002;43(2):191-217.
- 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.
- Bonsaksen T, Dolva A-S, Horghagen S, Sveen U, Hagby C, Arntzen C. Characteristics of community-based occupational therapy: Results of a Norwegian survey. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy.* 2020;27(1):39-46.
- Bonsaksen T, Dolva A, Horghagen S, Sveen U, Hagby C, Arntzen C. Community-Working Occupational Therapists Serving as Fieldwork Supervisors: Characteristics and Associated Factors. *The Open Journal of Occupational Therapy.* 2019;3(7):1-8.

25. Bonsaksen T, Sveen U, Dolva A-S, Horghagen S, Thyness EM, Hagby C, et al. Perceived Influence on Service Goals Among Community-Working Occupational Therapists in Norway. *J Prim Care & Com Health*. 2018;9:2150132718813491.
26. 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;1-11.
27. Horghagen S, Bonsaksen T, Sveen U, Dolva A-S, Arntzen C. Generalist, specialist and generic positions experienced by occupational therapists in Norwegian municipalities. *Irish J Occup Ther*. 2020;48(2):133-46.
28. Malterud K. *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring*. Oslo: Universitetsforlaget; 2011 2011.
29. Aveyard H. *Doing a Literature Review in Health and Social Care. A practical guide*. 3 ed. Berkshire: Open University Press; 2014.
30. Fleming MH, Mattingly C. The Underground Practice. In: Mattingly C, Fleming MH, editors. *Clinical Reasoning Forms of Inquiry in a Therapeutic Practice*. Philadelphia: F.A. Davis Company; 1994.
31. Fortune T. Occupational therapists: Is our therapy truly occupational or are we merely filling the gaps? *Br J Occup Ther*. 2000;63(5):225-30.
32. Crepeau EB, Schell BAB, Gillen G, Scaffa ME. Analyzing Occupation and Activity. In: Schell BAB, Gillen G, Scaffa ME, editors. *Willard & Spackman's Occupational Therapy*. 12 ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2014. p. 234-48.
33. Hasselkus BR. Meaning in Everyday Occupation. In: Hasselkus BR, editor. *The Meaning of Everyday Occupation*. 2 ed. Thorofare, NJ: SLACK Incorporated; 2011.
34. Fox V. Professional Roles in Community Mental Health Practice: Generalist Versus Specialist. *Occupational Therapy in Mental Health*. 2013;29(1):3-9.
35. Fossey E. Effective interdisciplinary teamwork: an occupational therapy perspective. *Australasian Psychiatry*. 2001;9(3):232-5.
36. Regjeringen. *Kommunereform 2020* [Available from: <https://www.regjeringen.no/no/tema/kommuner-og-regioner/kommunereform/id751048/>]
37. Ergoterapeutene. *Deltagelse og mestring for eldre 2019* [Available from: <https://ergoterapeutene.org/nettkurseldre/>]
38. Clark FA. Power and confidence in professions: lessons for occupational therapy. *Can J Occup Ther*. 2010;77(5):264-9.
39. Leiter M, Laschinger H. Relationships of Work and Practice Environment to Professional Burnout 2006. 137-46 p.
40. Laschinger HK, Havens DS. Staff nurse work empowerment and perceived control over nursing practice, Conditions for work effectiveness. *J Nurs Adm*. 1996;26(9):27-35.
41. Manojlovich M, DeCicco B. Healthy work environments, nurse-physician communication, and patients' outcomes. *Am J Crit Care*. 2007;16(6):536-43.
42. Nancarrow SA, Borthwick AM. Dynamic professional boundaries in the healthcare workforce. *Social Health Illn*. 2005;27(7):897-919.

Kunsten
er samspillet mellom
bruken av riktig tilbehør
og individuell tilpasning
for å oppnå best mulig
funksjonalitet.

medemagruppen

MC 1124 Low Rider - Godkjent for bruk i bil og på kontrakt med Nav.
For mer informasjon gå til www.medema.no eller ring oss på 67 06 49 00.