



Ergoterapeuter i fremtidens primærhelsetjeneste: Hva skal de løse, og for hvem? En analyse av helsepolitiske styringsdokumenter

Occupational Therapists in the Future Primary Health Care Service: What Should They Address, and for Whom? An Analysis of Health Policy Documents

Cathrine Arntzen

Professor og faglig leder, Senter for omsorgsforskning nord, Institutt for helse- og omsorgsfag, Norges arktiske universitet UiT Seniorforsker, NOR-klinikken, Universitetssykehuset i Nord-Norge

Ergoterapeut

cathrine.arntzen@uit.no

Tore Bonsaksen

Professor, Seksjon for psykisk helse og rehabilitering, Høgskolen i Innlandet Institutt for helse, VID Vitenskapelige Høgskole

Ergoterapeut

Unni Sveen

Professor emeritus, Institutt for ergoterapi og ortopediingeniørfag, OsloMet

Ergoterapeut

Astrid Gramstad

Førsteamanuensis, Institutt for helse- og omsorgsfag, Norges arktiske universitet UiT

Ergoterapeut

Linda Stigen

Førsteamanuensis, Institutt for helsevitenskap Gjøvik, NTNU

Ergoterapeut

Ruca Maass

Førsteamanuensis, Institutt for nevromedisin og bevegelsesvitenskap, NTNU

Ergoterapeut

Sissel Horghagen

Førsteamanuensis, Institutt for nevromedisin og bevegelsesvitenskap, NTNU

Ergoterapeut

Sammendrag

Bakgrunn: Endrede politiske og organisatoriske rammebetingelser aktualiserer spørsmål om omprioriteringer, omorganiseringer, nye arenaer og nytt innhold i den kommunale ergoterapitjenesten. I studien undersøker vi hvordan ergoterapi fremstilles i helsepolitiske styringsdokumenter. Vi utforsker spesifikt hvilke roller ergoterapeuter tilskrives i fremtidens primærhelsetjeneste, og hva kommuneergoterapeuter bes om å løse for hvem.

Metode: Studien har et diskursanalytisk design, og vi har valgt ut tre stortingsmeldinger og én NOU (Norges offentlige utredninger), som samlet sett representerer sentrale styringssignaler for fremtidens kommunale helse- og omsorgstjenester.

Resultat: Vi finner stor variasjon i måten ergoterapi fremstilles på i styringsdokumentene. Det er i forbindelse med tverrfaglig samhandling, velferdsteknologi og proaktive borgere at ergoterapi særlig nevnes. Videre finner vi at det er innenfor tjenstediskursene *proaktive tjenester* og *aktiv omsorg* at ergoterapeutene ses på som en del av løsningen i fremtidens helsetjenester.

Konklusjon: Selv om ergoterapi kobles til sentrale politiske virkemidler for fremtidens tjenesteutforming, synes ikke profesjonen å ha fått en endret posisjon eller tydeligere funksjon i de utvalgte stortingsmeldingene. Skal ergoterapi som profesjon inngå som en del av det politiske virkemiddelapparatet, kreves det mer inngående analyser og reelle diskusjoner om rekruttering og dimensjonering av ergoterapi i kommunehelsetjenesten. Det trengs en tydeligere konkretisering av hvordan ergoterapi skal organiseres, hvilke kompetanser som skal utvikles, og hvilke oppgaver som skal prioriteres i de kommunale helse- og omsorgstjenestene.

Nøkkelord

Ergoterapi, fremtidens primærhelsetjeneste, diskursanalyse

Abstract

Background: Altered political and organizational frameworks raise questions regarding reprioritization, reorganization, new arenas, and content within municipal occupational therapy services. This study examines how occupational therapy is portrayed in health policy governance documents. Specifically, we explore the roles attributed to occupational therapists in the future primary healthcare service and the challenges assigned to municipal occupational therapists.

Methodology: The study applies a discourse analytical design, selecting three parliamentary reports and one Official Norwegian Report (NOU) that collectively represent central governance signals for future municipal health and care services.

Results: There is significant variation in the portrayal of occupational therapy in governance documents. Occupational therapy is notably mentioned in the context of interdisciplinary collaboration, welfare technology, and proactive citizens. Furthermore, within the service discourses of proactive services and active care, occupational therapists are viewed as part of the solution in future health services.

Conclusion: Despite occupational therapy being linked to key political instruments for future service designs, the profession does not appear to have acquired a changed position or a clearer function in the selected parliamentary reports. If occupational therapy as a profession is to be integrated into the political strategy, more in-depth analyses and genuine discussions regarding recruitment and dimensioning of occupational therapy in municipal healthcare services are required. There is a need for a clearer specification of how occupational therapy should be organized, which competencies should be developed, and which tasks should be prioritized in municipal health and care services.

Keywords

occupational therapy, primary health care services, discourse analysis

1.0. Innledning

En aldrende befolkning, færre i yrkesaktiv alder og endrede flyttings-, bosettings- og familiemønstre utfordrer helsetjenestene og aktualiserer spørsmålet om hvordan en skal få til å levere bærekraftige og gode tjenester der folk bor.

Kommuneergoterapeuter befinner seg, i likhet med andre fagprofesjoner i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, i store endrings- og omstillingsprosesser (Helsedirektoratet, 2021). Demografiske endringer og nye behov samt pasienters/brukeres og pårørendes aktive medvirkning i tjenesteutformingen aktualiserer spørsmål om nytt innhold i tjenestene og nye arenaer for fagutøvelsen. Endrede rammebetingelser fordrer gjerne krav om prioritering, kanskje også omprioriteringer og omorganiseringer i fagene.

Da *Samhandlingsreformen* ble vedtatt i 2008 (St.meld. nr. 47 (2008–2009)), var hensikten å få til en endret kurs i det norske helsevesenet. Behovet for omstillingen ble begrunnet i vekst

i antall eldre og flere med kroniske og sammensatte sykdommer. Det ble også en økt politisk bevissthet om at de demografiske endringene vil slå ulikt ut i landet, hvor kommuner langt fra byene og med lavt folketall vil ha den største økningen i omsorgsbyrde per innbygger i yrkesaktiv alder i fremtiden (Leknes et al., 2019). Befolkningsgrunnlaget, særlig i de små kommunene, gjør det i tillegg vanskelig å skulle belage seg på pårørende og frivilligheten (Blix et al., 2021).

Kommunene fikk med *Samhandlingsreformen* (St.meld. nr. 47 (2008–2009)) flere og nye oppgaver. Målet var å få til en klar dreining fra behandling i spesialisthelsetjenesten mot økt satsing på helsefremmende, forebyggende og rehabiliterende arbeid i kommunene. Pasientene skrives nå tidligere ut fra spesialisthelsetjenesten med komplekse behov, som ofte fordrer tverrfaglig og tverrsektoriell oppfølging. Evalueringer gjort av Riksrevisjonen, peker imidlertid på utfordringer med hensyn til kapasitet og spesialisert kompetanse i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Evalueringene viser at flere kommuner har vanskeligheter med å rekruttere personell med riktig kompetanse for å ivareta det forebyggende og rehabiliterende arbeidet (Riksrevisjonen, 2016). Den helsepolitiske dreiningen med vekt på proaktive tjenester som helsefremmende, forebyggende og rehabiliterende arbeid har aktualisert behovet for kommuneergoterapeuter, noe som blant annet har resultert i at ergoterapi ble en lovpålagt kommunal tjeneste i 2020. En oversikt fra Statistisk sentralbyrå viser at det var 3466 registrerte ergoterapeuter i norske kommuner i 2023. Statistisk sentralbyrå antyder imidlertid at behovet for ergoterapeuter nesten vil fordobles frem mot 2035 (Leknes et al., 2019).

Spesialisthelsetjenesten kjennetegnes av å tilby diagnosespesifikke, spesialiserte tilbud med relativt kort tidshorison. Den kommunale tjenesteytingen kjennetegnes av å ha et bredere fokus og et mer langsiktig perspektiv, ofte uten en klar begynnelse eller slutt (Grimsmo et al., 2018). Dreining mot kommunal tjenesteyting setter hverdagslivet som meningsbærer og mestringsarena tydeligere på dagsordenen. Hverdagslivet kan beskrives som det livet vi lever hver dag (Bech Jørgensen, 2003). Hverdagslivet leves og utformes forskjellig, og betingelsene for hverdagslivet varierer mellom personer, grupper og livsløp (Arntzen et al., 2017). Hverdagslivet er sentralt i ergoterapi (Hasselkus, 2006). Ergoterapimodeller, faglige begreper og det terapeutiske håndverket er spesifikt innrettet på å bryte ned barrierer og øke mulighetene for at mennesker skal kunne leve et meningsfullt hverdagsliv. Det å ha oppmerksomhet på detaljer som former et hverdagsliv, er en grunnleggende forutsetning for at faggruppen skal kunne bistå den enkelte og familien til å skape forandring, realisere muligheter og understøtte potensialer i hverdagslivet (Arntzen et al., 2017). Hvorvidt andre faggrupper og byråkraters oppfatning av profesjonen stemmer overens med fagets filosofiske og teoretiske grunnlag, er ikke gitt og vil kreve empirisk undersøkelse. I den sammenhengen er det interessant å se nærmere på hvilken plass ergoterapi har i politiske styringsdokumenter, og hvordan fagkompetansen skrives frem på det politiske nivået. Sprikende oppfatninger vil kunne være et hinder for en effektiv utnyttelse av ergoterapeuter og deres kompetanse i helsetjenestene.

Med utgangspunkt i fire utvalgte styringsdokumenter har vi sett nærmere på hvilke utfordringer kommuneergoterapeuter er tiltenkt å bidra til å løse, overfor hvem og eventuelt sammen med hvem i helse- og omsorgstjenesten i kommunene. Studien skal svare på følgende problemstillinger:

- På hvilken måte fremstilles ergoterapi og ergoterapeuter i helsepolitiske styringsdokumenter?
- På hvilken måte beskrives ergoterapi som en del av løsningen på de skisserte utfordringene i de kommunale helse- og omsorgstjenestene?

2.0. Metode

2.1. Diskursanalyse

For å svare på problemstillingene har vi valgt å gjennomføre en diskursanalyse av sentrale styringsdokumenter. Styringsdokumenter er nasjonale styringsredskaper som utvikles i en spesifikk sosial og historisk kontekst (Bacchi, 2009). Diskurs kan beskrives som tankesett, forståelsesformer, sosiale, institusjonelle og språklige konstruksjoner som gjør det mulig å forholde seg til verden på bestemte måter (Fairclough & Halskov Jensen, 2008). En diskurs kan beskrives som et sett av forestillinger som legitimerer visse kunnskaper fremfor andre, og peker ut grupper med autoritet og definisjonsmakt. Diskursanalyse er særlig egnet til studier av makt og identitet og kan forstås som et tekstanalytisk verktøy (Boréus & Bergström, 2005). Bacchi er opptatt av å dreie søkelyset fra problemløsning til å stille spørsmål ved hvordan problemet fremstilles: «What is the problem represented to be?» (Bacchi, 2009). Ved å anvende Bacchis diskursanalytiske metode utforsker vi nærmere hvordan ergoterapi blir forstått i de utvalgte dokumentene, hvilke premisser forståelsene bygger på, samt dets implikasjoner.

2.2. Utvalgte styringsdokumenter

Styringsdokumenter inngår i større institusjonelle systemer og prosesser som virker sammen og på hverandre. Vi har valgt ut tre stortingsmeldinger og en NOU som er sentrale i politikktutformingene for fremtidens kommunale helse- og omsorgstjenester. NOU-er er ekspertutredninger som har en annen status og representerer en annen form for «styring» enn stortingsmeldingene, som er et dokument fra regjeringen til Stortinget om saker som regjeringen ønsker å orientere Stortinget om eller få drøftet. De utvalgte dokumentene staker ut en overordnet kurs for kommunal tjenesteutvikling, prioritering av brukergrupper og profesjoner og hvordan de ulike aktørene skal samhandle, koordineres og organiseres. Derfor er det særlig aktuelt å undersøke hvordan ergoterapi fremstilles i disse utvalgte dokumentene. Tabell 1 viser de utvalgte styringsdokumentene og deres hovedinnhold.

Tabell 1 Oversikt over de utvalgte styringsdokumentene

Dokument	Utgitt	Navn	Hovedtrekk i meldingene
St.meld. nr. 47	2008–2009	Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid	Et sentralt mål er å redusere etterspørselen i spesialisthelsetjenesten og å overføre flere av arbeidsoppgavene til kommunehelsetjenesten. Det skal satses mer på forebyggende helsearbeid i kommunene, og samhandlingen mellom nivåene skal styrkes.
NOU 2011: 11	2011	Innovasjon i omsorg	Hovedbudskapet er at man trenger mer innovasjon i helse- og omsorgssektoren for å møte fremtidens utfordringer.
Meld. St. 29	2012–2013	Morgendagens omsorg	Meldingen handler om å styrke innbyggernes mestring av sin egen helse og å øke helsefremmende og forebyggende tjenester i kommunene.
Meld. St. 26	2014–2015	Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet	Meldingen gir forslag til hvordan den kommunale helse- og omsorgstjenesten kan utvikles for å møte fremtidens utfordringer, deriblant mer teamorganisering, økt kompetanse og styrket ledelse.

Andre styringsdokumenter som *Folkehelsemeldingen – Mestring og muligheter, Leve hele livet*, som er en kvalitetsreform for eldre, og *Folkehelsemeldinga – Gode liv i eit trygt samfunn* har vi valgt å utelate fra dette arbeidet. Begrunnelsen er at vi har valgt ut de politiske dokumentene som angir en mer overordnet retning for de kommunale helse- og omsorgstjenestene samlet sett, og som dermed ikke er innrettet på spesifikke felt, alders- eller pasientgrupper. Avgrensningen innebærer at diskurser som særlig omhandler ergoterapi innen folkehelsearbeidet, samt tjenester innrettet mot eldre eller andre grupper, ikke blir gjenstand for analyse. Nyere styringsdokumenter som *Nytte, ressurs og alvorlighet*, som omhandler prioritering i helse- og omsorgstjenestene, og *Nasjonale helse- og sykehusplan 2020–2023*, som blant annet tar for seg spesialisthelsetjenestens samhandling med den kommunale helse- og omsorgstjenesten, samt NOU-en *Tid for handling*. Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste, er utelatt, da de ble publisert i avslutningsfasen av vår undersøkelse. Denne avgrensningen kan bety at eventuelle nye dreininger i profesjons- og tjenestediskurser ikke fanges opp i våre analyser.

2.3. Analyse

I analysen anvendes en hermeneutisk fremgangsmåte (Gilje, 2019), hvor førsteforfatteren gjennomgikk hvert enkelt styringsdokument i sin helhet (gjentatte ganger med understrekning og kommentarer i marginen), for deretter å rette søkelyset mot utvalgte deler; tekstbiter, ord og fraser (blant annet for å telle forekomsten av bestemte ord og fraser). Tekstbiter der ergoterapi eller ergoterapeut ble nevnt og ikke nevnt, ble gjenstand for inngående granskning. Den hermeneutiske vandringen mellom helhet og del ble kombinert med Bacchis (2009) analytiske tilnærming for å utforske implikasjoner av hvordan ergoterapi fremstilles i styringsdokumentene. Det gjøres ved å stille kritiske spørsmål til teksten, undersøke hvilke antagelser og maktforhold som ligger bak begrepskonstruksjonen, og utforske hvilke implikasjoner begrepsbruken kan gi (Bacchi, 2009). For å få en dypere forståelse av hvordan ergoterapi skisseres i relasjon til andre helseprofesjoner, har vi i tillegg sammenlignet hvordan ergoterapi og andre profesjoner fremstilles i de sentrale dokumentene. Spørsmål som har drevet analysearbeidet, omhandlet temaer som: Hva er problemet representert å være i styringsdokumentene? Hvordan oppstår problemrepresentasjonen, og hvilke forutsetninger eller antakelser legges til grunn? Hva stilles det ikke spørsmål ved, og kan problemforståelsen konstrueres annerledes? Hvilke løsninger produserer denne representasjonen av «problemet»? Hvor og hvordan blir fremstillingen av «problemet» formidlet og forsvart? Om og på hvilken måte forstyrres eller erstattes denne fremstillingen? Den Bacchi-inspirerte analysen har vært nyttig for å skape analytisk distanse, og den har bidratt til å se den nære koblingen mellom problempresentasjon og løsningsforslag i en profesjonsfaglig kontekst samt vært til hjelp for å få øye på det ikke-problematiskerte. Foreløpige analyser og tekstutkast ble drøftet og videreutviklet sammen med medforfatterne.

3.0. Resultat

3.1. Fremstilling av ergoterapi i styringsdokumentene

3.1.1. Tilsynelatende profesjonsnøytralitet

Det bakenforliggende utfordringsbildet slik det skrives frem i styringsdokumentene, er samfunnets bæreevne og det stadig økende gapet mellom tilbud og etterspørsel av helse- og omsorgstjenester. Styringsdokumentene fremhever samhandling og koordineringsutfordringer som en sentral del av problemkomplekset. I *Samhandlingsreformen* kan vi ved hjelp av Bac-

chi (2009) si at samhandlings- og koordineringsutfordringer blir det bærende elementet som binder sammen problemrepresentasjon og løsninger som er produsert av denne representasjonen av «problemet». Imidlertid mangler det en redegjørelse for hvordan fenomenet samhandling og koordinering forstås, og hva som er forskningsgrunnlaget for utfordringsbildet.

Undertittelen i *Samhandlingsreformen, Rett behandling, på rett sted til rett tid*, peker mot problemstillinger av typen: hvem skal gjøre hva overfor hvem, når og sammen med hvem? Det dreier seg om forhold som hvilke kompetanser som trengs, graden av spesialisering og konkret hva det er som skal koordineres for å dekke pasientenes behov. Videre handler det om hvilken sammensetning av kompetanser tjenestene skal ha for å få til målet om mer rehabiliterende, helsefremmende og forebyggende tjenester, og til sist hvordan denne kompetansen skal gjøres tilgjengelig gjennom pasientenes forløp i tid og rom. Disse forholdene berører *Samhandlingsreformen* i mindre grad.

Den profesjonsfaglige problemspesifisering i *Samhandlingsreformen* handler om at tjenestene er søyleorganisert, at den ledes og utøves med tanke på å gi gode tjenester isolert sett, og at lovgivningen er utformet ulikt for de enkelte tjenesteområdene. Løsningen som skisseres i reformen, er systemtiltak for å bygge ned uheldige profesjons- og forvaltningsgrenser, samt å etablere et tankesett der pasientene, deres behov og medvirkning skal være styrende for utviklingen av tjenestene. Brukere og pårørende skal tilskrives en mer proaktiv rolle i tjenesteutformingen. De skal i større grad bli hørt og regnes med. Det stilles krav om at de skal være en del av samfunnsdugnaden på lik linje med lokalmiljøet og frivillige. Makten skal fremover distribueres mellom brukere og profesjonene gjennom dialog og forhandling. I den pasientsentrerte og proaktive diskursen er det en ønsket politikk at flere aspekter ved enkeltprofesjoner og profesjonsgrenser skal tones ned. Målet, som skrives ulikt frem i styringsdokumentene, er å etablere en kultur der de faglige aktørene og organisatoriske enhetene skal se sine tjenester som en del av en samlet tjeneste i pasientforløpet, og ikke som en profesjon eller tjeneste som er seg selv nok.

Ved nærmere øyesyn bærer styringsdokumentene tilsynelatende preg av profesjonsnøytralitet. Men det finnes unntak. Legetjenesten gis et eget kapittel i *Samhandlingsreformen*, og det slås fast at regjeringen fremover skal legge til rette for vekst i legetjenestene i kommunene. Ellers vises det til at det er kommunene selv som skal forvalte sitt ansvar og sine oppgaver med det personellet de synes er hensiktsmessig for å få til helhetlige koordinerte pasientforløp. *Samhandlingsreformen* har et eget kapittel om «Kompetent helsepersonell – i alle deler av helsetjenesten», der utelukkende legene og sykepleierne trekkes frem. Disse er viktige grupper for å ivareta sentrale kommunale helse- og omsorgsoppgaver. Samtidig er det et paradoks at dokumentet trekker frem to faggrupper når det overordnede helsepolitiske målet er økt tverrfaglig kompetanse, satsing på teamorganisering og en dreining i tjenestene mot rehabiliterende, helsefremmende og forebyggende virksomhet. *Innovasjon i omsorg* peker imidlertid på hvordan profesjonsfaglig hegemoni kan gå på bekostning av forebyggende og helsefremmende kunnskapsutvikling i tjenestene:

Utvalget er av den oppfatning at kunnskapsutviklingen for omsorgssektoren er ved et viktig veiskille. Et scenario kan være en omsorgssektor hvor et lite antall faglig sterke profesjoner «koloniserer» sektoren og gjør dens utfordringer til objekt for sin egen fagutvikling. Siden det er de medisinske forankrede fagene som bærer mest makt og legitimitet, vil dette kunne forsterke en «medikalisering» av omsorgstjenestene. Det kan i så fall lede til en sektor som blir god på behandling av bestemte tilstander, men på bekostning av kunnskapsutvikling om forebygging, alternative former for tjenesteyting og skepsis til overføring av oppgaver til andre.

(NOU 2011: 11, s. 133)

3.1.2. Variert fremstilling av ergoterapi i styringsdokumentene

Tabell 2 viser en oversikt over hvor ofte utvalgte profesjoner nevnes i styringsdokumentene. Et interessant funn er den store forskjellen i hvordan de ulike helsefaggruppene skrives frem som en del av løsningen i de valgte dokumentene. Mens det primært er fastlegene som løftes frem i *Samhandlingsreformen* som løsningen på problemene, løftes i tillegg sykepleierne og fysioterapeutene frem som sentrale yrkesgrupper i *Fremtidens primærhelsetjeneste*. I denne meldingen vies habilitering og rehabilitering et eget kapittel med et klart budskap om at rehabilitering i kommunene må styrkes. Det pekes på ulike tjenesteområder som må utvikles, men det som er mest interessant, er manglende redegjørelse for og analyser av hvem som skal gjøre hva overfor hvem, og sammen med hvem, for å utvikle disse tjenesteområdene. Kapittelet har et profesjonsfaglig avsnitt som utelukkende handler om hvordan en i større grad skal utnytte fysioterapiressursene bedre i kommunene. Det vil selvfølgelig være et av mange steg på veien for å få til kommunale rehabiliteringstjenester, men tverrfaglighet problematiseres i liten grad. Styringsdokumentene vektlegger særlig økonomiske og juridiske forhold knyttet til utnyttelse av lege- og fysioterapiressursene som hinder for å få til rehabilitering i kommunene og lar langt på vei andre særfaglige og strukturelle hindringer ligge utematisert. Manglende kunnskapsbaserte oversikter og dyptgående analyser av slike hindringer bidrar til å produsere ufullstendige utfordringsbilder. Faren er at løsningsforslagene ikke treffer de grunnleggende problemene, eller blir for ensrettede. I *Innovasjon i omsorg* og *Morgendagens omsorg* synes derimot ergoterapi og sosialfaglig kompetanse å få en tydeligere posisjon som en del av løsningen.

Tabell 2 Helse- og sosialfaglige profesjoner tallmessig nevnt i de utvalgte styringsdokumentene

	Ergoterapi/ ergoterapeut	Fysioterapi/ fysioterapeut	Fastlege	Sykepleie/ sykepleier	Logopedi/ logoped	Sosialfaglig/ sosionom
1. Meld. St. 47 (2008–2009) Samhandlingsreformen	3/2	6/11	150	31/20	0/0	2/4
2. NOU 2011: 11 Innovasjon i omsorg	4/4	2/1	4	23/3	0/0	8/2
3. Meld. St. 29 (2012–2013) Morgendagens omsorg.	2/10	3/10	7	36/18	0/0	6/9
4. Meld. St. 26 (2014–2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet	4/12	23/70	277	117/81	0/2	16/6

Samhandlingsreformen skisserer mulige fremtidige oppgaver for kommunehelsetjenesten og drøfter strukturelle overordnede rammer for å realisere politikken. Det fremheves imidlertid at det må utredes nærmere hvilken kompetanse og hvilket befolkningsgrunnlag som er nødvendig for at kommunene skal kunne ivareta de ulike oppgavene. «Kompetansekrevende funksjoner», som er tjenester som krever tverrfaglig og mer spesialiserte kompetanser, er de tjenesteområdene hvor ergoterapeuter særlig nevnes. Men profesjonene som løftes frem i primærhelsetjenestemeldingen, dreier seg i hovedsak om tre personellgrupper: legene, syke-

pleierne og fysioterapeutene. Meldingen gir svært få analyser av tilgjengelighet, rekruttering, kompetanse og organisering av ergoterapi eller de øvrige helse- og sosialfaglige gruppene. Overveiende omtales profesjonen sammen med andre profesjonsgrupper mer enn at de omtales særskilt. I *Innovasjon i omsorg* og *Morgendagens omsorg* trekkes imidlertid kommuneergoterapeuter mer eksplisitt frem som gruppe, og funksjon, rekruttering og oppskaling av stillinger problematiseres.

3.1.3 Ergoterapi en del av løsningen innenfor to tjenstediskurser

Det er interessant å se nærmere på hvilken retorikk som føres i *Innovasjon i omsorg*, og som gjør at ergoterapi skrives frem som en del av løsningen på fremtidens helse- og omsorgstjenester. Ergoterapi inngår blant annet i argumentasjonen for å oppnå kulturendring i helse- og omsorgstjenestene. Ønsket politikk er en dreining i tjenestene hvor brukernes samlede livssituasjon, muligheter og potensialer skal ivaretas. Bredde i fagkompetanse og kontakt med fagmiljøer som arbeider med teknologi og fysisk tilrettelegging, etterspørres for å realisere dette:

En annen tenkelig framtid er en sterkere utvikling av omsorgstjenestenes praktiske og sosiale dimensjon – hvor den fulle bredde av kunnskap og menneskelig innsikt mobiliseres for å gi brukerne en samlet livssituasjon som er best mulig. Dette er et pragmatisk paradigme, preget av åpenhet og nysgjerrighet på hva ulike fag og ferdigheter kan bidra med. Kunnskapsutviklingen framover må romme både de medisinske og de sosiale aspekter ved omsorgstjenestene. Bånd må knyttes til fagmiljøer som jobber med teknologi og utforming av boligløsninger og nærmiljø.

(NOU 2011: 11, s. 133)

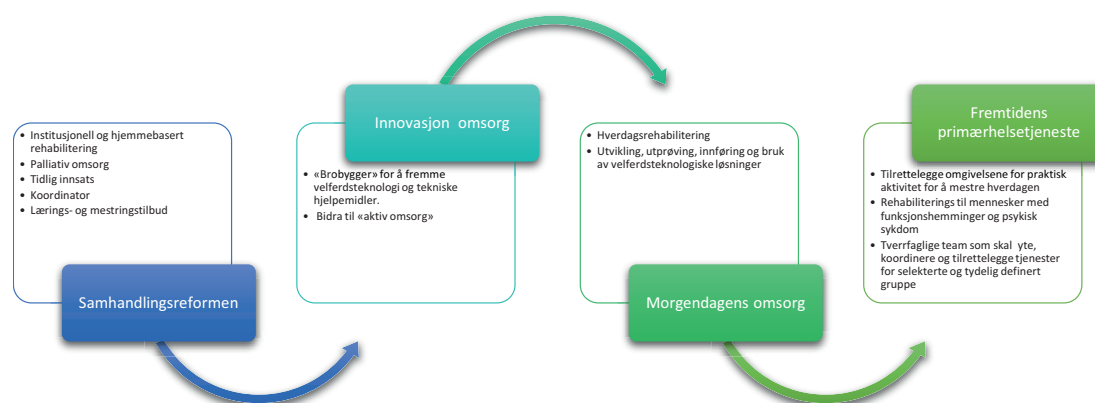
Ergoterapi inngår i styringsdokumentene: 1. som et ledd i å få til økt tverrfaglig tjenesteyting til brukere med komplekse behov, 2. som en aktør for å muliggjøre implementeringen av velferdsteknologi i tjenestene, og 3. som en faggruppe som kan bidra til en dreining mot mer proaktive borgere. Relatert til dette finner vi at ergoterapi fremstilles som en del av løsningen innenfor to tjenstediskurser. Den ene er *proaktive tjenester*, og den andre er *aktiv omsorg* (se figur 1). Gjennom våre analyser kan vi si at det er innenfor disse diskursene ergoterapi fremstilles fra det politiske, strategiske nivået.



Figur 1 Illustrasjon over diskursene som fremstiller ergoterapi i de utvalgte styringsdokumentene.

3.2. Kommuneergoterapeutens oppgaver og prioriteringer

Vi har sett nærmere på om og på hvilken måte ergoterapi beskrives som del av løsningen på utfordringene i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Konkret handler det om hva ergoterapeuter skal bidra til å løse, overfor hvem og eventuelt sammen med hvem. Generelt kan vi si at dette i liten grad utdypes i styringsdokumentene, men vi finner noen konkretiseringer og vil i det følgende utdype noen av disse med utgangspunkt i de to identifiserte tjenstediskursene. I figur 2 oppsummerer vi hvilke oppgaver og tjenesteområder som ergoterapeuter spesielt ivaretar, ifølge de utvalgte styringsdokumentene.



Figur 2 Hvilke oppgaver og tjenesteområder tilskrives ergoterapeuten i de valgte styringsdokumentene

3.2.1 Proaktive tjenester

Habilitering og rehabilitering er tjenesteområder som er del av den proaktive tjenstediskursen hvor dreiningen går fra rehabilitering i sykehus til rehabilitering i hjemmet. Ifølge styringsdokumentene skal rehabiliteringen i større grad skje i brukerens hjem eller nærmiljø, og det fremheves at alle kommuner bør ha tilbud om rehabilitering i institusjon, enten i sin egen kommune eller i samarbeid med andre. Ergoterapeuter fremholdes i *Fremtidens primærhelsetjeneste* som sentrale medlemmer av kommunale rehabiliteringsteam:

Når kommunene i tråd med kommunereformen skal få større ansvar og flere oppgaver, særlig innen habilitering/rehabilitering, vil ergoterapeuter, sosionomer/sosialfaglig kompetanse og vernepleiere/spesialpedagogisk kompetanse, være avgjørende for å klare dette.

(Meld. St. 26 (2014–2015), s. 63)

I denne stortingsmeldingen fokuseres det på å etablere ulike typer flerfaglige team med formål om å yte, koordinere og tilrettelegge tjenester for selekterte og tydelig definerte grupper. Et forslag er kommunale tverrfaglige ambulante team med tilleggskompetanse innenfor bestemte områder samt etablering av tverrfaglige rehabiliteringsteam for å styrke tidlig innsats:

Det gis en intensiv innsats i oppstartsfasen, gjerne av et tverrfaglig team med ergoterapeut, fysioterapeut, sosionom, vernepleier eller sykepleier med rehabiliteringskompetanse. Teamet vurderer rehabiliteringspotensialet, kartlegger fysiske, psykiske og sosiale ressurser og utarbeider plan,

koordinerer, veileder og instruerer hjemmetjenestepersonell og følger opp med effektmåling, dokumentasjon og evaluering av rehabiliteringsforløpet.

(Meld. St. 26 (2014–2015), s. 108)

Styringsdokumentene foreslår ulike organisatoriske løsninger på den kommunale rehabiliteringstjenesten. I *Samhandlingsreformen* fremheves det at ergoterapeuter kan være tilknyttet lokalmedisinske døgnplasser eller rehabiliteringssenger i sykehjem og som også tilbyr tverrfaglig palliativ behandling. I tjenester utenfor institusjon ønskes det samlokalisering av ergoterapeuter og annet tverrfaglig personell organisert som team (Meld. St. 26 (2014–2015)).

Ergoterapi nevnes særlig til brukergrupper som i dag har store udekte rehabiliteringsbehov: voksne med cerebral parese, personer med kognitiv svikt, barn med ervervede hjerneskader, og ungdommer med behov for tilbud som er tilpasset sin livssituasjon og alder. Andre som trekkes frem, er personer med psykiske helseproblemer og pasienter med kroniske sykdommer som opplever akutte forverrelser, for eksempel kolspasienter (Meld. St. 26 (2014–2015)).

Kommuneergoterapeuter fremheves som gruppe i utviklingen av lærings- og mestrings-tilbud i kommunene. Det som nevnes, er kurstilbud og selvhjelpsgrupper for ulike brukergrupper eller fagpersonell, for eksempel mestringskurs, innføringskurs for likemenn/veiledere, livsstilskurs for type 2-diabetikere og kurs i helsepedagogikk. Faggruppen nevnes som aktuell for å ivareta koordinatorfunksjon og for å inngå samarbeid med frivillige organisasjoner (St.meld. nr. 47 (2008–2009)). I styringsdokumentene legges det opp til en omfattende utbygging av dagaktivitetstilbud og ulike former for lavterskeltilbud, hvor ergoterapeuter nevnes som en relevant yrkesgruppe.

3.2.2 Aktiv omsorg

Ønsket politikk fordrer nye måter å tenke omsorgspraksiser på. Begrepet omsorgstjenester synes å ta en dreining i innhold når vi sammenligner styringsdokumentene. I *Samhandlingsreformen* defineres omsorgstjenestene som:

... ulike former for hjemmetjenester, hjemmesykepleie, omsorgsboliger, aldershjem og sykehjem, med støtte fra allmennlegetjenesten og den øvrige kommunale helse- og sosialtjenesten

(St.meld. nr. 47 (2008–2009), s. 56).

I *Innovasjon i omsorg* utvides begrepet omsorgstjenester:

En utvidet forståelse av begrepet omsorgstjenester inneholder derfor tiltak som styrker fysisk aktivitet, sosial deltakelse, opptrening og tilrettelegging for å mestre dagliglivet og deltakelse i nærmiljøet.

(NOU 2011: 11, s. 63)

Et strategisk grep i styringsdokumentene er å innføre begrepet *aktiv omsorg*, som synes å være tjenesteoppfølgingen av diskursen *aktiv aldring*, der eldre, uavhengig av livssituasjon og helsetilstand, skal betraktes gjennom de ressursene og mulighetene de har til rådighet (NOU 2011: 11). For friske eldre ligger det en klar plikt om å ta ansvar for sin egen alderdom,

helse og velvære for seg selv, for familien, lokalmiljøet og storsamfunnet. For andre som av ulike grunner trenger ytelser fra det offentlige, skal et ressursorientert fokus være styrende for tjenesteutformingen. Styringsdokumentene fremhever behov for kulturendring og dreining i tankesett både hos de dominerende gruppene i pleie- og omsorgssektoren og de som tradisjonelt sett har befunnet seg i andre sektorer og tjenester, som ergoterapeutene.

I *Innovasjon i omsorg* fremheves det som ønskelig å finne et helt nytt ord som kan erstatte omsorgsbegrepet som en fellesbetegnelse på offentlige tjenestetilbud, og som kan skape andre forventninger til aktiv deltakelse og helhetlig tilnærming i møte med fremtidens helseutfordringer. Omsorgsbegrepet fastholdes imidlertid, trolig som et strategisk grep for å følge opp den fordringen som rekker ut over omsorgen som det offentlige skal gi:

I forhold til morgendagens utfordringer, blir det imidlertid av avgjørende betydning at omsorgen ikke organiseres ut av- men inn mot familie og sivilsamfunn. Den skal være en integrert del av nærmiljø og lokalsamfunn.

(NOU 2011: 11, s. 42)

Aktiv omsorg etableres som begrep i *Morgendagens omsorg* og videreføres i de andre styringsdokumentene. Om vi fokuserer på den profesjonsfaglige tjenestetypingen, blir spørsmålet: Hvilken type tjenester dreier det seg om, og hvilken rolle tilskrives kommuneergoterapeuter i den skisserte fremtidige praksisen?

For å realisere aktiv omsorgstrategien er løsningen større faglig bredde enn faggrupper som tradisjonelt er ansatt i pleie- og omsorgstjenesten i dag. Ergoterapi, fysioterapi og sosialt arbeid trekkes spesielt frem i den sammenhengen. Forhold som trekkes inn i flere av styringsdokumentene, er at en stor andel pasienter som utskrives tidlig fra sykehus, har behov for et rehabiliteringstilbud parallelt med at de har et pleiebehov. I mange kommuner tilbys disse pasientene kun hjemmetjenester eller pleie på institusjon uten samtidig å gi tilbud om fysioterapi og ergoterapi. Løsningsforslagene er å komme tidlig inn med tverrfaglige rehabiliteringsressurser før mer kompensierende bistand og pleie settes inn. I *Fremtidens primærhelsetjeneste* lanseres løsningen å etablere tverrfaglige kommunale team med tidlig innsats, hvor målet blant annet er å utsette eller reduserer behovet for kostnadskrevende kommunale pleie- og omsorgstilbud. I *Morgendagens omsorg* fremmes hverdagsrehabiliteringsteam som en sentral løsning, mens i *Innovasjon i omsorg* er velferdsteknologi svaret. I alle løsningsforslagene løftes ergoterapifaglig kompetanse frem som en sentral ingrediens. En kan si at hverdagsrehabilitering fikk gjennomslagskraft innenfor den aktive omsorgsdiskursen.

Oppsummert kan vi si at problemforståelsen er at omsorgstjenestene driftes på måter som skaper passivitet, inaktivitet og lært hjelpeløshet. Løsningen er omorganisering av tjenestene, som sikrer større faglig bredde med sterkere vekt på tverrfaglig samarbeid og mer personell i sektoren med rehabiliterende og forebyggende kompetanser. Dette motiveres særlig av at vi får færre folk i tjenestene og mindre penger til å løse flere oppgaver i fremtiden. Ergoterapeuters kompetanse, fokusområde og ressursorientering løftes frem som en løsning for å få til politikken om at alle skal kunne bo lengst mulig i sitt eget hjem, klare seg mest mulig selv og å øke sin livskvalitet. I styringsdokumentene assosieres ergoterapi med tiltak knyttet til opptrening og trening på daglige gjøremål, kompetanse på mestring av dagliglivets aktiviteter samt kompensering og tilrettelegging av omgivelsene.

En tydelig helsepolitisk dreining er at velferdsteknologiske løsninger skal implementeres i tjenestene. Teknologien skal særlig fungere som løsning for at mennesker skal kunne bo og leve lenger i sitt eget hjem. Ergoterapeuter løftes spesielt frem som gruppe for å muliggjøre

dette med begrunnelse i at de har fag- og metodekompetanse som særlig gjør dem egnet i utvikling, utprøving, innføring og bruk av velferdsteknologiske løsninger. Spesielt i *Innovasjon i omsorg* kobles velferdsteknologi til aktiv omsorg og kommunale ergoterapeuter tilskrives en særlig posisjon:

Ergoterapeutene framstår som viktige brobyggere mellom hjelpemiddelsentralene og helse- og sosialtjenesten, og mellom helse- og sosialpersonell og teknologimiljø og har en metodisk tilnærming med vekt på aktivisering og rehabilitering, som framtidens omsorgstjeneste trenger mer av.

(NOU 2011: 11, s. 124)

I *Innovasjon i omsorg* fremheves det at helse- og omsorgspersonell i sterkere grad gjennom utdanningsløpene skal styrke sin kompetanse på velferdsteknologi, og her fremheves særlig fysio- og ergoterapiutdanningene (NOU 2011: 11).

4.0 Diskusjon

4.1 Profesjonssammensetning og tilgjengelighet

Et gjennomgående trekk ved løsningsforslagene i de utvalgte styringsdokumentene er å skape mer proaktive kommunale helse- og omsorgstjenester (se figur 1). For å oppnå dette pekes det på at tverrfaglig kompetanse må være tilgjengelig i kommunene, og at disse må arbeide teamorganisert. Denne studien viser imidlertid at styringsdokumentene spriker når det gjelder hvilke profesjoner som tillegges vekt som en del av løsningen. Sammenlignet med andre nordiske land er det i Norge høy tetthet av både leger, sykepleiere og fysioterapeuter (Meld. St. 26 (2014–2015)), mens Norge har mindre tetthet på kommunale ergoterapeuter (Universitets- og høyskolerådet, 2015). Det er et paradoks at *Samhandlingsreformen*, som fremhever manglende koordinering og sikring av pasientens differensierte behov i svært liten grad, trekker inn andre faggrupper enn legene (Schönfelder, 2013). Forebygging, helsefremming, rehabilitering og pleie- og omsorgspraksiser er tjenester som ofte foregår på siden av eller utenfor fastlegepraksisene, og fastlegene er sjelden en del av tverrfaglige kommunale team. *Samhandlingsreformen* definerer i liten grad hvem som skal samarbeide, med hvilke kunnskapsbidrag, og hvilken merverdi det skal ha (Schönfelder, 2013). Tverrprofesjonelt samarbeid og teamorganiserte tjenester er den bærende ideen i fremtidens helsetjeneste, men ingrediensene for kvalitet, hva som kan forbedre samarbeidet, og hvordan det kan iverksettes, framstår uklart (Lehn-Christiansen, 2016). Vår analyse konkluderer med at det i utvalgte styringsdokumenter foreligger få analyser av tilgjengelighet, rekruttering, kompetanse og organisering av ergoterapi sammenlignet med andre leger, sykepleiere og fysioterapeuter. Med Bacchi (2009) kan vi si at det er sider ved problemrepresentasjonen det ikke stilles spørsmål ved.

I denne studien har vi løftet frem at ergoterapeuter tenkes inn som sentralt medlem av tverrfaglige kommunale team. Statistiske oversikter (SSB, 2023) og forskning (Arntzen et al., 2018; Bonsaksen et al., 2020; Aadal et al., 2018) peker imidlertid på at hinder må forsøres for at ergoterapeuter kan bli en del av tverrfaglige kommunale team. Tilgjengelighet og stillinger er et vesentlig forhold. Rekruttering og stabilisering av helse- og omsorgspersonell er allerede en stor utfordring i en del kommuner. Rekrutteringsutfordringene er ujevnt fordelt geografisk, og ofte er det kommuner med lavt folketall som ligger langt fra utdanningsinstitusjoner som har størst rekrutteringsutfordringer (Helsedirektoratet, 2021). Tall (SSB, 2023)

viser at 49 kommuner fortsatt mangler ergoterapeuter to år etter at ergoterapi ble en skaltjeneste for kommunene. En studie (Maass et al., 2021) viser at de fleste nye ergoterapistillingene etableres i mellomstore kommuner som allerede har ergoterapeuter fra før. Det kan tyde på at nye stillinger ikke nødvendigvis bidrar til å utjevne geografiske forskjeller. Manglende tilgjengelighet av ergoterapi for deler av befolkningen bidrar til å opprettholde ulikhet i tilgang på helsetjenester. Forskning (Arntzen et al., 2018; Bonsaksen et al., 2020) viser at det krever mer enn oppskalering av ergoterapistillinger for å oppfylle de helsepolitiske målene, noe vi skal drøfte mer inngående med utgangspunkt i de to tjenstediskursene.

4.2. Proaktive tjenester

I en analyse av utviklingstrekk i omsorgstjenesten fra 2016 beskrives rehabilitering som et nedprioritert område i mange kommuner med stor variasjon når det gjelder kompetanse, kapasitet og satsing på rehabilitering (Mehre et al., 2016). Mange kommuner har ikke en vedtatt rehabiliteringsplan og mangler grunnleggende basiskompetanse for å etablere rehabiliteringstilbud (Helsedirektoratet, 2020). Det er grunn til å stille spørsmål om kommunene i tilstrekkelig grad benytter kompetanse på tvers av sine virksomheter for å sikre rehabilitering og god utnyttelse av sine personellressurser. Tilstrekkelig kompetanse og kapasitet er et spørsmål om organisering, ledelse og arbeidsformer, ikke bare årsverk. I en nasjonal spørreundersøkelse rapporterte 87 % av de kommunale ergoterapeutene at de arbeider mer enn 50 % av tiden med hjelpemidler (Bonsaksen et al., 2020). Det er vanskelig å tolke hva som ligger til grunn for resultatet, men når andelen arbeidstid brukt på hjelpemiddelrelaterte oppgaver, er såpass høy, er det betimelig å stille spørsmålet om premissene eller rammene for å utøve helhetlig og persontilpasset ergoterapi i kommunene er til stede. En kvalitativ studie viser at ergoterapeuter kan oppleve hjelpemiddelformidling som et tveegget sverd. På den ene siden har kommuneergoterapeuter kompetanse og tradisjon for å arbeide med hjelpemiddelformidling, og på den andre siden opplever en del at deres faglige kompetanse ikke blir utnyttet godt nok (Arntzen et al., 2018). Flere av de som ble intervjuet, opplevde at en del politikere, ledere og andre faggrupper manglet kunnskap om faget, eller assosierte ergoterapi utelukkende med hjelpemiddelformidling. Dilemmaet handler om at strukturelle forhold som forventninger, stillingsinstruks, henvisningspraksiser og ventelister bidro til å styre ergoterapitjenesten inn i spor hvor ergoterapeutene opplevde å gå på akkord med sine faglige standarder. Ergoterapeutene opplevde ikke nødvendigvis å få gehør for at tekniske hjelpemidler og tilpasning av fysiske omgivelser må forstås som et av flere mulige tiltak i helhetlig, personsentrert og hverdagslivsorientert ergoterapipraksis (Arntzen et al., 2018). De nevnte empiriske studiene kan tyde på et gap hvor den proaktive tjenstediskursen vi finner i styringsdokumentene, mangler tilstrekkelig fotfeste i praksis. Interessant i den sammenhengen er Helsepersonellkommissjonens forslag om at arbeidsgivere og ledere systematisk kartlegger personellgruppens kompetanser og potensialer som grunnlag for god oppgavedeling ut fra pasientenes behov (Helse- og omsorgsdepartementet, 2023).

Lian et al. (2007) peker på at profesjonenes faglige autonomi er blitt innskrenket. De kunne tidligere i større grad ta beslutninger basert på faglig skjønn, erfaringer og etiske vurderinger uten for mye politisk, juridisk og administrativ styring og kontroll. Profesjonsutøverne, eller «bakkebyråkratene», blir ofte stående i lojalitets- og verdikonflikter mellom faglige og økonomiske avveininger og vanskelige prioriteringshensyn mellom arbeidsgiverens direktiver og pasientenes eller pårørendes behov. Bildet forsterkes for kommuneergoterapeutene når ledere og samarbeidspartnere ikke har tilstrekkelig innsikt i fagkompetansen (Arntzen et al., 2018; Gramstad & Nilsen, 2016). Dette er temaer som i liten grad løftes frem og problematiseres i styringsdokumentene, og som vil være sentrale for å få til omstillinger

som dreier tjenestene mot mer proaktive praksiser i kommunene, samt for å fylle de oppgavene og tjenesteområdene som ergoterapeuter spesielt ivaretar, ifølge de utvalgte styringsdokumentene (se figur 2).

Studier viser imidlertid at andre faggrupper etterspør ergoterapeuter som en del av oppfølgingsteamet rundt pasienter med langvarige og komplekse behov, og begrunner fravær av en ergoterapeut med manglende tilgjengelighet, lav kapasitet, ventelister og/eller at hjelpemiddelformidling prioriteres (Arntzen & Hamran, 2015; Arntzen et al., 2019; Nikolaisen et al., 2015; Aadal et al., 2018). En studie som sammenlignet rehabiliteringsforløp og innhold i tjenester det første året etter et hjerneslag i en region i Nord-Norge og Midt-Jylland i Danmark, fant slående forskjeller (Arntzen et al., 2019; Aadal et al., 2018). I begge landene fikk alle pasientene tilbud om fysioterapi i kommunal regi med vekt på opptrening av delfunksjoner, styrke, balanse og utholdenhetstrening gjennomført primært i fysioterapeutens egne lokaler. Det største gapet i tilbud mellom landene var tilgang på ergoterapeut og utøvelse av reell tværfaglig rehabilitering med søkelys på å gi psykososial støtte, hjelp til å lære å leve med kognitive utfordringer, støtte til å mestre hverdagen og delta i samfunnet (Arntzen et al., 2019; Pallesen et al., 2019; Aadal et al., 2018). Dette understøttes av evalueringsrapporter som viser at mange kommuner har utfordringer med å tilby opptrening av kognitive funksjoner og å gi hjelp til sosial deltakelse og mestring av daglige aktiviteter (Helsedirektoratet, 2020; Riksrevisjonen, 2016). Kommuneergoterapeuter etterspør mer skolering innenfor ulike brukergrupper og ønsker å styrke sin kompetanse innenfor kognitiv problematikk (Arntzen et al., 2018; Gramstad & Nilsen, 2017; Stigen et al., 2018). Kommuneergoterapeuter sier selv at de skulle ha arbeidet mer rehabiliterende og forebyggende, men opplever at det ikke er nok tid, og sier at de driver mye med brannslukking, slik tjenesten er organisert i dag (Arntzen et al., 2018). Områder ergoterapeuter sier at de skulle ha prioritert mer tid til på, er blant annet oppfølging av barn, unge kronikere og pasienter med hjerneslag. En praksis preget av brannslukking, beskrives også av ansatte i hjemmetjenesten, hvor hverdagen deres preges av prioriteringsdilemmaer der forventningene om å drive mer forebyggende, rehabiliterende og tidlig innsats-tjenester blir vanskelig når de innenfor de samme økonomiske rammene også skal ivareta den kompensierende bistanden overfor de sykeste pasientene (Førland et al., 2021). Disse studiene peker på en praksis preget av ad hoc-arbeid og monofaglig tjenesteyting, noe som gjør at det nok kreves flere eller andre virkemidler for å oppfylle den helsepolitiske ambisjonen om mer forebyggende og rehabiliterende kommunale tjenester som forutsetter kompetanse, teamarbeid og større grad av planmessighet.

Den helsepolitiske kanaliseringen av ergoterapiressurser inn mot rehabilitering til utvalgte grupper i befolkningen (se figur 2) aktualiserer spørsmålet om omorganisering og utvikling av kommuneergoterapi og fordrer en større grad av spesialisering, spissing, prioritering og digitalisering. En sentral problemstilling i den kommunale tjenesteleveringen er balanseringen mellom spesialist- og generalistkompetanse (Arntzen et al., 2022). Det var tendenser til at ergoterapeuter fra rurale områder med mindre befolkningstetthet i større grad ser på seg selv som all-roundere og generalister, mens de fra mer folkerike kommuner og byer erfarer større grad av spesialisering og oppgavedeling mellom terapeutene (Arntzen et al., 2018; Horghagen et al., 2020).

4.3 Aktiv omsorg

Politikerne og helsebyråkratene ønsker endring i en helsetjeneste som beskrives å være dominert av en pleie- og vedlikeholdskultur, og hvor tilførsel av kompetanse og innsikt skal bidra til å unngå «hjelpefeller». Forskning viser at brukerne tilbys parallelle tjenester som har lite med hverandre å gjøre, og som styres ut fra ulike omsorgslogikker (Steihaug

et al., 2016). Omsorg kan forstås som et grunnvilkår for livet i sin alminnelighet og som begrepsfesting av sider ved profesjonell praksis (Alvsvåg & Martinsen, 2018). Samfunnet har mange former for sivile og offentlige omsorgssystemer. I profesjonsfaglig sammenheng knyttes begrepet nærmere noen helse- og sosialfaglige grupper enn andre. For eksempel er begrepet en større del av den sykepleiefaglige terminologien og fagidentiteten enn hva den er for ergoterapeutene. For ergoterapeutene inngår begrepet som en etisk fordring eller et ideal i alle profesjonelle møter i form av å vise tilstedeværelse, medfølelse, respekt, likeverd og medmenneskelighet. Imidlertid vil det være helt andre begreper eller fagtermer ergoterapeuter anvender for å favne merverdien ved å bringe inn ergoterapifaglig ekspertise. Omsorgsbegrepet i seg selv favner derfor ikke godt nok den praksisen ergoterapeuter bedriver av habiliterende/rehabiliterende, forebyggende og helsefremmende virksomhet. Begrepet kan dermed bidra til å tilsløre faglige nyanser og den merverdien det har å understøtte tverrfaglig bredde i helse- og omsorgspraksisene.

Andre har pekt på hvordan den sosiale dimensjonen ved omsorgspraksiser er en blind flekk, og at det er behov for å sette søkelyset på hvordan man faglig, kulturelt og strukturelt kan bidra til å styrke dagens hjemmebaserte tjenester (Munkejord et al., 2018). Vektlegging av det å sette mennesker i stand til å leve ønskede og selvstendige hverdagsliv er del av en internasjonal trend med klare etiske, demokratiske, juridiske og økonomiske motiver. En slik prosess vil handle om krefter og motkrefter hvor pasientgrupper og profesjonsgrupper settes opp mot hverandre, og kampene som utspilles på flere nivåer, vil blant annet dreie seg om definisjonsmakt, profesjonsmakt og fordeling av ressurser. Dette er en del av det ikke-problematiserte i styringsdokumentene hvor det blir tydelig at diskurser fungerer på måter som legitimerer bestemte kunnskaper, tildeler enkeltprofesjoner definisjonsmakt og praktiserer utestengingsmekanismer (Boréus & Bergström, 2005). Historisk sett har ergoterapi levd i skyggen av de større profesjonsgruppene (Nilsskog, 1999). Når ergoterapi relativt sjelden nevnes som en egen profesjon i styringsdokumentene (tabell 2), og tendensen er at de nevnes som en av en rekke andre profesjonsgrupper, reproduseres en profesjonsdiskurs med lange historiske røtter. I den grad vi finner at diskursen utfordres, er det i *Innovasjon i omsorg*. Et interessant paradoks er at selv om ergoterapi kobles til de mest sentrale buzz-ordene i den politiske retorikken: tverrfaglig samhandling, velferdsteknologi og proaktive tjenester, synes det ikke som om profesjonen i seg selv har fått en endret posisjon eller tydeligere funksjon i de utvalgte stortingsmeldingene.

I kjølvannet av den aktive omsorgsdiskursen ble hverdagsrehabilitering etablert i mange kommuner, og dermed ble ergoterapi som profesjon mer synlig, både på det helsepolitiske kartet og i tjenestene. Oppbygging av hverdagsrehabilitering i kommunene har nok bidratt til en økning i kommunale ergoterapistillinger, endret innhold i tjenesteleveringen og mer teamorganisering og samhandling. En studie (Vik, 2018) viser at helsepersonell som arbeider med hverdagsrehabilitering, ga kvalitativt bedre tjenester, ble mer effektive, etablerte en mer rehabiliterende tankegang og lærte mye av hverandre. Andre har pekt på at de profesjonelle i hverdagsrehabilitering opplever å delta på noe som hjalp dem med å arbeide mot felles mål, oppnå tverrprofesjonelt samarbeid, autonomi og fleksibilitet. På den andre siden beskrev de utfordringer knyttet til konflikter mellom pleiekultur og rehabiliteringskultur, og de kjente på ulik status mellom profesjonsutøverne (Moe et al., 2019). Hverdagsrehabilitering synes å mangle både et teoretisk grunnlag og detaljerte intervensjonsbeskrivelser i tjenesteleveringen. Det etterlyses mer inngående sosiokulturelle teorier på aldring innenfor hverdagsrehabiliteringsprogrammene som i stor grad er tuftet på medisinske og psykologiske teorier om suksessfull aldring (Thuesen et al., 2021). Dessuten har en stor grad av variasjon i de kommunene som har iverksatt konseptet, bidratt til at tjenestene har utviklet

seg i mange retninger med flere hybride løsninger. Det stilles derfor spørsmål om tjenesten som i dag ytes av flere kommuner, oppfyller vesentlige krav for å kunne kalles hverdagsrehabilitering, og om tjenesten er tilstrekkelig tverrfaglig sammensatt slik forutsetningene er (Tuntland & Ness, 2021).

Med *Innovasjon i omsorg* ble det et nasjonalt helsepolitisk mål at velferdsteknologi skulle være integrert i helse- og velferdstjenestene i de fleste norske kommuner innen 2020. Vi finner at ergoterapeuter gjennom sin kompetanse og erfaring tilskrives en sentral rolle i velferdsteknologifeltet. Studier viser at kommuneergoterapeuter deltar i innovasjonsprosjekter som ofte omhandler velferdsteknologi (Arntzen et al., 2018). Det er kombinasjonen av hverdagslivsorientering, ressursorientering og teknologikompetanse som gjør ergoterapeutene særlig relevante innenfor teknologifeltet. Studier viser hvordan tekniske hjelpemidler må forstås i relasjon til hverdagslivets etablerte praksiser, rutiner, vaner, interesser og relasjoner (Arntzen et al., 2014; Gramstad et al., 2014). Andre viser hvordan selv enkle teknologier må forstås i de omsorgspraksisene og nettverkene av aktører de er tenkt å være en del av. Teknologier bidrar til å endre dynamikken mellom aktørene i tjenesten (Stokke et al., 2019) og kan lede til tilsiktede og utilsiktede implikasjoner.

5.0. Studiens styrker og svakheter

Dokumentene som ble inkludert i analysen, ble publisert i tidsrommet 2008–2015. Det er en mulighet at forståelsen av og diskursen rundt ergoterapi har endret seg siden den gangen, og kanskje særlig etter at ergoterapi har blitt en lovpålagt tjeneste i kommunen. Det å ha inkludert nyere dokumenter kunne ha tilføyd nyere perspektiver på faget. Samtidig danner de inkluderte dokumentene grunnlaget for hvordan ergoterapitjenesten er organisert og utformet per i dag, og påvirker forventningene ergoterapeuter blir møtt med.

Selv om det foreligger gode grunner for tekstutvalget i denne studien, finnes det også andre og tilsvarende tekster relaterte til vår problemstilling. Et annet tekstutvalg kunne gitt andre funn og en annen type diskusjon enn det som er presentert i denne studien. Mens forfattergruppen som helhet har bidratt til studiens ide og fremstillingen av funn, har det analytiske arbeidet vært utført av artikkelens førsteforfatter. Dermed kan synspunkter og vurderinger som fremkommer i artikkelen, i stor grad være preget av førsteforfatterens for forståelse og tolkninger av tekstutvalget.

Ved å bruke Bacchis diskursanalytiske metode som tekstanalytisk verktøy har vi fått frem hvordan profesjonene konstrueres i styringsdokumentene, maktulikhet og det ikke-tematiserte i måten ergoterapi og andre profesjoner skrives frem. Dette kan ha medført at vi har gått glipp av eller undervurdert betydningen av andre forhold i fremstillingene. For oss fremsto imidlertid Bacchis metode som hensiktsmessig for å svare på forskningsspørsmålene: Den hjalp oss både med en overordnet forståelse av hvordan ergoterapi skisseres i sentrale dokumenter, og et mer detaljert bilde av hvilke problemer ergoterapeuter skal bidra å løse for hvem.

6.0 Konklusjon og videre implikasjoner

Vi har i denne studien vist hva styringsdokumentene peker på at ergoterapeuter skal løse for hvem i fremtidens primærhelsetjeneste. Vi finner stor variasjon i måten ergoterapi gis plass og fremstilles i styringsdokumentene på, men det er særlig innenfor tjenstediskursene *proaktive tjenester* og *aktiv omsorg* at ergoterapeutene ses på som en del av løsningen i fremtidens kommunale helse- og omsorgstjenester. Selv om ergoterapi kobles til sentrale politiske

virkemidler for fremtidens tjenesteutforming – tverrfaglig samhandling, velferdsteknologi og proaktive borgere – synes det ikke som om profesjonen i seg selv har fått en endret posisjon eller tydeligere funksjon i de utvalgte stortingsmeldingene.

Studien aktualiserer et behov for mer inngående analyser og reelle diskusjoner om rekruttering og dimensjonering av ergoterapi samt mer empirisk forskning på hvordan ønsket politikk lar seg eller vanskelig lar seg realisere i praksis. Vi ser at det er behov for mer inngående drøftinger om hvordan ergoterapi skal organiseres, hvilke kompetanser som skal utvikles, og hva de skal prioritere i de kommunale helse- og omsorgstjenestene i fremtiden. Det er behov for en problematisering og konkretisering av kommuneergoterapeuters funksjon i fremtidens helsetjeneste: om, hva, overfor hvem og sammen med hvem denne tjenesten skal utøves.

Studien er finansiert gjennom forskernes respektive institusjonstilknytninger. Det er ingen interessekonflikter.

Referanser

- Alvsvåg, H. & Martinsen, K. M. (2018). Omsorg og skjønn. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 4(3), 215222. <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2018-03-03>
- Arntzen, C. & Hamran, T. (2015). Does people with cognitive challenges after stroke experience that health services support their needs through the rehabilitation process? A qualitative study. *Geriatrisk Sykepleie*, 3(15), 10.
- Arntzen, C., Holthe, T. & Jentoft, R. (2014). Tracing the successful incorporation of assistive technology into everyday life for younger people with dementia and family carers. *Dementia*, 15(4), 646–662. <https://doi.org/10.1177/1471301214532263>
- Arntzen, C., Horghagen, S. & Gramstad, A. (2022). Kulturel og situert aktivitet. I H.K. Kristensen, A. Schou Bach, & J. Mærsk Larsen (red.), *Nordisk Aktivitetsvidenskab*. Munksgaard.
- Arntzen, C., Moe, S., Aadal, L. & Pallesen, H. (2019). Facilitating learning and change in the daily lives of stroke survivors: A comparative analysis of municipal stroke rehabilitation services in Norway and Denmark. *Cogent Medicine*, 6(1). <https://doi.org/10.1080/2331205X.2019.1608080>
- Arntzen, C., Sveen, U., Hagby, C., Bonsaksen, T., Dolva, A.-S. & Horghagen, S. (2018). Community-based occupational therapy in Norway: Content, dilemmas, and priorities. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 26(5), 1–11. <https://doi.org/10.1080/11038128.2018.1548647>
- Arntzen, C.M.S., Aadal, L. & Pallesen, H. (2019). Facilitating learning and change in the daily lives of stroke survivors and their families: A comparative analysis of municipal stroke rehabilitation services in Norway and Denmark. *Cogent Medicine*. In press.
- Arntzen, C., Gramstad, A. & Kristiansen, H. K. (2017). Aktivitet i et hverdagslivsperspektiv. I H.K. Kristensen, A.S.B. Schou & J.L. Mærsk (red.), *Nordisk aktivitetsvidenskab*. Munksgaard.
- Bacchi, C. L. (2009). *Analysing policy: what's the problem represented to be?* Pearson Australia.
- Bech Jørgensen, B. (2003). *Ruter og rytmer. Om brobyggerne, frontfolket og de hjemløse*. Hans Reitzels Forlag.
- Blix, B. H., Stalsberg, H. & Moholt, J.-M. (2021). Demografisk utvikling og potensialet for uformell omsorg i Norge. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 7(1), 1–14. <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2021-01-03>
- Bonsaksen, T., Dolva, A.-S., Horghagen, S., Sveen, U., Hagby, C. & Arntzen, C. (2020). Characteristics of community-based occupational therapy: Results of a norwegian survey. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 27(1), 39–46. <https://doi.org/10.1080/11038128.2019.1609085>

- Boréus, K. & Bergström, G. (2005). *Textens mening och makt : metodbok i samhällsvetenskaplig text- och diskursanalys* (2. oppl.). Studentlitteratur.
- Fairclough, N. & Halskov Jensen, E. (2008). *Kritisk diskursanalyse: en tekstsamling*. Hans Reitzels Forlag.
- Førland, O., Skutle, O., Alvsvåg, H. & Hjelle, K. M. (2021). Ambisjoner og realiteter i kommunenes prioriteringer av helse- og omsorgstjenester – en casestudie fra tre norske kommuner. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 24(4) <https://doi.org/10.18261/issn.2464-3076-2021-04-02>
- Gilje, N. (2019). *Hermeneutikk som metode: ein historisk introduksjon*. Samlaget.
- Gramstad, A. & Nilsen, R. (2016). «Vi blir ikke brukt godt nok»; kommuneergoterapeuters erfaringer med utfordringer i arbeid med brukere og andre faggrupper. *Ergoterapeuten*, 59(4), 30–39.
- Gramstad, A. & Nilsen, R. (2017). Prioriterte områder for forskning blant kommuneergoterapeuter i Norge. *Ergoterapeuten*, 3, 36–45.
- Gramstad, A., Storli, S. L. & Hamran, T. (2014). Exploring the meaning of a new assistive technology device for older individuals. *Disability and Rehabilitation: Assistive Technology*, 9(6), 493–498. <https://doi.org/10.3109/17483107.2014.921249>
- Grimsmo, A., Løhre, A., Røstad, T., Gjerde, I., Heiberg, I. & Steinsbekk, A. (2018). Disease-specific clinical pathways – are they feasible in primary care? A mixed-methods study. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 36(2), 152–160. <https://doi.org/10.1080/02813432.2018.1459167>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2023). *Helsepersonellkommisjonen*. <https://www.regjeringen.no/no/dep/hod/org/styrer-rad-og-utvalg/tidligere-styrer-rad-og-utvalg/helsepersonellkommisjonen/id2920239/>
- Hasselkus, B. R. (2006). Eleanor Clarke Slagle Lecture: The World of Everyday Occupation: Real People, Real Lives. *The American Journal of Occupational Therapy*, 60(6), 627–640. <https://doi.org/10.5014/ajot.60.6.627>
- Helsedirektoratet. (2020). *Evaluering av opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering 2017- 2019*. Helsedirektoratet. KPMG. <https://kudos.dfo.no/dokument/13076/evaluering-av-opptrappingsplan-for-habilitering-og-rehabilitering-2017-2019-2020>
- Helsedirektoratet. (2021). *Kompetanseløft 2025*. <https://www.helsedirektoratet.no/tema/kompetanseloft-2025/omsorgstjenester>
- Horghagen, S., Bonsaksen, T., Sveen, U., Dolva, A.-S. & Arntzen, C. (2020). Generalist, specialist and generic positions experienced by occupational therapists in Norwegian municipalities. *The Irish journal of occupational therapy*. <https://doi.org/10.1108/IJOT-03-2020-0006>
- Lehn-Christiansen, S. (2016). *Tværfaglig samarbeid i helsefaglig praksis*. Munksgaard.
- Leknes, S., Hjemås, G., Holmøy, E. & Stølen, N. M. (2019). *Regionale framskrivninger av etterspørsel etter helse- og omsorgstjenester, 2017–2035*. <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/regionale-framskrivninger-av-etterspørsel-etter-helse-og-omsorgstjenester-2017-2035>
- Lian, O. S. (2007). *Når helse blir en vare : medikalisering og markedsorientering i helsetjenesten* (2. utg.). Høyskoleforl.
- Mehre, K., Djønné, E., Myhrer, S. & Kaurin, M. (2016). *Analyse av utviklingstrekk i omsorgssektoren*. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/analyse-av-utviklingstrekk-i-omsorgssektoren>
- Meld. St. 29 (2012–2013). *Morgendagens omsorg*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-29-20122013/id723252/>
- Meld. St. 26 (2014–2015). *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-26-2014-2015/id2409890/>
- Moe, C. F., Gårseth-Nesbakk, L. & Brinchmann, B. S. (2019). Medspill og motspill mellom profesjonene tilknyttet hverdagsrehabilitering. *Facilitators and barriers for the inter-professional collaboration of reablement*, 5(1), 1–16. <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2019-01-04>

- Munkejord, Walter, S. & Helga, E. (2018). Sosial omsorg. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 4(3), 298–306. <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2018-03-12>
- Maass, R., Bonsaksen, T., Gramstad, A., Sveen, U., Stigen, L., Arntzen, C. & Horghagen, S. (2021). Factors Associated with the Establishment of New Occupational Therapist Positions in Norwegian Municipalities after the Coordination Reform. *Health Serv Insights*, 14, 1178632921994908–1178632921994908. <https://doi.org/10.1177/1178632921994908>
- Nikolaisen, M., Arntzen, C. & Moe, S. (2015). Fysioterapeuters prioriteringer ; en fokusgruppeundersøkelse i finnmarkskommuner. *Fysioterapeuten*, 82(1), 18–23. <https://www.fysioterapeuten.no/fagfellevurdert/fysioterapeuters-prioriteringer--en-fokusgruppeundersokelse-i-finnmarkskommuner/123068>
- Nilsskog, G. (1999). *Legeprofesjonens hjelpere?: arbeidsdeling mellom sykepleiere, fysioterapeuter og ergoterapeuter i perioden 1946-1993*. [Universitetet i Tromsø]. Tromsø.
- NOU 2011: 11. *Innovasjon i omsorg*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2011-11/id646812/>
- Pallesen, H., Aadal, L., Moe, S. & Arntzen, C. (2019). Gateway to Recovery: A Comparative Analysis of Stroke Patients' Experiences of Change and Learning in Norway and Denmark. *Rehabilitation Research and Practice*, 2019, 1726964–1726914. <https://doi.org/10.1155/2019/1726964>
- Riksrevisjonen. (2016). *Undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføringen av samhandlingsreformen*. Riksrevisjonen. <https://www.riksrevisjonen.no/rapporter-mappe/no-2015-2016/ressursutnyttelse-og-kvalitet-i-helsetjenesten-etter-innforingen-av-samhandlingsreformen/>
- Schönfelder, W. (2013). Legenes posisjon i et tverrfaglig landskap: Samhandlingsreformen i et profesjonsteoretisk perspektiv. I A. Tjora & L. Melby (red.), *Samhandling for helse* (s. 54–79). Gyldendal Norsk Forlag.
- SSB. (2023). https://ergoterapeutene.sharepoint.com/:x/g/EXxQ9T1Zw21AtTbBjlWybPEBq1IS9zgGjCH64EK5H5Z_UA?e=egy2SX
- St.meld. nr. 47 (2008–2009). *Samhandlingsreformen: rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/>
- Steihaug, S., Lippestad, J.-W. & Werner, A. (2016). Between ideals and reality in home-based rehabilitation. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 34(1), 46–54. <https://doi.org/10.3109/02813432.2015.1132888>
- Stigen, L., Bjørk, E. & Lund, A. (2018). The conflicted practice: Municipal occupational therapists' experiences with assessment of clients with cognitive impairments. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 1–12. <https://doi.org/10.1080/11038128.2018.1445778>
- Stokke, R., Hellesø, R. & Sogstad, M. (2019). Hvorfor er det så vanskelig å integrere velferdsteknologi i omsorgstjenesten?: trygghetsalarmen som case. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 5(3), 7–20. <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2019-03-02>
- Thuesen, J., Feiring, M., Doh, D. & Westendorp, R.G.J. (2021). Reablement in need of theories of ageing: would theories of successful ageing do? *Ageing and Society*, 1–13. <https://doi.org/10.1017/S0144686X21001203>
- Tuntland, H. & Ness, N. E. (2021). Hverdagsrehabilitering – ti år etter oppstart og veien videre. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 7(3), 1–7. <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2021-03-12>
- Universitets- og høyskolerådet. (2015). *Fremtidens praksisstudier i ergoterapi*. <https://www.uhr.no/f/p1/i2bbc585d-69a7-415c-b6de-ed9dc1a0857c/delrapport-praksis-ergoterapeut-gruppen.pdf>
- Vik, K. (2018). Hverdagsrehabilitering og tverrfaglig samarbeid; en empirisk studie i fire norske kommuner. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 4(1), 6–15. <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2018-01-05>

Aadal, L., Pallesen, H., Arntzen, C., Moe, S. & Aadal, L. (2018). Municipal Cross-Disciplinary Rehabilitation following Stroke in Denmark and Norway: A Qualitative Study. *Rehabilitation Research and Practice*, [1972190–1972190]. <https://doi.org/10.1155/2018/1972190>