Bacheloroppgave

NTNU
Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

Joakim Aaslund og Jon-Andreas Jostad

Ergoterapeuters roller i helsefremmende arbeid

En litteraturstudie

Bacheloroppgave i Bachelor i ergoterapi
Januar 2022

NTNU
Norwegian University of
Science and Technology

Joakim Aaslund og Jon-Andreas Jostad

Ergoterapeuters roller i helsefremmende arbeid

En litteraturstudie

Bacheloroppgave i Bachelor i ergoterapi
Januar 2022

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

NTNU
Kunnskap for en bedre verden

Forord:

Denne oppgaven markerer slutten på vårt 3-årige studieløp ved NTNU Gjøvik. Det har vært noen spesielle år med pandemi, derav mye alternativ undervisning og noe redusert praksiserfaring. Både de som har hatt ansvaret for undervisningen og vi som studenter har fått erfaringer med å finne alternative metoder og adaptert til situasjonen. Skriveprosessen har til tider vært krevende, men vi har jobbet strukturert og målrettet siden oppstart av emnet. Det har vært et godt samarbeid mellom oss studenter gjennom hele prosessen, vi har spilt på hverandres styrker og fordelt arbeidsoppgaver i henhold til det.

Vi ønsker å rette en stor takk til Linda Stigen for trygg los gjennom det siste emnet i studiet og til Marte Ørud Lindstad for presis og god veiledning.

Det har vært spennende og lærerikt å få lov til å utforske ergoterapeuters rolle i helsefremmende arbeid i vår bacheloroppgave.

"Vi må skape rause, trygge flokker hvor mennesket får erfare at tilhørighet er bedre enn å pusse navle i enerom." -Per Fugelli

SAMMENDRAG

Innledning: Forskning peker på argumenter for at ergoterapeuter har viktige bidrag i helsefremmende arbeid, men også at rollen de skal ha i dette arbeidet ikke er avklart og tydeliggjort. Dette kan indikere et behov for mer kunnskap om forventninger til faget og forståelse av ergoterapeuters plass i helsefremmende arbeid.

Hensikt: Hensikt med denne studien er å anvende forskning og annen litteratur til å fremskaffe kunnskap om ergoterapeuters rolle i det helsefremmende arbeidet

Forskningsspørsmål: Hvordan beskriver ergoterapeuter sin rolle i helsefremmede arbeid?

Metode: Det ble foretatt en litteraturstudie med søk i 2 databaser som resulterte i 7 utvalgte studuier; 5 kvalitative, 1 kvantitativ og 1 mixed methods design. Data ble analysert gjennom en tematisk analyse.

Resultat: Ergoterapeutenes tilnærminger i helsefremmende arbeid er mangfoldige og tilpasses ut fra konteksten. Ergoterapeuter beskriver de to feltene som faglig forenlige, og at det holistiske aktivitetsperspektivet representerer fagets unike bidrag for å fremme helse i befolkningen. Selv om noen av ergoterapeutene beskrev helsefremmende tilnærminger på system- og samfunnsnivå, viser studiene at hovedvekten av ergoterapeutene benyttet sin kompetanse i helsefremmende arbeid på individnivå. Samtlige studier peker på ulike barrierer som ergoterapeuter må overkomme for å kunne arbeide helsefremmende, herunder manglende kunnskap, anerkjennelse og ressurser. Det er likevel et mulighetsrom for å utvikle rollen i helsefremmende arbeid gjennom samfunnsutvikling sosialt endringsarbeid og utdanning.

Konklusjon: Resultatene fra litteraturstudien samsvarer i stor grad med eksisterende litteratur om ergoterapi og helsefremmende arbeid. Utfordringene er mange, men det er også et mulighetsrom og behov for ergoterapeutisk tenkning og praksis som helsefremmende aktører. Litteraturstudien har funnet støtte for at ergoterapeuter kan ha en sentral rolle i helsefremmende arbeid og at aktivitetsperspektivet representerer et unikt bidrag for å oppnå den etterspurte reorienteringen i helsetjenestene som trekkes frem både nasjonalt og internasjonalt.

Nøkkelord: Ergoterapi; Aktivitetsperspektiv; Helsefremmende arbeid; Yrkesrolle; Advokering

ABSTRACT

Introduction: Research points to arguments for Occupational Therapists' (OTs) contributions to health promotion, but also suggests that their role has not been confirmed and clarified. This indicates a need for knowledge surrounding expectations placed on OTs and understanding of their position within the realm of health promotion.

Purpose: This study aims to use research and other literature to obtain knowledge about the role of occupational therapists in health promotion work.

Research question: How do occupational therapists describe their role in health promotion?

Method: A literature review was completed searching 2 databases which resulted in 7 studies, of which 5 were qualitative, 1 quantitative and 1 mixed methods design. Data was analyzed through thematic analysis.

Results: Occupational therapists' approaches in health-promoting work was diverse and context-sensitive. OTs describe the two fields as compatible, and the holistic occupational perspective represents the unique contribution to promoting population health. Although some OTs described health-promoting approaches at a systemic and societal level, the main emphasis of OTs professional competence was exercised at an individual level. All studies point to various barriers that OTs must overcome in health-promoting efforts, including lack of knowledge, recognition, and resources. Nevertheless, there is a space of opportunity to develop OTs role in health promotion through community development, social change agency and education.

Conclusion: The results largely correspond to existing literature on OT and health promotion. The challenges are many, but there is also a space of opportunity and a need for OTs thinking and practice as health-promoting actors. This review revealed support for the fact that OTs can take a central role in health promotion and that an occupational perspective represents a unique contribution to achieving the requested reorientation in the health services highlighted both nationally and internationally.

Keywords: Occupational Therapy; Occupational Perspective; Health Promotion; Professional Role; Advocacy

Innhold

1. Innledning og bakgrunn 1
1.1 Tema og relevans for ergoterapi 1
1.2 Teoretisk rammeverk 2
1.3 Tidligere forskning 5
1.4 Hensikt og forskningsspørsmål 6
2. Metode 6
2.1 Verdenssyn 6
2.2 Litteraturstudie som metode 7
2.3 Datainnsamling 8
2.3.1 Søkestrategi 8
2.3.2 Utvalg 9
2.4 Dataanalyse 10
2.5 Etiske overveielser 11
3. Resultat 11
3.1 Presentasjon av artikler 12
3.2 Sammenfatning av tematisk analyse 15
3.3 Et mangfold av tilnærminger på ulike nivåer 15
3.4 Ergoterapeuters rolleoppfatninger i helsefremmende arbeid 17
3.5 Utfordringsbildet for ergoterapeuter i helsefremming 18
3.6 Mulighetsrommet for ergoterapeuter i helsefremmende arbeid 19
4. Diskusjon 20
4.1 Resultatdiskusjon 20
4.1.1 Uklare roller på system- og samfunnsnivå 21
4.1.2. Aktivitetsperspektivet i helsefremmende arbeid 22
4.1.3 Ressurs- og prioriteringsutfordringer 23
4.1.4 Mulighetsrommet for ergoterapeuter i helsefremmende arbeid 24
4.2 Metodediskusjon 25
4.3 Implikasjoner for praksis 27
5. Konklusjon 27
Referanser 29

1. Innledning og bakgrunn

I dette kapitlet følger en introduksjon til tema og relevansen for ergoterapi, etterfulgt av presentasjon av bakgrunnen for oppgaven for å sette tema og problemstilling i kontekst.

1.1 Tema og relevans for ergoterapi

Temaet for denne oppgaven er ergoterapeuters rolle i helsefremmende arbeid. Bakgrunnen for dette valget er at helsefremmende arbeid er vektlagt i utdanningen, samt i forskning og politiske føringer både nasjonalt og globalt. Vi har vært opptatt av å studere hva som forventes av ergoterapifaget på området og har tatt utgangspunkt i ergoterapeuters egne oppfatninger.

World Health Organization (WHO) definerer helsefremmende arbeid slik: «Prosessen som setter folk i stand til å få økt kontroll over og forbedre sin helse» (WHO, 1986, sitert i Mæland, 2010, s. 72).

Mæland (2010, s. 72-73) forklarer at den første internasjonale konferansen om helsefremmende arbeid foregikk i Ottawa i Canada i 1986. Ottawacharteret ble utarbeidet og godkjent på denne konferansen og betraktes i dag som en «grunnlov» for det helsefremmende arbeidet. Det understrekes i charteret at helsefremmende arbeid er knyttet til alle samfunnsnivåer, politiske prioriteringer og lokalmiljøene rundt oss. Ottawa-charteret etterlyste blant annet et tankesett om at helse skapes og leves i menneskers hverdagsliv i nærmiljøene. Den helsefremmende ideologien representerer et salutogent perspektiv som vil si å vektlegge positive ressurser for helse, til forskjell fra det sykdomsforebyggende arbeidet. Som samlet strategi i folkehelsearbeid er dette et forholdvis ferskt fenomen da det tradisjonelle fokuset har vært risikofaktorer for sykdom.

Samhandlingsreformen som trådte i kraft i 2012 beskrev de demografiske og helsemessige utfordringene i samfunnet, og blir ofte omtalt som en retningsreform. To sentrale mål i reformen var 1) å styrke forebygging og bedre folkehelsen, og 2) en større del av helse- og omsorgstjenestene overføres til kommunene. Det helsefremmende arbeidet løftes fram gjennom reformen, og det trekkes frem at kjernen i helsefremmende arbeid handler om å styrke lokalsamfunnet og bruke samfunnet som en helsefremmende arena (Meld. St. 47). Det skal tas mer hensyn til befolkningens helse og trivsel i utviklingen av nærmiljøet og lokalsamfunnet (Meld. St. 19), da disse har stor betydning for god helse og livskvalitet (Garsjø, 2018, s. 226). Med Folkehelseloven ble det juridisk forankret at samfunnsutviklingen

skal fremme folkehelse og utjevne sosiale helseforskjeller. «Folkehelsearbeidet skal fremme befolkningens helse, trivsel, gode sosiale og miljømessige forhold og bidra til å forebygge psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse» (Folkehelseloven, 2012).

I ergoterapi er meningsfulle aktiviteter ansett som fundamentalt for menneskers helse og trivsel. Dunton fastslo i 1919 at meningsfulle aktiviteter er like livsviktig som mat og drikke, og at sykdom i sinn, kropp og sjel kan helbredes gjennom meningsfulle aktiviteter (Polatajko *et al.*, 2017, s. 48-49). Townsend *et al.*, (2017, 245) påpeker at ergoterapeuter som arbeider med individuelle klienter, ofte støter på hindringer på systemnivå. Dette kan være holdninger, politiske beslutninger og økonomiske målsettinger som begrenser muligheter til meningsfull aktivitet. Det er derfor naturlig at ergoterapeuter tar fatt på disse utfordringene ved å engasjere seg i utviklingen av helsefremmende lokalsamfunn.

1.2 Teoretisk rammeverk

I det følgende trekker vi frem noen sentrale teorier og begreper i helsefremming og aktivitetsvitenskap. Dette utgjør oppgavens teoretiske rammeverk som vil benyttes for å belyse problemstillingen.

Ifølge Green *et al.* (2019) har helsefremmende ideologi utfordret den rådende biomedisinske diskursen i folkehelsearbeidet som tradisjonelt har vektlagt sykdomsfremkallende forhold og individuell helseatferd. Dette innebærer å legge til grunn et holistisk bilde på helse og livskvalitet, og se etter faktorer som skaper grobunn for helse – et såkalt salutogent perspektiv (Mæland, 2010). Ideologien anerkjenner spesielt sosiale helsedeterminanter og samspillseffektene mellom disse og den enkeltes helseatferd. I spenningsfeltet mellom å anerkjenne det enkelte individ med egen fri vilje og et deterministisk syn på hvilke faktorer i omgivelsene som påvirker denne frie viljen til å ta egne valg har stor betydning for å forstå helsefremming. Green *et al.* (2019) viser til at Dahlgren og Whitehead (1991) illustrerte dette samspillet i en modell som viste hoved-determinantene for helse. I motsetning til den tradisjonelle tenkningen med fire hovedgrupper av påvirkningsfaktorer: genetikk og biologi, livsstil, miljø og omgivelser og helsetjenester, viser Dahlgren og Whitehead (1991) at det er nødvendig å supplere det tradisjonelle synet ved å se helsedeterminanter i et komplekst nettverk på mikro- og makronivå (Green et al., 2019, s. 102 – 103). Fokuset skiftes til å skape sosiale og politiske forhold som understøtter helse og helseatferd. På denne måten blir helse også et spørsmål om sosial rettferdighet (Green et al., 2019).

Aktivitetsvitenskapen omhandler menneskelig aktivitet og belyser relasjonene mellom aktivitet, omgivelser, helse og trivsel. Denne teorien er utviklet med ergoterapien som inspirasjonskilde, og bygger på perspektiver fra systemteori, narrativ teori og pragmatisme (Asaba, Josephsson og Johnsson, 2017, s. 36 – 38). Det sentrale omdreiningspunktet i aktivitetsvitenskapen er hvordan hverdagsaktiviteter påvirker vår helse og livskvalitet. I Norge og flere andre nordiske land står velferdsstaten sterkt. Denne modellen bidrar til å motvirke sosial ulikhet i helse gjennom målsettingen om at alle skal ha lik tilgang til helsetjenester. Et sentralt fokus i aktivitetsvitenskapen er at alle også bør ha lik tilgang til meningsfulle aktiviteter, og hva det kan bety for den enkelte eller grupper i samfunnet hvis slik tilgang mangler (Kristensen, 2017, s. 17). Aktivitetsvitenskapen har tradisjonelt hatt et individfokus og bør i fremtiden inkludere aktiviteters positive og negative innvirkning på befolknings- og samfunnsnivå (Lindahl-Jacobsen og Jessen-Winge, 2017, s. 61-73).

Aktivitetsvitenskapen ble presentert offentlig for et større publikum i Nord-Amerika på starten av 1990-årene. Omtrent på samme tid skrev den australske professoren Ann Wilcock om sine idéer om aktivitet som et grunnleggende behov for menneskelig overlevelse. Hun introduserte to nøkkelkonsepter i aktivitetsvitenskapen; *occupational justice* og *doing, being, becoming og belonging* (Asaba, Josephsson og Johnsson, 2017, s. 33 - 36).

Begrepene doing, being, becoming og belonging er kjernekonsepter i menneskelig aktivitet og utgjør et holistisk perspektiv på aktivitet, der hver av de fire konseptene interagerer og påvirker hverandre gjensidig (Hitch, Pépin og Stagnitti, 2014).

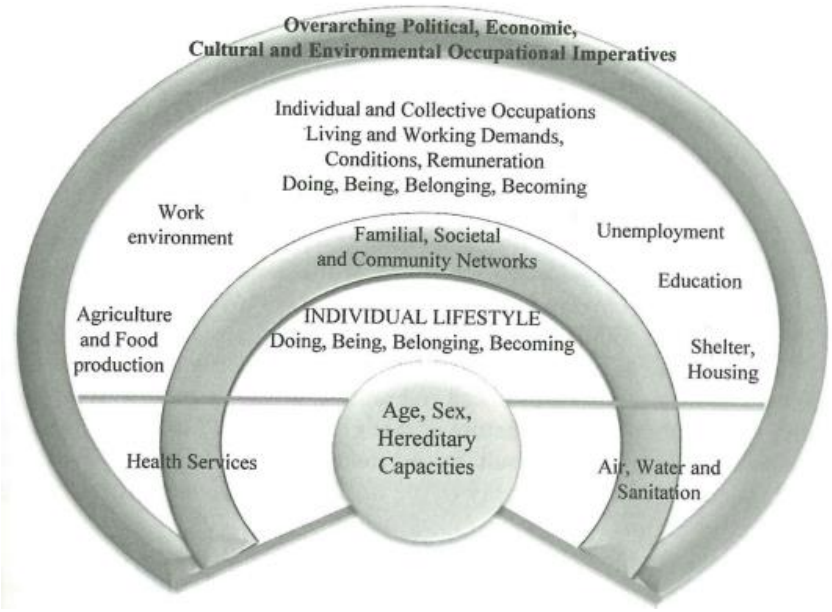
Doing brukes ofte synonymt med meningsfulle aktiviteter og innebærer sosial samhandling, sosial utvikling og muligheter til personlig utvikling og tilfredsstillelse. Hva mennesker gjør, er med på å forme samfunnet og den enkeltes helserelaterte atferd. Betydningsfulle faktorer for sosial ulikhet i helse som utdanning, arbeidsforhold og risikoatferd, avhenger av nettopp hva vi gjør, og påvirkning av slike faktorer vil også kunne påvirke helsen. Organisatoriske forhold, lovgivning, skattemessige vilkår og sosio-kulturelle verdier påvirker i stor grad *doing*. Derfor er det avgjørende for helsa i befolkningen at helsepolitiske beslutninger går hånd i hånd med samfunnsmessige forhold (Lindahl-Jacobsen og Jessen-Winge, 2017, s. 62-64).

Being kan knyttes til engasjement i aktivitet og hva som gir livet mening. Hvert enkelt individ har en unik identitet, og er i en unik situasjon. Hva som gir livskvalitet for den enkelte er

subjektivt. Being kan forstås som graden av livskvalitet, et produkt av atferd som skaper helse – eller det motsatte. Den enkeltes mulighet til meningsfulle aktiviteter er avhengig av den sosiale posisjonen. *Becoming* handler om å oppnå fysisk, mentalt og sosialt velvære, der individet eller grupper må være i stand til å identifisere og realisere ønsker, tilfredsstille behov og endre eller mestre omgivelsene. Dette kan bety å utvikle seg og utnytte sitt potensiale og sine evner. *Belonging* har oppstått som et tilleggsbegrep gjennom Wilcocks teoriutvikling fordi det har åpenbart seg en klar sammenheng til de andre tre begrepene. Å være en del av en gruppe, dele verdier og føle seg sosialt inkludert knyttes til belonging, som opprettholdes gjennom aktiviteter (Lindahl-Jacobsen og Jessen-Winge, 2017, s. 63-64).

Occupational justice (aktivitetsrettferdighet) kan defineres som: «Equitable opportunities & resources to do, be, belong, and become … and abscence of avoidable harm» (Hocking, 2016, sitert i Morville og Larsen, 2017, s. 193).

Det er altså ikke slik at alle i samfunnet har like muligheter til aktivitet. Sosiale determinanter og forhold knyttet til likeverd kan hindre grupper og enkeltpersoner fra aktivitetsrettferdighet. Uten en mer fullstendig forståelse av hverdagsaktiviteters plass befolkningens helse, vil det være vanskelig å oppnå forutsetningene for helse og sunne livsstiler (Wilcock og Hocking, 2015, s. 342).



Figur 1. Wilcock, A.A. og Hocking, C. (2015) Occupational determinants of population health. I: Wilcock, A.A. og Hocking, C. (2015) Occupational perspectives of health, s. 341. USA: SLACK Incorporated

Modellen illustrerer hvordan Wilcocks kjernebegreper innenfor aktivitetsvitenskapen kan ses I sammenheng med det komplekse nettverket av sosiale determinanter for helse på mikro, meso, og makro nivå.

1.3 Tidligere forskning

Ifølge Tucker *et al.*, (2014) er likhetene mellom ergoterapi og helsefremming er anerkjent. Begge felt deler et mål om å sette individer og lokalsamfunn i stand til å forbedre kontroll over egen helse. Det er derfor logisk at helsefremmende prinsipper komplementerer ergoterapipraksis. Det etterlyses en utvidelse av ergoterapeutisk kunnskap og praksis som inkluderer helsefremming, spesielt med hensyn til tjenesteytelse på befolkningsnivå.

Hyett *et al*., (2016) påpeker at ergoterapeuter er i god posisjon til å utforme og sette i gang initiativer som forbedrer helse og velvære i et samfunn. Det ligger et stort i potensiale i forskning og utvikling av tilnærminger som dreier mer mot en samfunnssentrert praksis som bygger på eksisterende faglige verdier, modeller og ferdigheter, samt utnytte samarbeid med andre yrkesutøvere innen folkehelsearbeid.

Gerlach *et al*., (2018) problematiserer individualisering av meningsfulle aktiviteter og fremhever viktigheten av kritiske perspektiver for å utvide analyser av aktivitet til systemnivå og bidra til sosial responsiv ergoterapeutisk forskning, utdanning og praksis. For at ergoterapeuter skal kunne ta fatt på sosiale utfordringer som påvirker aktivitetsengasjement må de være bevisste på forforståelser som underbygger individualisering og hvordan dette kan forsterke mønstre som bidrar til sosial og aktivitetsmessig urettferdighet.

Moll *et al.*, (2013) påpeker at det finnes overbevisende grunner til at ergoterapeuter skal promotere verdien av et aktivitetsperspektiv i folkehelsesektoren og advokere for den helsefremmende verdien av hverdagsaktiviteter. De hevder at ergoterapeuter kan være ledere i å fremme aktivtetsengasjement som et viktig folkehelseanliggende.

Njelesani *et al.* (2012, s. 234) viser til at aktivitetsperspektivet har en utstrakt bruk innen aktivitetsvitenskapen, men at det ikke har vært en omforent definisjon av dette begrepet. Gjennom sin studie har de utviklet følgende definisjon av aktivitetsperspektivet: “a way of looking at or thinking about human doing”. Denne definisjonen tar utgangspunkt i at begrepet har en tilknytning til doing som bidrar til being, becoming, og belonging; et forhold til helse og velvære som inneholder form, funksjon og mening med aktivitet fra individ til samfunnsnivå, og et transaksjonelt forhold innenfor konteksten.

1.4 Hensikt og forskningsspørsmål

Tidligere forskning peker på argumenter for at ergoterapeuter har viktige bidrag i helsefremmende arbeid, men også at rollen de skal ha i dette arbeidet ikke er avklart og tydeliggjort. Dette kan indikere et behov for mer kunnskap om temaet for å belyse forventninger og forståelse.

Hensikten med oppgaven er å anvende forskning og annen litteratur til å fremskaffe kunnskap om ergoterapeuters rolle i det helsefremmende arbeidet, hvordan de benytter sin kompetanse, hvordan de kan advokere for sitt bidrag og hvilke barrierer og muligheter de møter som helsefremmende aktører. Problemstillingen er dermed operasjonalisert med utdypende forskningsspørsmål.

Problemstilling:

Hvordan beskriver ergoterapeuter sin rolle i helsefremmede arbeid?

Forskningsspørsmål:

Hvordan benytter ergoterapeuter sin kompetanse i helsefremmende arbeid?

Hva er muligheter og barrierer knyttet til ergoterapeuters engasjement i helsefremmende arbeid?

Hvordan kan ergoterapeuter advokere for sitt bidrag i utvikling av helsefremmende samfunn?

2. Metode

I dette kapitlet kommer en redegjørelse for verdenssyn, metode, datainnsamling- og analyse, samt etiske overveielser.

2.1 Verdenssyn

I denne oppgaven utforsker vi et fenomen knyttet til ergoterapeuters erfaringer og holdninger med helsefremmende arbeid, og plasserer derfor oppgaven innenfor et sosialkonstruktivistisk verdenssyn.

I dette verdenssynet antas det at individer forsøker å forstå verden ut ifra hvordan de lever og arbeider, og utvikler subjektive meninger av det de erfarer. I kvalitativ forskning ses ofte dette verdenssynet, da det handler om å fremskaffe og fortolke personers meninger om den situasjonen de er i, og verdenen de lever i. Disse meningene konstrueres av mennesker i

samhandling med den verden de fortolker basert på deres sosiale og historiske perspektiver (Creswell, 2009, s. 8).

2.2 Litteraturstudie som metode

Litteraturstudie som metode ble valgt med bakgrunn i et mål om å benytte eksisterende forskning for å fremskaffe kunnskap på temaområdet. Aveyard (2019) skriver at en litteraturstudie er en velegnet metode når en skal gjøre nettopp dette. Selv om en fullstendig systematisk litteraturstudie er utenfor omfanget, kan prinsippene være veiledende i prosessen.

Kjernespørsmål om hvordan noe oppleves eller hva som gjør at det virker, faller innenfor kunnskapstypen erfaringer og holdninger som best fremskaffes gjennom kvalitative metoder (Helsebiblioteket, 2016a). Kvalitativ tilnærming brukes ofte når en skal utforske og forstå personers meninger (Creswell & Creswell, 2018, s. 4). Med bakgrunn i kjernespørsmålet ble hovedsakelig kvalitativ forskningslitteratur inkludert i utvalget av artikler, men utvalget inneholder også kvantitativ data og mixed-methods. Disse ble inkludert for å få en bredere forståelse av temaet og flere svar som ga nyttig kunnskap.

Som Aveyard (2019) beskriver, besvares de fleste spørsmål i en litteraturstudie via forskningslitteratur. Forskningslitteratur blir til ved at noen foretar en systematisk etterforskning for å finne svar på et spesifikt spørsmål og forskningen/observasjonene foregår i den virkelige verden (Aveyard, 2019). For å avgjøre om det er forskningslitteratur eller ikke ble strukturen på artiklene vurdert. Typisk for forskningslitteratur er at den inneholder klare mål og målsetninger i starten etterfulgt av en godt beskrevet metode-del, deretter kommer resultatene i en egen del og funnene blir diskutert (Aveyard, 2019). Ut fra forskningsspørsmålene anses primærstudier med kvalitative metoder som undersøker ergoterapeuters egne erfaringer og holdninger, som den sterkeste litteraturtypen i denne studien.

2.3 Datainnsamling

2.3.1 Søkestrategi

For å utvikle et spisset og balansert forskningsspørsmål har vi benyttet SPIDER-skjema. Denne tilnærmingen ble utviklet spesifikt med tanke på kvalitative forskningsspørsmål da den i tillegg inkluderer referanser til type forskning det skal søkes på (Aveyard, 2019). Sammen med relevante nøkkelord fra tidligere forskningsartikler, har SPIDER-skjemaet gitt grunnlag for å finne fram til søkeord. Søk ble utført i databasene PubMed (Medline) og Web of Science. Disse to ble valgt på bakgrunn av sannsynlighet for å finne fagfellevurderte tidsskriftartikler som omhandler forskning med relevans for problemstillingen og forskningsspørsmålene.

	Søkeord	Kombinasjoner	PubMed (Medline)	Web of Science
S1	"occupational therap*"		16781	18182
S2	"health promot*"		38315	55054
S3	"public health"		328540	305929
S4	"population health"		14865	15986
S5		S2 OR S3 OR S4	372267	365574
S6	role*		3214736	4611390
S7	competenc*		99406	223593
S8	communit*		672047	1421152
S9	advocacy		19302	32247
S10		S6 OR S7 OR S8 OR S9	3886814	6042348
S11		S1 AND S5 And S10	215	260

Tabell 1. Søkeord, kombinasjoner og antall treff i databaser

2.3.2 Utvalg

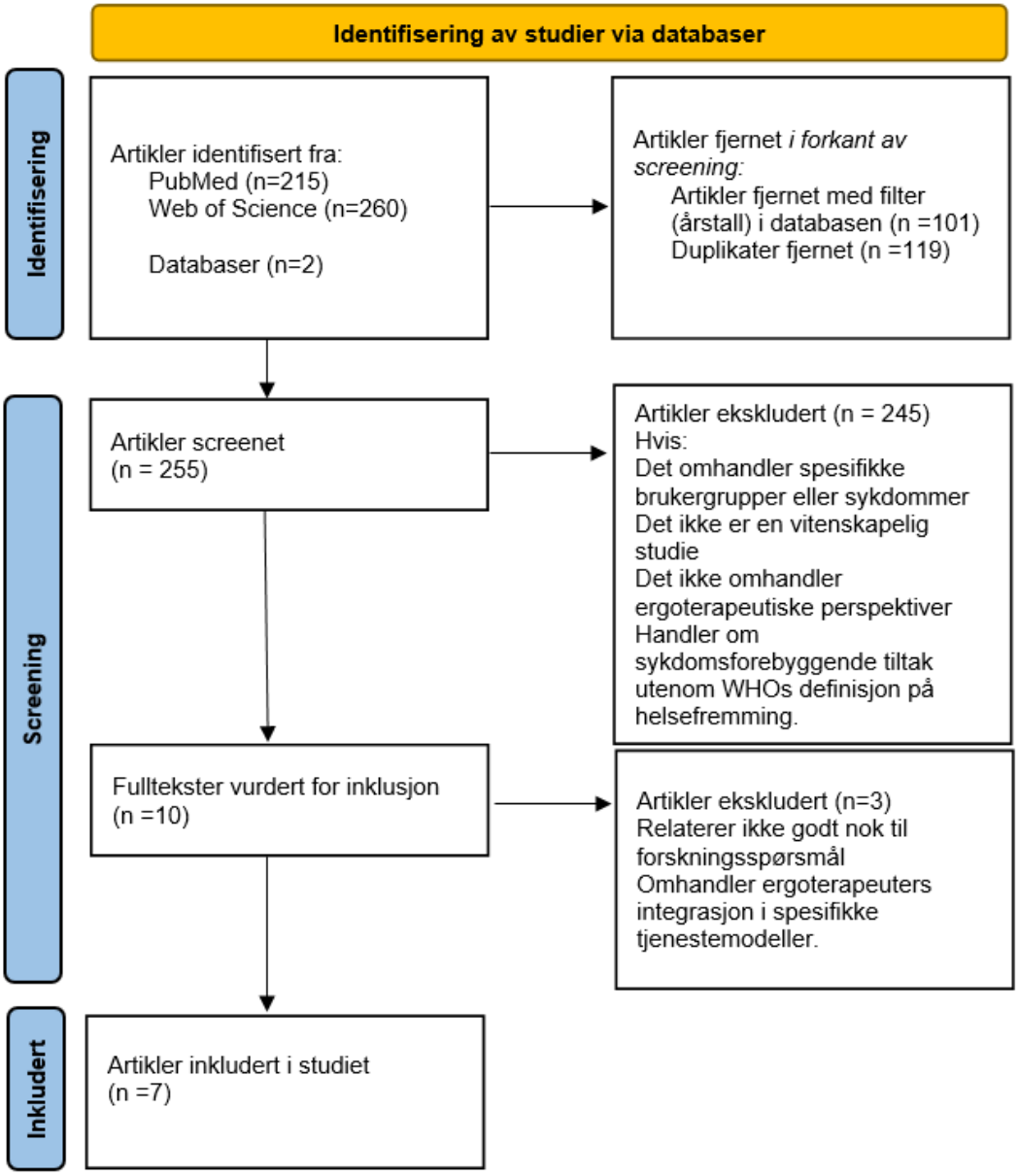
Aveyard (2019, s. 78) viser til to hovedfunksjoner med å sette inklusjons- og eksklusjonskriterier. For det første skal de tydeliggjøre litteraturstudiens oppdrag, og for det andre fokusere litteratursøket. I utarbeidelse av kriteriene ble det vektlagt å innhente oppdatert forskning med relevans for problemstillingen og tilgjengelighet av artikler med tanke på språk og tilgang til fulltekst.

Inklusjonskriterier	**Eksklusjonskriterier**
Artikler publisert etter 2010	Artikler publisert før 2010
Engelskspråkelige vitenskapelige artikler	Ikke-engelskspråkelige vitenskapelige
Omhandler helsefremmende arbeid i tråd med WHO's definisjon på helsefremming	Sykdomsforebyggende arbeid ikke i tråd med WHO's definisjon på helsefremming
	Omhandler spesifikke funksjonsnedsettelser, sykdommer og diagnoser Omhandler spesifikke praksisomgivelser som ikke virker sammenlignbare med helsefremmende arbeid i lokalsamfunn eller primærhelsetjeneste.
Vitenskapelig studie	Artikler som ikke er vitenskapelige studier
Primærstudier som omhandler ergoterapeuters erfaringer eller holdninger om helsefremmende arbeid	Primærstudier som omhandler andre aspekter ved temaområdet utenom ergoterapeuters erfaringer eller holdninger
Fulltekst tilgjengelige via NTNU	Fulltekst ikke tilgjengelig via NTNU

Tabell 2. Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Søket og utvalget er gjort i tråd med Aveyards (2019) syv trinn for søkedokumentasjon: 1) identifisere potensielle artikler fra de ulike databasene, 2) ekskludere duplikater, 3) screene de potensielle artiklene opp mot inklusjonskriteriene, 4) ekskludere de artiklene som ikke matcher inklusjonskriteriene, 5) evaluere fulltekst-artikler opp mot inklusjonskriterier, 6) ekskludere fulltekst-artikler som ikke matcher inklusjonskriteriene, 7) antallet artikler vi skal inkludere i litteraturstudien.

Søket er fremstilt i et flytskjema fra PRISMA. (PRISMA, 2020)



Figur 2. PRISMA-skjema hentet fra (PRISMA, 2020).

2.4 Dataanalyse

Data ble analysert med utgangspunkt i Aveyards (2019) tematiske analyse, en forenklet tilnærming for å kombinere identifisert litteratur som egner seg for nybegynnere (Aveyard, 2019, s. 141-146). Aveyard (2019, s. 133) beskriver to faser i denne tilnærmingen: den første delen omhandler kritisk vurdering og oppsummering av funn i utvalgte artikler, mens neste del er å utvikle temaer.

For kritisk vurdering ble det benyttet sjekkliste for kvalitativ studie (Helsebiblioteket, 2016b), Critical Appraisal of a Survey (Center for evidence-based management, u.å.) og Mixed methods appraisal tool (MMAT) fra Department of Family Medicine (Hong *et al.* 2018).

Etter første gjennomlesing for å bli kjent med materialet, leste vi gjennom alle resultatdelene på nytt og diskuterte oss fram til beskrivelser som kunne oppsummere hovedfunnene i de individuelle studiene. Her benyttet vi både begreper fra studiene og egne parafraseringer. Disse beskrivelsene ga utgangspunkt for foreløpige temaer som vi plasserte i tabeller og sorterte hvilke studier temaene hadde oppstått fra. Deretter kategoriserte vi de foreløpige temaene på nytt ut fra hvilket forskningsspørsmål de var relevant for, og fant til slutt på en oppsummerende tittel for hver kategori. I denne analysen ble det referert tilbake til kildematerialet i flere omganger for å sjekke nøyaktigheten av tematiseringen. Målet var å produsere innsikt ved å se flere funn i sammenheng med hverandre.

2.5 Etiske overveielser

Etiske overveielser i denne oppgaven dreier seg hovedsakelig om redelighet i behandlingen av andres arbeid. Forskningsetikkloven (2006) fastslår at vitenskapelig uredelighet omhandler forfalskning, fabrikkering og plagiering. Redelighet i henvisning av kilder har derfor blitt vektlagt i oppgaven. For å unngå plagiering må forfattere anerkjennes og det må skilles mellom egne og andres ideer (Aveyard, 2019, s. 172).

I den kritiske vurderingen av datamaterialet som er benyttet i denne oppgaven har forfatterne av artiklene redegjort for forskningsetiske aspekter, og viser til at nødvendige godkjenninger er innhentet. Videre har det vært viktig å ikke ekskludere funn som står i motsetning til egen forforståelse, såkalt cherry-picking.

Aveyard (2019, 145-146) påpeker videre at en må være forberedt på å håndtere motstridende funn og jobbe med temaer som ikke underbygger hverandre. I de tilfellene vi har identifisert motstridene funn har vi forsøkt å løfte disse fram i resultatdelen av oppgaven.

3. Resultat

I dette kapitlet presenteres resultatene fra litteratursøket gjennom en oppsummering av de utvalgte forskningsartiklene med vekt på relevans for problemstillingen. Deretter følger en sammenfatning av tematiseringen og narrative beskrivelser av temaene.

3.1 Presentasjon av artikler

Referanse	Hensikt	Metode	Resultat/Diskusjon	Kritisk vurdering
Quick et al. (2010) Scope of practice of occupational therapists working in Victorian community health settings	Undersøke ergoterapeuters praksisomfang; mengde og type helsefremmende arbeid i Victoria (Australia).	Spørreundersøkelse blant 72 ergoterapeuter som arbeidet i kommunale helsetjenester finansiert av Department of Human Services. Dataanalyse via Statistical Package for Social Sciences (SPPS, 2006) og tematisering.	Ergoterapeutene i studien anså helsefremmende arbeid som en viktig del av kommunal praksis, og som velegnet for ergoterapipraksis, men opplevde mange barrierer knyttet til dette arbeidet. Ergoterapeutene følte de manglet kunnskap for å fylle roller i helsefremmende arbeid, og hadde ikke tid og ressurser til å involvere seg i målrettet helsefremmende arbeid.	God responsrate (49,3%). Forfatterne beskriver forskningsetiske vurderinger og studien ble forhåndsgodkjent ved Deakin University Human Ethics Advisory Group. Egen sjekklistevurdering: God (6/11, 54,5%).
Johansson *et al.* (2010) Reorientation to more health promotion in health services – a study of barriers and possibilities from the perspective of health professionals	Analysere forpliktelsen til mer helsefremmende helsetjeneste og belyse barrierer for å ha en helsefremmende rolle i daglig praksis.	Spørreundersøkelse blant 1810 helsepersonell i Västerbotten (Sverige). Studien inkluderte 85 ergoterapeuter.	Stor enighet om at helsetjenesten hadde ansvaret for det forebyggende og helsefremmende arbeidet og at det spilte en stor rolle i helseutviklingen. Stor enighet om at en helseorientering var nødvendig. Godt over halvparten av ergoterapeutene var villige til å jobbe mer helsefremmende. De høyest rapporterte barrierene for ergoterapeutene var stor arbeidsmengde, kompetanse ikke etterspurt, manglende retningslinjer og uklare mål.	God responsrate (53% totalt, 63% i ergoterapigruppen) Forfatterne beskriver forskningsetiske retningslinjer og studien er godkjent av den lokale etiske komité ved fakultetet for medisin, Umeå Universitet. Egen sjekklistevurdering: God (9/11, 81,8%).
Wood, Fortune og McKinstry (2013) Perspectives of occupational therapist working	Utforske og beskrive rollen til helsearbeidere med ergoterapibakgrunn i primær helsefremmende praksis.	Kvalitativ studie med dybdeintervjuer av 5 helsearbeidere med ergoterapibakgrunn rekruttert fra	Deltakerne beskrev ulike roller og former for helsefremmende arbeid. Eksempler er forsknings- og utviklingsprosjekter, gruppeintervensjoner for å fremme helse og mestring hos utsatte grupper.	Studien ble godkjent ved La Trobe University Faculty of Health Sciences Human Ethics Commitee. Tillatelse for å kontakte deltakerne ble

in primary health promotions		primærhelsetjenester finansiert av Department of Human Services i Victoria (Australia).	Informantene beskrev barrierer gjennom manglende finansiering, forberedthet, begrenset anerkjennelse for ergoterapiens rolle i helsefremmende arbeid, og en kultur blant andre ergoterapeuter om at klinisk arbeid er viktigere. Muligheter inkluderte videreutdanning, klinisk erfaring og etablering av en profesjonell identitet.	innhentet fra ledelsen i helsetjenestene. Egen sjekklistevurdering: God (10/10, 100%).
Holmberg og Ringsberg (2014) Occupational therapists as contributors to health promotion	Utforske ergoterapeuters syn på deres kompetanse i helsefremmende arbeid og oppfatningen av hvordan de implementerer helsefremmende arbeid i daglig praksis.	Fem fokusgruppe-intervjuer med 24 norske ergoterapeuter rekruttert via strategisk utvalg fra kommuner og sykehus.	Informantene tok en individualisert salutogen tilnærming i sin praksis og engasjerte seg sjeldent i helsefremmende arbeid på system- og samfunnsnivå. Deltakerne fortalte om viktigheten av aktivitetsperspektivet i helsefremmende arbeid. Barrierer inkluderte manglende anerkjennelse av deres kompetanse, advokering, og uklar terminologi.	Helsinki deklarasjonen er etterfulgt i utforming og gjennomføring av studien. Studien ble registrert hos Datatilsynet for å bekrefte redelig innsamling og lagring av studiematerialet. Sjekkliste for vurdering av kvalitativ studie: God (10/10, 100%).
Leclair, Lauckner og Yamamoto (2019) An occupational therapy community development practice process	Beskrive Canadiske ergoterapeuters praksisprosesser i samfunnsutvikling (Community Development).	Kvalitativ studie med før-intervju med 8 ergoterapeuter og oppfølgingsintervju/ fokusgrupper med 6 ergoterapeuter og påfølgende innholdsanalyse.	Ergoterapeutene deltok i å beskrive en praksisprosess for samfunnsutvikling (CD) som hadde fokus på fem nøkkel elementer: 1. Lære samfunnet å kjenne 2. Få ballen til å rulle 3. Bygge aktivitetsmuligheter 4. Re-evaluere tilnærmingen 5. Tilstrebe bærekraft	Studien ble godkjent ved University of Manitoba and Dalhousie University Research Ethics Boards. Egen sjekklistevurdering: God (10/10, 100%).

Janssen *et al.* (2021) Community-Based Health Promotion in Occupational Therapy: Assess Before You Assess	Presentere en behovskartleggingsprosess i samfunnsbasert helsefremming.	Mixed-methods multifase-design studie i tre faser. Fase 1: Intervjuer med 5 ergoterapeuter, Fase 2 og 3: Spørreundersøkelser	Deltakerne hadde et rehabiliterende grunnfeste. De opplevde derfor flere barrierer enn muligheter når det kom til å implementere samfunnsbasert helsefremmende arbeid. Barrierene inkluderte manglende finansiering, subjektivitet rundt helsefremmende arbeid, frykt for å miste profesjonsidentitet, yrkesfokus og tid. Ergoterapeutene var positive til å utvide faget generelt og anerkjente fagets potensielle bidrag i helsefremmende arbeid. De beskrev utdanning og en definering av ergoterapiens nisje i helsefremmende arbeid som viktige behov for fremtiden.	Forskningsetisk vurdering: Metodene ble individuelt godkjent av Institutional Review Board (IRB) ved et universitet i USA. Egen sjekklistevurdering (MMAT): God, 4/5 (80%).
Picotin *et al.* (2021) Occupational therapists as Social Change Agents: Exploring Factors that Influence Their Actions	Utforske personlige og omgivelsesfaktorer som har innflytelse på ergoterapeuters evne til å handle som effektive endringsagenter.	Kvalitativ studie med 18 ergoterapeuter i Québec, fordelt på tre fokusgruppeintervjuer. Data ble analysert gjennom koding, kategorisering og utvikling av temaer.	Forfatterne identifiserte ni tverrgående personlige faktorer som gjør det mulig for ergoterapeuter å handle som effektive endringsagenter: 1. Tilpasningsevne, 2. Selvsikkerhet i egen kompetanse, 3. Gode samarbeidsevner, 4. Oppdagende, 5. Kommunikasjonsferdigheter, 6. Observerende, 7. Gode til å planlegge, 8. Være positiv 9. Være reaktiv. Seks tematiske grupper av omgivelsesfaktorer fremmer eller hemmer deres handlinger. Her ble det lagt vekt på rollen som endringsagent i utdanningen, organisasjonskultur, ressurser og forhold på mikro, meso, makronivå.	Etiske forpliktelser og konfidensialitet forhindret en detaljert beskrivelse av deltakernes prosjekter og miljøer, som kan innvirke på resultatenes overførbarhet. Forskningsetisk vurdering: Studien ble godkjent ved Research Ethics Board of CIUSSS de l'Estrie-CHUS. Sjekkliste for vurdering av kvalitativ studie: God (10/10, 100%).

3.2 Sammenfatning av tematisk analyse

Kategorier	Tema
Ergoterapeuters aktivitetsperspektiv har en sentral plass i deres helsefremmende arbeid Helsefremmende arbeid på mikro-, meso- og makronivå Primære-, sekundære og tertiære tiltak Forskning- og utviklingsarbeid Spesifikke arbeidsmodeller	**Et mangfold av tilnærminger på ulike nivåer**
Ergoterapeutisk kompetanse er velegnet i helsefremmende arbeid Uklare roller på system- og samfunnsnivå Identitet knyttet til roller i rehabilitering og på individnivå Behov for å utvikle nye roller Villighet til å ta på seg nye roller	**Ergoterapeuters rolleoppfatninger i helsefremmende arbeid**
Manglende kunnskap om helsefremmende arbeid blant ergoterapeuter Manglende anerkjennelse av ergoterapeuters kompetanse i samfunnet Kultur om at klinisk arbeid har høyest prioritet Manglende ressurser til helsefremmende arbeid	**Utfordringsbildet ergoterapeuter i helsefremmende arbeid**
Utvikle kompetanse som endringsagenter Advokerende arbeid i samfunnsgrupper og organisasjoner Økt vektlegging av kompetanse på system- og samfunnsnivå i utdanning	**Mulighetsrommet for ergoterapeuter i helsefremmende arbeid**

Tabell 3. Sammenfatning av tematisk analyse.

3.3 Et mangfold av tilnærminger på ulike nivåer

Resultater fra analysen viste at ergoterapeutenes tilnærminger i helsefremmende arbeid varierte ut fra praksisomgivelser og hvilken problemforståelse som ble lagt til grunn.

Ergoterapeutene som deltok i studien til Holmberg og Ringsberg (2014) slo fast at de hovedsakelig arbeidet med helsefremming på individnivå. Deltakerne i studien refererte til tilnærmingsmåter som er nødvendig i helsefremmende arbeid. Meningsfull aktivitet, helhetlig syn på helse, interaksjon mellom person og omgivelser, fokus på ressurser og muligheter og systematisk framgangsmåte ble vektlagt som grunnleggende i helsefremmende arbeid. Ifølge informantene i studien er tilnærminger i helsefremmende arbeid avhengig av kontekst, og må baseres på interaksjonen mellom individ, situasjon, kultur og omgivelser.

Quick *et al. (*2010) undersøkte omfanget og type helsefremmende aktiviteter blant ergoterapeuter som arbeidet med lokalsamfunn i Australia. 72 erfarne ergoterapeuter deltok i spørreundersøkelsen, hvorav 44 av disse hadde vært involvert i helsefremmende aktiviteter rettet mot klienter med kroniske tilstander og eldre mennesker. I løpet av 12 måneder hadde disse ergoterapeutene utført 90 helsefremmende aktiviteter, fordelt på primære (50), sekundære (23) og tertiære tiltak (17). Eksempler på primære tiltak var undervisning om trygge omgivelser og skadeforebygging hos eldre, helseinformasjon til ungdom, foreldreferdigheter og fremming av fysisk aktivitet i ulike befolkningsgrupper. Sekundære tiltak inkluderte egenmestring av leddgikt og kunnskapsformidling til risikogrupper for hjerte- og lunge problematikk. Tertiære tiltak inkluderte energiøkonomisering ved livsbegrensende sykdommer, smertemestring og fremming av bevegelsesmuligheter for personer med fysiske begrensninger. Sett i sammenheng med Ottawa-charterets hovedprinsipper for helsefremming hadde 83 (92,2%) av disse tiltakene fokus på å utvikle personlige ferdigheter på individnivå, og 7 (7,8%) hadde fokus på å utvikle personlige ferdigheter, skape støttende miljøer og styrke lokalmiljøets muligheter for handling.

Wood, Fortune og McKinstry (2013) utforsker og beskriver ergoterapeuters praksis innenfor primære helsefremmende tiltak. Ergoterapeutene som deltok i studien beskrev ulike tilnærminger, men samtlige var involvert i innsats med samfunnsgrupper før sykdom oppstår. De 5 ergoterapeutene i studien var involvert i ulike forsknings- og utviklingsprosjekter på system- og samfunnsnivå. De fremhevet bruk av muliggjørende strategier, som for eksempel kapasitetsbygging, samfunnsutvikling (CD) og advokerende arbeid rettet mot grupper i samfunnet eller hele organisasjonen for å muliggjøre meningsfull aktivitet.

Leclair, Lauckner og Yamamoto (2019) fremhever behovet for å utvikle arbeidsprosesser for ergoterapeuter som jobber med samfunnsutvikling (CD). Ergoterapeutene i studiene har beskrevet en arbeidsprosess bestående av 5 nøkkelelementer; lære samfunnet å kjenne, få ballen til å rulle, bygge aktivitetsmuligheter, re-evaluere tilnærmingen og tilstrebe bærekraft. Arbeidsprosessen for samfunnsutvikling (CD) belyser mindre håndgripelige tilnærminger som trengs for å involvere seg i helsefremmende arbeid på samfunnsnivå som rettet seg mot de brede determinantene for helse som inntekt, fattigdom, sysselsetting og boliger. I alle tilnærminger ble meningsfull aktivitet ansett som et kraftfullt verktøy og et unikt perspektiv, og samtidig et middel for å håndtere samfunnsmessige utfordringer.

3.4 Ergoterapeuters rolleoppfatninger i helsefremmende arbeid

Hvordan ergoterapeuter oppfatter sin rolle i det helsefremmende arbeidet er et gjennomgående tema i studiene. I studien til Holmberg og Ringsberg (2014) har ergoterapeutene en klar oppfatning om at de har viktige bidrag i det helsefremmende arbeidet. De påpeker midlertid at deres kompetanse på system- og samfunnsnivå er lite kjent blant ledere og ansatte i tjenestene, men erkjente også at ergoterapeutene selv ikke hadde vært tydelige nok i å klargjøre sine ferdigheter og kompetanse. Mangel på rollemodeller og uklar terminologi trekkes fram som forklaringer på hvorfor de var lite involvert i helsefremmende arbeid på system- og samfunnsnivå. Flere gode rollemodeller kunne gitt eksempler på hvordan ergoterapeuter kan jobbe med en helsefremmende tilnærming til praksis.

Johansson *et al.* (2010) har studert ulike grupper av helsepersonell sin rolleoppfatning i det helsefremmende arbeidet i Sverige. Deltakerne i studien uttrykte et behov for en re-orientering i helsetjenestene til mer helsefremming. Villighet til å utvikle sine roller i helsefremmende og forebyggende arbeid varierte i forhold til kjønn, profesjon og arbeidssted. Generelt var kvinner mer villige enn menn, og de som jobbet i primærhelsetjenesten var mer villige enn de som jobbet i sykehus. Ergoterapeutene var blant de som viste mest villighet til å utvikle helsefremmende og forebyggende roller.

Janssen *et al.* (2021) har funnet gjennom sin studie at det er behov for et paradigmeskifte hos de amerikanske ergoterapeutene som deltok i studien. De beskrev sine roller innenfor en rehabiliterende kontekst, og oppfattet at ergoterapiens identitet er tett assosiert med rehabilitering, noe som kunne hindre en utvidelse mot, og finansiering for helsefremmende arbeid. Ergoterapeutene oppfattet helsefremmende intervensjoner som fundamentalt forskjellig fra mer tradisjonelle rehabiliterende tjenester de var bedre kjent med.

I studien til Leclair, Lauckner og Yamamoto (2019) beskriver ergoterapeutene sin rolle i samfunnsutvikling (CD) som støttespillere i et langsiktig perspektiv. De trekker frem behovet for å forplikte seg over tid for å sikre bærekraftige endringer, og ha evne til å bygge relasjoner i lokalsamfunnet. Deres rolle i samfunnsutviklingen innebar en pågående prosess for finansiering av helsefremmende tiltak, og de fortalte om stor grad av kreativitet for å finne finansieringskilder.

3.5 Utfordringsbildet for ergoterapeuter i helsefremming

Samtlige studier peker på ulike barrierer som ergoterapeuter må overkomme for å kunne arbeide helsefremmende. Manglende kunnskap, anerkjennelse og ressurser var hovedutfordringene som ble beskrevet.

Resultatene i de ulike studiene var splittet når det kom til hvordan ergoterapeuter vurderte sin egen kunnskap i helsefremming. Deltakerne i studien til Quick *et al.* (2010) følte at de ikke hadde nok kunnskap til å utfylle en rolle i helsefremmende arbeid. De svenske ergoterapeutene i undersøkelsen til Johannson *et al.* (2010) delte ikke samme oppfatning. De så ikke på manglende kompetanse som en barriere for å jobbe helsefremmende, men rapporterte i stedet om at kompetansen deres ikke var etterspurt.

Dette kan ha sammenheng med manglende anerkjennelse av ergoterapi i helsefremming fra andre yrkesgrupper og ledere i ulike organisasjoner. Wood, Fortune og McKinstry (2013) skriver om en manglende forståelse fra kollegaer og ledelsen angående rollen til ergoterapeuter i helsefremming og at dette var en utfordring. Det som også ble nevnt av flere informanter var at deres rolle heller ikke ble anerkjent av de større helsesystemene og organisasjonene.

Ergoterapeutene i studien til Holmberg og Ringsberg (2014) hadde lignende oppfatninger. De følte at de hele tiden måtte forklare hva de gjorde og at autoritetene hadde manglende forståelse om hva ergoterapeuters kompetanse var. Deltakerne nevnte også at mange pasienter, samarbeidspartnere og offentlige tjenesteytere var uvitende om deres kompetanse i helsefremming.

Noen av ergoterapeutene i studien til Wood, Fortune og McKinstry (2013) forklarte at andre ergoterapeuter ikke forsto og/eller anerkjente deres rolle i helsefremmende arbeid. Dette kan kanskje forklares i at den kliniske praksisen ofte har høy prioritet og enkelte ikke ser på helsefremmende innsats som like viktig. Informanten i Wood *et al.* (2010) som snakker om at andre ergoterapeuter ikke forstår hennes arbeid innen helsefremming nevner også at hun føler på prioriteringsdilemmaet mellom klinisk og helsefremmende arbeid. Personlig følte hun at begge deler var like viktig.

Majoriteten av studiene som er gjennomgått belyser tid som en barriere for å jobbe helsefremmende. At det er mye klinisk arbeid som tar opp mesteparten av arbeidsdagen (Quick *et al., 2010;* Johannson *et al.* 2010; Wood *et al., 2013*). Informantene i Johannson *et*

al. (2010) svarte at det helsefremmende arbeidet ofte ble nedprioritert av ledelsen, noe som kan ha sammenheng med både kunnskap og tid.

I tillegg til kunnskap og tid var manglende finansiering en stor barriere for ergoterapeuter i det helsefremmende arbeidet (Quick *et al.*, 2010; Wood *et al.*, 2013; Leclair, Lauckner og Yamamoto, 2019; Janssen *et al.*, 2021; Picotin *et al.*, 2021). Dette innebar støtte til blant annet helsefremmende aktiviteter (Quick *et al.*, 2010), samfunnsutviklingsprosjekter (Leclair, Lauckner og Yamamoto, 2019) og arbeidet som endringsagenter (Picotin *et al.*, 2010).
I tillegg gikk mye av støtten til organisasjoner som ikke var en del av det offentlige helsesystemet, i stedet for helsefremmende arbeid (Wood *et al.*, 2010).

3.6 Mulighetsrommet for ergoterapeuter i helsefremmende arbeid

Studiene som er gjennomgått beskriver hvilke muligheter ergoterapeuter har for å jobbe helsefremmende og hva som skal til for å kunne fylle rollen i helsefremmende arbeid. Økt vektlegging og utvikling av kompetanse på system- og samfunnsnivå i utdanning, samt advokerende arbeid i samfunnsgrupper og organisasjoner ble nevnt som muliggjørende faktorer.

Informantene i Wood *et al.* (2013) beskrev hvordan deres utdanning hadde gjort de klare for å jobbe helsefremmende. Det som kom fram var at de lærte noe om helsefremming på bachelor-nivå, men at det var på master-studiene de virkelig fikk det de trengte for å føle seg rustet til å ta på seg helsefremmende arbeid på samfunnsnivå. En informant tipset om at ergoterapeuter bør ha en idé om deres egen identitet i helsefremming og utvikle den rollen i løpet av studiene. Forberedelser bør inneholde trening og kursing og man bør ha en forståelse av hva helsefremmende arbeid går ut på og klare å skille mellom «oppstrøms» og «nedstrøms» innsats (Wood *et al.*, 2013).

En ting er å utvikle sin egen identitet som ergoterapeut, en annen er å utvikle identiteten eller nisjen til ergoterapi i helsefremming. Janssen *et al.* (2021) belyser nettopp dette, en nisje i helsefremming som er unik til ergoterapi. Denne nisjen omhandler meningsfulle aktiviteter og at aktiviteter kan brukes som mål og middel uavhengig av tjenestenivå. I sin behovskartlegging avdekket Janssen *et al.*, (2021) en høy grad av aktivitetsfrarøvelse og kjedsomhet blant innbyggere. De skriver at dette udekkete behovet representerer et mulighetsrom for ergoterapeuter, som er i god posisjon til å igangsette aktivitetsbasert helsefremmende undervisning blant disse innbyggerne.

Med mer helsefremming i utdanningen bør det også være tilsvarende praksisplasser studentene kan prøve seg i og flere jobber å søke på etter endt utdanning. Ergoterapeutene som ble intervjuet i Holmberg og Ringsberg, (2014) hadde en oppfatning om at det var behov for flere jobber som kunne bidra til innovasjon i kommunene og gi tilgang til nye praksisplasser.

Picotin *et al. (*2021) peker på at rollen som endringsagent blir stadig viktigere i praksisfeltet. Slik kompetanse kan med fordel implementeres i grunnutdanningen for å forberede nye ergoterapeuter i sosialt endringsarbeid. Forfatterne peker på en rekke personlige egenskaper og omgivelsesfaktorer som virker inn på ergoterapeuters evne til å fungere som effektive endringsagenter. Forfatterne foreslår at ergoterapeuter bør selv-evaluere og overveie disse faktorene når de arbeider med endringsprosjekter. Av omgivelsesfaktorer nevnes blant annet utviklingen av ergoterapifaget.

Når det gjelder utviklingen av faget understreket en av deltakerne i Wood *et al.* (2013) at ergoterapeuter selv har et ansvar for å advokere mer for sin profesjon i det helsefremmende arbeidet. Videre ble det nevnt av en deltaker i Australia at det bør arbeides for å få støtte og representasjon fra yrkesorganisasjonene slik at ergoterapiens rolle i samfunnshelse styrkes (Wood *et al.*, 2013).

4. Diskusjon

I det følgende blir resultater og metode diskutert og reflektert over. Først diskuteres resultatene i sammenheng med tidligere forskning og teoretisk rammeverk. Deretter diskuteres framgangsmåten med utgangspunkt i anvendt metodelitteratur, og til slutt praktiske implikasjoner av resultatene.

4.1 Resultatdiskusjon

Resultatene viser at ergoterapeutene beskriver sin rolle gjennom et mangfold av tilnærminger på ulike nivåer, som må tilpasses ut fra konteksten. Selv om noen av ergoterapeutene beskrev helsefremmende tilnærminger på system- og samfunnsnivå, viser studiene at hovedvekten av ergoterapeutene benyttet sin kompetanse i helsefremmende arbeid på individnivå. Ergoterapeutene beskrev et utfordringsbilde der manglende kunnskap, anerkjennelse og ressurser utgjorde barrierer for deres engasjement i det helsefremmende arbeidet, spesielt på system- og samfunnsnivå. Det fremkom likevel et mulighetsrom i rollen som sosiale endringsagenter, samfunnsutvikling (CD), advokering og utdanning.

4.1.1 Uklare roller på system- og samfunnsnivå

Innledningsvis i oppgaven viste vi til trekk i samfunnsutviklingen og behovet for å fremme helse på nye måter. Helse oppstår i nærmiljøene, der folk lever og bor, noe som innebærer at levekår og sosiale forhold må inkluderes i det helsefremmende arbeidet (WHO, 1986). Selv om den helsefremmende ideologien er anerkjent, er det mer uklart hvordan arbeidet skal realiseres og forankres (Garsjø, 2018). Når ergoterapeutene i vårt materiale beskrev helsefremmende arbeid som uklart og ullent (Holmberg og Ringsberg, 2018), stemmer dette med undersøkelser av hvilken plass det helsefremmende arbeidet har i praksis. I sin litteraturgjennomgang påpeker Lewis *et al*. (2021) at samarbeidet mellom ergoterapi og folkehelse i Canada ikke er så enkelt. Selv om nåværende tilnærming har vært på plass i 40 år har den ikke fått signifikant gjennomslag for å øke samarbeidet. Dette kan trolig også være gjenkjennbart i Norge.

Resultatene fra denne studien viser at ergoterapeutene benyttet et mangfold av ulike tilnærminger for helsefremmende arbeid, men hovedandelen hadde et individrettet fokus. Wilcock og Hocking (2015, s. 341) viser at det er behov for et holistisk perspektiv og sosiale modeller for å forstå faktorer som påvirker helse. Dette tilsier at det er et behov for å utvide perspektivet til å omfatte aktivitet på et overindividuelt nivå. Viktigheten av dette fremheves av Gerlach *et al*., (2018) som problematiserer individualisering av meningsfulle aktiviteter, og etterlyser sosial responsiv ergoterapeutisk forskning, utdanning og praksis.

Hvorfor de fleste ergoterapeutene engasjerte seg i individrettet helsefremmende innsats kan trolig belyses ut fra flere forhold. For det første er det individrettede fokuset ikke så overraskende med tanke på det etablerte «rehabiliteringsparadigmet» som ergoterapeutene beskrev, og hvilke roller de forventes å fylle som et resultat av dette paradigmet. Garsjø (2018) trekker frem at problemdefinisjon og årsaksforklaringer påvirker valg av tilnærminger innenfor et gitt paradigme. På denne måten kan det helsefremmende arbeidet oppfattes som fremmed og fundamentalt forskjellig fra tjenester innenfor rehabilitering, som ergoterapeutene i studien til Janssen *et al.* (2021) påpekte. De oppfattet flere barrierer enn muligheter, noe de mente forhindret et større engasjement i helsefremmende arbeid.

For det andre hører dette rehabiliteringsparadigmet til et større helhetlig helse- og sosialsystem. Green *et al.* (2019) påpeker at den helsefremmende ideologien utfordrer den rådende biomedisinske diskursen i folkehelsearbeidet som tradisjonelt har vektlagt sykdomsfremkallende forhold og individuell helseatferd. Når resultatene fra denne studien

antyder at helsefremmende arbeid på system- og samfunnsnivå har relativt liten plass i ergoterapeutisk praksis, er det grunn til å spørre seg om barrierer for å utvide perspektivet utover det individuelle arbeidet har sammenheng med den rådende biomedisinske diskursen. Garsjø (2018) påpeker at helse- og sosialfagene har vært sterkt preget av en reparerende kultur og et mindre fokus på helsefremmende arbeid. Selv om det legges vekt på en helhetlig og klientfokusert tilnærming i ergoterapiutdanningen blir denne ofte overskygget av nyliberale og biomedisinske ideologier som fokuserer på individet (Gerlach *et al.*, 2018).

4.1.2. Aktivitetsperspektivet i helsefremmende arbeid

I helsepolitikken i Norge løftes aktivitet og deltakelse i samfunnet fram som nøkkelfaktorer til bedre folkehelse (Meld. St. 47; Meld. St. 19: Meld. St. 16), noe som kan synliggjøre ergoterapeutens plass i dette arbeidet. Resultatene i denne studien viser at ergoterapeutene betraktet aktivitetsperspektivet som velegnet og et unikt perspektiv i helsefremmende arbeid, og samtidig et middel for å håndtere samfunnsmessige utfordringer (Wood, Fortune og McKinstry, 2013; Holmberg og Ringsberg, 2014; Leclair, Lauckner og Yamamoto, 2019). Dette kan tyde på at disse ergoterapeutene har utvidet analyser av aktivitet til system- og samfunnsnivå, og på den måten bidrar til det Gerlach *et al.* (2018) omtaler som sosial responsiv ergoterapeutisk praksis. Dette krever en bevissthet på egne forforståelser som underbygger individualisering (Gerlach *et al*., 2018), noe aktivitetsperspektivet bør være velegnet til. Dette tydeliggjøres av Njelesani *et al.* (2012, s. 234) som knytter definisjonen av aktivitetsperspektivet til en forforståelse om at doing (meningsfulle aktiviteter) bidrar til being, becoming og belonging; et forhold til helse og velvære som inneholder form, funksjon og mening fra individ til samfunnsnivå, og et transaksjonelt forhold innenfor konteksten.

Resultatene viste at ergoterapeuter beskriver uklare roller, mangel på gode rollemodeller, og i tillegg manglende forståelse blant aktører for ergoterapeutens rolle i helsefremmende arbeid (Janssen et al., 2021; Holmberg og Ringsberg, 2014; Wood Fortune og McKinstry, 2013). Det ble beskrevet manglende forståelse både internt i egen organisasjon, innad i egen profesjon, og i samfunnet for øvrig (Wood, Fortune og McKinstry, 2013). Dette kan forstås som en manglende forankring av aktivitetsperspektivet i lokal og nasjonal politikk. Ergoterapeutene i studien til Holmberg og Ringsberg (2014) hadde også betraktninger om at de selv ikke hadde vært flinke nok til å framsnakke sine ferdigheter og kompetanser, og de undret seg om faget hadde gode begreper for sitt helsefremmende arbeid. Dette kan indikere at det er behov for å løfte fram begreper fra aktivitetsvitenskapen. Begrepene doing, being, belonging og becoming gir et holistisk perspektiv på menneskelig aktivitet og helse, noe som samsvarer med

helsefremmende ideologi. Samtidig kan det være en bakside ved å promotere begrepene i framsnakking av aktivitetsperspektivet hvis det oppfattes som «stammespråk».

Når disse begrepene ses i sammenheng med sosiale helsedeterminanter kan de utgjøre en modell for aktivitetsmessige determinanter som vist i modellen til Wilcock og Hocking (2015, s. 341), som ble presentert innledningsvis. Dette kan fungere som en god modell for ergoterapeuter for å klargjøre forståelsen av ergoterapeuters plass i det helsefremmende arbeidet, og gir et bilde på hvordan ergoterapeuter retter sin innsats mot de aktivitetsmessige determinantene for helse. Wilcock og Hocking (2015) påpeker riktignok at det er få arenaer hvor doing, being, belonging og becoming forekommer optimalt for alle medlemmer i et samfunn. Dette er kanskje også en utopi, men likevel en tanke som er nødvendig for å oppnå radikale forbedringer. Hvordan helse oppnås gjennom hva mennesker gjør, gjennom å være tro mot sin natur og behov, gjennom å høre til gjennom felles delte aktiviteter og gjennom å oppnå sitt aktivitetsmessige potensiale må staves ut. Dette må gjøres av mennesker som forstår, respekterer og har et språk for kraften av hverdagsaktiviteter (s. 354).

4.1.3 Ressurs- og prioriteringsutfordringer

Utfordringsbildet for ergoterapeutene i helsefremmende arbeid ser ut til å være sammensatt og komplekst. I tillegg til de utfordringene vi har fremstilt ovenfor ser det ut til at finansielle utfordringer er en vesentlig barriere for helsefremmende arbeid på et overordnet nivå, og et hinder for å reorientere tjenestene mot mer helsefremmende virksomhet. Resultatene viste at det manglet finansiering til stillinger som var dedikert til helsefremmende og utviklende arbeid (Holmberg og Ringsberg, 2014; Janssen et al. 2021; Leclair, Lauckner og Yamamoto, 2019; Wood, Fortune og McKinstry, 2013, Quick *et al*., 2010). Ergoterapeutene etterlyste flere jobber hvor helsefremmende og forebyggende arbeid står i sentrum (Holmberg og Ringsberg, 2014). Garsjø (2018, s. 227) løfter også frem et behov for nye arbeidsplasser. Noe av det kan forklares i misforholdet mellom det arbeidsmarkedet tilbyr, hvilke lovverk som er pålagt kommunene og behovet for helsefremmende og forebyggende arbeid (s. 228).

Gjennom samhandlingsreformen og folkehelseloven fikk kommunene overført det hele og fulle ansvar for primærhelsetjenesten, og prioritering mellom kurativ virksomhet og helsefremmende arbeid kan være en vanskelig balanseøvelse (Garsjø. 2018). Det kan virke innlysende at den rådende biomedisinske diskursen har hatt sin påvirkning på disse prioriteringene. Etter hvert som flere aspekter av den menneskelige tilværelsen kan forklares gjennom naturvitenskapelige medisinske årsaksforklaringer, og behandlingsmulighetene øker

gjennom teknologiske og farmasøytiske nyvinninger, blir også etterspørselen etter helsetjenester større. Garsjø (2018, s. 104-110) bemerker at dette kan representere fremveksten av et klientskapende samfunn. En konsekvens av den naturvitenskapelige medisinske tilnærmingen kan være at kurativ og reparerende arbeid blir vektlagt, og det forebyggende og helsefremmende arbeidet blir nedprioritert fordi det er vanskeligere å måle gevinst og resultat, og at det er lettere å sette inn midler der man ser noen lider og der skaden allerede er skjedd. Dette understøttes av ergoterapeutenes beskrivelser av barrierer for helsefremming som mangel på tid, ressurser og prioritering av klinisk virksomhet (Quick *et al., 2010;* Johansson *et al.* 2010; Wood *et al., 2013*).

4.1.4 Mulighetsrommet for ergoterapeuter i helsefremmende arbeid

Resultatene fra denne studien viser at det er flere muligheter for ergoterapeuter når det gjelder økt involvering i helsefremmende arbeid på system- og samfunnsnivå. Dette dreide seg blant annet om roller i samfunnsutvikling (CD). I følge Wilcock og Hocking (2015) handler samfunnsutvikling (CD) om å gi mennesker makt til å gjenkjenne og medvirke til endring i sine egne samfunn, som en respons på delte problemer og behov. I studien til Leclair, Lauckner og Yamamoto (2019) beskriver ergoterapeutene sin rolle i samfunnsutvikling som støttespillere i et langsiktig perspektiv. De trekker frem behovet for å forplikte seg over tid for å sikre bærekraftige endringer, og ha evne til å bygge relasjoner i lokalsamfunnet. For å kunne fylle en slik rolle framkom det et behov for spesifikke arbeidsprosesser, framfor å tilpasse arbeidsprosesser som i utgangspunktet er utviklet for individer.

Videre viser resultatene til at det ligger muligheter for ergoterapeuter i å innta en rolle som endringsagenter. Picotin *et al.* (2021) har undersøkt personlige og omgivelsesmessige faktorer som spiller inn på ergoterapeuters evne til å fungere som effektive endringsagenter. De vektlegger blant annet fokus på denne rollen i utdanningen. Dette understøttes av Tucker *et al.* (2014) som hevder at helsefremmende prinsipper kan innlemmes i ergoterapeutisk praksis og støtte ergoterapeuter i rollen som «endringsagenter».

Samtlige deltakere i studien til Wood, Fortune og McKinstry (2013) og flere i Janssen *et al.* (2021) understreket hvor viktig utdanningen deres var og hvor mye den hadde å si for deres arbeid i helsefremming. Respondentene i Quick *et al.* (2010) rapporterte om manglende kunnskap om helsefremming. Dette tyder på at det finnes et potensiale for å vektlegge helsefremmende arbeid mer i utdanningsløpet for ergoterapeuter, og inkludere spesifikke arbeidsmodeller for sammfunnsutvikling.

Når det gjelder utdanningsinstitusjonene som aktør, hevder Garsjø (2018) at de på den ene siden kan fungere som en barriere for at ergoterapeuter skal kunne engasjere seg i helsefremmende arbeid, og på den andre siden kan ergoterapeuter bli mer rustet til å ta tak på det helsefremmende arbeidet etter endt utdanning. I dette ligger betraktninger om at etterspørselen etter helsefremmende kunnskap og innsikt er lav, og utdanningsinstitusjonene utdanner i henhold til behovet. Det fremheves imidlertid i fagplaner for ergoterapi at «Ergoterapi handler om å være løsningsorientert både på individ- og samfunnsnivå» (s. 59)

Ergoterapeutene i studien til Wood *et al.* (2013) trekker fram at ergoterapeuter selv har et ansvar for å advokere mer for sin profesjon i det helsefremmende arbeidet. Dette kan innebære å framsnakke sin kjernekompetanse som vi har vært inne på tidligere. Garsjø (2018) peker på flere måter man kan advokere for å fremme folkehelse og skape oppmerksomhet rundt det, men det forutsetter at profesjonene setter dette på dagordenen. Utfordringen ligger blant annet i det å tørre å utfordre politikerne. Det er de som har det store ansvaret med å legge føringer, styre lover og regler, og det er de som har muligheten til å prioritere et godt forebyggende og helsefremmende arbeid. (Garsjø, 2018, s. 57). For å lykkes med det helsefremmende arbeidet kreves det samarbeid på tvers av sektorer. Politikerne har ikke ansvaret alene og heller ikke helse- og sosialsektoren. De profesjonelle aktørene, heriblant ergoterapeuter må samarbeide med andre aktører som for eksempel lokalsamfunn, ideelle organisasjoner, politikere og folk flest og slik at man kan utvikle en felles forståelse for utfordringene og sammen finne løsninger på tvers av fag og sektor (Garsjø, 2018, s. 230).

4.2 Metodediskusjon

I det følgende løfter vi frem sider ved framgangsmåten som er relevant å belyse.

Framgangsmåten tar sikte på en systematisk tilnærming som skal bidra til gyldige og pålitelige resultater. Søket ble utført i to databaser; PubMed (Medline) og Web of Science som er anerkjente, omfattende og tverrfaglige databaser, og anses derfor som en styrke for litteratursøket. Basert på oppgavens omfang og egen forskningserfaring, ble disse vurdert som tilstrekkelig. Likevel er det sannsynlig at kompetanse i bruk av databasene har begrenset potensielle relevante funn. Relevansen i de inkluderte studiene vurderes som god da alle beskriver ergoterapeuters egne perspektiver og erfaringer om deres rolle i helsefremmende arbeid. Artiklene gjør rede for metoden, resultater er tydelig presentert, og forskerne har påpekt styrker og svakheter ved studiene.

SPIDER-skjema var et utgangspunkt for å utvikle forskningsspørsmål og kategorisere søkeordene. Innledende søk med MeSH-termer ga et utgangspunkt for å komme frem til de engelske ordene som er benyttet i søket. Fasen med prøvesøking resulterte i flere mislykkede søk da bruk av MESH-termer og opprinnelig planlagte "AND"-kolonner jf. SPIDER-skjemaet ga store variasjoner i antall, og åpenbart irrelevante treff. Dette er noe som for øvrig Aveyard (2019, s. 85) advarer mot. I resultatene ble det avdekket at ergoterapeuter etterlyser en klarere terminologi når det gjelder ergoterapi og helsefremming. Det kan tenkes at dette har gjenspeilet seg i søket på den måten at fagbegreper og konsepter på området ikke er utviklet og omforent slik at det var utfordrende å få utvikle et finstemt søk med bruk av MeSH-termer. Den endelige strategien ble å kombinere færre søkeord og redusere antall "AND"-kolonner, og begrense søket til nøkkelord i «Title/Abstract» i PubMed (Medline), og «Topic» i Web of Science. Dette ble gjort for å treffe en balanse mellom et håndterbart antall treff og et helhetsinntrykk av relevante titler. Som Aveyard (2019) beskriver kan man fort drukne i antall søketreff ved søk i full tekst.

Når det gjelder inklusjon- og eksklusjonskriteriene kunne disse vært mer presise og bedre utviklet for å avgrense og spesifisere utvalget. En konsekvens av kriteriene kan være at resultatene har et forholdsvis vidt spenn som kompliserer analyse og diskusjon av materialet. Samtidig har dette gitt et bredt overblikk på temaet som har bidratt til egen læring.

Alle studiene er publisert i perioden 2010 – 2021. Dette anses som hensiktsmessig på den måten at vi innhenter oppdatert forskning hvor kunnskap har blitt oversatt og helsefremmende ideologi jf. Ottawa-charteret har fått fotfeste i praksisfeltet.

Gjennom analysen i denne oppgaven har vi identifisert temaer i både kvalitative og kvantitative studier. På den ene siden kan dette ha komplisert analysen, mens på den andre siden kan vi ha fått fram et mer helhetlig bilde. Kvalitativ forskning er en god metode for å komme i dybden og få personers erfaringer og meninger, mens kvantitative tar for seg et større utvalg deltakere og er mer generaliserbart. Kvalitativ forskning er blitt kritisert av andre forskere for å være for spesifikke til konteksten og ikke så overførbart, men likevel er det akseptert at det tas i bruk (Aveyard, 2019, s. 61).

I utvalget har vi prøvd å ta hensyn til at resultatene i de ulike studiene skal være sammenlignbare med tanke på konteksten og de praksisomgivelsene studiene er utført i. Motstridende funn er håndtert ved å synliggjøre disse. Dette handler både om motstridende

rollebeskrivelser og ulike oppfatninger blant ergoterapeuter om tilstrekkelig kompetanse i helsefremmende roller.

Det er etter beste evne forsøkt å unngå forfalskning, fabrikkering og plagiering slik at vårt arbeid ikke blir forvekslet med andres eller at vi ikke fremstiller andres arbeidet på en uredelig måte. En svakhet kan ha vært mistolkning av data på grunn av språkbarrierer og begrenset forskningserfaring. Vi har prøvd å redusere sjansen for mistolkning ved å diskutere funnene oss imellom.

4.3 Implikasjoner for praksis

Anvendelse og praktiske implikasjoner av resultatene kan være et bidrag til den faglige diskursen og en oppfordring til ergoterapeuter om å ta steget og bidra til bedre folkehelse med sitt aktivitetsperspektiv i prosjektarbeid i sitt lokalsamfunn. Funnene antyder at kjernekompetansen til ergoterapeuter passer godt til systemorienterte tilnærminger så tiden er kanskje inne før å søke nye type stillinger og reflektere over andre tenkemåter, problemdefinisjoner og årsaksforklaringer som konkurrerer med det medisinske paradigme. Kanskje kan denne studien være med å inspirere ergoterapeuter til å bruke sin kompetanse mer til å kartlegge aktivitetsbehov og mobilisere lokalsamfunnet for å skape kollektive aktivitetsmuligheter.

5. Konklusjon

Hensikten med litteraturstudien var å fremskaffe kunnskap om hvordan ergoterapeuter beskriver sin rolle i helsefremmende arbeid, hvordan de benytter sin kompetanse og hvilke barrierer og muligheter de møter som helsefremmede aktører. Fire temaer utpekte seg gjennom analyse av datamaterialet; «Et mangfold av tilnærminger på ulike nivå», «Ergoterapeuters rolleoppfatning i helsefremmende arbeid», «Utfordringsbildet for ergoterapeuter i helsefremmende arbeid» og «Mulighetsrommet for ergoterapeuter i helsefremmende arbeid»

Deltakerne i studiene melder om et mangfold av tilnærminger i bruk sin kompetanse, hovedsakelig på individnivå, men det var også tilfeller av ergoterapeuter som jobbet mer på gruppe- og systemnivå. Aktivitetsperspektivet hadde en sentral plass hos alle ergoterapeutene i datamaterialet. Eksempler på bruk av kompetanse foregikk i undervisning, helseinformasjon, fremming av fysisk aktivitet, egenmestringskurs, kunnskapsformidling, energiøkonomiseringsgrupper, smertemestring, fremming av bevegelsesmuligheter, deltakelse

i forskning og- utviklingsprosjekter, de fremhevet bruk av muliggjørende strategier iblant annet kapasitetsbygging, samfunnsutvikling og advokerende arbeid. Ergoterapeuter beskrev sin rolle som uklar og lite anerkjent med en forventning om at det skal jobbes mest på individuelt plan. Samtidig var flere av ergoterapeutene positive til å utvide sin rolle i det helsefremmende arbeidet da de så at rollen passet godt med ergoterapeuters kjernekompetanse. De ergoterapeutene som arbeidet med samfunnsutvikling beskrev sin rolle som støttespillere i et langsiktig perspektiv. De vektla rollen som relasjonsbygger og samarbeidspartner. Utfordringsbildet viste til en rekke barrierer som hindrer ergoterapeuters engasjement i helsefremmende arbeid. For det første ble tid og ressurser belyst som en barriere. Ressurser handlet om både finansiering og stillinger. For det andre ble klinisk, kurativ virksomhet prioritert på bekostning av helsefremmende arbeid. For det tredje var uklare roller, uklar terminologi og retningslinjer et betydelig hinder. I mulighetsrommet ligger utdanning, samfunnsutvikling og advokering for ergoterapifagets plass i helsefremmende arbeid. Sterkere vektlegging av helsefremmende arbeid, samfunnsutvikling og sosial endringskompetanse i utdanning påpekes som muligheter. Kompetanse som «endringsagenter» kan støtte ergoterapeuter i rollen som helsefremmende aktører. Ved å være pådrivere for sosial endring kan ergoterapeuters rolle i helsefremmende arbeid ha innflytelse på politiske beslutninger og understøtte inkludering, deltakelse og aktivitet for alle. Ergoterapeuter beskriver også villighet til å utvide sine roller for å inkludere mer helsefremmende arbeid på system- og samfunnsnivå på tross av eksisterende barrierer. Ergoterapeuter kan framsnakke sin kjernekompetanse mer og arbeide hardere for støtte og representasjon fra yrkesorganisasjonene slik at ergoterapiens rolle i samfunnshelse styrkes. Basert på resultatene er det mange som trenger opplysning om ergoterapiens potensiale i det helsefremmende arbeidet; innbyggere, andre yrkesgrupper, andre ergoterapeuter og ikke minst politikere.

Vi konkluderer med at resultatene fra denne litteraturstudien i stor grad samsvarer med eksisterende litteratur om ergoterapeuters rollebeskrivelser i helsefremmende arbeid. Utfordringene er mange, men det er også et mulighetsrom og behov for ergoterapeutisk tenkning og praksis som helsefremmende aktører. Denne litteraturstudien fremskaffer kanskje ikke overraskende eller ny kunnskap, men kan likevel bidra til den faglige diskursen ved å løfte fram kompleksiteten og ulike forhold som spiller inn på slektskapet mellom ergoterapi og helsefremmende arbeid.

Referanser

Asaba, E., Josephsson, S, Jonsson, H. (2017) *Videnskabsteoretisk, filosofisk og teoretisk grundlag for aktivitetsvidenskaben.* i Kristensen, H.K., Bach Schou, A.S., Mærsk, J.L. (red.) *Nordisk aktivitetsvidenskab*. København: Munksgaard, s.36-38.

Aveyard, H. (2019) *Doing a literature rewiev in health and social care: A practical guide*. 4. utg. London: Open University Press.

Center for evidence-based management (u.å.) *Critical Appraisal of a Survey*. Tilgjengelig fra: https://www.cebma.org/wp-content/uploads/Critical-Appraisal-Questions-for-a-Survey.pdf?fbclid=IwAR2w0Q32E5lv3QhthSylJ9yhoA2_kffXThn0JHdq9Xc7vI35fyI2dOMJkNw (Hentet: 23. mars 2022).

Creswell, J.W. (2009) *Research Design*. 3. utg. USA: SAGE Publications, Inc.

Creswell, J. W. og Creswell, J. D. (2018) *Research Designs.* 5. utg. Glasgow: SAGE publications, Inc.

Folkehelseloven (2012) *Lov om folkehelsearbeid*. Tilgjengelig fra: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29 (Hentet 7. mai 2022).

Garsjø, O. (2018) *Forebyggende og helsefremmende arbeid: fra individ- til systemorientert tenkning og praksis.* 1. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Gerlach *et al.* (2018) Expanding beyond individualism: Engaging critical perspectives on occupation. *Scandinavian journal of occupational therapy*, 25(1), s. 35-43. doi: 10.1080/11038128.2017.1327616

Green *et al.* (2019) *Health promotion: planning and strategies.* 4. utg. Los Angeles, Calif: SAGE.

Helsebiblioteket (2016a) *Kjernespørsmål*. Tilgjengelig fra: https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/sporsmalsformulering/kjernesporsmal (Hentet: 03. mars 2022).

Helsebiblioteket (2016b) *Sjekklister*. Tilgjengelig fra: https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering (Hentet: 17. Mars 2022).

Helseforskningsloven (2005) *Lov om behandling av etikk og redelighet i forskning.* Tilgjengelig fra: https://lovdata.no/dokument/LTI/lov/2006-06-30-56 (Hentet 3. mai 2022).

Hitch, D., Pépin, G. og Stagnitti, K (2014) In the footsteps of Wilcock, part two: The interdependent nature of doing, being becoming and belonging. *Occupational therapy in health care*, 28(3), s. 247-263.

Holmberg, V. og Ringsberg, K.C. (2014) Occupational therapists as contributors to health promotion. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 21(2), s. 82-89. doi: 10.3109/11038128.2013.877069

Hong *et al.* (2018) *Mixed methods Appraisal Tool (MMAT)* Tilgjengelig fra: http://mixedmethodsappraisaltoolpublic.pbworks.com/w/file/fetch/127916259/MMAT_2018_criteria-manual_2018-08-01_ENG.pdf?fbclid=IwAR3aa6gl5On-kgqUjDRWiG9V1qrZqo5uC2uLALGQtuBpPlOAdAAZ6APQ9Ec (Hentet: 24. mars 2022).

Hyett *et al.* (2016) Community-centred practice: Occupational therapists improving the health and wellbeing of populations. *Australian occupational therapy journal*, 63(1), s. 5-8. doi: 10.1111/1440-1630.12222

Janssen *et al.* (2020) Community-Based Health Promotion in Occupational Therapy: Assess Before You Assess. *Journal of Applied Gerontology*, 40(9), s. 1134-1143. doi: 10.1177/0733464820921320

Johansson *et al.* (2010) Reorientation to more health promoting in health services – a study of barriers and possibilities from the perspective of health professionals. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 26(3), s. 213-224. doi: 10.2147/JMDH.S14900

Kristensen, H.K. (2017) Præsentation af ativitetsvidenskab i et nordisk perspektiv, i Kristensen, H.K., Bach Schou, A.S., Mærsk, J.L. (red.) *Nordisk aktivitetsvidenskab*. København: Munksgaard, s. 17-27.

Leclair, L.L., Lauckner, H. og Yamamoto, C. (2019) An occupational therapy community development practice process. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 86(5), s. 345-356. doi: 10.1177/0008417419832457

Lewis, K.E., Lehman, M.J. og Cockburn, L. (2021) Looking Back to Move Forward: Canadian Occupational Therapy in Public Health, 1914-2019. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 88 (1), s. 48-58. doi: 10.1177/0008417421992617

Lindahl-Jacbobsen, L. og Jessen-Winge, C. (2017) Meningsfulde aktiviteters betydning for sunhed og velvære, i Kristensen, H.K., Bach Schou, A.S., Mærsk, J.L. (red.) *Nordisk aktivitetsvidenskab*. København: Munksgaard, s. 61-76.

Meld. St. 19 (2012–2013) (2013) *Morgendagens omsorg.* Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Meld. St. 47 (2008–2009) (2009) *Samhandlingsreformen*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Moll, S.E., Gewurtz, R.E, Krupa, T.M., og Law, M.C. (2013) Promoting an occupational perspective in public health. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 80(2), s. 111-119. doi: 10.1177/0008417413482271

Morville, A-L og Larsen, A. E. (2017) Occupational justice – at fremme retten til aktiviteter. I Kristensen, H.K., Bach Schou, A.S., Mærsk, J.L. (red.) *Nordisk aktivitetsvidenskab*. København: Munksgaard, s. 193 – 213.

Mæland, J.G. (2010) *Forebyggende helsearbeid: folkehelsearbeid i teori og praksis*. 3. utg. Oslo: Universitetsforlaget.

Njelesani *et al.* (2012) Articulating an Occupational perspective. *Journal of Occupational science*, 21(2), s. 226-235. doi: 10.1080/14427591.2012.717500

Picotin et al. (2021) Occupational therapists as social change agents: exploring factors that influence their actions. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 88(3), s. 231-243. doi: 10.1177/00084174211022891

Polatajko *et al. (2017)* Specifikation af sagsområdet: Betydningsfulde aktiviteter som kernen, i Polatajko, H. J. og Townsend, E. A. (2008) *Menneskelig aktivitet II: en ergoterapeutisk vision om sundhed , trivsel og retfærdighed muliggjort gennem betydningsfulde aktiviteter*. København: Munksgaard, s. 47-73.

PRISMA (2020) *PRISMA flow diagram.* Tilgjengelig fra: http://www.prisma-statement.org/PRISMAStatement/FlowDiagram (Hentet: 5. april 2022).

Quick *et al.* (2010) Scope of practice of occupational therapists working in Victorian community health settings. *Australian Occupational Therapy Journal*, 57(2), s. 95-101. doi:10.1111/j.1440-1630.2009.00827.x

Sverdrup, S. (2020) *Bachelor- og masteroppgaver i sosial- og helsefag*. Oslo: Cappalen Damm AS.

Townsend *et al.* (2017) At muliggjøre social forandring, i Polatajko, H. J. og Townsend, E. A. (2008) *Menneskelig aktivitet II: en ergoterapeutisk vision om sundhed , trivsel og retfærdighed muliggjort gennem betydningsfulde aktiviteter*. København: Munksgaard, s. 223-233.

Tucker *et al.* (2014) Exploring the nexus between health promotion and occupational therapy: synergies and similarities. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 81(3), s. 183-193. doi: 10.1177/0008417414533300

WHO Europe (1986) *Ottawa Charter for Health Promotion*. Tilgjengelig fra: https://www.euro.who.int/en/publications/policy-documents/ottawa-charter-for-health-promotion,-1986 (Hentet: 01. mars 2022).

Wilcock, A.A. og Hocking, C. (2015) *An Occupational Perspective of Health*. 3. utg. USA: SLACK Incorporated.

Wood, R., Fortune, T., McKinstry, C. (2013) Perspectives of occupational therapists working in primary health promotion. *Australian Occupational Therapy Journal*, 60 (3), s. 161-170. doi: 10.1111/1440-1630.12031

NTNU

Norwegian University of
Science and Technology