

Innhold

Innspill til Helsereformutvalget fra Norsk Ergoterapeutforbund	2
Forebygging og rehabilitering som bærebjelke	2
Modeller for fremtidig organisering, styring og finansiering	2
Finansieringssystem og organisering som underbygger innovasjon og forebyggende innsats	3
Dimensjonering av kompetanse i styringen, organiseringen og finansieringen	5
Ansvars- og oppgavefordelingen mellom nivåene	5
Oppgavedeling mellom nivåene	6
Finansiering og organisering må støtte opp under god oppgavedeling ressursbruk	8
Rehabilitering understøtter kvalitet, likeverdighet, sammenheng, folkehelse og totalberedskapen.	8
Rehabilitering i totalberedskapen	9
Økonomiske, personellmessige, administrative, juridiske og samfunnsøkonomiske konsekvenser av rehabilitering og endring av kompetansesammensetting.	9
En helsereform for fremtiden	10
Ressurser	11



Innspill til Helsereformutvalget fra Norsk Ergoterapeutforbund

Forebygging og rehabilitering som bærebjelke

Helsereformen er en viktig mulighet til å **utvikle helsetjenestene til å møte fremtidens behov**. Økende etterspørsel og demografiske endringen utfordrer bærekraften i både helsetjenestene og i samfunnet. Skal vi møte disse endringene mener Norsk Ergoterapeutforbund det er avgjørende at en Helsereform bygger på *forebygging og rehabilitering* som systembærende prinsipper – i hele helsetjenesten og i hele pasientforløpene, jamfør WHO (2023).

Norsk Ergoterapeutforbund mener at helsetjenestene må styres, finansieres og organiseres slik at de forebygger og rehabiliterer der det er *mulig*, og behandler og pleier der det er *nødvendig*. Rehabilitering er særskilt viktig i helsetjenestene siden innbyggere som kommer i kontakt med helsetjenestene ofte allerede har vært utsatt for skade, funksjonstap eller sykdom. Da er rehabilitering en naturlig del av den forebyggende innsatsen, med vekt på å *minske konsekvensene* av oppstått skade eller sykdom (tertiærforebygging).

God forebygging og rehabilitering krever tverrprofesjonell kompetanse i hele helsetjenesten. Dette vil styrke helhetlig pasientforløp, likeverdige tjenester, effektiv oppgavedeling, forsterket innsats for folkehelse samt god totalberedskap i hele landet. Forebygging og rehabilitering fremmer opplevelse av helse og livskvalitet og styrker motstandskraft i befolkningen (Lindahl-Jacobsen & Jessen-Winge, 2017; Pedersen & Ernsten, 2025; WHO, 2023). Det bidrar også til at flest mulig får muligheten til å kunne delta og bidra i lokalsamfunnet og i arbeidslivet, noe som er sentralt for å minske sosiale forskjeller.

Norsk Ergoterapeut har innspill til de ulike områdene strukturert etter mandatet til Helsereformutvalget.

Modeller for fremtidig organisering, styring og finansiering

Norsk Ergoterapeutforbund mener det er behov for en organisering og finansiering som sikrer forebyggende og rehabiliterende innsats til riktig tid. Dette krever rehabiliteringskompetansen i hele pasientforløpene og i alle nivåer i helsetjenestene. Konsekvenser av mangel på rehabiliteringskompetanse, og særskilt ergoterapeuter, er tap av funksjon og tap av mestring av hverdagsliv og arbeidsliv.



Finansieringssystem og organisering som underbygger innovasjon og forebyggende innsats

For at *rett tiltak skal gis til rett tid* i helsetjenestene må finansieringssystemet stimulerer til at *riktig kompetanse* er tilgjengelig til riktig tid. Norsk Ergoterapeutforbund mener det er avgjørende at finansieringssystemet *stimulerer til* bruk av forebyggende og rehabiliterende innsats og bruk av *bredden av kompetansen* i helsetjenesten – på alle nivåene i helsetjenesten. Det vil være avgjørende for helhetlige pasientforløp og likeverdige tjenester. Det vil også gi rom for utvikling og innovasjon i tjenestene fordi de nye løsningene kan kreve «ny» kompetanse og «ny» oppgavedeling i tjenestene.

Eksempler på at manglende finansiering hindrer helhetlige forløp, effektiv personellbruk, innovasjon og forebyggende innsats i dag:

- **Oppfølging av sykemeldte.** Evidensen underbygger viktigheten av ergoterapi for tilbakeføring i jobb, siden ergoterapeuter er eksperter på å kartlegge og rette innsatsen mot *samspillet* mellom personens forutsetninger, arbeidsoppgavene og arbeidsmiljøet (Cullen et al., 2018; De Dios Perez et al., 2023; Drummond et al., 2020; Johanson et al., 2023). *Manglende takster for profesjonsnøytral innsats* i allmennlegetjenesten er et eksempel på en strukturell og finansiell barriere for riktig innsats til riktig tid i oppfølgingen av sykemeldte. Dette står i veien for utvikling av tilbud til sykemeldte som er i tråd med kunnskapsbasert praksis.
- **Innbyggere med behov for poliklinisk ergoterapi.** *Manglende dekking av transport, og manglende refusjon av utgifter for ergoterapi, skaper ulikhet i rehabiliteringen basert på diagnose og betalingsevne.* Innbyggere som trenger fysioterapi får (del)finansiert transport og kostander, mens innbyggere som trenger ergoterapi må fullfinansiere både transporten og kostander til ergoterapi. *Diagnose/funksjonstap og/eller betalingsevne* avgjør dermed om innbyggere får tilgang på nødvendig rehabilitering. Dette skaper sosiale forskjeller og hindrer utvikling av tjenestene for å møte behovet i samfunnet;
 - Manglende transportrefusjon står i veien for utvikling av evidensbaserte og *personellbesparende* intervensjoner, som eksempelvis gruppetiltak for personer med kognitive funksjonsnedsettelse, eller polikliniske behandlinger som krever utstyr på stedet. Eksempelvis må ergoterapeuter i primærhelsetjenesten bruke tid på å reise hjem til innbyggere som kunne mottatt like god/bedre oppfølging ved å komme til ergoterapeuten.
 - Mangel på HELFO-refusjon for ergoterapi står i veien likeverdige helsetjenester. Eksempelvis må pasienter som har gjennomgått håndkirurgi ved offentlige sykehus ofte betale høy egenandel for nødvendig oppfølging i private klinikker, når det offentlige mangler tilbudet eller ikke har kapasitet. Manglende HELFO-refusjon for ergoterapi hindrer dermed sammenhengende og integrerte forløp og forsterker sosial ulikhet i helse. Konsekvenser for innbyggere er dårligere rehabilitering, manglende vurdering og tilpasning av ortoser/hjelpemidler, økt risiko for komplikasjoner, lengre sykefravær og redusert gjenvinning av funksjon i daglige aktiviteter.

Norsk Ergoterapeutforbund mener en helsereform må sikre en finansiering, styring og organisering som følger behovet til pasientene, og som stimulerer til

- Bruk av ergoterapeuter *når det er nødvendig*, på alle nivåer av helsetjenestene. Finansiering, dimensjonering og styring må sikre rett kompetanse til rett tid for å sikre gode sammenhengene forløp og effektiv ressursbruk/oppgavedeling.
 - *Profesjonsnøytrale takster*, eksempelvis ved fastlegekontorer, slik at oppgaver kan utføres effektivt og med rett kompetanse til rett tid.
 - *Oppskalering av ergoterapiutdanning og -dekning*. Norge ligger høyt på dekning av sykepleiere og leger, men har under halvparten så mange ergoterapeuter som eksempelvis Danmark. Dette påvirker pasientforløpene, effektiv oppgavedeling og innsatsen rettet mot folkehelse og forebygging. Eksempelvis viser erfaringer fra OUS at ergoterapeuter på intensivavdeling tilfører nødvendig kompetanse samtidig som det frigjør intensivsykepleiernes tid (ny rapport fra OUS er under utarbeidelse).
- Igangsetting og videre oppfølging av forebyggende, rehabiliterende og habiliterende tiltak i hele pasientforløpet. Dette vil blant annet kreve at det
 - *Sikres takster i sykehusene for nødvendige forebyggende, rehabiliterende og habiliterende tiltak*. Det må også være rom for iverksetting av nye evidensbaserte tiltak og innovasjon.
 - *Sikres effektive systemer slik at de profesjonene som gjør vurderinger også kan sørge for nødvendig oppfølging*. Bruk av ergoterapi rettet mot pasienter med håndartrose (Diakonhjemmet, Martina Hansens Hospital og St. Olavs Hospital) viser at *pasienter kan behandles like trygt og effektivt av ergoterapeut som av revmatolog, med høy pasienttilfredshet og lavere kostnader*. Resultater fra Diakonhjemmet viser at det også reduserer behov for kirurgi og dermed reduksjon i operasjonskøer. Likevel hindres effektiv oppgavedeling av at ergoterapeuter ikke kan rekvirere røntgenbilder ved behov for vurdering og eventuell henvisning til kirurg, og at de må innhente revmatologsignatur for refusjon av ortopediske hjelpemidler som tommelstøtteskinner ergoterapeuten har tilpasset.
 - *Sikres HELFO-refusjon for ergoterapi*, for å utnytte kapasiteten mellom offentlig og privat virksomhet, redusere ventetider og utjevne forskjeller for pasienter som har behov for ergoterapeut
 - Innføres mulighet for at *ergoterapeuter kan rekvirere pasientreiser* for behandling hos ergoterapeut.
- Bruk av teknologi tilpasset pasientens behov, som digital hjemmeoppfølging (Vaksvik et al., 2024), noe som effektiviserer ressursbruk og samtidig minker belastning reiser kan ha for pasienter med lang reisevei og/eller redusert kapasitet.



- Oppskalering av effektive digital helsehjelp som støtter helsekompetanse og egentrening, som eksempelvis «Happy Hands» (Tveter et al., 2024).

Dimensjonering av kompetanse i styringen, organiseringen og finansieringen

Norge har langt flere leger og sykepleiere enn resten av Europa (NOU 2023: 4, 2023), mens antall ergoterapeuter er under halvparten av hva for eksempel Danmark har. I tillegg er det fremskrevet forholdsmessig stor mangel på ergoterapikompetansen frem mot 2040 (Zhiyang et al., 2023). Dette gir konsekvenser for folkehelse og forebygging, pasientforløpene, likeverdighet, effektiv ressursbruk og for totalberedskapen (WHO, 2023).

Økt *andel* av ergoterapeuter i helsetjenestene vil bidra til å fremme funksjon, mestring og deltakelse for ulike pasientgrupper, i tillegg til at det bidrar til bedre ressursutnyttelse i tjenestene gjennom at flere får riktig hjelp til riktig tid. Det er flere eksempler på ergoterapeuter «overtar» oppgaver fra yrkesgrupper med lengre utdanning, noe som gir like god/eller bedre oppfølging (som ved oppfølging av håndartrose). Det er også eksempler på konsekvens av manglende ergoterapi for ventetider og effektive forløp. Eksempelvis viser erfaringer at tidlig kartlegging av ergoterapeut på aldersgeriatrik døgnpast St. Olavs *reduserer liggedøgn*, mens begrensede ergoterapiressurser fungerer som en flaskehals for forløpet. Ergoterapi i psykisk helsevern ved St. Olavs har vist seg å *redusere tilbakefall og reduserte behovet for nye konsultasjoner*, det vurderes også å kunne redusere henvisninger til psykolog. Erfaringer viser også at fravær av ergoterapeut ved håndrehabilitering hindrer gjennomføring av planlagt håndkirurgi fordi vellykket kirurgi forutsetter tett ergoterapeutisk oppfølging. Resultatet er *ubrukt kirurgisk kapasitet*, overføring av pasienter til andre sykehus som allerede er presset på kapasitet og/eller utsatt kirurgi med de konsekvenser det har for pasientenes funksjon.

Norsk ergoterapeutforbund mener det er behov for finansiering og styring som sikrer tilstrekkelig tverrprofesjonell kompetanse i helsetjenestene, slik at pasientene får den hjelpen de har behov for, når de har behov for det.

Ansvars- og oppgavefordelingen mellom nivåene

Organisering må muliggjøre gode pasientforløp på tvers av nivå og kommunegrenser, når det er til det beste for effektiv forebygging og rehabilitering.

Kommune-Norge består av veldig ulike kommuner. Ulike størrelse og topografi gjør at mulighetene for *alle* fagmiljøer til å opparbeide seg tilstrekkelig kompetanse på de ulike helseutfordringene, naturlig nok begrenses. Dette stiller krav til *gode overganger* mellom nivåene, og *sikring av minimumskompetanse jamfør dagens lovkrav til minimumskompetanse (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011), på alle nivåene i helsetjenestene*. Minimumskompetanse er avgjørende for å sikre gode sammenhengende tjenester, minimere geografiske ulikheter, sikre pasient- og brukerrettigheter og fremme god folkehelse.



Oppgavedeling mellom nivåene

Manglende og varierende minimumskompetanse i kommunene, og varierende kompetansetilgang i spesialisthelsetjenesten, gjør det krevende å sette absolutte skiller mellom hva spesialisthelsetjenesten skal ha ansvaret for, og hva kommunehelsetjenesten skal ha ansvaret for. Det viktigste er at pasienten får den oppfølgingen den trenger for å forhindre og minske konsekvens av skade, sykdom eller funksjonstap.

Ved utgangen av 2024 var 44 kommuner uten ergoterapeut, og det er stor variasjon i dekningen både i spesialisthelsetjenesten og i kommunehelsetjenesten. Dette gi særskilte utfordringer for oppfølgingen av folkehelse, forebyggende og rehabiliterende intervensjoner.

Ergoterapi har effekt for mestring av hverdagen for en rekke grupper. Blant annet for **eldre/skrøpelige eldre** (De Coninck et al., 2017; Kim et al., 2022; Nielsen et al., 2017; Stark et al., 2017), **personer med muskel- og skjelett-tilstander** (Sheerin et al., 2024; Visser et al., 2021; Weinstock-Zlotnick & Mehta, 2019) og **personer med mental helseutfordringer** (D'Amico, Jaffe, & Gardner, 2018). Mangel på kompetansen kan dermed gi mindre mestring av daglige aktiviteter i hverdagslivet, dårligere folkehelse, samt medføre mer belastning på pleietjenester og/eller pårørende.

Når befolkningen må vente på ergoterapi erfarer ergoterapeuter at funksjonsnivået har endret seg fra henvisningstidspunktet til første kartlegging - innbyggere opplever funksjonstap som kunne vært forebygget, mens de venter på nødvendig hjelp. Noen ganger er ventetiden på over 1 år. Å vente på hjelp til å mestre egen hverdag øker belastningen på pasienten, men også på pårørende og pleie- og omsorgstjenestene. I verste fall blir dette en varig økt belastning, fordi funksjonstapet blir varig.

Ved mangel på ergoterapeut i kommunen erfarer ergoterapeuter ved spesialisthelsetjenesten utfordringer i overføringen for å sikre videre rehabilitering i eget hjem. Noen ganger må de kompensere for denne mangelen. Dette er ineffektiv ressursbruk som går ut over både sykehuskapasiteten, og oppfølgingen av pasienten og de pårørende. I motsatt fall erfarer kommuneergoterapeuter mangler i utredninger og kartlegginger når ergoterapikompetansen ikke har vært tilgjengelig i spesialisthelsetjenesten, eksempelvis uoppdaget kognitiv svikt for yrkesaktive pasienter.

Å sikre en tilstrekkelig tverrprofesjonell bredde jamfør lovkravet, i *alle kommuner*, har vært omtalt som urealistisk. Norsk Ergoterapeutforbund mener det er god ressursbruk og prioritere ergoterapikompetanse i hele pasientforløpet, og dette krever at alle kommuner har kompetansen tilgjengelig. Det er et uutløst potensial i å utnytte kompetansen *på flere områder* i kommunene, og dermed sikre god sammenheng i tjenestene og dekke nødvendig helsehjelp for innbyggerne

I en kommunehelsetjeneste kan ergoterapikompetansen *blant annet* bidra med

- **Helsefremmende tiltak rettet mot eldre**, som eksempelvis forebyggende hjemmebesøk, seniorsamlinger og hverdagsrehabilitering som indikerer effekt både for mestring av daglige aktiviteter og helserelatert livskvalitet (Frøland & Tuntland, 2025; Zingmark et al., 2019)
- **Boligrådgivning og -tilrettelegging** (Gillespie et al., 2012; Holm & Monkerud, 2021; Zingmark et al., 2017) for at flest mulig kan leve og bo trygt i eget hjem. Agenda Kaupang og Vista Analyse sin rapport påpeker viktigheten av å bruke ergoterapeuters



tilretteleggingskompetanse ved å forbedre tilgjengelighet i boliger. Rapporten viser at boligtilpasning kan *redusere ressursbruk i hjemmetjenesten* i 30 % av hjemmene, gjøre 28 % av brukerne mer selvhjulpne samt redusere fallrisiko i 34 % av boligene (Ekhaugen et al., 2018).

- **Bedre oppfølging av demenssyke og deres pårørende.** Ergoterapeuter kan kartlegge konsekvenser kognitiv svikt har for hverdagen. Oppsummert forskning viser til at ergoterapi fremmer mestring av daglige aktiviteter, minske atferds- og psykologiske symptomer og bedre livskvalitet for personer med demens, i tillegg til å minske belastningen for pårørende som rapporterer færre timer hvor de trenger å assistere den demensrammede, de opplevde mindre stress samt bedre livskvalitet (Bennett et al., 2019; Smallfield & Heckenlaible, 2017).
- **Fremme retur til arbeid** for sykemeldte med *muskel- og skjelettlidelser, mentale helseutfordringer og for personer med hjerneslag* (Cullen et al., 2018; Donker-Cools, Wind, & Frings-Dresen, 2016)
- **Kosteffektiv oppfølging av voksne med multimorbiditet** (Gillespie et al., 2022)
- **Vurdering og oppfølging av velferdsteknologiske løsninger som bidrar til selvstendighet og trygget** Erfaringer fra velferdsteknologiprogrammet viser til at ergoterapeuter er nøkkelpersonell for å lykkes med velferdsteknologiske løsninger (*Gevinstrealiseringsrapport, En kunnskapsoppsummering fra Nasjonalt Velferdsteknologiprogram*, 2021) .
- **Å bedre mental helse, positiv atferd, mestring av daglige aktiviteter og sosial deltakelse for barn og ungdom** (Cahill, Egan, & Seber, 2020; Fischer, Green, & Lygnegård, 2023)
- **Beredskapsplanlegging, beredskap og fasen etter konflikt og/eller kriser** (WHO, 2023)

I spesialisthelsetjenesten kan ergoterapi, i tillegg til å fremme mestring og funksjon, bidra med [redusere presset på sykehusene](#) og belastning for pasienter ved å blant annet

- **Minske lengde på sykehusopphold** (Edelstein et al., 2021)
- **Bidra til lavere reinnleggsrate** for hjertesvikt-, lungebetennelse- og hjerteinfarktpasienter (Rogers et al., 2016)
- **Bidra med kosteffektive tjenester** rettet mot pasienter som har gjennomgått hjerneslag, traumatisk hjerneskade, samt før og etter hofteoperasjon og ved akutt utskrivingsplanlegging (Wales et al., 2022)
- **Minske ventetid for operasjoner av tilstander i hånd**, eksempelvis har mangel på ergoterapiressurser ført til utsettelse av håndkirurgi siden ortopedene ikke kan iverksette operasjoner uten at ergoterapeuten har ressurser til å følge opp.
- **Bedre oppgavedelingen**, jamfør eksemplene med ergoterapi på intensivavdeling (OUS), i artroseforløp (Diakonhjemmet, Martina Hansens Hospital og St. Olavs Hospital) eller aldersgeriatrien (St. Olavs)



Finansiering og organisering må støtte opp under god oppgavedeling ressursbruk

En strukturell barriere for gode pasientforløp, og styrking av folkehelse og forebygging, er separate budsjetter. Forebyggende og rehabiliterende tiltak belaster gjerne ett budsjett (eksempelvis rehabilitering på sykehusavdeling eller i en kommune), men skaper gevinst i ett annet budsjett (som eksempelvis i NAV eller pleie- og omsorg). Det er flere eksempler på at rehabiliteringstilbud blir lagt ned/sterkt redusert, i både spesialisthelsetjenesten og i kommunehelsetjenesten, hvor argumentene er økonomisk besparelse i inneværende budsjett. Dette lønner seg ikke for folkehelsen, det bryter ned opparbeidet generalist- og spesialistkompetansemiljøer og det går ut over helhetlige og gode pasientforløp.

Norsk Ergoterapeutforbund mener det er viktig at finansieringen og organiseringen av helsetjenestene støtter opp under *behovet til pasientene*, og at en helsereform bryter ned mulige organisatoriske og finansielle barrierer for at rett tiltak iverksettes til rett tid, på rett nivå og på riktig sted. Innsats som styrker folkehelse og forebygging gir ikke nødvendigvis umiddelbar gevinst eller gevinst i det budsjettet som finansierer innsatsen. Samtidig er det noe av det viktigste vi gjør for å styrke motstandskraft i befolkningen og sikre at flest mulig får muligheten til å mestre egen hverdag og delta i arbeid og samfunn. I en tid med mangel på arbeidskraft, helsepersonell og økt press på helsetjenestene er det et paradoks at det er nettopp forebyggende og rehabiliterende innsats som tas vekk når budsjett skal i balanse.

Finansieringen i helsetjenestene må derfor underbygge det som gir god folkehelse, gjennom forutsigbar og varig finansiering av forebyggende og rehabiliterende innsats og tjenester. Dette er også avgjørende for at nødvendige tiltak kan gis på mest mulig effektiv måte og for at tjenester kan utvikles i takt med behovet i samfunnet.

Rehabilitering understøtter kvalitet, likeverdighet, sammenheng, folkehelse og totalberedskapen.

Bedre behandling kombinert med en høyere andel eldre vil føre til at flere rekker å utvikle sykdommer og flere lever lengre med kroniske tilstander (Faiz et al., 2018; GjØra et al., 2020; Meld. St. 31 (2023-2024); Su et al., 2025). Samtidig forplikter dette oss til å oppskalere innsatsen som bidrar til å redusere *konsekvensene* dette har for livskvalitet, opplevd helse og mestring av hverdagen.

Forebygging og rehabilitering må derfor være systembærende prinsipper, ikke tilleggstjenester. Uten en gjennomgående vektning av forebygging og rehabilitering vil ikke helsetjenesten bli bærekraftig. Forsterket innsats på folkehelse og god forebygging i helsetjenestene må sikres gjennom rehabiliteringskompetanse og -tilbud i hele pasientforløpet. Det er viktig at fremtidig organisering, finansiering og styring sikrer dette.

Rehabilitering er identifisert av Riksrevisjonen som helsetjenesten svakeste område. Mange pasienter får ikke den rehabiliteringen de trenger av spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten, styringen av rehabiliteringstjenestene er mangelfull på alle nivåer, samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten fungerer flere steder ikke til det beste for pasientene og svakheter i rehabiliteringstjenestene får konsekvenser for



pasientenes helse, arbeidsevne, familieliv og fritid (Riksrevisjonen, 2024). Rehabilitering omtales som en [essensiell helsetjeneste](#) av WHO, sammen med forebygging, helsefremming, behandling og palliasjon. WHO understreker at rehabilitering må være en integrert del av hele helsetjenesten.

Tilgjengelig rehabilitering er avgjørende for å minske negative konsekvenser av sykdom, skade og tilstander som påvirker funksjon – og rehabilitering er på den måten en del av den forebyggende innsatsen (tertiærforebygging). Det handler om fremme folkehelse, muligheten til å mestre egen hverdag og muligheten til å delta i skole, utdanning, arbeidsliv og samfunn – også med helseutfordringer.

Rehabilitering i totalberedskapen

I beredskapssammenheng er rehabilitering avgjørende for å styrke motstandskraften og evne til egenberedskap i befolkningen. Samtidig vil rehabilitering være essensielt for å sikre kapasiteten i akuttfunksjonene fordi det reduserer liggetid, forebygger komplikasjoner og sørger for pasientflyt. Det er derfor avgjørende at rehabiliteringskompetanse involveres i beredskapsplanleggingen, at hjelpemidler er en del av planen, og at rehabilitering er tilgjengelig i hele landet og sikret i hele pasientforløpet.

WHO understreker at rehabilitering må være en del av beredskapen for krise og konflikt – både som en del av beredskapsplanleggingen, beredskapen *under* krise eller konflikt og i gjenoppbyggingsfasen etter krise/konflikt (WHO, 2023).

Økonomiske, personellmessige, juridiske og samfunnsøkonomiske konsekvenser

Å vekte forebygging og rehabilitering som systembærende prinsipp i helse- og omsorgstjenestene er avgjørende for å oppfylle målet om forsterket innsats for folkehelse og god forebygging. Det er også avgjørende for å sikre alle likeverdig rett til nødvendig habilitering og rehabilitering og det er et viktig virkemiddel for å minke belastning på pleietjenester og -personell. Kortere liggetid, mindre reinnleggelser og større evne til å mestre egen helsetilstand og de hverdagslige kravene er bra både for pasienten og for helsetjenesten. Forebygging og rehabilitering fremmer den enkeltes livskvalitet og helse, samtidig som det muliggjør økt selvstendighet i hverdagen og økt deltakelse i samfunns- og arbeidsliv. Dette igjen kan bidra til mindre behov for støtteordninger og/eller pleie- og omsorgstjenester. Det finnes mange eksempler på at innsats fra ergoterapeut har bidratt til at pasienter har kommet seg hjem og mestret livet i egen bolig, fremfor å søke sykehjemsplass eller motta hjelp av hjemmetjenesten.

Norsk Ergoterapeutforbund mener alle mennesker har rett til å delta og være inkludert i samfunnet – da må måten vi organiserer og finansierer helse- og omsorgstjenestene reflektere dette ved å prioritere det som gjør at et reddet liv også kan leves – i hele livsløpet.



En helsereform for fremtiden

Norsk Ergoterapeutforbund mener forebygging og rehabilitering bør være et systembærende prinsipp i fremtidens helse- og omsorgstjeneste. Det handler om god folkehelse, god ressursbruk, likeverdige tjenester som minsker sosiale og geografiske forskjeller, og om å skape gode sammenhengende forløp. En helsereform som satser på forebygging og rehabilitering ivaretar ressurser i befolkningen, noe som er bra både for kapasiteten i helsetjenestene, deltakelse i arbeidslivet og lokalsamfunnet, og for totalberedskapen.

Strukturelle og finansielle barrierer for bruk av tverrprofesjonell innsats må brytes ned, forutsigbarhet og varig finansiering av forebyggende og rehabiliterende tjenester må sikres og kompetansesammensetningen i helse og omsorgstjenestene må reflektere behovet i befolkningen.

Det oppfordres til at utvalget ser helsereformen i sammenheng med blant annet helsepersonellplanen og NOU om Folkehelse, i tillegg til Kommunekommisjonens arbeid.

Norsk Ergoterapeutforbund ser frem til å bidra i det videre arbeidet!

Med vennlig hilsen



Tonje Hansen Guldhav

Nestleder



Ressurser

- Bennett, S., Laver, K., Voigt-Radloff, S., Letts, L., Clemson, L., Graff, M., Wiseman, J., & Gitlin, L. (2019). Occupational therapy for people with dementia and their family carers provided at home: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*, 9(11), e026308. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-026308>
- Cahill, S. M., Egan, B. E., & Seber, J. (2020). Activity- and Occupation-Based Interventions to Support Mental Health, Positive Behavior, and Social Participation for Children and Youth: A Systematic Review. *The American Journal of Occupational Therapy*, 74(2), 7402180020p7402180021-7402180020p7402180028. <https://doi.org/10.5014/ajot.2020.038687>
- Cullen, K. L., Irvin, E., Collie, A., Clay, F., Gensby, U., Jennings, P. A., Hogg-Johnson, S., Kristman, V., Laberge, M., McKenzie, D., Newnam, S., Palagyi, A., Ruseckaite, R., Sheppard, D. M., Shourie, S., Steenstra, I., Van Eerd, D., & Amick, B. C. (2018). Effectiveness of Workplace Interventions in Return-to-Work for Musculoskeletal, Pain-Related and Mental Health Conditions: An Update of the Evidence and Messages for Practitioners. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 28(1), 1-15. <https://doi.org/10.1007/s10926-016-9690-x>
- D'Amico, M. L., Jaffe, L. E., & Gardner, J. A. (2018). Evidence for Interventions to Improve and Maintain Occupational Performance and Participation for People With Serious Mental Illness: A Systematic Review. *The American Journal of Occupational Therapy*, 72(5), 7205190020p7205190021-7205190020p7205190011. <https://doi.org/10.5014/ajot.2018.033332>
- De Coninck, L., Bekkering, G. E., Bouckaert, L., Declercq, A., Graff, M. J. L., & Aertgeerts, B. (2017). Home- and Community-Based Occupational Therapy Improves Functioning in Frail Older People: A Systematic Review. *Journal of the American Geriatrics Society*, 65(8), 1863-1869. <https://doi.org/https://doi-org.ezproxy.oslomet.no/10.1111/jgs.14889>
- De Dios Perez, B., McQueen, J., Craven, K., Radford, K., Blake, H., Smith, B., Thomson, L., & Holmes, J. (2023). The effectiveness of occupational therapy supporting return to work for people who sustain serious injuries or develop long-term (physical or mental) health conditions: A systematic review. *British Journal of Occupational Therapy*, 86(7), 467-481. <https://doi.org/10.1177/03080226231170996>
- Donker-Cools, B. H. P. M., Wind, H., & Frings-Dresen, M. H. W. (2016). Prognostic factors of return to work after traumatic or non-traumatic acquired brain injury. *Disability and Rehabilitation*, 38(8), 733-741. <https://doi.org/10.3109/09638288.2015.1061608>
- Drummond, A., Coole, C., Nouri, F., Ablewhite, J., & Smyth, G. (2020). Using occupational therapists in vocational clinics in primary care: a feasibility study. *BMC Fam Pract*, 21(1), 268. <https://doi.org/10.1186/s12875-020-01340-5>
- Edelstein, J., Walker, R., Middleton, A., Reistetter, T., Gary, K. W., & Reynolds, S. (2021). Higher Frequency of Acute Occupational Therapy Services Is Associated With Reduced Hospital Readmissions. *The American Journal of Occupational Therapy*, 76(1), 7601180090. <https://doi.org/10.5014/ajot.2022.048678>
- Ekhaugen, T., Bjerkmann, I. L., Ekeland, E., & Holden, M. B. (2018). *Et godt bad forlenger livet (i egen bolig). Fysiske hindre i boliger – og tiltak for å fjerne dem* (2018/24). https://www.vista-analyse.no/site/assets/files/6504/va-rapport_2018-24_et_godt_bad_forlenger_livet_i_egen_bolig.pdf
- Fischer, E., Green, D., & Lyngnegård, F. (2023). Occupation as means and ends in paediatric occupational therapy – A systematic review. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 30(8), 1181-1198. <https://doi.org/10.1080/11038128.2023.2188253>



- Frøland, O., & Tuntland, H. (2025). *Hvordan går det med hverdagsrehabiliteringen – egentlig? Et kunnskapsnotat skrevet på oppdrag fra Innovasjons- og samskapingsutvalget i Helse- og omsorgsdepartementet*.
<https://www.hvl.no/contentassets/9a917b66ef8042ab9346256c0d6658c4/kunnskapsnotat-hvl-sofv-2025--siste.pdf>
- Gevinstrealiseringsrapport, En kunnskapsoppsummering fra Nasjonalt Velferdsteknologiprogram. (2021). <https://www.ks.no/contentassets/5a9daecb1f07412baad5747c9f374cb4/2021-Gevinstrealiseringsrapport-NVP.pdf>
- Gillespie, L. D., Robertson, M. C., Gillespie, W. J., Sherrington, C., Gates, S., Clemson, L., & Lamb, S. E. (2012). Interventions for preventing falls in older people living in the community. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(9). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007146.pub3>
- Gillespie, P., Hobbins, A., O'Toole, L., Connolly, D., Boland, F., & Smith, S. M. (2022). Cost-effectiveness of an occupational therapy-led self-management support programme for multimorbidity in primary care. *Family Practice*, 39(5), 826-833.
<https://doi.org/10.1093/fampra/cmab006>
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* (LOV-2025-06-20-74).
- Holm, A., & Monkerud, L. C. (2021). *Boligrådgivning i kommunene – kartlegging, vurdering og anbefalinger* (2021:1). <https://hdl.handle.net/20.500.12199/6508>
- Johanson, S., Gregersen Oestergaard, L., Bejerholm, U., Nygren, C., van Tulder, M., & Zingmark, M. (2023). Cost-effectiveness of occupational therapy return-to-work interventions for people with mental health disorders: A systematic review. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 30(8), 1339-1356. <https://doi.org/10.1080/11038128.2023.2200576>
- Kim, M., Shin, E., Kim, S., & Sok, S. (2022). The Effectiveness of Multicomponent Intervention on Daily Functioning among the Community-Dwelling Elderly: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(12).
- Lindahl-Jacobsen, L., & Jessen-Winge, C. (2017). Meningsfulde aktiviteter betydning for sundhed og velvære In H. K. Kristensen, A. S. B. Schou, & J. L. Mærsk (Eds.), *Nordisk Aktivitetsvidenskab* (1 ed., pp. 61-76). Ergo/Munksgaard.
- Nielsen, T. L., Petersen, K. S., Nielsen, C. V., Strøm, J., Ehlers, M. M., & Bjerrum, M. (2017). What are the short-term and long-term effects of occupation-focused and occupation-based occupational therapy in the home on older adults' occupational performance? A systematic review. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 24(4), 235-248.
<https://doi.org/10.1080/11038128.2016.1245357>
- NOU 2023: 4. (2023). *Tid for handling*. Retrieved from
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2023-4/id2961552/>
- Pedersen, A. K., & Ernsten, L. (2025). Instrumental activities of daily living and self-rated health in community-dwelling older adults: cross-sectional findings from the HUNT Study (HUNT4 Trondheim 70+). *BMC Geriatrics*, 25(1), 334. <https://doi.org/10.1186/s12877-025-05983-w>
- Riksrevisjonen. (2024). *Riksrevisjonens undersøkelse av rehabilitering i helse- og omsorgstjenestene*.
- Rogers, A. T., Bai, G., Lavin, R. A., & Anderson, G. F. (2016). Higher Hospital Spending on Occupational Therapy Is Associated With Lower Readmission Rates. *Medical Care Research and Review*, 74(6), 668-686. <https://doi.org/10.1177/1077558716666981>
- Sheerin, M., O'Riordan, C., Conneely, M., Carey, L., Ryan, D., Galvin, R., & Morrissey, A.-M. (2024). Effectiveness of occupational therapy interventions on function and occupational performance among adults with conditions of the hand, wrist, and forearm: A systematic review and meta-analysis. *Australian Occupational Therapy Journal*, 71(1), 175-189.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1111/1440-1630.12905>

- Smallfield, S., & Heckenlaible, C. (2017). Effectiveness of Occupational Therapy Interventions to Enhance Occupational Performance for Adults With Alzheimer's Disease and Related Major Neurocognitive Disorders: A Systematic Review. *The American Journal of Occupational Therapy*, 71(5), 7105180010p7105180011-7105180010p7105180019. <https://doi.org/10.5014/ajot.2017.024752>
- Stark, S., Keglövits, M., Arbesman, M., & Lieberman, D. (2017). Effect of Home Modification Interventions on the Participation of Community-Dwelling Adults With Health Conditions: A Systematic Review. *The American Journal of Occupational Therapy*, 71(2), 7102290010p7102290011-7102290010p7102290011. <https://doi.org/10.5014/ajot.2017.018887>
- Tveter, A. T., Varsi, C., Maarnes, M. K., Pedersen, S. J., Christensen, B. S., Blanck, T. B., Nyheim, S. B., Pelle, T., & Kjekken, I. (2024). Development of the Happy Hands Self-Management App for People with Hand Osteoarthritis: Feasibility Study. *JMIR Form Res*, 8, e59016. <https://doi.org/10.2196/59016>
- Vaksvik, T., Støme, L. N., Føllesdal, J., Tvedte, K. A., Melum, L., Wilhelmsen, C. R., & Kværner, K. J. (2024). Early practice of use of video consultations in rehabilitation of hand injuries in children and adults: Content, acceptability, and cost-effectiveness. *Journal of Hand Therapy*, 37(1), 3-11. <https://doi.org/10.1016/j.jht.2023.05.010>
- Visser, E., de Klerk, S., Jacobs-Nzuzi Khuabi, L.-A., & Joubert, M. (2021). Occupation-based intervention in therapy for upper limb musculoskeletal conditions: A systematic review. *Hand Therapy*, 26(4), 146-158. <https://doi.org/10.1177/17589983211054643>
- Wales, K., Lang, D., Rahja, M., Somerville, L., Laver, K., & Lannin, N. A. (2022). Economic Effects of Occupational Therapy Services for Adults in Acute and Subacute Care Settings: A Systematic Review. *The American Journal of Occupational Therapy*, 76(1), 7601180080. <https://doi.org/10.5014/ajot.2022.049078>
- Weinstock-Zlotnick, G., & Mehta, S. P. (2019). A systematic review of the benefits of occupation-based intervention for patients with upper extremity musculoskeletal disorders. *Journal of Hand Therapy*, 32(2), 141-152. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jht.2018.04.001>
- WHO, W. H. O. (2023). *Strengthening rehabilitation in health emergency preparedness, readiness, response and resilience*. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/f24e520a-93db-459c-acb3-d3809bae8d65/content>
- Zhiyang, J., Kornstad, T., Stølen, N. M., & HJemås, G. (2023). *Arbeidsmarkedet for helsepersonell fram mot 2040* (2023/2). <https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/sysselsetting/artikler/arbeidsmarkedet-for-helsepersonell-fram-mot-2040>
- Zingmark, M., Nilsson, I., Norström, F., Sahlén, K. G., & Lindholm, L. (2017). Cost effectiveness of an intervention focused on reducing bathing disability. *European Journal of Ageing*, 14(3), 233-241. <https://doi.org/10.1007/s10433-016-0404-1>
- Zingmark, M., Norström, F., Lindholm, L., Dahlin-Ivanoff, S., & Gustafsson, S. (2019). Modelling long-term cost-effectiveness of health promotion for community-dwelling older people. *European Journal of Ageing*, 16(4), 395-404. <https://doi.org/10.1007/s10433-019-00505-1>

