

# Anbefalinger til rekruttering og fastholdelse af sundhedspersonale i den regionale psykiatri

Beskrivelser af mulige karriereveje  
for ergoterapeuter i den regionale psykiatri

Udarbejdet for Ergoterapifagligt Selskab for Psykiatri og Psykosocial Rehabilitering af  
Lone Decker, Lektor, M.Ed., Specialeergoterapeut Psykiatri  
Henrik Kruse-Hansen, Lektor, Cand. san i ergoterapi



**Ergoterapifagligt  
Selskab for  
Psykiatri og  
Psykosocial  
Rehabilitering**



# Indhold

<b>Forord af Ergoterapi Fagligt Selskab for Psykiatri og Psykosocial Rehabilitering .....</b>	<b>3</b>
<b>Beskrivelse af ergoterapi i den regionale psykiatri .....</b>	<b>4</b>
Ergoterapiens historie .....	4
Organisering af psykiatrien i Danmark.....	5
<b>Ergoterapiens grundlag og fokusområde .....</b>	<b>7</b>
Den ergoterapeutiske arbejdsproces, som den udfolder sig i den regionale psykiatri.....	10
<b>Den ergoterapeutiske arbejdsproces .....</b>	<b>10</b>
<b>Ergoterapeutiske undersøgelsesmetoder .....</b>	<b>12</b>
<b>Ergoterapeutisk intervention.....</b>	<b>14</b>
<b>Ergoterapeutiske arbejdsområder og arbejdsopgaver .....</b>	<b>16</b>
<b>Ergoterapifaglig forskning .....</b>	<b>20</b>
<b>Ledelse.....</b>	<b>21</b>
<b>Den nyuddannede ergoterapeuts faglige afsæt .....</b>	<b>22</b>
<b>Muligheder for uddannelse og kompetenceudvikling .....</b>	<b>23</b>
<b>Referencer.....</b>	<b>24</b>

# Forord af Ergoterapifagligt Selskab for Psykiatri og Psykosocial Rehabilitering

Som led i satspuljeaftalen på sundhedsområdet for 2019-2022 har Sundhedsstyrelsen med hjælp fra en bredt sammensat arbejdsgruppe, herunder med deltagelse af de relevante faglige selskaber, udarbejdet "Anbefalinger til rekruttering og fastholdelse af sundhedspersonale i den regionale psykiatri", som blev offentliggjort den 21. januar 2020.

På baggrund heraf har de faglige selskaber fået til opgave i samarbejde med Sundhedsstyrelsen at udarbejde beskrivelser af mulige karriereveje i psykiatrien for ergoterapeuter i den regionale psykiatri.

Det Ergoterapifaglige Selskab for Psykiatri og Psykosocial Rehabilitering har valgt at fortolke opgaven ud fra nedenstående ramme som udgøres af tre produkter, hvor især de to første komplementerer hinanden og bør læses og forstås i en sammenhæng.

Produkt 1. Indeholder en beskrivelse af mulige karriereveje for ergoterapeuter i den regionale psykiatri med

- Generel introduktion til arbejdet i psykiatrien og historisk kontekst
- Mulighed for uddannelse og kompetenceudvikling
- Mulighed for forskning
- Mulighed for ledelse

Produkt 2. Indeholder kompetenceprofil for ergoterapeuter i den regionale psykiatri.

Produkt 3. Indeholder visioner for videreuddannelse for ergoterapeuter i den regionale psykiatri.

Det Ergoterapifaglige Selskab vil samtidig benytte lejligheden til at takke Lone Decker, Lektor, M.Ed. Specialeergoterapeut Psykiatri og Henrik Kruse-Hansen, Lektor, Cand. san. i ergoterapi, begge fra Københavns Professionshøjskole, som har stået for at udarbejde beskrivelsesdelen og kompetenceprofilen for ergoterapeuter i den regionale psykiatri. Visioner for videreuddannelse for ergoterapeuter er udført i et samarbejde mellem Ergoterapifagligt Selskab for Psykiatri og Psykosocial Rehabilitering og Ergoterapeutforeningen.

Vi håber, at produkterne samt den øvrige formidling i form af film og podcast vil inspirere ikke bare ergoterapeuter, men også vil hjælpe andre faggrupper i den regionale psykiatri med at gøre det mere konkret, hvad psykiatrisk ergoterapi er og dermed skabe bedre grundlag for det fremtidige tværfaglige samarbejde i den regionale psykiatri.

Med venlig hilsen

Pernille Holt Frøkjær Thomsen,  
Formand for Ergoterapi Fagligt Selskab for Psykiatri og Psykosocial Rehabilitering

Cæcilie Neumann,  
Bestyrelsesmedlem, Ergoterapi Fagligt Selskab for Psykiatri og Psykosocial Rehabilitering og faglig projektleder i rekrutteringsprojektet

September 2020

# Beskrivelse af ergoterapi i den regionale psykiatri

Denne publikation er Ergoterapifagligt Selskab for Psykiatri og Psykosocial Rehabiliterings bidrag til beskrivelse af ergoterapeuters arbejdsområder, muligheder for uddannelse og kompetenceudvikling, forskning og ledelse inden for den regionale psykiatri.

Beskrivelsen indledes med et historisk tilbageblik på, hvorledes ergoterapi opstod som fag. Herefter følger en kort beskrivelse af psykiatriens organisering i Danmark, og der redegøres for ergoterapiens grundlag, fokusområde og formål.

Centrale elementer i den ergoterapeutiske arbejdsproces forklares kort. Herefter følger en mere uddybet beskrivelse af de undersøgelsesmetoder og -redskaber samt interventioner, som ergoterapeuter anvender. Der redegøres desuden for de mest almindelige ergoterapeutiske arbejdsområder indenfor den regionale psykiatri og de tilhørende arbejdsopgaver.

Der gives eksempler på ergoterapeutisk forskning, og ledelsesopgaver beskrives kort. Endeligt ses en beskrivelse af den nyuddannede ergoterapeut og de forskellige muligheder, denne har for at efter- og videreudanne sig og dermed skabe sig en spændende og udviklende karriere indenfor den regionale psykiatri.

## Ergoterapiens historie

Faget ergoterapi opstod i 1920'ernes USA, hvor en gruppe af primært læger og sygeplejersker begyndte at fokusere på, hvorledes aktivitet kunne anvendes som en integreret del af behandlingen af mennesker med psykisk sygdom (Kielhofner, 2010). I forordet til det første nummer af ergoterapifagets formelle tidsskrift i USA, "Archives of Occupational Therapy", 1922, skriver en af fagets pionerer, lægen Adolf Meyer:

*"Vi opfatter mennesket som en organisme, der bevarer sig selv og opretholder balancen i en verden af virkelighed og aktualitet ved at være i aktiv vigør og aktivt brug, dvs. ved at bruge, leve og anvende sin egen natur og den omgivende natur..."* (Kielhofner, 2010).

Dette meget tidlige forsøg på at definere ergoterapi som fag er udviklet gentagne gange i fagets nu 100-årige historie. I dag vil langt de fleste definitioner af ergoterapi indeholde de to begreber aktivitet og deltagelse. Ergoterapeutforeningen indleder således deres definition af faget med at fastslå *"Ergoterapi er at muliggøre aktivitet og deltagelse i hverdagslivets for det enkelte menneske og grupper af mennesker."* (Ergoterapeutforeningen, 2008). Hverdagslivet omfatter alle aktiviteter, som et menneske udfører. Det drejer sig om hverdagens gøremål, også kaldet Activities of Daily Living (ADL), samt aktiviteter som vedrører arbejde, uddannelse og fritid.

Aktivitet er handlinger med et bestemt formål og indhold. Deltagelse omhandler et menneskes mulighed for at være involveret i og have adgang til sociale og sundhedsmæssige sammenhænge (Aagaard & Langdal, 2019). Det er netop det enkelte menneskes mulighed for at involvere sig i meningsfuld aktivitet og indgå i sociale sammenhænge, som ergoterapien søger at fremme. Aktivitet og deltagelse er i ergoterapi derfor to sammenhængende begreber.

I Danmark har faget ergoterapi også rødder indenfor det psykiatriske område. Her blev faget grundlagt i 1933 via oprettelse af interessegrupper og kurser med det formål at fremme anvendelsen af husflid og håndarbejde i arbejdet med psykisk syge. Der var tale om en fire måneder lang uddannelse i Håndværksterapi, hvor udøverne ret hurtigt antog betegnelsen beskæftigelsesterapeuter. Disse beskæftigelsesterapeuter havde til opgave at adsprede og opmuntre de psykisk syge. Sidenhen har faget skiftet navn til ergoterapi, uddannelsen er gentagne gange blevet udviklet og forlænget for at modsvare de samfundsmæssige krav, og det ergoterapeutiske arbejdsfelt har udvidet sig betydeligt (Kristensen & Pedersen, 2007). Uddannelsen havde i flere årtier en varighed af 3 år og var i den periode betegnet som en mellemlang videregående uddannelse. I 2001 blev uddannelsen forlænget til 3½ år og overgik til en professionsbacheloruddannelse. Dermed blev uddannelsen formelt adgangsgivende til at fortsætte på kandidatniveau. I perioden frem til 2013, hvor et påkrævet suppleringssemester inden kandidatuddannelse blev afskaffet, søgte ergoterapeuter også uddannelse på master- og kandidatniveau i udlandet f.eks. Sverige. Fra 2014 blev det muligt at erhverve

en kandidatuddannelsesgrad i ergoterapi på Syddansk Universitet (cand. san. i ergoterapi). Etableringen af kandidatuddannelsen har tilført professionen et fagligt løft og banet vejen for, at flere ergoterapeuter kan uddanne sig på ph.d.-niveau. Det ergoterapifaglige vidensfelt har dermed udviklet sig hastigt siden 1933, og faget fremstår i dag som en veletableret og anerkendt sundhedsfaglig profession, som tilbyder faglig viden og specialiserede interventioner til mennesker, som har vanskeligheder med at udføre ønskede aktiviteter (Ergoterapeutforeningen, 2006).

Som det fremgår af ovennævnte, er der en lang tradition såvel nationalt som internationalt for, at ergoterapeuter arbejder indenfor det psykiatriske område. Dette område udfolder sig ikke længere kun på de psykiatriske hospitaler, men foregår i dag i høj grad også i borgerens nærmiljø. Ergoterapi udgør en vigtig del af den psykiatriske behandling, hvor ergoterapien både kan rette sig mod at muliggøre ønskede aktiviteter i patientens hverdag eller sigte mod at forbedre patientens funktionsevne eller dele heraf.

## Organisering af psykiatrien i Danmark

Behandling og rehabilitering i forhold til mennesker med psykiske lidelser varetages både regionalt og kommunalt. Indenfor det kommunale område arbejdes der med psykosocial rehabilitering, hvor formålet er at forhindre isolation og at hjælpe det enkelte menneske til en velfungerende hverdag. Den enkelte kommune har ofte etableret aktivitets- og væresteder, botilbud, hjemmevejledning samt støttekontaktpersonordning. En del ergoterapeuter er ansat indenfor dette område (Johanssen & Ulsing, 2019). Beskrivelsen af denne del af psykiatrien er ikke en del af denne publikation, hvorfor dette område ikke beskrives yderligere.

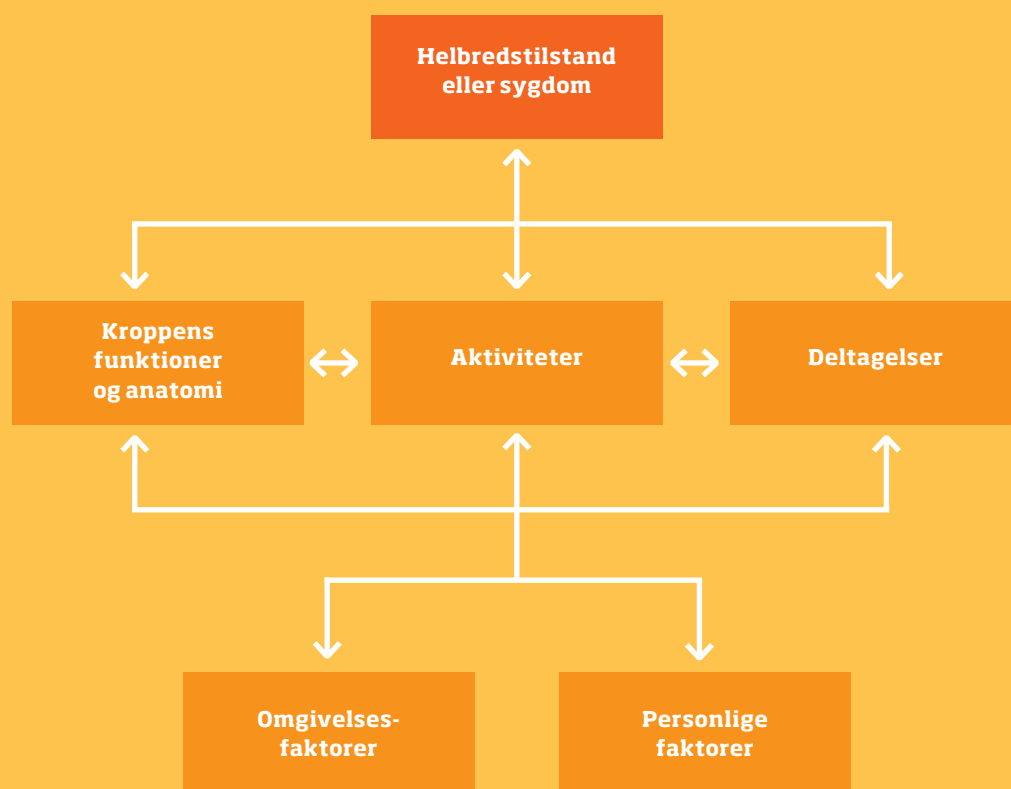
Den regionale psykiatri kaldes også behandlingspsykiatrien. Den udgår fra hospitalerne, hvor der er etableret såvel døgnafsnit samt diverse ambulatorier og teams. Den regionale psykiatri foregår altså både ambulant og under indlæggelse. Behandlingspsykiatriens primære opgaver omhandler diagnostik, behandling, opfølgning og rehabilitering af patienter med psykotiske og ikke-psykotiske lidelser samt psykiske lidelser kombineret med misbrug hos voksne. Behandlingen kan være af både biologisk, psykoterapeutisk og psykosocial karakter, ligesom det kan omfatte rådgivning, undervisning, psykoedukation, netværksar-

bejde samt konsultativt/kontekst baseret indsats i forhold til familie og professionelt netværk (Sundhedsstyrelsen, 2019).

Ergoterapeuter i den regionale psykiatri arbejder tæt sammen med andre sundhedsfaglige faggrupper. De nærmeste samarbejdspartnere er fysioterapeuter, psykiatere, psykologer, sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter. For at kunne indgå i arbejdsopgaverne er det nødvendigt, at en ergoterapeut besidder en stærk faglig ekspertise, veludviklede samarbejdskompetencer og er i besiddelse af stærke kommunikations- og formidlingsevner. Da arbejdet i den regionale psykiatri varetages af mange faggrupper, er det vigtigt, at ergoterapeuter er dygtige til at kommunikere i såvel eget fagsprog samt kan anvende tværfaglig terminologi.

**Der er både ligheder og forskelle mellem ICF og centrale ergoterapeutiske begrebsmodeller. F.eks. er definitionen af begreberne Aktiviteter og Deltagelse overvejende enslydende, men er på visse områder forskellig i ICF og ergoterapeutisk terminologi. Ikke desto mindre forventes ergoterapeuter i lighed med de øvrige social- og sundhedsfaglige professioner at have kendskab til - og at kunne anvende - ICF. Denne beskrivelse er primært beskrevet ud fra en ergoterapeutisk fagterminologi, men der vil blive henvist til ICF i de afsnit, hvor det skønnes relevant.**

World Health Organization (WHO) og Sundhedsstyrelsen anbefaler, at "International Classification of Functioning, Disability and Health" - "International Klassifikation af Funktionsevne, Funktionsevne-nedsættelse og Helbredstilstand" (ICF) anvendes som fælles terminologi til at beskrive helbred og helbredsrelaterede funktionstilstande af professionelle i sundheds- og socialsektoren (WHO, 2001, Schiøler & Dahl, 2012).



Figur 1: International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)

ICF består af to dele. Den første del er relateret til funktionsevne samt funktionsevnenedsættelse og indeholder komponenterne: Kroppens funktioner og anatomi, Aktiviteter og Deltagelse. Den anden del er relateret til de kontekstuelle faktorer og indeholder komponenterne: Omgivelsesfaktorer og Personlige faktorer. De kontekstuelle faktorer og funktionsevnen påvirker gensidigt hinanden. Hvis en psykisk syg person f.eks. hører stemmer, vil dette i ICF relateres til Kroppens funktioner og anatomi (WHO, 2001; Schiøler & Dahl, 2012). Hvis de hørte stemmer underminerer personens tro på egen kunnen, vil det være vanskeligt for personen at udføre aktiviteter eller deltage i f.eks. uddannelse eller arbejde. Der kan også være tale om en positiv gensidig påvirkning. Personen i eksemplet kan være i besiddelse af personlige faktorer som et stærkt drive i forhold til at gennemføre uddannelse eller indgå i arbejdsmarkedet på trods af sin sygdom, eller der kan være tale om støttende omgivelsesmæssige faktorer, som gør, at dette ønske kan realiseres.

I figur 1. indgår helbredstilstand eller sygdom. Sygdomme klassificeres i International Classification of Diseases (ICD-10), hvor de psykiatriske diagnoser er at finde i kategorierne F00 - F99 (WHO, 1995). ICF klassificerer som tidligere nævnt funktionsevnen i relation til helbredstilstanden, og de to klassifikationer skal dermed supplere hinanden og give et mere nuanceret billede af en persons helbredstilstand (WHO, 2001; Schiøler & Dahl, 2012).

Der er både ligheder og forskelle mellem ICF og centrale ergoterapeutiske begrebsmodeller. F.eks. er definitionen af begreberne Aktiviteter og Deltagelse overvejende enslydende, men er på visse områder forskellig i ICF og ergoterapeutisk terminologi. Ikke desto mindre forventes ergoterapeuter i lighed med de øvrige social- og sundhedsfaglige professioner at have kendskab til - og at kunne anvende - ICF. Denne beskrivelse er primært beskrevet ud fra en ergoterapeutisk fagterminologi, men der vil blive henvist til ICF i de afsnit, hvor det skønnes relevant.

Den ergoterapeutiske indsats har til formål at afhjælpe de aktivitetsproblemer, som forhindrer mennesker med psykisk sygdom i at kunne være aktivt deltagende borgere i samfundet samt leve et hverdagsliv med høj grad af autonomi. Et aktivitetsproblem defineres som problemer med at udføre nødvendige og ønskede aktiviteter. Aktivitetsproblemer kan afhjælpes via træning eller ændring af omgivelserne (Aagaard & Langdal, 2019). Den ergoterapeutiske indsats har til formål at forbedre funktionsevnen eller dele heraf hos mennesker.

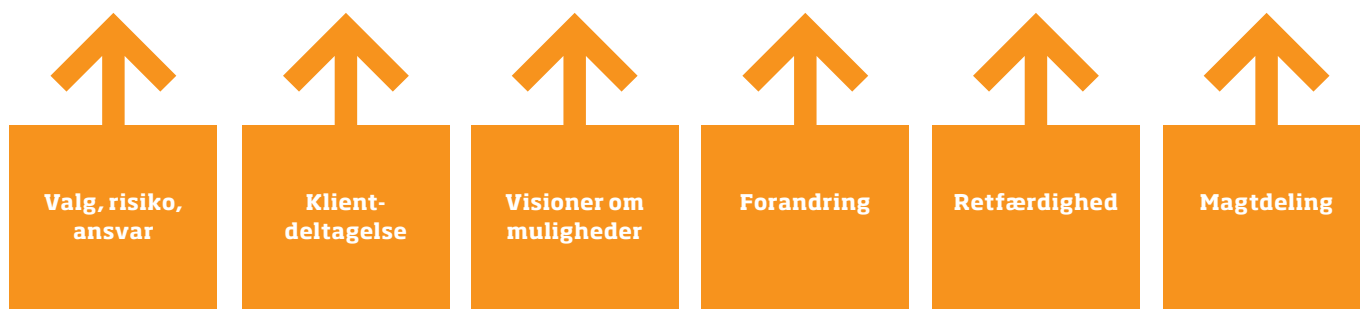
Ergoterapeuter tilslutter sig den aktuelle forståelse af psykisk sygdom, hvor såvel biologiske, psykologiske og sociale faktorer forstås som determinanter for udvikling og forløb af psykisk sygdom. Derudover forstår ergoterapeuter psykisk sygdom ud fra et særligt aktivitetsperspektiv. Ud fra denne optik spiller menneskets aktiviteter en afgørende rolle i forhold til sundhed og trivsel. Ergoterapeuter anvender aktivitetsvidenskabelige begreber som f.eks. aktivitetsdysfunktion (dvs., at det ikke er muligt at udføre ønskede aktiviteter pga. sygdom), aktivitetsdeprivation (dvs. vil sige fratagelse af muligheden for at udføre ønskede aktiviteter) eller aktivitetsbalance (balance mellem forskellige former for aktiviteter), når de skal forklare betydningen af manglende aktiviteter i et menneskes hverdag (Morville & Larsen, 2017). Både aktivitetsdysfunktion, aktivitetsdeprivation og en uhensigtsmæssig balance i dagligdagens aktiviteter kan være en af flere udløsende faktorer for psykisk sygdom. Omvendt indeholder aktiviteter et stort terapeutisk potentiale, som ergoterapeuter anvender i deres behandling af mennesker med psykisk sygdom (Townsend & Polatajko, 2011).



Figur 2: Illustration af de tre elementer, der tilsammen konstituerer menneskelig aktivitet

I en ergoterapeutisk forståelse konstitueres menneskelig aktivitet af et samspil mellem aktivitet, person og omgivelser (figur 2.). De tre elementer er indbyrdes forbundne, og bør derfor anses som et samlet, komplekst og dynamisk system. En ergoterapeutisk behandling kan rette sig mod alle eller hver af disse elementer (Faber, 2019).

Ergoterapeuter stiler mod at arbejde klientcentreret, dvs. udvikle et samarbejde med patienten med afsæt patientens oplevelser og unikke syn på virkeligheden. Denne tilgang kan illustreres via fundamentet for muliggørelse (figur 3.), der bidrager til at muliggøre patientens hverdagsaktiviteter og deltagelse i samfundet.



Figur 3: Fundamentet for muliggørelse. Udarbejdet af Townsend, Polatajko & Craik, 2007 (Townsend & Polatajko, 2011).



**Formålet med ergoterapi at gøre det muligt for folk at kunne gøre det, de vil, har brug for og på den måde, de ønsker**

(Erlandsson & Persson 2017)

Fundamentet består af seks grundsten. Disse illustrerer, at klientcentrering i en ergoterapeutisk forståelse, som det første determineres af de valg, som en patient træffer. Her har ergoterapeuten en væsentlig rolle i at tydeliggøre de risici og det ansvar, som et valg måtte medføre. Hvis patienten og ergoterapeuten opnår en fælles forståelse af de trufne valg, opstår bl.a. muligheden for forandring og (nye) måder til at være aktivt deltagende i samfundet.

Ergoterapi er baseret på aktivitet, hvorfor en patients aktive deltagelse vil være af betydning for resultatet af interventionen. De anvendte aktiviteter i interventionen vælges ud fra patientens præferencer og værdier, da mennesker tilskriver det, som de holder af at gøre, en stærk personlig værdi, som bidrager til en overordnet oplevelse af mening med tilværelsen (Erlandsson & Persson, 2017). De anvendte aktiviteter vælges desuden ud fra de fysiske, psykiske og sociale ressourcer, som patienten har til rådighed på det givne tidspunkt, da der i modsat tilfælde vil være en betydelig risiko for et uheldigt match mellem patients ressourcer og de krav, som aktiviteten stiller. Derfor er udarbejdelse af analyse af aktivitet et centralt element i den ergoterapeutiske behandling (Crepeau, 2003).

Ergoterapi sigter, som tidligere nævnt, mod at muliggøre patienters aktiviteter og deltagelse i samfundet. Udtrykt på en mere enkel måde er formålet med ergoterapi at gøre det muligt for folk at kunne gøre det, de vil, har brug for og på den måde, de ønsker (Erlandsson & Persson 2017).

Forskning har dokumenteret, at der er en betydelig sammenhæng mellem de aktiviteter, som et menneske har i sin hverdag og dets sundhed (Willcock & Hocking, 2015). Ergoterapi bygger på en antagelse om, at aktivitet er et menneskeligt behov, der bidrager til at give mening til tilværelsen, og som vi dårligt vil kunne eksistere uden (Townsend & Polatajko, 2011). Ergoterapeuter arbejder ud fra en forståelse af, at et menneskets aktiviteter (doing) afføder identitet (being) og udviklingsmuligheder (becoming), hvilket baner vejen for tilhørsforhold i sociale sammenhænge (belonging) (Willcock & Hocking, 2015). Ergoterapeuter søger på den baggrund at styrke den enkelt patients sundhed, autonomi og muligheder i samfundet ud fra klientcentreret og en individuelt tilpasset tilgang, hvor aktivitet spiller en central rolle i behandlingen.



Indenfor ergoterapi i behandlingspsykiatrien eksisterer to centrale tilgange til arbejdet med patienterne: **rehabilitering** og **recovery**. Derudover har et begreb som **empowerment** vundet en stigende anvendelse i behandlingspsykiatrien.

**Rehabilitering** kan defineres som en målrettet og tidsbestemt samarbejdsproces mellem en borger, pårørende og fagfolk. Formålet er, at borgeren, som har - eller er i risiko for at få - betydelige begrænsninger i sin funktionsevne, opnår et selvstændigt og meningsfuldt liv. Begrænsningerne kan både rette sig mod den fysiske, den psykiske og den sociale del af funktionsevnen. Rehabilitering baseres på borgerens hele livssituation og beslutninger og består af en koordineret, sammenhængende og vidensbaseret indsats (Marselisborgcentret, 2004).

Rehabilitering har til formål at give mennesker med nedsat funktionsevne et selvstændigt og meningsfuldt liv med bedst mulig funktionsevne. Rehabilitering har fokus på, hvordan et menneske på trods af funktionsnedsættelser kan udføre hverdagsaktiviteter og deltage i samfundet (marselisborgcentret.dk, udateret). Tænkningen bag rehabilitering går således hånd i hånd med ergoterapeuters aktivitets- og deltagelsesperspektiv, og ergoterapi udgør et vigtigt bidrag til patientens rehabiliteringsproces.

**Recovery** betyder at komme sig. I denne forståelse ses patienten som den primære aktør i sin egen proces og ikke en passiv modtager af behandling. Recovery er forsøgt defineret flere gange af bl.a. Antony (1993) og Topor (2005). Begge definitioner fokuserer på det personlige element i en forandringsproces, som bl.a. retter sig mod udvikling af nye værdier, andre roller og andet formål i tilværelsen. Region Hovedstadens Psykiatri læner sig primært op ad Anthony's definition og definerer recovery som *"en dybt personlig og unik forandringsproces med hensyn til ens holdninger, værdier og mål, færdigheder og/eller roller. Det er måde at leve et tilfredsstillende liv præget af håb og aktiv medvirken selv med de begrænsninger, der er forårsaget af sygdom. Recovery indebærer udvikling af ny mening og nyt formål i ens liv"* (Region Hovedstadens Psykiatri, 2014).

Tænkningen bag recovery ligger således fint i tråd med den måde, hvorpå ergoterapeuter forstår og udmønter begrebet klientcentrering, herunder at der træffes valg, som implicerer risici og ansvar. Fælles beslutningstagen er en systematisk proces for samarbejdet mellem patienten og den sundhedsprofessionelle. I denne proces deler den sundhedsprofessionelle sin sundhedsfaglige viden med patienten, som omvendt deler sine præferencer og sin viden om sit liv med sygdommen med den sundhedsprofessionelle. Målet er, at de to parter gennem dialog finder frem til, hvilken behandling, der er bedst for patienten (Sundhedstilsynet 2008).

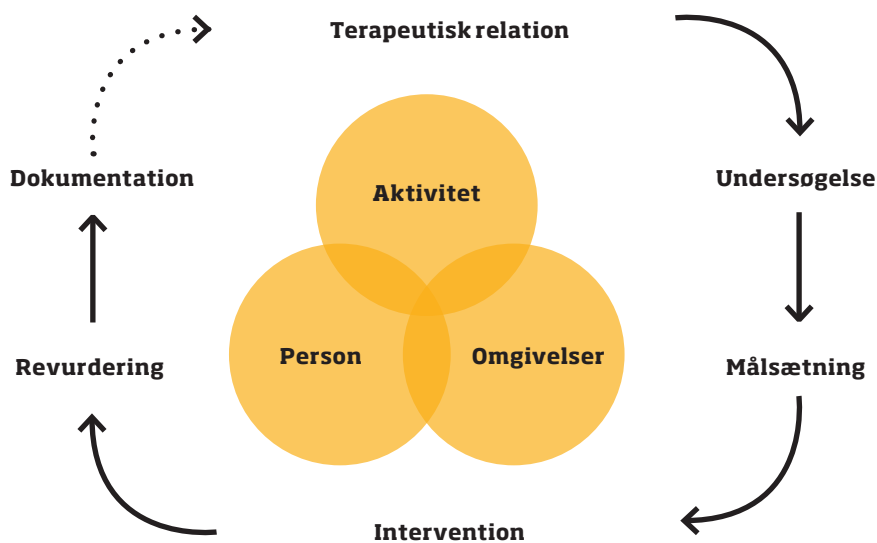
**Empowerment** defineres som et element i sundhedsfremme, der har til formål at bibringe udsatte grupper af mennesker handleevne samt kontrol og ejerskab over beslutninger, der påvirker deres livsvilkår og sundhed (Begrebsbasen (NBS) og Sundhedsdatatilsynet, 2010). Empowerment søger at fjerne formelle som uformelle barrierer og ændre på magtrelationer. Der er en dokumenteret sammenhæng mellem empowerment og sundhed på både kort og langt sigt og gældende på individ-gruppe- og samfundsniveau (Wallerstein, 2006). Empowerment er på samme måde som recovery i tråd med den ergoterapeutiske forståelse af klientcentrering, herunder at man som ergoterapeut har øje for forandringsmuligheder og forholder sig til begreber som magtdeling og retfærdighed.

# Den ergoterapeutiske arbejdsproces

Den ergoterapeutiske arbejdsproces er en betegnelse for forløbet, fra ergoterapeuten møder patienten, til forløbet afsluttes og evalueres. Der findes indtil flere varianter af den ergoterapeutiske arbejdsproces, hvor de mest anvendte er Canadian Practice Proces Framework (CPPF) (Townsend & Poatjko, 2011) samt Occupational Therapy Intervention Process Model (OTIPM) (Fisher & Marterella, 2019). Ud fra de nævnte arbejdsprocesser kan udledes seks elementer af central betydning for udkommet af den ergoterapeutiske intervention (Kristensen, & Petersen, 2019).

- Terapeutisk relation
- Undersøgelse
- Målsætning
- Intervention
- Revurdering
- Dokumentation

Det er en forudsætning for såvel et velstruktureret forløb som patientens udbytte af den ergoterapeutiske intervention, at ergoterapeuten besidder en specifik ergoterapifaglig ekspertise.



Figur 4: Den ergoterapeutiske arbejdsproces

## Den ergoterapeutiske arbejdsproces, som den udfolder sig i den regionale psykiatri

### *Etablering af terapeutisk relation*

En betydelig mængde forskning indenfor især det psykoterapeutiske område har siden midten af det 20. århundrede vist en tydelig sammenhæng mellem kvaliteten af den terapeutiske relation og patientens udbytte af terapien (Horvath, 2005). Dette er ligeledes dokumenteret indenfor ergoterapi (Taylor et.al., 2009).

Ergoterapeuter må derfor være i stand til at etablere, vedligeholde og udvikle en terapeutisk relation og fælles forståelse af formålet med den ergoterapeutiske intervention. Dette fordrer stærke kompetencer i for-

hold til at kunne kommunikere, samarbejde og løbende udvikle sin tilgang og praksis.

Ergoterapeuter kan sikre den klientcentrerede tilgang via praktisk anvendelse af Canadian Model of Client Enablement (CMCE) (Townsend & Polatajko, 2011) samt styrke den terapeutiske relation via en fleksibel anvendelse af de modi, som er beskrevet i Intentional Relationship Model (IRM) (Taylor, 2008). Ergoterapeuter anvender desuden deres psykologiske viden om f.eks. mentalisering og en mentaliserende tilgang til at styrke den terapeutiske relation (Decker & Hansen, 2014).

### *Undersøgelse*

Ergoterapeutiske undersøgelser har til formål at afdække, hvilke aktiviteter patienten har i sin hverdag, hvilke aktiviteter de har problemer med at udføre eller hvilke aktiviteter, de har et ønske om at kunne udføre. Undersøgelser har derudover til formål at afdække årsagerne til problemer med at udføre aktiviteter. Der kan være tale om interviews, selvrapportering eller observation.

Det er flere gang påvist, at der er divergens mellem det ydre perspektiv (ergoterapeutens observationer og vurderinger af aktivitetsudførelse) og patientens oplevelse af samme (Decker et.al., 2017; Nielsen & Waehrens, 2015). Der er derfor brug for både undersøgelser, der belyser det ydre perspektiv og undersøgelser, der belyser patientens perspektiv.

### *Målsætning*

En målsætning udarbejdes i et samarbejde med patienten for at sikre ejerskab til målsætningen, og at denne er fokuseret på de aktivitetsproblemer, som patienten ønsker at prioritere. En ergoterapeut skal derfor både kunne samarbejde og samtidig lede/kordinere det planlagte forløb.

En målsætning bør være både tydelig og målbar. Et redskab til at sikre netop dette er at opstille mål ud fra SMART-metoden. Dette indebærer, at de opstillede mål er specifikke, målbare, aktivitetsrelaterede, realistiske og tidsbestemte (Østergaard, Jørgensen & Riis-Djernæs, 2019).

### *Intervention*

Den ergoterapeutiske intervention kan have til formål at afhjælpe patientens prioriterede aktivitetsproblemer, dvs. begrænsninger relateret til aktiviteter og deltagelse. Andre gange retter interventionen sig mod elementer, som hører til kroppens funktioner og anatomi, f.eks. bearbejdning af sanseindtryk. Begge interventionsformer har til formål at forbedre patientens funktionsevne. Det er under denne del af den ergoterapeutiske arbejdsproces, at den ergoterapeutiske ekspertise og professionalitet for alvor udfolder sig.

### *Revurdering*

For at afgøre hvorvidt de opstillede mål er opfyldt, og om interventionen har en effekt, bør ergoterapeuten efter endt intervention anvende de samme undersøgelsesredskaber som inden interventions start. Dermed øges muligheden for at evidensbasere den ergoterapeutiske intervention.

### *Dokumentation*

Det er vigtigt for både patient, samarbejdspartnere og samfundet generelt, at effekten af den ergoterapeutiske intervention dokumenteres, hvilket fordrer stærke skriftlige kommunikative kompetencer hos ergoterapeuten.

ICF sikrer de ansatte i social- og sundhedssektoren med en fælles forståelsesramme og et fælles sundhedsprofessionelt sprog, hvorfor det er Sundhedsstyrelsens anbefaling, at ergoterapeuter i lighed med øvrige faggrupper anvender terminologien fra ICF under dokumentationen.

# Ergoterapeutiske undersøgelsesmetoder

Ergoterapeuter stiler mod at anvende standardiserede og validerede undersøgelsesredskaber til at identificere en patients aktivitetsproblemer, til at vurdere kvaliteten af patientens aktivitetsudførelse og til at vurdere funktioner som f.eks. sansning og kognition. Der udvikles løbende nye ergoterapeutiske undersøgelsesredskaber, men de fleste ergoterapeuter vil på nuværende tidspunkt have kendskab til eller anvende nedenstående.

**Canadian Occupational Performance Measure (COPM)** er et standardiseret og klientcentreret undersøgelsesredskab, hvor patienten via et struktureret interview udvælger op til fem aktivitetsproblemer, som vedkommende ønsker, at der fokuseres på i interventionen. Patienten scorer de udvalgte aktivitetsproblemer på en skala fra 1 - 10 ud fra tre parametre: betydning, udførelse og tilfredshed. Ved slutningen af den ergoterapeutiske intervention gentager patienten denne scoring (Law et al, 2014).

Nedenstående **4 validerede undersøgelsesredskaber** er standardiserede og anvender many-faceted Rasch statistik til at behandle data. Derved opnås dels, at redskaberne har høj intra og inter reliabilitet og dels, at ordinale data konverteres til lineære data, som kan anvendes til effektmåling. For at kunne anvende disse undersøgelsesredskaber skal ergoterapeuten deltage i et kursus samt kalibreres, så det sikres, at vedkommende anvender redskabet på en valid og reliabel måde.

- **Assessment of Motor and Process Skills (AMPS)** er en standardiseret observationsbaseret undersøgelse, som anvendes til at måle kvaliteten af en patients udførelse af Activities of Daily Living (ADL), dvs. patientens ADL-evne. Ergoterapeuten observerer en patient udføre to ADL-aktiviteter og vurderer herefter kvaliteten af patientens udførelse i forhold til fysisk anstrengelse, effektivitet, sikkerhed og selvstændighed. Resultatet af AMPS-observationen giver et kvantitativt mål for, om patienten er kompetent og aldersvarende i forhold at udføre ADL og kan anvendes til at målrette den ergoterapeutiske intervention samt til at vurdere, om der er brug for støtte i hjemmet. Desuden er AMPS et sensitivt redskab til at måle ændringer i ADL-evne og anvendes både i forbindelse med undersøgelser af effekten af ergoterapi og effekten af andre former for interventioner (Fisher & Jones, 2012).
- **Assessment of Compared Qualities - Occupational Performance (ACQ-OP)** er et tillægsredskab til AMPS, som via et standardiseret interview giver et kvantitativt mål for diskrepansen mellem patients oplevelse af kvaliteten af aktivitetsudførelsen af de to ADL aktiviteter (indre perspektiv) og ergoterapeutens observationer (ydre perspektiv målt via AMPS). Redskabet styrker dermed muligheden for at opstille klientcentrede og realistiske mål. Interviewguiden er oversat og valideret til dansk brug (Center of Innovative OT Solutions (a)).
- **Evaluation of Social Interaction (ESI)** er et standardiseret og valideret observationsbaseret undersøgelsesredskab, som måler kvaliteten af en patients sociale interaktion. Ergoterapeuten observerer patienten i to sociale situationer og vurderer herefter kvaliteten af patientens sociale interaktionsfærdigheder. Resultatet af ESI-observationen giver et kvantitativt mål for, om patienten er kompetent og aldersvarende i forhold at indgå i sociale interaktioner og kan anvendes til at målrette den ergoterapeutiske intervention. Desuden er ESI et sensitivt redskab til at måle ændringer i kvaliteten af patientens sociale interaktion og anvendes både i forbindelse med undersøgelser af effekten af ergoterapi og effekten af andre former for interventioner (Fisher & Griswold, 2015).

- **Assessment of Compared Qualities - Social Interaction (ACQ-SI)** er et tillægsredskab til ESI som via et standardiseret interview giver et kvantitativt mål for diskrepansen mellem patients oplevelse af kvaliteten af den sociale interaktion (indre perspektiv) og ergoterapeutens observationer (ydre perspektiv målt via ESI). Redskaber styrker dermed muligheden for at opstille klientcentrede og realistiske mål. Interviewguiden er oversat og valideret til dansk brug (Center of Innovative OT Solutions (b)).

Nedenstående undersøgelsesredskaber er valideret i større eller mindre grad uden dog at opfylde de samme kriterier som de ovenfor nævnte.

- **Assessment of Communication and Interaction Skills (ACIS)** er et valideret undersøgelsesredskab, som anvendes til at beskrive de kommunikations- og interaktionsfærdigheder, som en patient udviser i forbindelse med udførelse af en aktivitet. Dette redskab kræver ikke kalibrering (Forsyth et al, 1998).
- **The Model of Human Occupation Screening Tool (MOHOST)** er et screeningsredskab, som tillader en fleksibel indsamling af data (observation, interview af patient, interview af pårørende). Redskabet gør det muligt at danne sig et overblik over, hvilke faktorer der henholdsvis hæmmer eller fremmer deltagelse i aktivitet (Parkinson, Forsyth & Kielhofner, 2004).
- **Occupational Circumstance Assessment Interview and Rating Scale (OCAIRS)** er et standardiseret interview, der fokuserer på at klarlægge, hvad der bidrager positivt og negativt til de aktiviteter, som patienten har sit liv (The Model of Human Occupation Clearinghouse, 2005).
- **Occupational Value-9 items (OVAL-9)** er et redskab, som giver et indblik i, hvordan en aktivitet opleves umiddelbart efter, at den er udført. Redskabet kan anvendes i behandlingen med det formål, at klienten bedre kan forstå og reflektere over værdioplevelsen af aktiviteter. Klienten kan gennem at udfylde instrumentet selv reflektere over, om oplevelsen stemmer overens med forventningerne, og om der er noget, klienten

ønsker forandret. Redskabet er vurderet til at have en stærk indholdsvaliditet (Erlandsson & Persson, 2016).

- **Adolescent/Adult Sensory Profile (AASP)** er et undersøgelsesredskab, der anvendes til vurdere den sensoriske bearbejdning hos unge (fra 12 år) og voksne. Der er tale om selvrapportering i form af et spørgeskema, som gør det muligt at klarlægge sammenhængen mellem en persons evne til at bearbejde sensoriske informationer og personens adfærd i forbindelse med udførelse af aktiviteter. Via redskabet opnår patienten en selvindsigt i, hvorfor denne reagerer ud fra bestemte stimuli i bestemte situationer, hvilket giver patienten en mulighed for at tage sine forbehold eller forberede sig på at navigere anderledes end vanligt i disse situationer (Brown & Dunn, 2002).
- **Mini Mental State Examination (MMSE)** er hyppigt anvendt screeningredskab, der indgår som en rutineundersøgelse af demens i såvel ind- som udland. MMSE er ikke et ergoterapeutisk undersøgelsesredskab, men ergoterapeuter anvender i lighed med øvrige faggrupper redskabet som en del af udredningen af patientens funktionsevne. MMSE indeholder en række korte, simple opgaver til belysning af otte forskellige typer kognitive funktioner. MMSE er en hurtigt udført undersøgelse (10 - 15 minutter), hvilket er en stor fordel, patientgruppens udfordringer taget i betragtning (Videnscenter for Demens, 2020).

# Ergoterapeutisk intervention

Den ergoterapeutiske intervention er aktivitetsfokuseret, hvilket vil sige, at målet for interventionen er en forbedret udførelse af aktivitet. Den ergoterapeutiske intervention tager udgangspunkt i den enkelte patients ønsker og behov og kan dermed udfolde sig på et væld af forskellige måder. Den ergoterapeutiske intervention er aktivitetsbaseret, når den foregår igennem aktivitet (Fisher & Marterella, 2019). Ergoterapeuter kan anvende både ADL-aktiviteter, sociale aktiviteter, fysiske aktiviteter, kreative aktiviteter eller naturbaserede aktiviteter i interventionen. Ergoterapeuter arbejder dog ikke udelukkende aktivitetsbaseret, hvorfor der nogle gange vil være elementer af interventionen, som ikke er baseret på aktivitet. Eksempler på dette kunne være inddragelse af sanseintegration eller psykoeksklusion i interventionen. Forskning viser imidlertid, at en langsigtet forbedring af aktivitetsudførelse bedst opnås igennem aktivitetsbaserede interventioner (Liu, Xu, Keith & Clark, 2017).

I forholdt til ICF, så er det patientens Aktiviteter og Delta-gelse, som er det primære fokus for den ergoterapeutiske behandling, men som det fremgår af ovennævnte, kan den også rette sig mod kroppens funktioner og anatomi. Ligeledes den kan også rette sig mod såvel de fysiske og sociale omgivelserne som personlige faktorer.

Interventionen kan f.eks. indeholde

- Træning i at udføre specifikke aktiviteter, f.eks. angst-provokerende aktiviteter
- Træning af kognitive funktionsnedsættelser
- Træning af sociale interaktionsfærdigheder
- Træning af motoriske og processuelle færdigheder
- Ændring af fysiske omgivelser
- Inddragelse af pårørende
- Undervisning i angst og angstreducerende teknikker
- Udvikling og tilpasning af mestringsstrategier
- Undervisning i alternative måder at udføre aktiviteter på
- Undervisning i aktiviteterets betydning for hverdagslivet
- Understøttelse af motivation, selvværd og følelse af handleevne

Ergoterapien bidrager også til lindring af patienters symptomer (angst, uro, søvnbesvær m.v.) under indlæggelse. Her spiller anvendelse af sanseintegration en væsentlig rolle. En del patienter har pga. deres sygdom vanskeligt ved at bearbejde sanseindtryk på almindelig vis; en berøring kan f.eks. føles som brændende eller ubehagelig på anden måde. Et andet symptom på sanseintegrative forstyrrelser er at have svært ved overgange mellem aktiviteter, steder og mennesker. Hvis en hjerne har vanskeligheder med at bearbejde sanseindtryk, vil den tilsvarende have vanskeligt ved at styre adfærd (Gammeltoft, 2016). Ergoterapeuter medvirker derfor til at skabe et mere roligt og behageligt miljø på de psykiatriske sengeafdelinger til gavn for såvel patienter som ansatte. Den ergoterapeutiske indsats kan også have til formål, at patienten opnår en øget kropsfornemmelse og får dæmpet angst og uro via sansestimulering og sanseintegration. Ergoterapi spiller i denne sammenhæng en væsentlig rolle ift. at nedbringe anvendelsen af tvang på de psykiatriske afdelinger.

Som et resultat af stort anlagt klinisk kontrolleret forsøg i USA udvikledes der i løbet af 1990'erne et uddannelsesprogram ved navn Lifestyle Redesign®. Dette program var målrettet ældre og havde til formål at fremme deltagernes autonomi og selvtillid samt styrke det sociale netværk. Et centralt element i uddannelsesprogrammet er betydningen af hverdagens aktiviteter. Programmet viste sig så succesfuldt, at det er blevet videreudviklet og tilpasset andre målgrupper.

I Danmark er der på baggrund af Lifestyle Redesign® udviklet programmet *Gør noget - få det godt til mennesker med psykisk sårbarhed*. Der er udarbejdet en manual til dette program. I manualen beskrives et forløb bestående af en kombination af gruppeintervention og individuelle møder. Forløbet strækker sig over et halvt år og består af 7 temaer med i alt 17 møder. Formålet med forløbet er, at deltagerne afprøver og forstår, hvilken betydning hverdagens aktiviteter har på deres liv og sundhed, og hvordan deltagelse i meningsfulde aktiviteter kan give dem kompetencer til at udnytte muligheder i hverdagen, der kan fremme den enkeltes psykiske og fysiske sundhed (Jessen-Winge & Decker, 2013).

*Meningsfulde aktiviteter og recovery (MA&R)* er et uddannelsesprogram, der fortsat er under udvikling. Det tager udgangspunkt i fremgangsmåden for Lifestyle Redesign® og *Gør noget - få det godt med psykisk sårbarhed*. MA&R strækker sig over otte måneder. Forløbet ledes af to mentorer, en sundhedsfaglig og en såkaldt peer-støttemedarbejder (dvs. en tidligere patient). Der er tale om i alt 22 individuelle og fælles sessioner, hvor indholdet består af en blanding af undervisning, øvelser, erfaringsudvekslinger og praktisk afprøvning. Formålet med forløbet er at understøtte den enkelte deltagers recoveryproces ved at fremme deltagerens selvbestemmelse og personlige udfoldelse samt fremme livsglæde og livskvalitet (etf.dk, 2018).

Ovennævnte interventioner er ergoterapeutiske, men ergoterapeuter indgår også i tværfaglige og tværsektorielle interventioner f.eks. i forbindelse med beskæftigelsesrettede tiltag.

Fra omkring årtusindeskiftet indtraf et øget politisk fokus på at inkludere flest mulige mennesker på arbejdsmarkedet. Dette fokus er nu også en del af den regionale psykiatri i form af tiltag som Individual Placement and Support (IPS) og Morfeus. IPS er en evidensbaseret beskæftigelsesindsats, som internationalt har dokumenteret gode resultater med at bringe voksne med forskellige psykiske lidelser i ordinær beskæftigelse eller uddannelse. IPS gør op med den tidligere "train-then-place" tænkning og praktiserer i stedet en "place-then-train" tilgang, da dette har vist sig at være mere effektivt (Drake, Bond & Becker, 2012). IPS er et samarbejde mellem patienten, jobcentre og psykiatriske ambulatorier. Metoden hviler på 8 grundprincipper

1. Målet er beskæftigelse på det ordinære arbejdsmarked
2. Alle kan deltage. Ingen bliver ekskluderet.
3. IPS er en integreret del af den psykiatriske behandling
4. Indsatsen er baseret på IPS-deltagerens egne præferencer og valg
5. Der gives vejledning om sociale ydelser og arbejde
6. Jobsøgningen starter umiddelbart efter inkludering i programmet
7. IPS-konsulenterne opbygger relationer til arbejdsgivere i lokalområdet, baseret på deltagerens ønsker om beskæftigelse
8. Støtten varer så længe, der er behov for dette

(Drake, Bond & Becker, 2012).

Morfeus er som IPS et tværsektorielt samarbejde mellem jobcentre og den regionale psykiatri. Morfeus er inspireret af tankegangen bag IPS, men retter sig specifikt mod mennesker med skizofreni i alderen 18 - 40 år. Formålet er at hjælpe de inkluderede i gang med uddannelse eller opnå varig tilknytning til arbejdsmarkedet (folkesundhed.aarhus.dk, 2019).

Disse beskæftigelsesrettede tiltag matcher den ergoterapeutiske forståelse af aktivitets og deltagelses betydning for et menneskes velbefindende. Der er samtidig en klar tråd til tænkningen bag recovery og empowerment, da både IPS og Morfeus overdrager magt og kontrol til patienten, og lader denne være en central aktør i egen rehabiliteringsproces. Ergoterapeuter er derfor oplagte aktører at inddrage i samarbejdet om at få en patient i gang med uddannelse eller arbejde.

# Ergoterapeutiske arbejdsområder og arbejdsopgaver

I det efterfølgende ses en beskrivelse af de mest udbredte ergoterapeutiske arbejdsområder indenfor den regionale psykiatri. Under det enkelte arbejdsområde anføres forskellige ergoterapeutiske redskaber og tilgange, som ergoterapeuter med fordel kan - eller ofte vil - anvende indenfor det nævnte område. Dette må ikke forstås sådan, at disse redskaber eller tilgange altid skal anvendes, eller at de altid vil være de mest velvalgte. Det er det ønskede udbytte af den ergoterapeutiske intervention, som er det centrale, og som vil afføde valg af relevant undersøgelsesredskab eller terapeutisk tilgang.

## *Intensive sengeafsnit*

Patienter på intensive sengeafsnit er kendetegnet ved at have akut opstået eller akut forværret psykisk sygdom. De er ofte psykotiske, hvilket påvirker funktionsevne og adfærd i en grad, så der er brug for lukkede rammer. Patienter er oftest kortvarigt indlagt på de intensive sengeafsnit. Der er tale om en bred vifte af psykiatriske lidelser, hvorfor ergoterapeuter i denne forbindelse har brug for en tilsvarende bred viden om psykiske lidelser.

Ergoterapeuter, som arbejder på intensive sengeafsnit, har brug for særdeles veludviklede relationelle kompetencer, da de møder patienter som pga. sygdom kan opleve verden som angstfremkaldende, meningsløs, usammenhængende eller decideret kaotisk. Ergoterapeuter må i denne sammenhæng desuden være i besiddelse af en veludviklet etisk sans, dels pga. de lukkede rammer og dels pga. patienternes adfærd, som kan være grænseoverskridende i situationen, og som efterfølgende kan fremkalde skam hos patienten.

Det kan være vanskeligt at føre en almindelig samtale med nogle af de indlagte patienter på de intensive sengeafsnit pga. akut og/eller voldsom forværring af symptomerne. Derfor må ergoterapeuter være dygtige til at observere patienternes adfærd og ikke mindst til at kunne dokumentere disse observationer til gavn for den tværfaglige behandling på afsnittet.

Ergoterapeuter kan anvende deres viden om aktiviteter terapeutiske potentiale til såvel lindring af psykiske spændinger og som til at gøre verden begribelig og vedkommende igen.

Ergoterapeuter kan med fordel anvende viden om sansestimulation til at berolige angstede og udadrettede patienter og dermed medvirke til at undgå anvendelse af tvangsforanstaltninger. Kreative og fysiske aktiviteter kan ligeledes virke både beroligende og mentalt samlende.



## Åbne sengeafsnit

Patienter på åbne sengeafsnit er kendetegnet ved at have debuterende psykisk lidelse eller at opleve en opblussen i allerede kendt psykisk lidelse, som gør indlæggelse nødvendig. Symptomerne er imidlertid ikke så kraftige, at det er nødvendigt med lukkede rammer. Patienterne er derfor kendetegnet ved at have det psykisk bedre end patienterne på de intensive afsnit, om end der også her ses nedsættelse af funktionsevnen. Der er som regel tale om kortvarige indlæggelser, hvor fokus er på medicinregulering samt vurdering af efterfølgende støttebehov. Også her er der tale om en bred vifte af psykiatriske lidelser, hvorfor ergoterapeuter indenfor dette område må være i besiddelse af tilsvarende bred viden om psykiske lidelser.

Ergoterapeuter, som arbejder på almene åbne afsnit, må være i stand til på kort tid at kunne danne en terapeutisk relation til mange og meget forskellige patienter. Den korte tidshorisont fordrer desuden, at ergoterapeuten er i besiddelse af en betydelig mængde kreativitet i tanke og handling og evne til at gribe nuets muligheder. Ergoterapeuter kan i den forbindelse anvende OVAL-9 til at sikre, at de anvendte aktiviteter opleves som meningsfulde for patienterne.

Ergoterapeuter skal på de almene åbne afsnit mestre evnen at arbejde klientcentreret i en konstant foranderlig kontekst. Ergoterapeuter kan anvende COPM som et redskab til at sikre klientcentringen i de aktivitetsproblemer, som behandlingen retter sig imod.

Som på de intensive sengeafsnit er det nødvendigt med stærke kompetencer til at kunne observere og dokumentere resultatet af observationerne. Det er oftest patienternes ADL- evne og sociale færdigheder, som observeres på de almene åbne afsnit. Hvis ergoterapeuten benytter observationsbaseret redskab som AMPS, vil resultatet af denne undersøgelse kunne spille en væsentlig rolle i klarlægningen af eventuelle efterfølgende støttebehov efter udskrivelse.

Ergoterapeuter anvender viden om fysiske aktiviteters positive indvirkning på psykisk sygdom, om kreative aktiviteters potentiale samt anvendelse af sansestimulation til beroligelse eller øgning af patientens arousal.

Nogle åbne afsnit er målrettet specifikke diagnosegrupper, f.eks. affektive lidelser. Ergoterapeuter, der er ansat på disse afsnit, har en specialiseret viden om netop denne diagnosegruppe. I øvrigt kan de anvende samme undersøgelsesredskaber, som er beskrevet ovenfor.

### *Gerontopsykiatriske afsnit*

Ergoterapeuter, som arbejder indenfor dette område, må besidde en bred viden om psykiatriske sygdomme og samtidig have en specialiseret viden om kroppens aldring og de komplekse forhold, som kan påvirke et ældre menneskes helbredstilstand. Der er principielt tale om det samme sygdomsspektrum som på de tidligere nævnte sengeafsnit, men da målgruppen er patienter over 65 år, ses en overrepræsentation af depression, konfusion samt demenssygdomme.

Ergoterapeuter kan anvende et redskab som MMSE i vurderingen af, hvor fremskreden en demens, der er tale om. Hvis målgruppen er patienter med demens, kan ergoterapeuter med fordel anvende aktiviteter, som vækker reminiscens hos patienten med demens f.eks. ved at synge ældre danske sange eller gåture i tidligere og/eller velkendte områder.

Ergoterapeuter vil på de gerontopsykiatriske afsnit have stor brug for at kunne analysere og på den baggrund graduere en aktivitet, så den kommer til at passe bedst muligt til denne målgruppe, som er præget af såvel psykisk lidelse som almindelig aldring. Eksempler på en sådan graduering kan være fysiske aktiviteter som gymnastik og gåture, som gradueres til stolegymnastik og stavgang.

Ergoterapeuter kan anvende de samme observations- og interviewredskaber som nævnt under de almene åbne afsnit.

### *Retspsykiatriske afsnit*

Patienterne på de retspsykiatriske afsnit har alle begået kriminalitet. Det er overvejende mænd med en psykosocialt belastet baggrund. En del af patienterne på de retspsykiatriske afdelinger har udover deres psykiatriske diagnose en misbrugsdiagnose. Ergoterapeuter, som arbejder indenfor dette område, må derfor have en forståelse for de bagvedliggende psykosociale faktorer samt en særlig viden om de forhold, der gør sig gældende, hvis et menneske har en dobbelt diagnose.

En særlig opgave for ergoterapeuter, som arbejder på retspsykiatriske afsnit, er at støtte patienterne i ikke at begå yderligere kriminalitet efter endt behandling. Patienterne har i denne forbindelse brug for at træne både ADL-aktiviteter og sociale færdigheder samt udvikle mestringsstrategier til at kunne fungere i et almindeligt hverdagsliv. Patienter i retspsykiatrien kan være indlagt i meget lang tid; for manges vedkommende er der tale om en årelang anbringelse. Ergoterapeuter varetager derfor en vigtig rolle i form af at træne, vedligeholde og udvikle patienternes funktionsevne.

For en del af patienterne har kriminaliteten fungeret som deres "arbejde". Når en retspsykiatrisk patient forlader det kriminelle miljø, kan der opstå en mangel på noget at foretage sig, og kedsomhed kan indfinde sig. For en del af patienterne er svaret på denne kedsomhed at genoptage tidligere misbrug eller begå ny kriminalitet (Socialforvaltningens Mål- og Rammekontor for børn og familier, 2014). Ergoterapeuter anvender deres særlige viden om aktivitet og aktivitets betydning til at hjælpe disse patienter med at identificere andre og positive aktiviteter at sætte i stedet for kriminalitet og/eller misbrug. Træning af såvel funktionsevne samt udvikling af nye aktiviteter at sætte i stedet for kriminalitet/misbrug er et særdeles vigtigt bidrag til patienternes resocialisering.

### *Psykiatriske ambulatorier og teams*

Patienter, som er tilknyttet psykiatriske ambulatorier eller teams, er hjemmeboende, og der er dermed tale om ambulante behandling, som kan strække sig over en længere periode.

Ambulatorier findes i en række forskellige former og kan anvende særlige tilgange i deres arbejde. F.eks. arbejder alle distriktspsykiatriske ambulatorier i Region Hovedstaden efter Flexible Assertive Community Treatment-modellen (FACT). I denne model er alle teams tværfagligt sammensat og har kompetencer indenfor rehabilitering og recovery (Johanssen & Ullsing, 2019). En stærk monofaglighed er en forudsætning for at kunne indgå i et vellykket tværfagligt samarbejde (Rothuizen, 2013), hvorfor ergoterapeuter, der er ansat i sådanne ambulatorier, må mestre begge former for faglighed.

Ergoterapeuter fungerer ofte som kontaktperson for patienter i psykiatriske ambulatorier og teams. Som kontaktperson har ergoterapeuter arbejdsopgaver som f.eks. varetagelse af den primære kontakt til patienten, koordination af behandlingsforløb, træning i aktiviteter og udvikling af mestringsstrategier.

De psykiatriske ambulatorier eller teams kan være rettede mod særlige målgrupper, f.eks. unge mellem 18 - 35 år, patienter med både somatisk og psykisk lidelse eller patienter med spiseforstyrrelser. Ergoterapeuter, som arbejder i sådanne tilbud, må have en specialiseret viden om den pågældende målgruppe, hvilket ofte indebærer deltagelse i af kurser og efteruddannelse indenfor området.

De psykiatriske ambulatorier har et tæt samarbejde med kommunerne, f.eks. støtte-kontakt personer eller hjemmevejledere eller sagsbehandlere på de kommunale jobcentre. De psykiatriske ambulatorier fungerer derfor ofte som en form for brobygning mellem den regionale og kommunale indsats.

Der er også ansat ergoterapeuter på psykoterapeutiske ambulatorier. Disse ergoterapeuter har alle arbejds erfaring fra det psykiatriske område og har desuden ofte suppleret deres grunduddannelse med en flerårig, godkendt psykoterapeutisk uddannelse. Disse ergoterapeuter arbejder derfor som psykoterapeuter, men anvender fortsat deres viden om aktivitet og aktivitets betydning for en velfungerende hverdag. De kan også varetage supervisionsopgaver af personale på andre psykiatriske afdelinger og ambulatorier på det pågældende ansættelsessted.

# Ergoterapifaglig forskning

Som tidligere beskrevet er det relativt nyt, at ergoterapeuter videreuddanner sig på kandidat eller ph.d.-niveau. Der er aktuelt (august 2020) på landsplan omkring 40 ergoterapeuter med en ph.d.-grad og 2 professorer. Der er således et stort potentiale for forskning i ergoterapeutiske indsatser indenfor psykiatrien, men der er endnu ikke publiceret megen dansk forskning, der omhandler ergoterapi i behandlingspsykiatrien. Nedenfor bringes resultater af allerede publicerede studier, og der afventes resultater af flere igangværende studier på området.

I et tværsnitstudie fra 2017 undersøgte man ADL-evnen hos patienter med bipolar lidelse i neutralt stemningsleje. Undersøgelsen viste bl.a., at patientgruppen havde en væsentlig lavere ADL-evne end raske jævnaldrende. Gennemsnitsalderen for patientgruppen var 35 år, men deres ADL-evne målt med AMPS viste, at patientgruppens gennemsnitlige ADL-evne svarede til ADL-evnen hos raske i alderen 60 - 85 år. Desuden viste resultaterne, at patienterne oplevede, at de havde færre problemer med at udføre ADL-aktiviteter, end hvad ergoterapeuten observerede. Studiet anbefaler derfor, at der anvendes såvel observationsbaserede som selvrapporterede undersøgelsesredskaber til at afdække vanskeligheder med at udføre ADL-aktiviteter hos mennesker med bipolar sindslidelse (Decker et al, 2017). I samme studie opnåede man via den observationsbaserede undersøgelse (AMPS) ny indsigt i den påvirkning, som kognitive funktionsnedsættelser medfører i forhold til patienternes ADL-evne og i deres muligheder for at leve et selvstændigt liv (Träger et al. 2017).

Nogle af ovenfor nævnte studies resultater understøttes af et studie fra 2015, hvor studiepopulationen udgjordes af indlagte og ambulante patienter med depression. Studiet undersøgte, om ergoterapeuter opnåede den samme information vedr. ADL-evne, hvis de kun anvendte enten observationer eller selvrapportering som metode. Patienterne rapporterede ganske vist om de samme vanskeligheder, som kunne observeres ved brug af AMPS, men der var så stor divergens mellem det observerede og det selvrapporterede, at studiet derfor anbefaler, at ergoterapeuter anvender begge undersøgelsesmetoder (Nielsen & Wæhrens, 2015).

Et studie fra 2020 undersøgte og definerede kreative aktiviteter som behandlingsmetode. Studiets datamateriale består af 15 artikler. Studiet fandt, at kreative aktiviteter som behandlingsmetode kan defineres via fem elementer: 1) ofte er bestående af kunst og kunsthåndværk, hvor både krop og sind involveres, 2) opleves som meningsfulde, 3) skaber kreative processer, 4) udvikler færdigheder i forhold til at udføre aktiviteter og mestre hverdagslivet 5) er nemme at tilpasse individer eller grupper. Studiet forsyner dermed ergoterapeuter med en fælles terminologi og forståelse af begrebet kreative aktiviteter som behandlingsmetode til gavn for såvel praksis som fremtidig forskning (Hansen, Erlandsson & Leufstadius, 2020).

Et scoping review (Petersen, Bjørkedal, Torsting & Eplov, 2019) udleder evidens for, at ergoterapeutiske interventioner medfører en signifikant forbedring af patienternes kognition og sociale funktionsniveau. I samme review ses det, at ergoterapi kan bidrage positivt til at hjælpe mennesker i gang med uddannelse eller arbejde. Det omtalte review er baseret på 21 studier fra Nord- og Sydamerika, Europa, Mellemøsten og Asien. Der er således tale om en globalt funderet evidens.

Der er et markant behov for yderligere forskning til at belyse af effekten af ergoterapi i behandlingspsykiatrien, hvilket indtil flere igangværende projekter søger at belyse. Der er både tale om studier, der undersøger effekten af monofaglig ergoterapeutisk indsats og studier, der undersøger effekten af interventioner, hvor ergoterapi indgår som et element i en tværfaglig intervention.

Ledelse kan være en selvstændig karrierevej for ergoterapeuter som for øvrige sundhedsprofessionelle. Der er dog kun få ergoterapeuter i den regionale psykiatri, som varetager ledelsesfunktioner, der indbefatter personaleledelse. Der er til gengæld en del ergoterapeuter, som varetager faglig ledelse uden personaleledelse. En faglig leder er ansvarlig for opretholdelse af de faglige standarder og for at sørge for effektiv levering af de ergoterapeutiske ydelser. En faglig leder har ligeledes til opgave at kunne motivere medarbejdere og bane vejen for faglig udvikling (Creek, 2009).

En dygtig faglig leder er i stand til at udnytte de ansattes faglige og kreative energi på en måde, så opgaveløsningen bedres og arbejdsglæden vokser blandt de ansatte. Desuden er vedkommende i stand til at skabe en teamspirit, som gør det muligt for ergoterapeuter til at dele ekspertise og kunnen samt til at arbejde med større selvtilid i forvisning om, at de har deres kollegers støtte (Creek, 2009). Den faglige forankring er af stor betydning for en faggruppe som ergoterapeuter, der ofte arbejder på egen hånd eller er den eneste repræsentant for faggruppen på et afsnit.

# Den nyuddannede ergoterapeuts faglige afsæt

Ergoterapeutuddannelsen er professionsbacheloruddannelse af 3½ års varighed. Ergoterapeuter varetager sundhedsfremmende, forebyggende, habiliterende og rehabiliterende opgaver, herunder behandling, genoptræning og kompensatoriske tiltag i overensstemmelse med samfundets krav.

Uddannelsen kombinerer en række fag indenfor områderne sundhedsvidenskab, naturvidenskab, humanvidenskab og samfundsvidenskab. Uddannelsen konstitueres af i alt 210 ECTS-point. En betydelig del af disse ECTS-point omhandler psykiatrisk sygdomslære og psykologi.

I det nuværende diagnosesystem, International Classification of Diseases (ICD10), inddeles de psykiatriske diagnoser i elleve overordnede kategorier (WHO ICD-10, 1995). En ergoterapeut har igennem sit uddannelsesforløb erhvervet sig viden om psykiatrisk sygdomslære indenfor alle disse områder.

Ergoterapeuter er uddannet til at kunne identificere menneskers problemer med at udføre aktiviteter via forskellige undersøgelsesredskaber eller via forskellige former for interview og observation. Ergoterapeuter har gennem deres uddannelsesforløb lært at vurdere menneskers motoriske, processuelle og sociale interaktionsfærdigheder. Ergoterapeuter er uddannede de til at kunne analysere de faktorer, som medvirker til, at der opstår aktivitetsproblemer. Til dette anvender ergoterapeuter begrebsmodeller som Model of Human Occupation (MOHO) (Taylor, 2017), Canadian Model of Occupational Performance and Engagement (CMOP-E) (Townsend & Polatajko, 2011), Values and Meaning in Occupation (ValMO) (Erlandsson & Persson, 2017) eller Den Transaktionelle Model for Aktivitet (Fisher & Marterella, 2019). Ergoterapeuter har færdigheder til at udarbejde en analyse af en given aktivitet og på den baggrund foretage nødvendige gradueringer.

Ergoterapeuter har via fagets egen vidensbase, aktivitetsvidenskaben, et veludviklet begrebsapparat til at kunne beskrive, forstå og forklare menneskelig aktivitet. I psykiatrisk regi er der særligt værd at nævne viden om de faktorer, som hæmmer eller fremmer en sund aktivitets- eller livsbalance, samt viden om de faktorer, som bidrager til eller modvirker aktivitetsmæssig retfærdighed. Aktivitetsmæssig retfærdighed er et aktivitetsvidenskabeligt begreb med en række tilhørende underbegreber, som forsyner ergoterapeuter med en forståelse af og en terminologi for visse mekanismer, der opstår, når et menneske forhindres i at udøve aktivitet. Aktivitetsmæssig retfærdighed kan beskrives via fire punkter

- Retten til at opnå et rimeligt udbytte gennem deltagelse i forskellige aktiviteter
- Retten til at udvikle sig gennem deltagelse i sundheds-skabende og socialt inkluderende aktiviteter
- Retten til autonomi som individ eller som gruppe gennem valg af aktiviteter
- Retten til at opleve aktiviteter som meningsfulde og værdiskabende

(Morville & Larsen, 2017).

At arbejde for aktivitetsmæssig retfærdighed ligger derfor i tråd med definitionen af ergoterapi om at muliggøre aktivitet og deltagelse samt tankerne bag rehabilitering, recovery og empowerment.

Ergoterapeuten har gennem uddannelsesforløbet lært om - og trænet sig i - at anvende sine kompetencer til at etablere, vedligeholde og udvikle en terapeutisk relation. I alt 42 af uddannelsens 210 ECTS-point udgøres af klinisk undervisning.

# Muligheder for uddannelse og kompetenceudvikling

Ergoterapeuter varetager deres arbejde i den regionale psykiatri på meget forskellige måder. Nogle ergoterapeuter vægter samtalen med og relationen til patienterne meget højt, for andre ergoterapeuter er det afgørende, at behandlingen er aktivitetsfokuseret og aktivitetsbaseret. Nogle ergoterapeuter har specialiseret sig i anvendelsen af bestemte former for aktivitet i behandlingen, f.eks. fysiske eller kreative aktiviteter, og andre har erhvervet sig og anvender specialiseret viden om f.eks. seksualitet, sanseintegration, yoga eller mindfulness i deres arbejde.

Der er muligheder for kompetenceudvikling og for at specialisere sig fagligt i den regionale psykiatri. Som et resultat af landets psykiatriske centres strategiudvikling udbydes der ofte kurser eller decideret efteruddannelse i f.eks. kognitiv adfærdsterapi, recovery, nye behandlingsmetoder eller særligt tilrettelagte gruppeforløb. I de nævnte eksempler vil der være tale om tværfaglig kompetenceudvikling. Som ergoterapeut opfylder man også kravet om at have en sundhedsfaglig uddannelse for at kunne søge ind på en anerkendt psykoterapeutuddannelse.

Der er også muligheder for monofaglig kompetenceudvikling i den regionale psykiatri. Et nyligt tiltag i Region Hovedstadens Psykiatri er at lade nyansatte ergoterapeuter begynde deres karriere indenfor området med kurset *Godt på vej i psykiatrien*, som er målrettet ergo- og fysioterapeuter. Der er tale om et kursus, som introducerer til de mange nye ting, som man som nyansat skal forholde sig til. Både det psykiatrifaglige og hverdagen på det pågældende afsnit samt sociale og faglige netværk. Mange ergoterapeuter modtager supervision og modtager/giver faglig sparring til monofaglige kollegaer. Den faglige sparring er af stor vigtig-

hed for en faggruppe som ergoterapeuter, da disse ofte er ansat som ene-ergoterapeut på en afdeling. Den monofaglige sparring udgør derfor et væsentligt element i ergoterapeuters lyst til at fortsætte deres virke indenfor området. Ergoterapeuter er så småt ved at indgå i forskningsprojekter, som ledes af forskere fra andre faggrupper, eller hvor de selv deltager som ph.d.-studerende. Der er også ergoterapeuter, som fungerer som kliniske undervisere på landets forskellige psykiatriske centre. De kliniske undervisere har suppleret deres grunduddannelse med kurser eller uddannelse, som giver kompetencer indenfor undervisningsområdet. De kliniske undervisere varetager undervisning, vejledning og eksamination af ergoterapistuderende, ligesom de indgår i arbejdet med faglig vedligeholdelse og udvikling på arbejdspladsen.

De mulige karriereveje er, som det fremgår af ovenstående, mange og mangfoldige for ergoterapeuter, som vælger at arbejde i den regionale psykiatri. Der er mulighed for faglig specialisering og videreuddannelse især indenfor det tværfaglige område. Der er meget forskellige oplevelser af, hvorvidt de monofaglige ønsker til efter- og videreuddannelse bliver efterkommet. Ergoterapeuter forsøger ligeledes med vekslende succes at afholde monofaglige udviklingsdage eller konferencer om udvalgte ergoterapeutiske emner for alle ergoterapeuterne på det pågældende psykiatriske center.

I forhold til den monofaglige udvikling og behovet for at være med til at evidensbasere ergoterapi er der behov for et mere struktureret uddannelsesforløb, hvor ergoterapeuter kan fastholde deres særlige faglige fokus på aktiviteter og dermed være med til at tilbyde patienter med psykisk lidelse en tværfaglig intervention, der retter sig mod såvel behandling af den psykiske lidelse som at forbedre funktionsevnen og dermed øge patienternes livskvalitet.

# Referencer

- Aagaard, M. & Langdal, I. (2019). Centrale begreber indenfor ergoterapi. I: Brandt Å, Peoples H & Pedersen U. Basisbog i Ergoterapi, 4. udgave, 1. oplag. København: Munksgaard.
- Anthony, W. (1993). Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial rehabilitation journal* 16(4), 11 - 23.
- Begrebsbasen (NBS) - Sundhedsdatastyrelsen. Lokaliseret 09.08.2020, <http://sundhedsdata.iterm.dk/#results>
- Brown, C. & Dunn, W. (2002). Adolescent/Adult Sensory Profile. FAOTA.
- Center for Innovative OT Solutions (a). ACQ-OP overview. Lokaliseret 10.8.2020 på <https://www.innovativeotsolutions.com/tools/acq-op/>
- Center for Innovative OT Solutions (b). ACQ-SI overview. Lokaliseret 10.8.2020 på <https://www.innovativeotsolutions.com/tools/acq-si/>
- Creek, J. (2009). Psykiatrisk ergoterapi - teori, metode, praksis. 1. udgave, 3. oplag. Munksgaard Danmark.
- Crepeaux, E. (2003). Analyzing occupation and activity: A way of thinking about Occupational Performance. I: Crepeaux E, Cohn E & Boyt Shell BA (eds). Willard & Spackman's Occupational Therapy. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 10. Edition.
- Danskepatienter.dk (2020). Manual for fælles beslutningstagen. Lokaliseret 02.09 2020 på <https://www.danskepatienter.dk/vibis/implementering-af-brugerinddragelse-paa-hospitaler/designe-og-afproeve-indsatsen/manual-for>
- Decker, L. & Hansen, H. (2014). Kvalificer din ergoterapi. Udvikling af terapeutiske stil og relation ved hjælp af "Intentional Relationship Model". København: Ergoterapeutuddannelsen, Professionshøjskolen Metropol.
- Decker, L., Träger, C., Miskowiak, K., Wæhrens, E. & Vinberg, M. Ability to perform Activities of Daily Living among patients with bipolar disorder in remission. *Edorium J Disabil Rehabil* 2017; 3:69-79.
- Drake, R., Bond, G., & Becker, D. (2012). Individual Placement and Support. An evidence-based approach to supported employment. United States of America: Oxford University Press.
- Ergoterapeutforeningen (2008). Professionsgrundlag for ergoterapi - en dokumentindsamling om mission, visioner, værdier, faglig etik og samarbejde. Ergoterapeutforeningen.
- Erlandsson, L. & Persson, D. Manual til undersøgelsesredskabet Oval-9. Dansk oversættelse af Hansen, B. & Pedersen, H. Professionshøjskolen Metropol.
- Erlandsson, L. & Persson, D. (2017). ValMO modellen. Et redskab til aktivitetsbaseret ergoterapi. 1. udgave, 1. oplag. København: Munksgaard.
- etf.dk. Redskab til psykisk sårbare. Lokaliseret 04.09.2020 på <https://www.etf.dk/ergoterapeuten/redskab-til-psykisk-saarbare>
- Faber, L. (2019). Ergoterapeutisk intervention. I: Brandt, Å., Peoples, H. & Pedersen, U. Basisbog i Ergoterapi, 4. udgave, 1. oplag. København: Munksgaard.
- Fisher, A. & Jones, K. (2012). Assessment of Motor and Process Skills. Vol 1: Development, standardization, and administration manual. 7. ed. Fort Collins: Three Star Press, Inc.
- Fisher, A. & Griswold, L. (2015). Evaluation of Social Interaction. 3. ed. Fort Collins: Three Star Press, Inc.
- Fisher, A. & Marterella, A. (2019). Powerful Practice: A model for Authentic occupational Therapy. Fort Collins: Center for Innovative OT Solutions, Inc.



- Folkesundhed.aarhus.dk (2019). Morfeus – på vej mod job eller uddannelse. Orientering til virksomheder og samarbejdspartnere om indsats for mennesker med skizofreni. Aarhus Kommune. Lokaliseret 02.09.2020 på <https://folkesundhed.aarhus.dk/media/27750/morfeus-samarbejdspartnere.pdf>
- Forsyth, K., Sallamy, M., Simon, S. & Kielhofner, G. (1998). Assessment of Communication and Interaction Skills, Version 4.0, University of Illinois at Chicago.
- Gammeltoft, B. (2016). Sansestimulering for at bedre sanseintegration hos voksne: en praksisbeskrivelse. 3. udgave. Gammeltoft.
- Hansen, B., Erlandsson, L. & Leufstadius, C. (2020). A concept analysis of creative activities as intervention in occupational therapy. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, DOI: 10.1080/11038128.2020.1775884.
- Horvath, A. (2005). The therapeutic relationship: Research and theory, *Psychotherapy Research*, 15:1-2, 3-7.
- Johanssen, S. & Ulsing, A. (2019). Ergoterapeutisk psykiatrisk rehabilitering og recovery til voksne og ældre. I: Brandt, Å., Peoples, H. & Pedersen, U. Basisbog i Ergoterapi, 4. udgave, 1. oplag. København: Munksgaard.
- Kielhofner, G. (2009). Ergoterapi i praksis: Det begrebsmæssige grundlag. København Munksgaard Danmark.
- Kielsgaard, K., Madsen, A. & Skaarup, L. (2019). Reference-rammer og teori ergoterapi. I: Brandt Å., Peoples H & Pedersen U. Basisbog i Ergoterapi, 4. udgave, 1. oplag. København: Munksgaard.
- Kristensen, A. & Pedersen, E (2007). Ergoterapifagets og ergoterapiuddannelsens historie i Danmark. I: Borg, T., Runge, U., Tjørnov, J., Brandt, Å. & Madsen, A. (red.) Basisbog i ergoterapi – aktivitet og deltagelse i hverdagslivet. København: Munksgaard Danmark.
- Law, M. Canadian Association of Occupational Therapists et al (2014). *Canadian Occupational Performance Measure*, 5. edition. Ottawa: Canadian Association of Occupational Therapists.
- Liu, C., Xu, H., Keith, N. & Clark, D. (2017). Promoting ADL independence in vulnerable, community-dwelling older adults: a pilot RCT comparing 3-Step Workout for Life versus resistance exercise. *Clinical Interventions in Aging* 2017 16(12): 1141 – 49.
- Jessen-Winge, C. & Decker, L. (2013). Gør noget – få det godt med psykisk sårbarhed. Professionshøjskolen Metropol.
- Kristensen, H. & Petersen, K. (2019). Klinisk ræsonnering og arbejdsprocesser i ergoterapi. I: Brandt, Å., Peoples, H. & Pedersen, U. Basisbog i Ergoterapi, 4. udgave, 1. oplag. København: Munksgaard.
- Marselisborgcentret (2004). Hvidbog og rehabiliteringsbegrebet – rehabilitering i Danmark. Marselisborgcentret.
- Marselisborgcentret.dk. Definitioner af rehabilitering. Lokaliseret 31.08.2020 på <https://www.marselisborgcentret.dk/viden-om-rehabilitering/definitioner-af-rehabilitering/>
- Morville, A. & Larsen, A. (2017). Occupational justice: at fremme retten til aktiviteter. I: Kristensen, H., Schou, A. & Mærsk, J. Nordisk aktivitetsvidenskab, 1. udgave. Munksgaard.
- Nielsen KT, & Waehrens EE (2015). Occupational therapy evaluation: Use of self-report and/or observation? *Scand J Occup Ther* 2015;22(1):13-23.
- Parkinson, S., Forsyth, K. & Kielhofner, G. (2004). A User's Manual for The Model of Human Occupation Screening Tool (MOHOST). University of Illinois.
- Petersen, K., Bjørkedal, S., Torsing, A. & Epløv, L. (2019). Occupational therapy interventions in mental Health: a scoping review of recent evidence. *International Journal of Therapy and Rehabilitation (online)* 26(9):1-21.

Region Hovedstadens Psykiatri (2014). På vej mod brugerinddragelse – en strategi for brugerinddragelser og samarbejde. Region Hovedstadens Psykiatri.

Rothuizen, J. (2013). Faglighed I socialpsykiatrien. I: Lihme, B. Invitation til socialpsykiatri. København: Akademisk Forlag.

Schiøler, G. & Dahl, T. (2012). International klassifikation af funktionsevne, funktionsevnenedsættelse og helbredsstand. København: Sundhedsstyrelsen og Munksgaard.

Socialforvaltningens Mål- og Rammekontor for børn og familier (2014). Analyse af målgruppen kriminelle udsatte unge, som har et misbrug og /eller en psykisk lidelse oplevelser og udfordringer med socialforvaltningens indsatser – en kvalitativ undersøgelse. Socialforvaltningens Mål- og Rammekontor for børn og familier.

Sundhedsstyrelsen (2019). Specialevejledning for psykiatri. Sundhedsstyrelsen.

Sundhedsstyrelsen (2020). Rekruttering og fastholdelse af sundhedspersonale i psykiatrien. Anbefalinger.

Taylor, R., Lee, R. Kielhofner, G., & Kethar, M. (2009). Therapeutic use of self: a nationwide survey of practitioners Attitudes and Experiences. American Journal of Occupational Therapy, March/April 2009, Vol. 63, 198-207.

Taylor, R. (2008). The intentional Relationship Model. Occupational Therapy and Use of Self. USA: F.A. Davies Company.

Taylor, R. (2017). MOHO Kielhofners model for menneskelig aktivitet. 3. udgave, 1. oplag. København: Forfattere og Munksgaard.

The Model of Human Occupation Clearinghouse (2005). A Users's manual for the Occupational Circumstances Assessment Interview and Rating Scale: OCAIRS, version 4.0. The University of Illinois at Chicago.

Topor, A. (2005). Fra Patient til person: hvad hjælper mennesker med alvorlige psykiske problemer? 1. udgave, 2. oplag. Akademisk forlag.

Towsend, E. & Potajko, H. (2011). Menneskelig aktivitet II. En ergoterapeutisk vision om sundhed, trivsel og retfærdighed muliggjort gennem betydningsfulde aktiviteter. 1. udgave, 3. oplag. København: Munksgaard.

Träger, C., Decker, L., Wæhrens, E., Knorr, U., Miskowiaka, K. & Vinberg, M. (2017). Influences of patient informed cognitive complaints on activities of daily living in patients with bipolar disorder. An exploratory cross-sectional study. Psychiatry Research 249 (2017) 268-274.

Wallerstein, N. (2006). What is the Evidence on Effectiveness of Empowerment to Improve Health? I: Report for the Health Evidence Network (HEN).

Videnscenter for demens (2020). Mini-Mental State Examination (MMSE) <http://www.videnscenterfordemens.dk/media/753990/mmse.pdf>

Willcock, A. & Hocking, C. (2015). An Occupational Perspective on Health, 3. editon. SLACK Incorporated.

World Health Organization (1995) ICD-10. Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser. Klassifikation og diagnostiske kriterier. 1. udgave, 4. oplag. København: Munksgaard.

World Health Organization (2001). International classification of functioning, disability, and health; ICF. Geneva: WHO.

Østergaard, L., Jørgensen, S. & Riis-Djernæs, L. (2019). Ergoterapeutisk somatisk rehabilitering til voksne og ældre. I: Brandt, Å., Peoples, H. & Pedersen, U. Basisbog i Ergoterapi, 4. udgave, 1. oplag. København: Munksgaard.



Ergoterapifagligt  
Selskab for  
Psykiatri og  
Psykosocial  
Rehabilitering

