

Ergoterapeutisk viden, færdigheder og kompetencer i neurorehabilitering

– Anbefalinger til ergoterapeutiske
kompetenceprofiler i neurorehabilitering

Udarbejdet af Jim Jensen, ergoterapeut, klinisk specialist
på Hammel Neurocenter og master i rehabilitering,
i samarbejde med Ergoterapifagligt Selskab for
Neurorehabilitering, oktober 2018



Forord

En vellykket neurorehabilitering forudsætter tværfaglige indsatser og samarbejde mellem flere sundhedsfaglige faggrupper. Der findes ikke data, der med sikkerhed kan dokumentere antallet af borgere, der har behov for neurorehabilitering efter en skade eller en sygdom, men der er konsensus om, at neurorehabilitering er en kompleks opgave.

I Danmark er der i de senere år (særligt efter Kommunalreformen i 2007) blevet udarbejdet MTV, visitationsretningslinjer, forløbsprogrammer og kliniske retningslinjer, som skal være med til at kvalitetsudvikle indsatserne på området.

Oftest er det retningslinjer og organisering, som afdækkes og beskrives, og i mindre grad hvilken viden, færdigheder og kompetencer, der bør indgå i specialiseringsniveauerne i de forskellige indsatser. Faggrupperne nævnes ofte, men sammenhængen mellem specialisering og resultater for borgeren, der kan have en direkte betydning for kvaliteten af rehabiliteringen, er der mindre fokus på.

Neurorehabilitering er et stort arbejdsområde for ergoterapeuter. I denne publikation "Anbefalinger til ergoterapeutiske kompetenceprofiler i neurorehabilitering" beskrives de ergoterapifaglige kompetencer, som er nødvendige for at kvaliteten i indsatserne løftes.

Formålet med publikationen er også at bidrage til kvalitetsudvikling på området. Klare anbefalinger til ergoterapeutiske kompetencer indenfor specialiseringsniveauerne i neurorehabilitering skal resultere i, at viden, færdigheder og kompetencer altid følges ad. Således sikres det, at kvaliteten fra grunduddannelse til specialistniveau fastholdes og styrkes.

Jim Jensen, klinisk specialist, ergoterapeut MscRehab fra udviklingsenheden på Regionshospitalet Hammel Neurocenter har været projektleder på opgaven, og det ergoterapifaglige selskab for Neurorehabiliterings bestyrelse har fungeret som styregruppe og tæt sparringspart i arbejdet.

Arbejdet med kompetencebeskrivelserne er gennemført på foranledning af Ergoterapeutforeningen. Publikationen har gennemgået peer-review og høring inden endelig revidering og offentliggørelse. I projektfasen er det blevet tydeligt, at området har et omfang, der vanskeliggør en komplet afdækning af alle de enkelte indsatser, dog er det en klar forventning, at kompetencebeskrivelserne vil medvirke til at give dansk ergoterapeutisk neurorehabilitering et kvalitetsløft.

Ergoterapeutforeningen vil med dette forord benytte lejligheden til særligt at takke projektlederen Jim Jensen og bestyrelsen fra det ergoterapifaglige selskab selskab for Neurorehabilitering samt de øvrige ergoterapeuter, som også har bidraget med viden og ekspertise til arbejdet. God læselyst



Med venlig hilsen

Tina Nør Langager, formand i Ergoterapeutforeningen

Indhold

Forord.....	2
Indhold.....	3
Indledning.....	4
Formålet med kompetencebeskrivelsen.....	5
Baggrund.....	6
Neurorehabiliteringen i Danmark.....	8
Borgerens individuelle rehabiliteringsbehov:	8
Tværfaglighed	9
Læringskultur.....	9
Metode	10
Metoder til valg af og graduering af kompetencer	10
Metoder for udvælgelse af de ergoterapeutiske indsatser.....	11
Ergoterapeutisk arbejdsproces.....	13
Prioriteringen af de ergoterapeutiske indsatser.....	13
Ergoterapeutisk arbejdsprocesmodel for neurorehabilitering	13
Ergoterapeutiske indsatser.....	14
Kompetencer	19
Grundlæggende neurofaglig tilgang.....	19
Ergoterapeutiske kompetencer:.....	19
Kompetencer for ergoterapeuter på niveau 1 (basalt)	20
Kompetencer for ergoterapeuter på niveau 2 (avanceret)	25
Kompetencer for ergoterapeuter på niveau 3 (specialiseret)	30
Perspektivering	35
Referenceliste:	36
Bilag 1: Organisering	37
Bilag 2: Roller for ergoterapeutisk arbejde	38
Bilag 3: Principper og viden om neurorehabiliteringsindsatser (6)	39
Psykologisk tilgang - organisering og rehabilitering.....	39
Tidlig mobilisering	39
Overgang fra sygehus til hjem	39

Indledning

Anbefalingerne til kompetenceprofiler er udarbejdet på vegne af Ergoterapeutforeningen i tæt samarbejde med Ergoterapifagligt Selskab for Neurorehabilitering. Anbefalingerne retter sig mod ergoterapeuter som arbejder med borgere over 18 år med erhvervet hjerneskade og har samtidig til formål at tilføre udbydere af uddannelse viden om nødvendige og relevante kompetencer på området.

Neurorehabilitering er i høj grad et multifacetteret arbejdsområde som indeholder mange forskellige indsatser på tværs af organisatoriske skel og lovgivninger. Arbejdet med at beskrive de tilhørende kompetencer har på denne baggrund været en stor udfordring. Flere steder undervejs i anbefalingerne har det været nødvendigt at foretage prioriteringsvalg. Beskrivelserne vil derfor fremstå forenklet i forhold til kompleksiteten og den variation af indsatser og kompetencer som findes eller er på vej ind i praksis for danske ergoterapeuter i neurorehabilitering.

Kompetencebeskrivelsen introducerer først til en gennemgang af arbejdsområdet for neurorehabilitering i Danmark og dernæst til et formåls- og metodeafsnit. Herefter følger et afsnit om ergoterapeutiske indsatser og til sidst en opdeling i kompetenceniveauer.

For bedre at kunne beskrive indholdet og rumme bredden af kompetencer er der i kompetencebeskrivelserne inddraget en række indsatsområder. Indsatserne baserer sig på gældende nationale kliniske retningslinjer fra Danmark og England. Baggrunden for litteraturvalg begrundes i metodeafsnittet. Gennemgående for dokumentet bruges ordet borger som synonym for patienten, klienten eller borgeren, der modtager ergoterapi.



Figur 1. viser de væsentligste elementer af kompetencebeskrivelsen.

Formålet med kompetencebeskrivelsen

Rapporten beskriver kompetenceniveauer for ergoterapeuter som arbejder med voksne indenfor neurorehabiliteringsområdet. Formålet med kompetencebeskrivelserne er:

- At beskrive kompetenceniveauerne for faglig viden og udvikling
- At understøtte ergoterapeuter i at have de rette kompetencer til at udføre ergoterapi af god faglig kvalitet
- At fremme en ensartethed og gennemsigtighed i forhold til opgaver og kompetencer i ergoterapi på tværs af sektorer og geografi
- At sikre udbydere af kompetenceudvikling og uddannelse viden om behov for relevante indsatser vedrørende ergoterapi og neurorehabilitering til borgere med erhvervet hjerneskade
- At fremme samarbejdspartneres viden om ergoterapeuters roller og opgaver i neurorehabilitering af borgere med erhvervet hjerneskade

Baggrund

Kompetencebeskrivelserne er af prioriteringsgrunde primært rettet mod det kliniske arbejde og den intervention som foregår sammen med den enkelte borger og dennes netværk. Kompetencebeskrivelserne er inddelt i tre niveauer. Borgerens rehabiliteringskompleksitet reflekteres også i en tredeling på organisatorisk plan. Forløbsprogram (1) og visitationsretningslinjer (2) på neurorehabiliteringsområdet beskriver borgerens rehabiliteringsbehov og afspejles i kravene til ergoterapeuternes kompetencer på de tre niveauer. Igennem dokumentet bruges følgende termer for de tre niveauer: basal, avanceret og specialiseret, se også figur 2.

Kompetenceprofiler skal generisk kunne skaleres til et givent niveau, sådan at basalt niveau/basale kompetencer svarer til det, der kan forventes af nyuddannede og ergoterapeuter med mindre erfaring (2-3 år) og videreuddannelse.

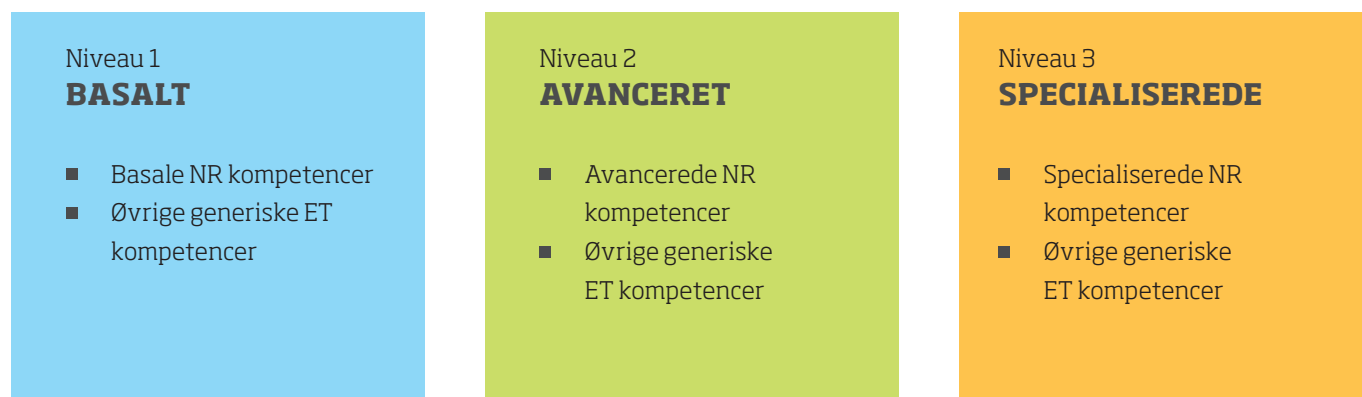
Ergoterapeuter med basale kompetencer skal kunne løfte opgaven på basalt niveau, og der vil være behov og krav til at ergoterapeuter efter- videreuddanner sig for at kunne arbejde på avanceret eller specialiseret niveau. Kompetenceudvikling skal samtidig kunne ses som en mere nuanceret størrelse, end hvad der afspejles i en lineær figur eller en bestemt organisatorisk placering. I det følgende gennemgås flere forskellige aspekter.

Ergoterapeuter som arbejder på niveau 1 (basalt) skal ofte forestå indsatser i forhold til borgere med forskellig sygdomskompleksitet, hvor borgere med erhvervet hjerneskade kun vil udgøre en mindre del. Dette stiller krav til

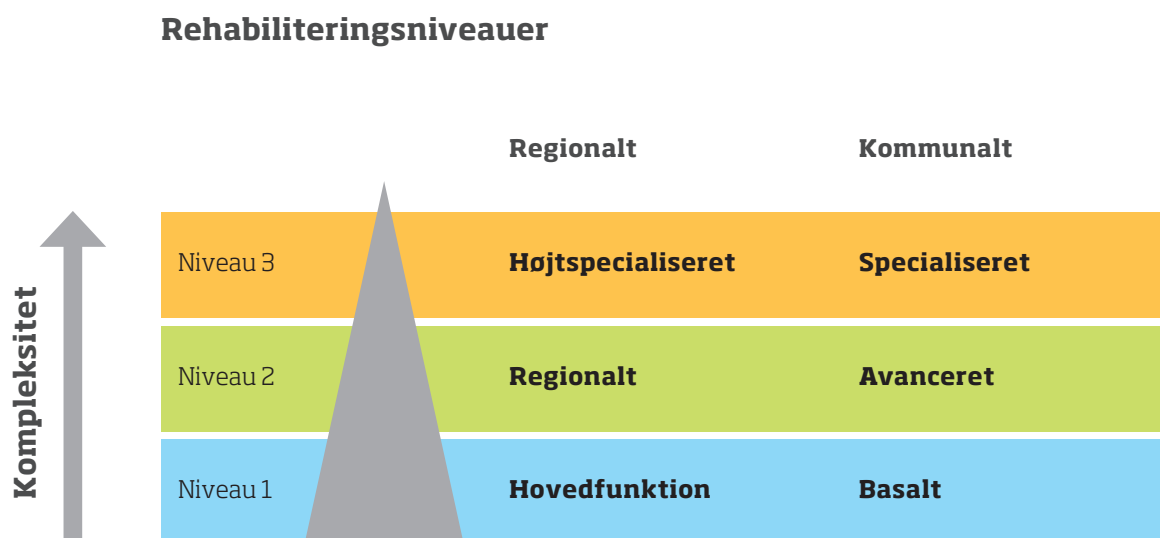
ergoterapeutens bredere palet af viden, færdigheder og kompetencer. Arbejdet med borgere med forskellige diagnoser og kompleksitet på grundlag af ergoterapeutisk teori og praksis, som er af mere generisk karakter, defineres i denne sammenhæng som øvrige generiske kompetencer. Disse beskrives ikke yderligere i denne rapport (generisk betyder i denne sammenhæng: generelle kompetencer gældende for alle ergoterapeuter uanset ansættelsesområde). Samtidig vil nogle ergoterapeuter befinde sig på basalt kompetenceniveau selvom de arbejder på avanceret eller specialiseret niveau, men grundet manglende erfaring har de brug for kompetenceudvikling og supervision af mere erfarne ergoterapeutiske kollegaer.

Erfarne ergoterapeuter som arbejder på niveau 2 (avanceret) skal kunne opnå kompetencer svarende til hvad der anbefales som et minimum af kompetencer for et avancerede niveau. Ergoterapeuter som arbejder på avanceret niveau har mellem 2 til 6 års erfaring med neurorehabiliteringsområdet samt flere grundlæggende efter- og videreuddannelses kurser.

Ergoterapeuter på niveau 3 (specialiseret) eller specialiseret niveau har mere end 6 års erfaring indenfor neurorehabilitering samt flere udvidede og/eller specialiserede kurser og evt. akademisk videreuddannelse med henblik på også at kunne forstå kvalitetsudvikling. Kompetenceniveauer skal derfor forstås i relation til den enkelte ergoterapeut og dennes arbejdsopgaver og kan ikke udelukkende ses i forhold til ergoterapeutens organisatoriske placering.



Figur 2. viser en forenklet version af kompetencer i de tre niveauer. Basal, avanceret eller specialiseret neurorehabilitering (NR). Samtidig som den også indikerer øvrige generiske ergoterapeutiske (ET) kompetencer.



Figur 3: Kompleksitetsgraden i figuren er fremstillet fra basalt til specialiseret rehabiliteringsniveau. Pilen viser den stigende grad af kompleksitet i rehabiliteringsbehov og kompetencer. Den trekantede figur symboliserer kompetenceopbygningen i de forskellige organisatoriske niveauer som stiger i kompleksitet efter den organisatoriske kontekst.

Ergoterapeuter som arbejder med neurorehabilitering udfører deres faglige opgaver i forskellige stillingstyper og forskellige organisatoriske sammenhænge. Der kan eksempelvis være tale om funktioner i direkte relation til rehabiliteringen/træningen på rehabiliteringsafdelinger, træningsenheder og sundhedscentre i både ambulant- og døgnrehabiliteringsregi samt i forhold til hjemmevejledning og hverdagsrehabilitering.

Ligeledes kan ergoterapeuter være ansat på myndighedsniveau, som f.eks. visitatorer i henhold til Lov om Social Service, samt som sagsbehandlende ergoterapeuter til bevilling af tekniske hjælpemidler og boligændringer.

Ergoterapeuten bør have kendskab til egen institutionel organisering og tilbud i forhold til neurorehabilitering, herunder lovgivning på området samt kendskab til kvalitetsstandarder og visitationskriterier uanset kompetenceniveau.

Opsummerende giver kompetencebeskrivelserne den enkelte ergoterapeut et indblik i en tredelt faglig kompetenceudvikling indenfor neurorehabilitering. Kompetenceni-

veauerne følger de nationale forløbsprogrammer i regioner og kommune, men vil eksempelvis også kunne indeholde:

At en ergoterapeut som arbejder på avanceret niveau kan oparbejde specialiserede kompetencer.

At selvom en nyuddannet ergoterapeut begynder at arbejde på højtspecialiserede /specialiserede arbejdspladser, følger behovet for en betydelig kompetenceudvikling og et særlig tæt samarbejde med flere ergoterapeutiske kollegaer med specialiserede kompetencer.

Neurorehabiliteringen i Danmark

Neurorehabiliteringen i Danmark af voksne mennesker med erhvervet hjerneskade har gennemgået en stor udvikling over de sidste 30 år. Tilbage i 1980'erne udkom de første nationale evalueringer og rapporter på området for apopleksi og traumatisk hjerneskade, som var med til at organisere og skabe fokus på neurorehabilitering i Danmark.

I 2011 udkom MTV for hjerneskaderehabilitering med anbefalinger til indsatser på alle områder, blandt andet med en opfordring til at se på kompetencebeskrivelser for fagpersoner involveret i rehabiliteringsprocessen i forhold til de forskellige organisatoriske lag. Ifølge MTV'en vil borgeren i den akutte og subakutte fase modtage neurorehabilitering under indlæggelse på sygehuse og ved de moderat til svært skadede borgere, vil der følge en længere hospitalsbaseret neurorehabiliteringsfase.

Organisatorisk arbejdes der på tre niveauer i forbindelse med indlæggelse på sygehus, nemlig på hovedfunktion, regional funktion og højtspecialiseret funktion. Borgerens kompleksitet, behov og udviklingspotentiale er kriterierne, som danner grundlag for vurdering og visitation til videre rehabilitering.

Med baggrund i ovenstående rapporter udkom forløbsprogram i 2011 bl.a. med tydeligere beskrivelser af de tre specialiseringsniveauer samt forslag til yderligere organisering også i kommunalt regi (4). Programmet anbefalede, at også kommunerne arbejdede på tre niveauer, nemlig basalt, avanceret og specialiseret. Dette afspejles i nyere faglige visitationsretningslinjer for området (5). Siden kommunalreformen i 2007 er der sket en stor udvikling i særligt den kommunale indsats i forhold til rehabiliteringen af voksne med hjerneskade. Samarbejdet mellem sygehus og kommune er i fokus samtidig som brugen af genoptræningsplaner efter udskrivelse spiller en større rolle. Fra 2015 er der ny lovgivning og bekendtgørelse for brugen af genoptræningsplaner med tilhørende vejledninger og retningslinjer, som understøtter processen og beskriver stratificeringen af de forskellige rehabiliteringsforløb.

Både for sygehuse og kommuner afspejler de tre niveauer, borgerens kompleksitet og graden af behov for neurorehabilitering. Det medfører, at jo mere kompleks borgerens skade er, jo mere behov for specialiserede rehabiliteringsydelse vil der være. Specialiseringsgraden handler blandt andet om personalets specialiserede kompetencer, men også om faktorer som organisering, personalenormering og udstyr.

Borgerens individuelle rehabiliteringsbehov

Rehabiliteringsbehovet skal ses i forhold til den enkelte borgers samlede helbred og livssituation, og et individuelt tilrettelagt rehabiliteringstilbud som bør tage udgangspunkt i en borgercentreret tilgang.

”Rehabilitering er 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 fysiske, psykiske og/eller sociale funktionsevne, opnår et selvstændigt og meningsfuldt liv. Rehabilitering baseres på borgerens hele livssituation og beslutninger og består af en koordineret, sammenhængende og vidensbaseret indsats”.

Citat fra Hvidbog om rehabiliteringsbegrebet, 2004.

Rehabilitering involverer et tæt samspil mellem borger, pårørende og de sundhedsprofessionelle med henblik på vurdering, målsætning, planlægning og rehabilitering for herved at optimere deltagelse i hverdagslivet. Med udgangspunkt i WHO's International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) (4) er rehabilitering relateret til såvel den fysiske, psykisk som sociale funktionsevne på krop-, aktivitets- og deltagelsesniveau i samspil med de personlige og omgivelsesmæssige faktorer.

For de pårørende betyder borgerens sygdom ofte en pludseligt ændret livssituation. Under hele rehabiliteringen bør de pårørende informeres, rådgives og inddrages aktivt i involvering og planlægning af borgerens forløb. Derudover bør der være fokus på relevant støtte til de pårørende og deres ændrede livssituation og håndtering heraf (5).

Borgere med erhvervet hjerneskade er en meget heterogen gruppe, der ofte har multifacetterede aktivitets- og deltagelsesbegrænsninger samt funktionsnedsættelser. For at imødekomme borgerens behov skal rehabiliteringsforløbet individualiseres og fleksibelt tilrettelægges med en potentiel bred vifte af mulige indsatser. Neurorehabilitering stiller derved store krav til personalets faglige viden, færdigheder og kompetencer. Mængden af forskningsbaseret evidens er stigende men endnu ikke tilstrækkelig (6), hvorfor neurorehabiliteringen bygger på såvel forskningsbaseret evidens som erfaringsbaseret viden fra praksis for at sikre indsatser af høj kvalitet.

Tværfaglighed

I arbejdsområdet med mennesker med neurologiske vanskeligheder er der behov for en stor grad af tværfaglig tilgang som indeholder megen dialog og overensstemmelse i planlægning og koordinering af indsatserne. Samarbejdet stiller krav om kompetencer i forhold til at kunne samarbejde, men også en viden om hvad andre faggrupper kan tilbyde og hvorledes dette passer bedst ind i forløbet. Tværfagligt samarbejde bliver i flere retningslinjer (5 og 6) fremhævet som et væsentligt element i en effektiv rehabilitering. Ergoterapeuter har allerede fra uddannelsen et fokus på at udvikle kompetencer ind i det tværfaglige miljø (7).

Læringskultur

Nye medarbejdere – uanset specialiseringsniveau – bør sikres introduktion til specialet svarende til arbejdsopgaver og faglige indsatser. Selvom personalegruppen består af en bred vifte af kompetenceniveauer bør det sikres, at alle (ikke kun nyansatte) er i løbende udvikling i forhold til viden og kompetencer, således at rehabilitering foregår baseret på nyeste faglige evidens. Det er vigtigt, at der sikres en læringskultur på de enkelte arbejdssteder, hvor der til stadighed er kontinuerlige refleksioner, villighed til forandring og åbenhed overfor egen praksis. Der bør skabes en kultur, hvor praksis er i produktiv dialog med sig selv. Dette kan foregå ved interne udviklings- og uddannelsesforløb, såsom:

- Monofaglige og interdisciplinære introduktionsforløb
- Sidemandsoplæring/mesterlære
- Kollegial vejledning og supervision ved faglige ressourcepersoner eller udviklingspersoner

Læringsforløbene skal understøttes ved kurser/undervisning/supervision som et betydeligt element. En god læringskultur er afgørende for at denne kompetenceprofil vil kunne udfolde sig i praksis.

Metode

Metoder til valg af og graduering af kompetencer

Kompetencebeskrivelserne er rammesat ved at kompetenceprofilerne skal rumme gældende dansk lovgivning og forløbsbeskrivelser for området. Som referenceramme for kompetencearbejdet har styregruppen primært benyttet nedenstående kilder. Der er tale om kilder, der repræsenterer aktuel dansk lovgivning og seneste retningslinjer på området, samtidig med at de beskriver krav til kompetencer gældende for de enkelte specialiseringsniveauer.

- Forløbsprogram for rehabilitering af voksne med erhvervet hjerneskade (2011) (1)
 - apopleksi og transitorisk cerebral iskæmi (TCI)
 - traume, infektion, tumor, subarachnoidal blødning og encephalopati
- Bekendtgørelse om genoptræningsplaner og om patienters valg af genoptræningstilbud efter udskrivning fra sygehus (2014) (8)
- Genoptræning og rehabilitering til voksne med erhvervet hjerneskade, en faglig visitationsretningslinje (2015) (2)
- Forløbsbeskrivelse: Rehabilitering af voksne med kompleks erhvervet hjerneskade – på det mest specialiserede social- og specialundervisningsområde (2016) (9)

De aktuelle kompetencebeskrivelser bygger grundlæggende på metoder anvendt i to tidligere kompetencebeskrivelser indenfor det ergoterapeutiske arbejdsområde: dysfagi (10) og palliation (11).

Således bygges kompetencemodellen op i tre niveauer: niveau 1 (basalt), niveau 2 (avanceret) og niveau 3 (specialiseret). Disse tre niveauer følger specialiseringsniveauerne for regional og kommunal organisering for området. Begreberne viden, færdigheder og kompetencer fra den Danske Kvalifikationsramme for livslang læring (Undervisningsministeriet, 2009) (12) anvendes for at kunne differentiere på hvert kompetenceniveau. Samme tilgang benyttes også i Bekendtgørelsen for uddannelse til professionsbachelor i ergoterapi (13) og i de to foregående kompetencebeskrivelser.

Dreyfuss-modellens fem kompetencetrin (14) er en anerkendt model for graduering af kompetencer, og er brugt som støtte i beskrivelsen af de forskellige kompetenceniveauer. Tidligere studier med Dreyfuss modellen har arbejdet med tidsestimater for erfaringsdannelsen henover de fem trin (15 og 16). For eksempel angiver modellen, at man kan forventes at være 'kompetent' efter 2-3 års erfaring med det enkelte fagområde, mens det først kan forventes at man bliver 'ekspert' efter minimum 5 år.

I forbindelse med fastsættelsen af en årsramme for erfaringsdannelse på de enkelte kompetenceniveauer hentes støtte gennem Dreyfuss modellens tidsangivelser. Nedenstående viser, hvorledes de ergoterapeutiske kompetenceniveauer i denne anbefaling er tilpasset kompetencetrinene fra Dreyfuss modellen.

Niveau 1	Basalt niveau	Dreyfuss 1 (nybegynder)	Dreyfuss 2 (avanceret nybegynder)
Niveau 2	Avanceret niveau	Dreyfuss 3 (kompetent)	Dreyfuss 4 (kyndig udøver)
Niveau 3	Specialiseret niveau	Dreyfuss 5 (ekspert)	

Metoder for udvælgelse af de ergoterapeutiske indsatser

Kompetenceprofilen fokuserer på kompetencer i ergoterapeuters praksis indenfor undersøgelse og intervention. Alle øvrige arbejdsroller og indsatsområder er enten udeladt eller henføres til øvrige generiske kompetencer.

Beskrivelsen af indsatser og kompetencer er struktureret ud fra ICF (4) og en ergoterapeutisk arbejdsprocesmodel (17). Den ergoterapeutiske arbejdsprocesmodel er generel og funderet i Basisbog for Ergoterapi, som også understøtter det beskrevne arbejdsfelt. I beskrivelsen af kompetenceområder er der valgt de to processer: undersøgelse og intervention ud fra den ergoterapeutiske arbejdsprocesmodel. Af tidsmæssige årsager har det været nødvendigt at sætte begrænsninger på bl.a. antal processer.

Eftersom arbejdsområdet ergoterapi og neurorehabilitering rummer stor kompleksitet har opgaven fra start været baseret på et afsnit om ergoterapeutiske indsatser med det formål at give kompetencebeskrivelsen en struktur og et mere klinisk anvendeligt perspektiv. Afsnittet omhandler de ergoterapeutiske indsatser har fra start været lagt an på aktuelle kliniske retningslinjer (6 og 18) samt danske vejledninger for neurorehabiliteringsforløb (1 og 29). De anvendte kliniske retningslinjer er fra Danmark (18) og England (6). I begge tilfælde har der stået nationale institutioner bag udarbejdelsen af retningslinjen. Der er i den sammenhæng gennemført systematiske litteratursøgninger. Systematikken fremgår transparent ved gennemlæsning af refererede materiale.

Særligt de engelske retningslinjer (UK) på området er omfattende og vurderes at have stor faglig relevans og kvalitet. De engelske retningslinjer bliver opdateret hvert andet år. Nuværende version er den femte. Der benyttes en særskilt del af retningslinjen rettet mod ergoterapeutiske indsatser.

Den danske nationale kliniske retningslinje (DK1) er målrettet ergoterapeuter og fysioterapeuter, men medtager et begrænset antal indsatser. Derfor er NKR primært relevant i forhold til inddragelsen af indsatser i relation til aktivitet og deltagelse. De engelske retningslinjer er mere omfattende og derfor anbefales det at læse begge nationale kliniske retningslinjer i deres helhed.

Dette med henblik på at opnå en forståelse for indholdet naturligvis, men særligt for at kunne forstå de metodiske tilgange som ligger bag. I anbefalingerne er indsatserne fra den engelske retningslinje oversat af projektskriver.

Beskrivelser af indsatser baseres endvidere på en dansk forløbsbeskrivelse fra Socialstyrelsen, som er af nyere dato og direkte retter sig mod den mest specialiserede socialfaglige indsats i dansk kommunal neurorehabilitering (DK2). Denne reference bliver vurderet som et aktuelt og relevant element ind i beskrivelsen af kompetencerne.

Kildenavn	Indhold	Forkortelse
National clinical guideline for stroke/ Occupational therapy concise guide for stroke (2016) (6 og 19)	Udvalgte ergoterapeutiske indsatser fra engelske nationale kliniske retningslinjer.	UK
National klinisk retningslinje for fysioterapi og ergoterapi til voksne med nedsat funktions- evne som følge af erhvervet hjerneskade (2014) (18)	Udvalgte indsatser fra dansk national klinisk retningslinje primært i relation til ergoterapi med indsatser ift ADL	DK1
Rehabilitering af voksne med kompleks erhvervet hjerneskade - på det mest specialiserede social-og specialundervisningsområde (2016) (9)	Udvalgte tværfaglige indsatser som er rettet mod det socialfaglige område.	DK2

Tabel 1. Oversigt over anvendt litteratur til ergoterapeutiske indsatser

Nationale kliniske retningslinjer er systematisk udarbejdede udsagn, der kan bruges af fagpersoner og patienter, når de skal træffe beslutninger om passende og korrekt sundhedsfaglig ydelse i specifikke kliniske situationer.

Definition på klinisk retningslinje
(Sundhedsstyrelsen) (20).

Ergoterapeutisk arbejdsprocesmodel for neurorehabilitering

Følgende tekst er baseret på ergoterapeutisk teori (17 og 21) og har til formål at fæstne kompetenceprofilen i en ergoterapeutisk kontekst med beskrivelse af roller (21) og arbejdsprocesmodel (17) samt afgrænse opgaven med at beskrive kompetencerne. Se også ergoterapeutiske roller beskrevet i bilag 2.

Ergoterapeutisk arbejdsproces

Kompetencer er formuleret i forhold til den arbejdsproces, der er forbundet med ergoterapeutiske indsatser i dansk kontekst (s.187 i Basisbog i Ergoterapi) (17).

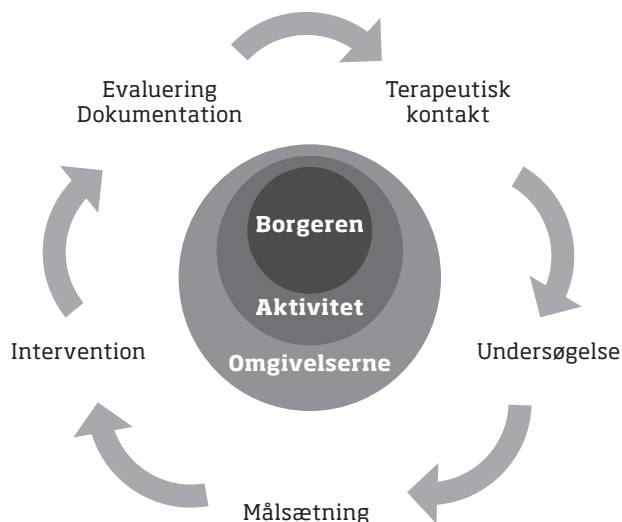
Etablering af den terapeutiske kontakt: Udvikler en terapeutisk kontakt og en fælles forståelse som kan bære samarbejdet igennem rehabiliteringsforløbet. Klientcentrering er gennemgående tema.

Undersøgelse: Udfører individualiseret ergoterapeutisk aktivitetsbaseret undersøgelse for at identificere faktorer som kan facilitere, kompensere eller inhibere aktivitetsudførelse i borgerens relevante kontekst. Undersøgelsen indbefatter undersøgelse på alle ICF niveauer.

Målsætning og klientinddragelse: Inddrager borger og andre relevante personer i identifikation og prioritering af styrker og svagheder med henblik på at aftale realistiske mål for den ergoterapeutiske intervention.

Intervention: Implementerer ergoterapeutiske interventioner med henblik på at optimere sikker og effektiv deltagelse i relevant kontekst. Herunder medinddrages psykosociale problemstillingerens aktuelle og langsigtede konsekvenser.

Evaluering og dokumentation: Evaluerer løbende og afsluttende, dokumenterer og kommunikerer den ergoterapeutiske undersøgelse og intervention sammen med / til borgeren og det tværfaglige team for at sikre optimalt resultat og klienttilfredshed.



Figur 4. Dansk Ergoterapi Proces Model.

Figur 4. er en generisk procesmodel for dansk ergoterapi udarbejdet af kildemateriale fra basisbogen i ergoterapi (17). Modellen er genereret til denne kompetencebeskrivelse med henblik på at give et overblik af arbejdsprocessen og tydeliggøre prioriteringen over de beskrevne områder for indsatser og kompetencer.

Prioriteringen af de ergoterapeutiske indsatser

Hovedprioriteten er at kompetencemodellen skal målrettes det kliniske arbejde med borgerne. De ergoterapeutiske indsatser er således fokuseret på borgerens deltagelse i hverdagslivet, de underliggende aktivitetskomponenter (kroppens funktioner og anatomi) og/eller personlige og omgivelsesmæssige faktorer. Undersøgelse og intervention er trukket ud som de væsentligste parametre fra den ergoterapeutiske arbejdsprocesmodel med henblik på at tydeliggøre de arbejdsområder, som ergoterapeuter primært beskæftiger sig med i den direkte kommunale og regionale neurorehabilitering og de dertil hørende nødvendige kompetencer.

Ergoterapeutiske indsatser

Kompetenceområderne for ergoterapeuter baserer sig på udvalgte indsatser fra den nationale kliniske retningslinje for apopleksi (6) i England (UK) samt lignende arbejde i Danmark (DK1+2) (18 og 22).

Indsatserne indeholder til dels anbefalinger om brugen af standardiserede undersøgelses- og måleredskaber uden at specificere konkrete redskaber. Det anbefales, at anvendte undersøgelsesredskaber for ergoterapeuter primært baseres på observation, interview og måling af borgeren i aktivitetsmæssig sammenhæng.

Ergoterapeutiske indsatser har et aktivitetsbaseret paradigme samtidig med, det sætter borgerne i centrum. Dette er afspejlet i gennemgangen af kompetenceprofilerne hvor aktivitet og deltagelse står først.

I det følgende kapitel er indsatsområder delt ind i kategorier ud fra ICF's overordnede terminologi.

Aktivitet og deltagelse:

Aktivitet og deltagelse:

Danske nationale kliniske retningslinjer for og ergoterapi og fysioterapi til voksne med erhvervet hjerneskade (18) peger på ADL området som et centralt område for interventionen (DK1). Anbefalingerne lyder:

- At der er god evidens for at tilbyde træning i PADL (Physical Activities of Daily Living - basale daglige gøremål), IADL (Instrumental Activities of Daily Living - mere komplekse, udadvendte aktiviteter) og fritidsaktiviteter til borgere med erhvervet hjerneskade med henblik på forbedring af funktionsevnen. Derudover at det også er god praksis, at tilbyde træning i PADL, IADL og fritidsaktiviteter til borgere med erhvervet hjerneskade med henblik på vedligeholdelse af funktionsevnen.
- At træning i PADL, IADL og fritidsaktiviteter bør overvejes i hele forløbet uanset grad af funktions-evnedsættelse med tilpasning af metoder og rammer til den konkrete situation med henblik på at forbedre og vedligeholde funktionsevnen.
- At hyppighed, varighed af hver seance og intensitet for træningen i PADL, IADL og fritidsaktiviteter er afhængig af den forudgående individuelle vurdering og pågående evaluering af borgeren.
- At borgere med erhvervet hjerneskade kan foretage selvtræning inden for PADL, IADL og fritidsaktiviteter, såfremt relevante fagpersoner efter instruktion og vejledning af borgeren med erhvervet hjerneskade vurderer det sikkert og relevant. I den forbindelse kan der foretages undervisning og formidling til pårørende og andre fagpersoner i forhold til selvtræning af mere kompleks karakter, således at der ydes den rette støtte til borgeren, og at borgeren derved kan varetage initiativer, der forbedrer og/eller vedligeholder evnen til at udføre betydningsfulde og nødvendige aktiviteter.
- At træning i PADL, IADL og fritidsaktiviteter tilbydes og ved behov superviseres af fagpersoner, der har specifikke kompetencer i anvendelse af relevante metoder, der anvendes under træning i PADL, IADL og fritidsaktiviteter.

Engelske guidelines (UK) (6) peger på:

- At ergoterapeuter skal muliggøre betydningsfulde dagligdagsaktiviteter ved blandt andet aktivitetstræning, mobilisering og facilitering.
- Alle borgere skal formelt undersøges for deres sikkerhed og selvstændighed i alle relevante ADL af en terapeut med tilstrækkelig specialisering, og resultaterne skal dokumenteres ved brug af et standardiseret undersøgelsesredskab.
- Borgere som har begrænsninger i deres ADL udførsel efter hjerneskade skal henvises til ergoterapeut med erfaring i neurologisk rehabilitering. Borgeren skal undersøges snarest efter henvisningen og skal tilbydes rehabilitering af de identificerede vanskeligheder (det være sig spisning, påklædning etc.) af ergoterapeuten som også involverer andre medlemmer af det tværfaglige neurorehabiliteringsteam.
- Borgere med hjerneskade skal ved behov tilbydes specifik rehabilitering, som indeholder (UK):
 - Aktivitetstræning (i påklædning hvis der er vanskeligheder med at klæde sig på).
 - Så mange muligheder for træning af aktiviteten som muligt.
 - Undersøge, tilpasse og træne brugen af udstyr eller løsninger som øger sikker selvstændighed.
 - Vejlede og hjælpe familie og plejere i, hvordan de bedst kan hjælpe borgeren med hjerneskade.

Yderligere ADL (UK):

Borgere hvis ADL er påvirket efter hjerneskade skal:

- Undersøges af ergoterapeut med erfaring indenfor neurologiske vanskeligheder
- Træne i at opnå bedre aktivitetsudøvelse på en sikker måde og blive givet så mange muligheder til at øve som vurderes relevant under supervision, forbeholdt at aktiviteten er potentielt mulig at bedre sig i.
- Tilbydes og trænes i at bruge tilpasninger eller udstyr, som der er behov for, sådan at aktiviteter kan udføres sikkert.

Spise og drikke:

Området for spise og drikke er udeladt her, da der er udviklet ergoterapeutiske kompetencebeskrivelser for dysfagi. Der henvises til denne for nærmere information (10).

Arbejde og fritid (UK):

Borgere med hjerneskade skal spørges til deres arbejds- og fritidsaktiviteter før skaden.

Borgere, som har et potentiale for at vende tilbage til arbejde efter deres hjerneskade, skal:

- I samarbejde med jobcenter/beskæftigelsesafdelingen og gennem deres arbejdsgiver have etableret en tilbagevendelsesaftale med kravsspecifikationer.
- Undersøges kognitivt, sprogligt og praktisk for at etablere potentialet for at vende tilbage.
- Rådgives i forhold til mest egnede tidspunkt og måde at vende tilbage på, hvis dette vurderes muligt.
- Henvises gennem jobcenter/hjerneskadekoordinator til jobstøttespecialist for borgere med handicap, hvis der er behov for mere støtte eller rådgivning.
- Henvises til et specialiseret arbejdsrehabiliteringsteam, hvis jobcenteret ikke kan tilbyde den nødvendige rehabilitering.

Sociale relationer og deltagelse (UK):

Som en del af en plan for bedre at klare sig selv, da skal borgere med erhvervet hjerneskade støttes i at identificere sociale og fritidsaktiviteter, som de ønsker at deltage i, når deres kognitive og praktiske færdigheder tages med i betragtning. Ergoterapeuter og andet personale skal:

- Rådgive borgeren med erhvervet hjerneskade og deres familie/personale omkring fordelene ved at deltage i sociale- og fritidsaktiviteter.
- Identificere og hjælpe med at overkomme enhver barriere for deltagelse (eks. lav selvtillid eller mangel på transport).

Seksuelle funktioner (UK):

Borgere med hjerneskade skal spørges, tidligt efter udskrivelse og ved deres opfølgende undersøgelse, om de har nogle bekymringer, hvad angår deres seksuelle funktion. Partnere skal også have en mulighed for at drøfte, om de oplever nogle problemer.

Kroppens funktioner:

Armfunktion (UK):

Hele kroppens muligheder for bevægelse og udøvelse i aktivitet skal evalueres og tages med i betragtning i forhold til endelig rehabiliteringsplan. Traditionelt er der særligt fokus fra ergoterapeuters side på arm- og håndfunktion.

- Borgere med hjerneskade som har potentiale for - eller har - aktuel armbevægelse skal gives enhver lejlighed til at praktisere funktionel aktivitet. Den praktiske træning skal være karakteriseret af høj intensitet, gentagelser og være aktivitetsspecifik. Aktiviteterne kan være bilaterale eller unilaterale afhængig af aktiviteten.
- Borgere med hjerneskade som har 20 graders aktiv håndleds ekstension og 10 grader af aktiv finger ekstension i den afficerede hånd, skal overvejes at tilbydes Constraint Induced Movement Therapy (CIMT).
- Borgere med hjerneskade som er vurderet kognitivt egnet til at deltage i mental træning af en aktivitet, skal trænes og opfordres til at bruge det til at bedre armfunktionen, som et supplement til konventionel terapi.
- Borgere med reduceret armfunktion efter en hjerneskade, skal kun tilbydes robotassisteret bevægelses terapi eller neuromuskulær elektrisk stimulation som et supplement til konventionel terapi i en kontekst af klinisk afprøvning.
- Borgere uden bevægelse i den afficerede arm/hånd skal trænes i at tage sig af denne arm samtidig som de løbende reevalueres i forhold til ændring.
- Overvej at tilbyde virtual reality-træning af overekstremitet (OE) til borgere med erhvervet hjerneskade med henblik på forbedring af funktionsevnen. (DK)

Skuldersmerte og subluxation (UK):

Borgere med funktionelt tab i deres arm efter erhvervet hjerneskade skal have deres risiko for at udvikle skuldersmerte reduceret ved at:

- Omhyggelig positionering af armen, sådan at vægten af armen er understøttet.
- Sikre sig at familie og personale håndterer den afficerede arm korrekt, samt undgå for megen mekanisk stress og overdrevet bevægelsesudslag.
- Undgå brugen af skulderslynger som går omkring halsen og skal trække op i armen.

Spasticitet og kontrakturprofylakse (UK):

Borgere med nedsat motorik efter erhvervet hjerneskade skal vurderes for spasticitet som en årsag til smerte, som en faktor som begrænser aktiviteter eller pleje, og som en risikofaktor for at udvikle kontrakturer.

Sanser:

Sensibilitet (UK)

Borgere med erhvervet hjerneskade skal screenes for ændret sensibilitet og i fald den er ændret, da undersøges for sensoriske vanskeligheder ved brug af standardiserede målinger.

Syn (UK):

Borgere med erhvervet hjerneskade skal:

- Synsevnen screenes. Hvis de bærer briller, er det vigtigt, at de har dem på ved screeningen for at vurdere deres evne til at læse avis og at se genstande tydeligt på afstand.
- Der skal screenes for tilstedeværelsen af synsfeltsudfald (eks. hemianopsi) og øjenmotoriske deficit (strabismus eller andre bevægelsesvanskeligheder).

Mentale funktioner:

Kognition (UK):

- Borgere med erhvervet hjerneskade må vurderes til (i det mindste i den tidlige fase) at have nogle kognitive vanskeligheder. Rutinemæssige screeninger skal foretages for at identificere borgerens funktionelle niveau ved at bruge standardiserede målinger.
- Alle borgere med erhvervet hjerneskade, som ikke gør fremskridt som forventet i rehabiliteringen, skal modtage en detaljeret undersøgelse for at bestemme om kognitive vanskeligheder er ansvarlige. Resultatet af undersøgelsen skal fremlægges og forklares for borgeren, dennes familie og det tværfaglige team.
- Borgere med kognitive vanskeligheder efter hjerneskade som bliver udskrevet fra sygehus, skal modtage en undersøgelse af de vedvarende kognitive vanskeligheder ift. om de udgør en sikkerhedsrisiko. Information om risikoen skal kommunikeres videre til det primære team, sammen med en mulig kognitiv-status som kan vise, hvorledes de er påvirket på deres beslutningstagning og dømmekraft.

- Borgere med hjerneskade som skal vende tilbage til kognitive udfordrende aktiviteter, skal have deres kognition undersøgt fuldt ud.
- Borgere med kroniske vedvarende kognitive vanskeligheder efter hjerneskade skal vurderes for at blive tilbudt omfattende interventioner rettet mod at udvikle kompensatorisk adfærd og lære adaptive færdigheder.

I ft. sidstnævnte punkt beskriver forløbsbeskrivelse for mennesker med komplekse hjerneskader fra Socialstyrelsen (9) følgende tiltag(DK2):

- Meta-Kognitive-Strategier (MKS) MKS retter sig mod træning af metakognitive strategier ved nedsat eksekutiv funktion. Konkret bygger MKS på, at borgeren lærer at kompensere for sine eksekutive vanskeligheder eller lærer at være opmærksom på sin udførelse med henblik på anvendelse af strategier. Det centrale i MKS er, at borgeren lærer at overvåge sine handlinger ved at bryde komplekse opgaver op i mindre dele og tænke strategisk.

Apraksi (UK):

Borgere, som har vanskeligheder med at udføre/eksekvere opgaver efter hjerneskade, trods det at de har adækvat bevægelse af kroppen, skal undersøges for tilstedeværelse af apraksi ved at bruge en standardiseret måling.

Opmærksomhed og koncentration (UK):

Borgere, som virker let afledelige eller som ikke er i stand til at koncentrere sig efter hjerneskaden, skal have deres opmærksomhedsevner undersøgt ved at bruge standardiseret måling.

Executive funktioner (UK):

Se også under apraksi. Borgere som virker til at have adækvate færdigheder til at udføre komplekse aktiviteter, men fejler i at initiere, organisere eller styre adfærd skal undersøges for dysexekutivt syndrom ved brug af standardiserede målinger.

Hukommelse (UK):

Borgere med erhvervet hjerneskade som rapporterer hukommelsesvanskeligheder og de som overvejes at have problemer med at lære og huske, skal have deres hukommelse undersøgt ved brug af standardiserede målinger.

Perception (UK):

Borgere hvor det lader til, at de har perceptuelle vanskeligheder, skal have deres perception undersøgt ved brug af standardiserede målinger.

Rumlige opmærksomhed (UK):

Borgere med erhvervet hjerneskade som rammer den non-dominante cerebrale hemisfære skal vurderes i risiko for nedsat opmærksomhed på den kontra-laterale side og skal undersøges ved standardiserede målinger. Ved måling af problemer med opmærksomheden hos borgere med hjerneskade, skal klinikere bruge et standardiseret testbatteri og effekten i funktionelle aktiviteter såsom påklædning og mobilitet skal indgå.

Mental træthed:

Borgere med erhvervet hjerneskade som er medicinsk stabile, men som viser tegn på udtrætning, skal tilbydes undersøgelse for kognitive og fysiske faktorer som kan være bidragende, specielt når engagement i rehabiliteringen og livskvalitet er påvirket (UK).

Mental udtrætning optræder hyppigt hos borgere med erhvervet hjerneskade. Det betragtes som et multifacetteret fænomen, da det griber ind i mange aspekter af borgerens liv. Mental udtrætning gør det sværere at vende tilbage til arbejde og deltage i sociale aktiviteter. Det ledsages også ofte af irritabilitet, følsomhed over for stress, koncentrationssvanskeligheder, følelsesmæssig ustabilitet, hovedpine m.m. Det kan tage op til flere år, før borgere med mental udtrætning finder en balance mellem hvile og daglige aktiviteter, samt finder strategier og accept af den nye situation. I relation til intervention er der en tendens i retning af at lære borgeren at håndtere trætheden på en hensigtsmæssig måde - Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR) nævnes som metode(DK2).

Fald og bekymring for at falde (UK):

Borgere med erhvervet hjerneskade bør tilbydes vurdering af faldrisiko og håndtering af dette som en del af neurorehabiliteringen. Dette bør også inkludere træning og rådgivning samt praktiske anvisninger af hvordan man rejser sig efter et fald. Indsatserne skal rettes mod såvel borger, pårørende som relevant personale.

Angst, depression og psykologisk stress (UK):

Borgere med erhvervet hjerneskade som har en mental lidelse som f.eks. depression, skal også vurderes for, om der kan være tilstødt andre psykiske reaktioner som f.eks. angst.

Temperament og personlighed (DK2):

Borgere kan som følge af hjerneskaden, udvise en upassende eller udadreagerende adfærd. Det er væsentligt, at fagpersonerne udarbejder en detaljeret neurofaglig beskrivelse af indsatsen. Beskrivelsen skal indeholde en individuel udredning af borgerens adfærd, hvor der blandt andet er fokus på de sociale og omgivelsesmæssige hændelser, der potentielt kan udløse en udadreagerende adfærd. I den forbindelse er det vigtigt at have øje for, at der også kan være årsager til adfærden, som kan imødekommes ved tiltag rettet mod f.eks. følelsesmæssige reaktioner, mistede kommunikative kompetencer, smerte mv. Beskrivelsen skal ligeledes indeholde en gennemgang af procedurer og faglige tilgange, så der sikres en ensartet og objektiv faglig tilgang. Beskrivelsen skal indbefatte en løbende monitorering og evaluering af borgerens mål for udviklingen, så snart indsatsen påbegyndes. I så fald målene ikke nås, skal fagpersonerne foretage en revurdering. Som konkrete metoder nævnes også Positive Behaviour Support (PBS), Differential Reinforcement (DR) og Self-Monitoring-Training (SMT).

Omgivelser:

Produkter og teknologi (DK2):

Ergoterapeuter kan benytte teknologiske hjælpemidler til at understøtte borgerens inddragelse i egen rehabilitering. Dette kan eks. ske via Talking Mats som kommunikationsstøtte til afasiramte borgere. Eller det kan være electronic portable assistive devices (EPAD), som kan give struktur og planlægning til en dagligdag. Indsatser kan være rettet mod pårørende ift. at inddrage, informere, uddanne mv. Her nævnes psykosociale pårørende interventioner og uddannelsesprogrammer samt kommunikativ partnertræning.

Personlige forhold:

Indsatser rettet mod personlige forhold (DK2):

Den enkeltes identitet og de heraf følelsesmæssige udfordringer fordrer også behov for indsatser. Her nævnes indsatser som rettes mod at håndtere og mestre personlige- og identitets- og følelsesmæssige udfordringer. Herunder nævnes kognitiv adfærdsterapi og brugen af narrative tilgange.

Kompetencer

I dette kapitel beskrives anbefalede faglige kompetencer på de tre specialiseringsniveauer. Kompetence forstås som den professionelle personlige og selvstændige anvendelse af viden og færdigheder. Niveaubeskrivelserne bygger derfor på begreberne viden, færdigheder og kompetencer. Terminologien refererer til kvalifikationsrammen for livslang læring af Uddannelses- og Forskningsministeriet (12).

- **VIDEN** omfatter både viden om et emne og forståelse, det vil sige om man kan sætte sin viden i sammenhæng og forklare den for andre. Viden kan være praktisk og teoretisk.
- **FÆRDIGHEDER** er det, som man kan gøre eller udføre. Det kan både være praktiske, kognitive, kreative og kommunikative færdigheder.
- **KOMPETENCER** er evnen til at anvende viden og færdigheder i en given kontekst. Her er ansvar og selvstændighed centrale begreber.

Foregående afsnit omhandlende den ergoterapeutiske arbejdsproces og indsatser skal ses integreret i dette afsnit om kompetencer. Kompetenceafsnittet synes meningsfyldt at indlede med et afsnit om grundlæggende neurofaglig tilgang, som en grundviden alle skal være i besiddelse af, uanset niveau og sektor. Herefter følger beskrivelsen af specifikke kompetencer ergoterapeuterne bør besidde.

Grundlæggende neurofaglig tilgang

Alle ergoterapeuter som arbejder med neurorehabilitering af borgere med erhvervet hjerneskade – uafhængig af sektor/niveau placering – skal efter ansættelse introduceres til grundlæggende principper for en neurofaglig tilgang. Flere andre lande arbejder med læringsmoduler og løsninger for oplæring (23 og 24), som bl.a. indeholder:

- Grundlæggende forståelse for hjernens funktion ift. fysiske, mentale og adfærdsmæssige funktioner – og at hjernes funktioner kan være midlertidig eller permanent påvirket.
- Grundprincipper for involvering af en borger med erhvervet hjerneskade, herunder kommunikation med borgere med hjerneskade.
- Grundprincipper for og viden om neurorehabilitering (eksempler i bilag 3).
- Grundprincipper for tværfaglighed og samarbejdsformer i den rehabiliterende proces med borgeren, pårørende og det øvrige team, hvilket bl.a. handler om

gensidig viden om og anerkendelse af egne og andres kompetencer og begrænsninger.

- Gennemgang af indsatser og kompetencebeskrivelse for ergoterapeuter jævnfør denne skrivelse.
- Mesterlære, hvor uerfarne ergoterapeuter kan arbejde tæt sammen med mere erfarne ergoterapeutiske kollegaer.
- Systematisk refleksionspraksis

Ergoterapeutiske kompetencer

Kompetenceskemaerne er kategoriseret efter ICF og inddelt i viden, færdigheder og kompetencer.

- **Niveau 1:** er basalt niveau og omfatter grundlæggende kompetencer for ergoterapeuter med op til to års relevant neurofaglig erfaring og ergoterapeuter, som kan arbejde med forskellige diagnosegrupper.

- **Niveau 2:** er avanceret niveau og omfatter indgående kompetencer for ergoterapeuter med flere end to års neurofaglig erfaring, arbejdende på regionalt eller avanceret niveau. Dette niveau retter sig mod ergoterapeuter som primært arbejder med det neurologiske område.

- **Niveau 3:** er specialiseret niveau, og der er tale om omfattende kompetencer for ergoterapeuter på regionalt eller avanceret niveau eller i den specialiserede og højt specialiserede indsats. Ergoterapeuterne arbejder i alt overvejende grad med neurorehabilitering. Ergoterapeuterne her har over seks års erfaring og kan have subspecialiseret sig yderligere i bestemte områder.

Inden for hvert niveau beskrives:

- Almindelige indsatsområder for ergoterapeuter med terapeutisk funktion
- Almindelige arbejdsopgaver for ergoterapeuter med terapeutisk funktion
- Arbejdserfaring og uddannelsesmuligheder
- Kompetencebeskrivelse for udredning og intervention

Kompetencer for ergoterapeuter på niveau 1 (basalt)

Ergoterapeuter med kompetencer svarende til grunduddannelse samt relevant erfaring og eventuelt efteruddannelse. Ergoterapeuterne arbejder med indsatser i forhold til flere diagnosegrupper.

Almindelige arbejdsområder	Ergoterapeuter ansat på sygehus eller i kommunen med ansvar for flere forskellige diagnosegrupper. Eksempelvis ansat med ansvar på hovedfunktion eller basalt niveau. Kan dog også være ansat på andre niveauer, men da med mindre erfaring og kurser bag sig. Medarbejderne har generalistkompetencer og kan have andre arbejdsopgaver, f.eks. hverdagsrehabilitering og almen genoptræning.
Almindelige funktioner	Udredning af grundlæggende/mere enkle aktivitetsproblemer, iværksætte og gennemføre aktivitetstræning, implementere kompensatoriske løsninger. Udføre rådgivning og undervisning indenfor grundlæggende problemstillinger.
Krav til udstyr	Der kan anvendes almindeligt forekommende hjælpemidler og andet udstyr, som ikke kræver særlige kompetencer at anvende.
Kompetencebeskrivelse	Uddannede ergoterapeuter med kompetencer svarende til grunduddannelse samt relevant erfaring og eventuelt efteruddannelse. Ergoterapeuterne har grundlæggende viden, færdigheder og kompetencer ift. borgere med lette og moderate hjerneskader. Det basale niveau kan deltage i forskningsaktiviteter i samarbejde med det specialiserede niveau.
Aktuel arbejdserfaring og uddannelse	Relevant arbejdserfaring i relation til neurorehabilitering fra nyuddannet til to års erfaring indenfor det neurologiske område. Derudover har ergoterapeuter i denne kompetencekategori grunduddannelse - ergoterapi, tværfaglig introduktion, faglig vejledning og supervision som relateres til den daglige praksis via mesterlære fra kollegaer med erfaring eller kollegaer fra højere kompetenceniveau. Monofaglig introduktion, faglig vejledning og supervision som relateres til den daglige praksis.



Niveau 1	Viden	Færdigheder	Kompetencer
<i>Aktivitet og deltagelse</i>	Grundlæggende viden om aktuel forskningsbaseret viden og metoder indenfor neurologi og neurorehabilitering i relation til undersøgelse af aktivitet og deltagelse. Ergoterapeuten har neurofaglig viden fra grunduddannelsen samt relevant neurofaglig efteruddannelse (f.eks. ved et introduktionsprogram som er målrettet neurorehabilitering på den enkelte arbejdsplads, har erfaring med og viden om udførelse af undersøgelse af aktivitet og deltagelse på en række forskellige neurologiske borgere.)	Færdigheder med afsæt i viden, som rummer rutine og grundlæggende erfaring med egen praksis. Kan via klinisk ræsonnement forholde sig til problemstillinger af let til moderat grad af kompleksitet og handle på dem. Yder selvstændig neurorehabilitering integreret i ergoterapeutisk undersøgelse til borgere med let til moderat kompleksitet. Kan udføre undersøgelsesopgaven selvstændigt på basalt niveau og har behov for sparring ved mere komplekse opgaver. Anvender generelle undersøgelsesmetoder og redskaber med fokus på aktivitet og deltagelse og med udgangspunkt i borgerens hverdag. Informerer og koordinerer den monofaglige indsats i et interdisciplinært samarbejde med afgrænset koordinati-on og involvering af et begrænset antal fagprofessionelle.	Er selvstændigt, sikkert og effektivt i stand til at gennemføre undersøgelse af borgere med let til moderat hjerneskade. Ergoterapeuten kommunikerer indholdet af den aktuelle udredning tydeligt og relevant til borgeren, pårørende, kollegaer og øvrige samarbejdspartnere. Identificerer via aktivitetsanalyse grundlæggende ressourcer og vanskeligheder hos den enkelte borgers funktionsevne. Har indsigt i egne begrænsninger og kan ved behov efterspørge / henvise til yderligere støtte hos kollegaer eller på niveau 2 eller 3.
<i>Kroppens anatomi og funktioner</i>	Har grundlæggende viden om kroppens anatomi og funktioner. Ved hvorledes borgere kan undersøges for nedsat sensomotorisk eller kognitiv funktion.	Kan undersøge overordnet i forhold til motoriske og kognitive problematikker af let til moderat karakter (mere enkle problemstillinger). Kan selvstændigt vurdere og evaluere arm - og håndfunktion relateret til at øge armfunktionsniveauet i hverdagen. Kan vurdere kognitive funktioner i relation til aktivitet og deltagelse (mere enkle problemstillinger). Kan vurdere og analysere forflytninger, siddestillinger og eventuelt tryksårsforebygelse.	Identificerer problemområder som baggrund for årsagssammenhænge eller som har behov for yderligere udredning (evt. via henvisning til avanceret eller specialiseret niveau eller andre faggrupper)

Undersøgelse

Niveau 1	Viden	Færdigheder	Kompetencer
<i>Omgivelser</i>	Har grundlæggende viden om de fysiske og sociale omgivelser betydning, kendskab til almindelige hjælpemidler og teknologi.	Kan vurdere på omgivelsernes betydning for aktivitetsudførelse. Kan gennemføre generel undersøgelse af brugen af de mest almindelige hjælpemidler og teknologier.	Kan indgå i opgaver som omhandler analysen af enkle boligændringer, afklaring af fremtidig boform, afprøvning af udstyr mv. Anvendelse af udstyr kan være almindeligt forekommende hjælpemidler og andet udstyr, som ikke kræver særlige kompetencer at anvende. Analysere hvilke faktorer, der fremmer eller hæmmer aktivitetsudførelse.
<i>Personlige faktorer</i>	Har grundlæggende viden omkring vigtigheden af motivation og inddragelsen af borgeren i egen rehabilitering og redskaber til brug for dette.	Har redskaber til at støtte en proces hvor personlige forhold afklares i den fremadrettede rehabiliteringsproces. Kan interagere i og med pårørende til grundlæggende undersøgelser.	Opbygge en terapeutisk kontakt til den enkelte borger. Udrede for faktorer som kan være en ressource eller en hæmmende faktor for borgerens videre rehabilitering.



Niveau 1	Viden	Færdigheder	Kompetencer
<i>Aktivitet og deltagelse</i>	Grundlæggende viden om aktuel forskningsbaseret viden og metoder indenfor neurologi og neurorehabilitering i relation til aktivitet og deltagelse og intervention. Ergoterapeuten har neurofaglig viden fra grunduddannelsen samt relevant neurofaglig efteruddannelse (f.eks. ved et introduktionsprogram som er målrettet neurorehabilitering på den enkelte arbejdsplads, grundlæggende viden om brugen af aktivitet og deltagelse i intervention og rehabilitering).	Har færdigheder med afsæt i viden, som rummer rutine og grundlæggende erfaring med egen praksis. Kan via klinisk ræsonnement forholde sig til problemstillinger af let til moderat grad af kompleksitet og handle på dem. Yder selvstændig neurorehabilitering til borgere med let til moderat kompleksitet. Informerer og vejleder den enkelte borger og dennes pårørende omkring adaptation til ændrede livssituation. Med udgangspunkt i de regionale og kommunale kvalitetsstandarder og/eller indholdet i genoptræningsplaner udarbejdes i samarbejde med borgeren målsætning og plan for den videre rehabilitering. Herunder igangsætte, justere, evaluere og dokumentere de terapeutiske interventioner. Kan udføre opgaven selvstændigt på basalt niveau og har behov for sparring ved mere komplekse opgaver. Anvender generelle træningsmetoder og redskaber med fokus på aktivitet og deltagelse og med udgangspunkt i borgerens hverdag. Informerer og vejleder den enkelte borger og dennes pårørende omkring adaptation til ændrede livssituation. Informerer og koordinerer den monofaglige indsats i et interdisciplinært samarbejde med afgrænset koordination og involvering af et begrænset antal fagprofessionelle.	Er selvstændigt, sikkert og effektivt i stand til at gennemføre interventioner til borgere med let til moderat hjerneskade. Kan selvstændigt graduere og gennemføre aktivitetsbaseret intervention til borgere med hjerneskade. Kan samarbejde med relevante tværfaglige kollegaer, med andre myndighedsinstanser og med pårørende. Har indsigt i egne begrænsninger og kan ved behov efterspørge/henviser til yderligere støtte hos kollegaer eller på kompetenceniveau 2 eller 3. Kan kommunikere budskaber vedrørende de ergoterapeutiske indsatser ift. forskellige aftagere (fagligt og alment mellemmenneskeligt). Kan ivaretage genoptræningsplaner udskrevet til almen genoptræning.

Intervention

Niveau 1	Viden	Færdigheder	Kompetencer
<i>Kroppens anatomi og funktioner</i>	Har grundlæggende viden om kroppens anatomi og funktioner. Ved hvorledes borgere kan behandles for nedsat sensomotorisk eller kognitiv funktion.	Gennemfører intervention rettet mod motoriske og kognitive problematikker af let til moderat karakter. Igangsætter, justerer og evaluerer selvstændigt træning af arm- og håndfunktion relateret til øget funktionsniveau i hverdagen. Gennemfører forflytninger, lejringer, siddestillinger og eventuelt tryksårforebyggelse som en integreret del af interventionen. Instruerer i brugen af kompenserende hjælpemidler og bandager.	Identificerer problemområder som kan forklare årsagssammenhænge eller som har behov for avanceret eller specialiseret udredning eller intervention (evt. via henvisning til avanceret eller specialiseret niveau eller andre faggrupper).
<i>Omgivelser</i>	Har grundlæggende viden om de fysiske og sociale omgivers betydning, og kendskab til almindelige hjælpemidler og teknologi.	Kan afprøve forskellige mulige ændringer og vejlede i beslutningen omkring ændringer i omgivelserne (midlertidige eller varige). Kan støtte og graduere i aktivitetens sværhedsgrad ved at ændre i omgivelserne.	Kan indgå i opgaver som omhandler boligændringer, afklaring af fremtidig boform, afprøvning af udstyr etc. Anvendelse af udstyr kan være almindeligt forekommende hjælpemidler og andet udstyr, som ikke kræver særlige kompetencer at anvende.
<i>Personlige faktorer</i>	Har grundlæggende viden omkring vigtigheden af motivation og inddragelsen af borgeren i egen rehabilitering og redskaber til brug for dette.	Har redskaber til at støtte en proces hvor personlige forhold afklares og implementeres i den fremadrettede rehabiliteringsproces.	Kan opbygge en terapeutisk kontakt til den enkelte borger Kan støtte borgerens inddragelse i egen rehabilitering.



Kompetencer for ergoterapeuter på niveau 2 (avanceret)

Ergoterapeuter med særlige kompetencer inden for deres fagområde, hvilket vil sige grunduddannelse med efteruddannelse på højere niveau samt relevant erfaring. Ergoterapeuterne arbejder primært med indsatser i forhold til den specifikke borgergruppe og indgår i løbende kompetenceudvikling.

Almindelige arbejdsområder	Ergoterapeuter som primært arbejder på sygehus, i kommunal eller privat kontekst og som har neurorehabilitering som primære eller eneste arbejdsområde.
Almindelige funktioner	Ergoterapeuter kan udrede og behandle på aktivitets- og deltagelses- samt på kropsniveau i forhold til borgere med moderate og svære hjerneskader. Problemstillingerne er mere omfattende og har typisk betydning for flere livsområder.
Krav til udstyr	Der kan anvendes hjælpemidler og udstyr, som er kostbart og/eller som kræver særlige kompetencer at anvende.
Kompetencebeskrivelse	Genoptræningsindsatserne varetages af autoriserede ergoterapeuter med særlige kompetencer inden for deres fagområde, hvilket vil sige grunduddannelse med efteruddannelse på højt niveau samt relevant erfaring. Ergoterapeuterne arbejder primært med indsatser i forhold til den specifikke borgergruppe og indgår i løbende kompetenceudvikling. Det avancerede niveau kan deltage derudover i forskningsaktiviteter i samarbejde med det specialiserede niveau.
Aktuel arbejdserfaring og uddannelse	Ergoterapeuter skal have mindst to års relevant arbejdserfaring med neurorehabilitering af borgere med komplekse hjerneskader. Derudover skal ergoterapeuterne have gennemgået flere ugelange specialiserede kurser, som kan omhandle udredningen eller interventionen af sensomotoriske, kognitive eller psykologiske problemstillinger.

Undersøgelse

Niveau 2	Viden	Færdigheder	Kompetencer
<i>Aktivitet og deltagelse</i>	<i>Foruden indholdet på basalt niveau bør viden indeholde:</i> En indgående og specifik viden om aktuel forskningsbaseret viden og metoder indenfor neurologi og neurorehabilitering, der løbende opdateres nationalt og internationalt. Bred teoretisk og praktisk erfaring med området. Kan vidensdele på både praktisk og teoretisk niveau. Har stor indsigt i teoretisk viden og kan forholde sig kritisk til den og implementere den relevante viden i praksis. Særlige kompetencer inden for fagområdet, hvilket vil sige grunduddannelse med efteruddannelse på højt niveau. Ergoterapeuten arbejder primært med opgaver i forhold til neurorehabilitering.	<i>Foruden indholdet på basalt niveau bør færdighederne indeholde:</i> Færdighederne bygger på specialiserede kurser indenfor aktivitetsanalyse. Desuden bygger færdighederne på den samlede erfaring med målgruppen over års arbejde. Kan forholde sig til problemstillinger af moderat til svær grad af omfattende kompleksitet og handle på dem. Yder selvstændig neurorehabilitering integreret i ergoterapeutisk undersøgelse af borgere med moderat til svær kompleksitet. Med udgangspunkt i de regionale /kommunale kvalitetsstandarder udarbejdes i samarbejde med borgeren målsætning og plan for den videre rehabilitering. Herunder evalueres og dokumenteres de terapeutiske indsatser. Anvender validerede udredningsredskaber rettet mod de neurologiske vanskeligheder. Samtidig som udgangspunktet fortsat er borgerens aktiviteter og deltagelse. Vurderer motoriske og kognitive problemer af moderat til svær karakter med relation til aktivitet og deltagelse. Kan indgå i kommunikationsudredning.	Ergoterapeuter på avanceret niveau kan selvstændigt afklare årsagssammenhænge hos borgere med moderat til svær erhvervet hjerneskade og formidle disse til relevante samarbejdspartnere herunder pårørende og borgeren selv. Kan kompetent overføre færdigheder i relation til undersøgelse til miljøer hjemme eller tæt på borgeren, f.eks. borgers arbejdsplads. Ergoterapeuterne administrerer valide undersøgelser som også vil kunne indgå i forskningssammenhænge. Udvikle og implementere kvalitetsudviklingselementer i praksis samt indgå i forskningsprojekter. Kan udføre neurorehabiliteringsopgaven på både basalt og avanceret kompleksitetsniveau. Ergoterapeuterne kan ved behov efterspørge / henvise til yderligere sparring hos ergoterapeutiske kollegaer eller på niveau 3.



Niveau 2	Viden	Færdigheder	Kompetencer
<i>Kroppens anatomi og funktioner</i>	Har en <i>indgående viden</i> til anatomiske strukturer og sammenhænge med relevans for den specifikke arbejdsopgave. Denne neuroanatomi og fysiologi giver f.eks. viden om kroppens bevægelser ift. en given aktivitet. Derudover haves en indgående viden om kognitive funktioner.	Kan udrede og differentiere i komplekse årsagssammenhænge ift. borgerens nedsatte funktionsevne i aktivitet og deltagelse. Kan udrede for nedsatte sensoriske, motoriske og kognitive funktioner og redegøre for hvorledes det påvirker aktivitet og deltagelse. Kan evt. have særlige færdigheder indenfor et domæne af kroppens funktioner f.eks. kognition, synsscreening eller dysfagi, som på sigt også giver kompetencer til højere niveau.	Kan udrede specifikke kropslige funktioner enten direkte via kropslig rettet undersøgelse eller indirekte via funktionelle aktivitetsbaserede undersøgelser. Kan fungere som rådgivende og superviserende overfor kollegaer indenfor samme faggruppe eller andre faggrupper.
<i>Omgivelser</i>	Har en indgående viden om omgivelsernes betydning, kendskab til behov for særligt udstyr, som kræver særlige kompetencer at anvende f.eks. kræver særlig tilpasning eller er specialfremstillet. Har indgående indblik i organisatoriske, kulturelle og lovmæssige forhold som relaterer sig til borgerens rehabilitering.	Vurderer hensigtsmæssige bolig-, arbejds- og fritidsforhold herunder indretning af omgivelser. Kan udrede for midlertidige eller varige ændringer i omgivelserne baseret på undersøgelsesfund og afprøvning. Har kendskab til og kan anvende særligt udstyr til undersøgelse. Kan udrede eventuelle hindringer på organisatorisk eller lovmæssigt grundlag.	Kan anvende særligt tilpasset hjælpemidler og andet udstyr, som kræver særlige kompetencer at anvende. Eksempelvis til udredning af kommunikationsvanskeligheder. Kan udrede og forholde sig til begrænsninger eller udfordringer som opstår på en mere organisatorisk eller lovmæssig baggrund.
<i>Personlige faktorer</i>	Har indgående viden og kendskab til inddragelse af borgeren i den rehabiliterende proces samt brugen af relevante redskaber til dette.	Har stor erfaring med og anvender bredt accepteret procesmodel for det ergoterapeutiske arbejde med inddragelse af borgeren i centrum. Anvender redskaber som dels udreder borgerens betydningsfulde aktiviteter, men som også er med til at skabe en terapeutisk kontakt.	Kan i høj grad basere sin rehabiliteringsplan på borgerens præmisser og inddrage relevante aktiviteter af betydning for den enkelte borger, også i borgerforløb med komplekse vanskeligheder.

Intervention

Niveau 2	Viden	Færdigheder	Kompetencer
<i>Aktivitet og delta-gelse</i>	Foruden indholdet på basalt niveau bør viden indeholde: En indgående og specifik viden om aktuel forsknings-baseret viden og metoder indenfor neurologi- og hjer-neskaderehabilitering, der løbende opdateres natio-nalt og internationalt. Bred teoretisk og praktisk erfaring med området. Kan videndele på både praktisk og teoretisk niveau. Har stor indsigt i teoretisk viden og kan forholde sig kritisk til den og implemen-tere den relevante viden i praksis. Særlige kompetencer inden for fagområdet, hvilket vil sige grunduddannelse med efteruddannelse på højt niveau. Ergoterapeuten arbejder primært med opgaver i for-hold til neurorehabilitering.	Foruden indholdet på basalt niveau bør færdig-hederne indeholde: Kan intervenere ved problemstillinger af mode-rat til svær grad af omfattende kompleksitet. Yder selvstændig neurorehabilitering integre-ret i ergoterapeutisk undersøgelse og træning til borgere med moderat til svær kompleksitet. Igangsætte, justere, evaluere og dokumentere de terapeutiske indsatser. Anvende specialiserede træningsmetoder og redskaber rettet mod de neurologiske vanske-ligheder i aktivitet og deltagelse. Udgangs-punktet er fortsat borgerens daglige færdighe-der og hverdag. Informerer og vejleder den enkelte borger og dennes pårørende omkring årsagssammen-hænge, træningsindhold og adaptation til ændrede livssituation. Vurdere og iværksætte træning rettet mod mo-toriske og kognitive problematikker af moderat til svær karakter.	Ergoterapeuter kan yde intervention til borgere med moderat til svær kompleksi-tet af hjerneskade. Intervention er aktivitets-orienteret men kan også indeholde elementer af kropslig rettet intervention. Ergoterapeuten vil kunne varetage de genoptræ-ningsplaner som er rettet mod avanceret niveau. Kan kompetent overføre færdigheder i relation til intervention til miljøer hjemme eller tæt på bor-geren, f.eks. borgerens arbejdsplads. Kan yde mesterlære, super-vision til niveau 1. Ergoterapeuterne kan ved behov efterspørge/henviser til yderligere støtte hos kol-legaer eller på niveau 3.
<i>Kroppens anatomi og funktioner</i>	Har et indgående viden til anatomiske strukturer og sammenhænge med relevans for den specifikke arbejdsopgave. F.eks. neu-roanatomi og fysiologi ift. kroppens bevægelser i en given aktivitet. Har viden om kognition og hvorledes kognitive pro-blemstillinger kan rehabi-literes.	Kan differentiere i årsagssammenhænge ift. borgerens nedsatte funktionsevne i aktivitet og deltagelse og graduere interventionen ift. dette. Kan intervenere ved nedsatte sensoriske, motoriske og kognitive funktionsevnenedsæt-telser og redegøre for hvorledes det påvirker aktivitet og deltagelse. Kan f.eks. have særlige færdigheder indenfor et domæne af kroppens funktioner f.eks. kogni-tion, syn eller dysfagi, som på sigt også giver anledning til kompetencer på højere niveau.	Kan yde intervention speci-fikt rettet mod den enkelte kropslige funktion enten direkte via kropslige inter-ventioner eller indirekte via funktionelle aktivitetsba-serede interventioner. Kan fungere som rådgi-vende og superviserende ift. eget fagområde overfor kollegaer indenfor samme faggruppe eller andre fag-grupper.



Niveau 2	Viden	Færdigheder	Kompetencer
<i>Omgivelser</i>	Har indgående viden om omgivelsernes betydning, kendskab til behov for særligt udstyr, som kræver særlige kompetencer at anvende f.eks. kræver særlig tilpasning eller er specialfremstillet.	Kan foretage hensigtsmæssige ændringer i bolig-, arbejds- og fritidsforhold herunder indretning af omgivelser, tilrettelægge aktivitetssituationer og tilpasse hjælpemidler i samarbejde med relevante myndighedsfunktioner. Kan gennemføre midlertidige eller varige ændringer i omgivelserne baseret på undersøgelsesfund og afprøvning. Har kendskab til og kan anvende særligt udstyr til intervention. Kan handle selvstændigt i forhold til etik, organisatoriske rammer, navigere i relation til relevant lovgivning og anbefalede retningslinjer.	Anvendelse af udstyr kan være særligt tilpasset hjælpemidler og andet udstyr, som kræver særlige kompetencer at anvende. F.eks. kan det være brugen af elstimulation til at støtte armtræningen eller træning via computerbaseret/teknologisk udstyr. Kan indgå i arbejde af mere organisatorisk karakter, som ændring af strukturer, fremgangsmåder, retningslinjer mv. Kan tage ansvar for at sikre, at rehabiliteringsindsatsen i den enkelte situation og på tværs af sektorer er rettidigt og i overensstemmelse med anbefalingerne på området.
<i>Personlige faktorer</i>	Har kendskab til mulige handlemåder ift organisatoriske eller lovmæssige forhold. Har indgående viden og kendskab til inddragelse af borgeren i den rehabiliterende proces samt brugen af relevante redskaber til dette.	Anvender bredt accepteret procesmodel for det ergoterapeutiske arbejde med inddragelse af borgeren i centrum. Anvender for borgeren betydningsfulde aktiviteter og kan skabe en terapeutisk kontakt også i komplekse sager. Kan arbejde erfarent og analytisk ind i områderne for omstillingsevne, accept, nyorientering, omidentifikation og mestring.	Kan basere sin rehabiliteringsplan på borgerens præmisser og inddrage relevante aktiviteter af betydning for den individuelle borger. Kan støtte borgeren og dennes netværk i rehabiliteringsprocessen og støtte den enkelte borger i processen med at genfinde sig selv. Kan involvere og håndtere pårørende og netværk i forhold til den samlede livssituation.

Kompetencer for ergoterapeuter på niveau 3 (specialiseret)

Ergoterapeuter, som udover grunduddannelse har opnået specialiseret viden, erfaring og kompetencer på højt niveau indenfor deres fagområde samt gennemgået relevant efteruddannelse/videreuddannelse.

Ergoterapeuterne arbejder kun med indsatser i forhold til den specifikke borgergruppe med komplekse følger efter hjerne-skade. De giver og modtager fast og hyppig supervision samt indgår i løbende kompetenceudvikling.

Almindelige arbejdsområder	Ergoterapeuter som udelukkende arbejder indenfor neurorehabilitering af borgere med hjerneskade -nogle vil hovedsagligt være beskæftiget med borgere som har svære/komplekse hjerneskader. Problemstillingerne er typisk omfattende, komplicerede og har betydning for flere livsområder. Ofte kan der være tale om alvorlige konkurrerende lidelser (f.eks. psykosociale funktionsnedsættelser).
Almindelige funktioner	Ergoterapeuter som arbejder på regionalt/avanceret niveau eller med højt specialiseret /specialiseret neurorehabilitering i kommune, sygehus eller privat.
Krav til udstyr	Der kan anvendes hjælpemidler og udstyr, som er særligt kostbart og/eller som kræver særlige kompetencer at anvende, herunder individuelt tilpassede hjælpemidler og rehabiliteringsredskaber.
Kompetence- eskrivelse	Rehabiliteringsindsatserne varetages af autoriserede ergoterapeuter, som udover grunduddannelse har opnået specialiseret viden, erfaring og kompetencer på højt niveau indenfor deres fagområde og i forhold til tværfagligt samarbejde og koordinering af forløb samt gennemgået relevant efteruddannelse/videreuddannelse. Sundhedspersonerne og de andre fagpersoner arbejder i alt overvejende grad med indsatser i forhold til den specifikke borgergruppe og modtager fast og hyppig supervision (kollegialt, eksternt evt. af andre faggrupper) samt indgår i løbende kompetenceudvikling. Ergoterapeuter på det specialiserede niveau indgår i forskningsaktiviteter og bidrager til fortsat udvikling af faglig kvalitet på alle niveauer jf. forskningsforpligtelsen i Sundhedsloven.
Aktuel arbejds erfaring og uddannelse	Ergoterapeuterne har minimum 6 års erfaring med neurorehabilitering af borgere med komplekse hjerneskader. Ergoterapeuterne har suppleret deres grundlæggende ergoterapiuddannelse med en række af specialiserede kurser indenfor neurorehabilitering og ergoterapi, som over tid yderligere er udbygget. Derudover kan grunduddannelse være suppleret med hele eller dele af uddannelser på diplom, master- eller kandidatsniveau med det formål at kunne varetage kvalitetsudvikling og indgå i forskningssammenhænge.



Niveau 3	Viden	Færdigheder	Kompetencer
<i>Aktivitet og delta-gelse</i>	Foruden indholdet på basalt og avanceret niveau bør viden indeholde: En omfattende specifik og indgående aktuel forskningsbaseret viden om neurologi og hjerneskaderehabilitering. Meget bred teoretisk og praktisk erfaring på området, herunder mere praksiserfaring med komplekse problemstillinger og mulighed for at benytte varierede rehabiliteringstiltag målrettet. Kan vidensdele og undervise på både praktisk og teoretisk niveau. Opsøger ny viden indenfor området. Tager selvstændigt initiativ til at implementere den relevante viden i egen praksis.	Foruden indholdet på basalt og avanceret niveau bør færdigheder indeholde: Kan undersøge og udrede særligt komplekse aktivitetsproblematikker. Indgår i evaluering, revidering og kvalitetsudvikling af praksis på området. Igangsætter og medvirker til udviklings- og dokumentations arbejde lokalt, regionalt, nationalt og internationalt. Kan have delopgaver i forskningsprojekter. Kan formidle egen og andres praksis- eller forskningsresultater. Færdigheder som rummer omfattende rutine og erfaring med specialet. Kan forholde sig kritisk og reflekterende til komplekse problemstillinger, samt vurdere og udvikle egen viden og færdigheder. Styrker udviklingen af den kliniske praksis, med baggrund i forskningsresultater og Best Practice og indgår på den måde i udvikling af vidensbaseret monofaglig- og tværfaglig praksis. Arbejder centralt med den terapeutiske koordinering af hjerneskadeforløb. Kan selvstændigt stå for praksissupervision af andre kollegaer samt være konsulent omkring den enkelte borger med erhvervet hjerneskade og dennes pårørende. Udvikler, etablerer og gennemfører tilbud til borgere og pårørende (eks. netværksgrupper). Indgår i udvikling og implementering af kliniske retningslinjer, forløbsprogrammer og kvalitetsstandarder.	Ergoterapeuter har specialiserede kompetencer på baggrund af kurser og kollegial vejledning og gennem en årrække dannet sig erfaring i praksis med meget komplekse skadesproblematikker. Ergoterapeuter kan udrede borgere med meget komplekse eller relativt sjældne følger efter hjerneskade og prioritere den efterfølgende indsats. Ergoterapeuter kan indgå og være centrale i forsknings- og udviklingsprojekter i større eller mindre grad. Ergoterapeuter kan indgå i undervisningsopgaver. Ergoterapeuter kan være centrale i udvikling af nye udredningsmetoder. Ergoterapeuter kan være centrale i implementeringen af ny viden. Ergoterapeuter kan varetage vejledning til niveau 1 og 2. Ergoterapeuter kan varetage genoptræningsplaner til rehabilitering og genoptræning på specialiseret niveau.

Undersøgelse

Niveau 3	Viden	Færdigheder	Kompetencer
<i>Kroppens funktioner og anatomi</i>	Har en omfattende og specifik viden omkring udredning af kroppens funktioner (motorisk, sensorisk, kognitiv) og specifikt i forhold til områder som er særlige indsatsområder for den enkelte. Ligeledes haves en omfattende viden omkring neurofysiologi og neuropsykologi samt hvorledes de neurale systemer kan påvirkes.	Ergoterapeuter kan benytte relevante udredningsmetoder og udrede enkelte funktioner i komplekse problemstillinger og på den måde differentiere i komplekse årsagssammenhænge og kontekster.	Typisk er ergoterapeuter yderligere specialiseret indenfor nogle bestemte områder, som f.eks. syn, dysfagi eller kognition, men kan sætte deres kompetencer i spil overfor den samlede komplekse borgers situation.
<i>Omgivelser</i>	Har omfattende viden om omgivelsernes betydning og kendskab til særligt kostbart udstyr til undersøgelser af komplekse problemstillinger, og som kræver særlige kompetencer i anvendelsen.	Har erfaring med brugen af særligt udstyr og kan efter behov benytte dette i udredning. Har mulighed for at reflektere bredt over og anvende brugen af omgivelserne ift borgerens kompleksitet og vanskeligheder i aktivitet og deltagelse.	Anvendelse af udstyr kan være specielt tilpasset hjælpemidler og andet særligt udstyr, som kræver særlige kompetencer at anvende. Kompetencerne er enten certificeret eller kræver på anden vis særlig uddannelse/oplæring.
<i>Personlige faktorer</i>	Har omfattende viden og kendskab til inddragelse af borgere med svære og komplekse hjerneskader. Har omfattende viden om motivation og redskaber til at understøtte brugen af de personlige faktorer i rehabiliteringsprocessen.	Er i stand til at udrede sammenhængen mellem borgerens personlige faktorer og den aktuelle helbredstilstand/funktionsevne på et meget komplekst grundlag.	Kan udrede personlige faktorer op imod de andre funktionsevner og vanskeligheder og vurdere prioriteringen af den fortsatte indsats på et meget komplekst grundlag.



Niveau 3	Viden	Færdigheder	Kompetencer
<i>Aktivitet og deltagelse</i>	Foruden indholdet på basalt og avanceret niveau bør viden indeholde: En omfattende specifik og indgående viden om neurologi og hjerneskade-rehabilitering og den tilgængelige evidens, der løbende udvikles og opdateres. Meget bred teoretisk og praktisk erfaring med området, herunder mere praksiserfaring med komplekse problemstillinger og mulighed for at benytte varierede rehabiliteringstiltag målrettet. Kan vidensdele og undervise på både praktisk og teoretisk niveau. Opsøger ny viden indenfor området. Tager selvstændigt initiativ til at implementere den relevante viden i egen praksis.	Foruden indholdet på basalt og avanceret niveau bør færdigheder indeholde: Har færdigheder som rummer omfattende rutine og erfaring med specialet. Kan forholde sig kritisk og reflekterende til komplekse problemstillinger, samt vurdere og udvikle egen viden og færdigheder. Styrker udviklingen af den kliniske praksis, med baggrund i forskningsresultater og Best Practice og indgår på den måde i udvikling af vidensbaseret monofaglig- og tværfaglig praksis. Arbejder centralt med koordinering af hjerneskadeforløb og kan stå for praksissupervision af andre kollegaer samt være konsulent omkring den enkelte borger med hjerneskade og dennes pårørende. Etablerer tilbud til pårørende. Indgår i udvikling og implementering af kliniske retningslinjer, forløbsprogrammer og kvalitetsstandarder.	Ergoterapeuter med specialiserede kompetencer har gennem kurser og en årrække med erfaringsdannelse implementeret denne viden i praksis. Ergoterapeuter kan intervenere i relation til aktivitet og deltagelse overfor borgere med meget komplekse eller sjældne følger efter hjerneskade og prioritere den efterfølgende indsats. Ergoterapeuter kan indgå og være centrale i forsknings- og udviklingsprojekter i større eller mindre grad. Ergoterapeuter kan være centrale i udvikling af nye interventionsmetoder på området for aktivitet og deltagelse. Ergoterapeuter kan være centrale i implementeringen af ny viden. Ergoterapeuter kan varetage mesterlære/vejledning til niveau 1 og 2. Ergoterapeuter kan varetage genoptræningsplaner til specialiseret niveau.
<i>Kroppens funktioner og anatomi</i>	Har en omfattende og specifik viden omkring kroppens funktioner og specifikt i forhold til områder som er særlige indsatsområder for den enkelte. Ligeledes haves en omfattende viden omkring neurofysiologi og neuropsykologi samt hvorledes de neurale systemer kan påvirkes.	Ergoterapeuter kan intervenere ved komplekse problemstillinger og på den måde differentiere indsatsen i komplekse årsagssammenhænge og kontekster.	Typisk er ergoterapeuter yderligere specialiseret indenfor nogle bestemte områder, som f.eks. syn, dysfagi eller kognition, men kan sætte deres kompetencer i spil overfor den samlede komplekse borgersituation i praksis og relatere dette til aktivitet og deltagelse.

Intervention

Niveau 3	Viden	Færdigheder	Kompetencer
<i>Omgivelser</i>	Har omfattende viden om omgivelsernes betydning og kendskab til særligt kostbart udstyr til undersøgelser og interventioner til komplekse problemstillinger, og som kræver særlige kompetencer i anvendelsen.	Har erfaring med brugen af særligt udstyr og kan efter behov benytte dette i udredning og intervention. Har mulighed for at reflektere over og med en helhedsforståelse anvende brugen af omgivelserne ift. borgerens kompleksitet.	Anvendelse af udstyr kan være specielt tilpasset hjælpemidler og andet særligt udstyr, som kræver særlige kompetencer at anvende. Kompetencerne er enten certificeret eller kræver på anden vis særlig uddannelse/oplæring.
<i>Personlige faktorer</i>	Har omfattende viden og kendskab til inddragelse af borgere med svære og komplekse hjerneskader. Har omfattende viden om motivation og redskaber til at understøtte brugen af de personlige faktorer i rehabiliteringsprocessen.	Er i stand til at intervenere overfor sammenhængen mellem borgerens personlige faktorer og den aktuelle helbredstilstand/funktionsevne på et meget komplekst grundlag.	Kan intervenere ift. personlige faktorer op imod de andre funktionsevner og vanskeligheder og vurdere prioriteringen af den fortsatte indsats på et meget komplekst grundlag.

Perspektivering

Ergoterapeutiske indsatser i neurorehabiliteringen er anerkendt gennem nationale kliniske retningslinjer (18) samt i andre internationale og nationale retningslinjer (6). Rehabiliteringen gennem aktivitet og deltagelse er evidensbaseret og har en betydelig effekt for borgere med erhvervet hjerneskade.

Ergoterapeuter vil forsat være en del af rehabiliteringsprocessen for borgeren med erhvervet hjerneskade og deres familier. Mange danske ergoterapeuter deltager aktuelt i udviklingen af neurorehabilitering. Det sker gennem tilstedeværelsen af ergoterapeuter i de fleste faser i rehabiliteringsprocessen, gennem målrettede forskningsaktiviteter, ved at deltage i nationale og internationale konferencer, ved at give bidrag til tværfaglige lærebøger og ved at besidde centrale udvalgsposter. Derfor er danske ergoterapeuter med til at sikre, at ergoterapi fortsat udvikles som en del af den neurorehabiliterende indsats som borgeren har brug for.

Mange ergoterapeuter er beskæftiget med neurorehabilitering, og der er et stort potentiale for at blive ved med at udvikle dette område ligesom der er et stort behov for at udvikle de ergoterapeutiske indsatser og forske meget mere i ergoterapi med det formål at tilføre dansk neurorehabilitering et systematisk løft.

Arbejdet med denne kompetencebeskrivelse har desuden vist, at der også er behov for at udvikle en generisk model for kompetenceudvikling som kan gå på tværs af de relevante professioner og de forskellige faglige områder og indsatser.

Med disse anbefalinger for kompetencer for ergoterapeuter indenfor neurorehabilitering er der skabt et fundament for et videre udviklingsarbejde, som skal sikre at ergoterapeuter fortsat og fremadrettet har de rette kompetencer for at tilrettelægge og udøve indsatser i borgerens rehabiliteringsforløb.

Når første version af kompetencebeskrivelserne for ergoterapeuter i neurorehabilitering skal revideres bør det overvejes, hvorledes beskrivelsen af indsatserne kan udfolde sig yderligere. Her er særligt arbejdsrehabiliteringen central. Indsatser og kompetencebeskrivelser for socialfaglige indsatser, om-identifikation, mestring, betydningen af omgivelserne og personlige faktorer kunne i en fremtidig version med fordel medtages.

Ergoterapifagligt Selskab for Neurorehabilitering under Ergoterapeutforeningen vil fortsætte med at sikre forankring og udvikling inden for området.

Referenceliste

1. Sundhedsstyrelsen. *Forløbsprogram for rehabilitering af voksne med erhvervet hjerneskade*. (2011). doi:978-87-7104-205-4
2. Sundhedsstyrelsen. *Faglig visitationsretningslinje: Genoptræning og rehabilitering til voksne med erhvervet hjerneskade*. (2014).
3. Marselisborgcentret & Danmark, R. *Rehabilitering i Danmark : hvidbog om rehabiliteringsbegrebet*. 71 s. (2004).
4. Verdenssundhedsorganisationen. *ICF International Klassifikation af Funktionsevne og Funktionsevnenedsættelse og Helbredstilstand*. (2005).
5. Sundhedsstyrelsen. *Hjerneskaderehabilitering - en Medicinsk Teknologivurdering Hovedrapport*. 13, (2011).
6. Royal College of Physicians. *National clinical guideline for stroke Prepared by the Intercollegiate Stroke Working Party*. (2016).
7. College, V. U. *Studieordning - Ergoterapeutuddannelsen*. (2017).
8. Ministeriet for Sundhed og forebyggelse. *Bekendtgørelse om genoptræningsplaner*. 5 (2014).
9. Socialstyrelsen. *REHABILITERING AF VOKSNE MED KOMPLEKS ERHVERVET HJERNESKADE - på det mest specialiserede social- og specialundervisningsområde*. (2016).
10. Ergoterapeutforeningen, E. D. *Dysfagi og aktivitetsproblemer med at synke-spise-drikke*. (2015).
11. Ergoterapeutforeningen. *Anbefalinger til kompetencer for ergoterapeuter i den palliative indsats*. (2016).
12. UVM. *Den danske kvalifikationsramme for livslang læring - Nyt overblik over danske uddannelser Kvalifikationsrammens opbygning*. (2009).
13. Uddannelses- og Forskningsministeriet. *Bekendtgørelse om uddannelsen til professionsbachelor i ergoterapi. Styrelsen Videregående Uddann. j.nr. 15/0, 1-7* (2016).
14. Dreyfuss, H. L. & Dreyfuss, S. *Mind over machine: The power of human intuition and expertise in the era of the computer*. (1988).
15. Hougaard, L. Patricia Benner: *Sygeplejefortællingens muligheder*. *Sygeplejersken* 10, 26-31 (1997).
16. Digernes, A. S. A. *Fagudvikling i praksis. Kompendium. Oslo . Upubliceret*. (1993).
17. Brandt, Å., Madsen, J. M. & Peoples, H. *Basisbog i Ergoterapi*. (Munksgaard, 2013).
18. Sundhedsstyrelsen. *National klinisk retningslinje for fysioterapi og ergoterapi til voksne med nedsat funktionsevne som følge af erhvervet hjerneskade*. (2014).
19. Royal College of Physicians. *Occupational Therapy Concise Guide for Stroke. Occupational therapy concise guide for stroke*. 2016 (2016).
20. Sundhedsstyrelsen. *NKR - hvad er en klinisk retningslinje*. 1-2 (2016).
21. Canadian Association of Occupational Therapists. *PROFILE OF PRACTICE OF OCCUPATIONAL THERAPISTS IN CANADA Canadian Association of Occupational Therapists*. (2012).
22. Socialstyrelsen. *KOMPLEKS ERHVERVET HJERNESKADE - på det mest specialiserede social- og specialundervisningsområde*. (2016).
23. NHS stroke education. *Stroke training*. Available at: <http://www.stroketraining.org/>.
24. UK Stroke Forum. *Stroke education*. Available at: <https://www.stroke-education.org.uk/>.
25. Wæhrens Ejlersen Eva Winkel Annette & Henrik, S. J. *Neurologi og neurorehabilitering*. (Munksgaard, 2013).

Bilag 1: Organisering

26. Kristensen, H. K. & Nielsen, E. G. *Ergoterapi og hjerne-skade*. (2006).
27. Dahl, T., Andresen, M., Gammeltoft, B. & Skou Hansen, Charlotte Olsen, B. E-APUS. Available at: <http://www.e-apus.dk/>.

Styregruppe:

Annalise Jacobsen, ergoterapeut, MSc. OT, Specialist i Neurorehabilitering, Hjerneskadecentret, Odense
Jette Fog, ergoterapeut, Hjerneskerådsgivningen Fyn, Odense Kommune
Peter Vögele, udviklingsergoterapeut på Rigshospitalet - Glostrup, Specialist i Neurorehabilitering
Pia Kold, ergoterapeut, BOMI, Center for rehabilitering- og hjerneskade
Marie Hvistendahl Doyle, ergoterapeut, Sundhedscenter Vest, Ringkøbing-Skjern Kommune

Projektleder og skribent

Jim Jensen, ergoterapeut og klinisk specialist på Regionshospitalet Hammel Neurocenter. Master i Rehabilitering fra Syddansk Universitet.

Metodevejleder

Eva Elisabet Ejlersen Wæhrens, Ph.d, Lektor og leder af Forskningsinitiativet for Aktivitetsstudier og Ergoterapi. IST - Almen Praksis. Syddansk Universitet.

Peer Reviewer

Hanne Kaae Kristensen, Docent, Afdelingen for Anvendt Sundhedsforskning, UCL Erhvervsakademi og Professionshøjskole og Lektor, Klinisk Institut, Syddansk Universitet.

Bilag 2: Roller for ergoterapeutisk arbejde

Canadiske ergoterapeuter har over en længere årrække udarbejdet en model for den ergoterapeutiske fagprofil. Fagprofilen kaldes *Profile of Practice of Occupational Therapists in Canada* (21). Modellen viser kompetenceområder for den ergoterapeutiske praksis både hos ergoterapeuter i begyndelsen af deres karriere, medens andre områder kan associeres med mere avanceret udførelse og erfaring. Kompetenceområderne er identificeret og valideret i et projekt allerede tilbage i 2007. Modellen skal ses som en generisk model på tværs af fagets arbejdsområder, og som her benyttes i sammenhæng til neurorehabilitering (OT profile 2012-frit oversat af Jim Jensen) (9). Det canadiske materiale med OT- Profile 2012 er meget omfattende og der skal lyde en opfordring til danske ergoterapeuter om at orientere sig og lade sig inspirere af arbejdet. Udvalgte tekststykker er fremført her i den henseende, at de kan virke understøttende til at give et indblik i kompetenceområdet. En oversigt fremføres her:

Den overordnede centrale rolle er at kunne være **ekspert i at muliggøre betydningsfulde aktiviteter**. Det har bedst chance for at ske, såfremt ergoterapeuten har kompetencer indenfor følgende områder:



Figur 2. Ergoterapeutiske roller, centralt står aktivitetsudførelsen.

Kommunikator: at kunne agere kommunikativt i terapeut-borger interaktionen, samtidig som der er et samspil med kollegaer, pårørende og andre samarbejdspartnere. Kommunikationen kan være mundtlig, nonverbal, skriftlig eller via elektronisk system.

Samarbejdspartner: at samarbejde med andre nøglepersoner for at muliggøre aktivitet med og omkring borgeren.

Praksis manager: ergoterapeuter udvikler og er en del af hensigtsmæssig praksis. Dette indebærer at kunne styre tidsforbrug, prioritere og udføre effektiv og tilstrækkelig terapi, og at håndtere borgeren i forskellige rehabiliteringsregimer, som muliggør aktivitet for borgeren.

Agent i forandringen: at kunne støtte borgeren i den proces at skulle tilpasse sig en ny hverdag. Samtidig som ergoterapeuter skal være fortalere for bedre muligheder for at være i aktivitet, at kunne engagere sig i aktivitet og aktivitetsudførelse.

Evidensbaseret praksis: ergoterapeuter baserer deres arbejde på bedste evidens, bedste praksis, og deltager aktivt i evalueringen af deres borgerprogrammer og ergoterapeutiske indsats.

Professionel: som ergoterapeut er der etiske regler og principper for den faglige udførelse og adfærd.

Bilag 3: Principper og viden om neurorehabiliteringsindsatser (6)

Nedenstående neurorehabiliteringsprincipper er fra den engelske nationale kliniske retningslinje for apopleksi⁶.

- A) Mennesker som har følger efter erhvervet hjerneskade skal have mindst 45 minutter hver dag med passende terapiformer. Af en frekvens som gør, at de kan nå deres rehabiliteringsmål. Og over så lang tid, som de er villige til og kan deltage i, og vise målbar effekt af rehabiliteringen.
- B) Multidisciplinære teams skal sørge for at få de opnåede funktionelle færdigheder, opnået i terapien, ind i borgerens daglige rutiner i en konsistent form. Personalet omkring borgeren skal støtte mennesker med følger efter hjerneskade til at træne deres aktiviteter så meget som muligt.
- C) Personale, som støtter deres borgere med følger efter hjerneskade til at træne i aktiviteter, skal gøre dette under supervision/støtte fra kvalificerede terapeuter.

Psykologisk tilgang - organisering og rehabilitering

Borgere, som har følger efter erhvervet hjerneskade, skal have deres emotionelle stemning og kognitive tilstand screenet indenfor de første seks uger efter skaden, efter seks måneder og igen efter 12 måneder ved brug af validerede redskaber og observationer over tid.

Tidlig mobilisering

Borgere som har svært ved at bevæge sig efter hjerneskade, og som er medicinsk stabile, skal tilbydes hyppige, små daglige mobiliseringer (siddende ude af sengen, stående eller gående) af tilstrækkeligt trænet personale med tilgang til relevante hjælpemidler, typisk begyndende mellem de første 24 og 48 timer efter skadens start. Mobilisering indenfor de første 24 timer er kun for de borgere som kræver lidt eller ingen støtte til mobilisering.

Overgang fra sygehus til hjem

Borgere, som i nogle aktiviteter er afhængig af hjælp, skal før udskrivelse til hjemmet, have planlagt opfølgning på at vurdere borgerens hjemlige omgivelser. Såfremt hjemmebesøg vurderes til ikke at være egnet, skal borgeren tilbydes opfølgende hjemmebesøg f.eks. via GOP og aftale med hjemkommune.

Enkelte eksempler på dansk litteratur og redskaber indenfor neurorehabilitering nævnes her:

- Neurologi og Neurorehabilitering (25) (tværfaglig grundbog som introducerer til neurologi og neurorehabilitering).
- Ergoterapi og hjerneskade (26) (ergoterapeutisk grundbog som primært omhandler de kognitive vanskeligheder som kan følge en hjerneskade, samt forslag til hvorledes ergoterapeutisk undersøgelse og intervention kan foregå).
- E-APUS (27) (E-APUS er et valideret undersøgelses- og undervisningsmateriale til vurdering af apopleksipatienters sensomotoriske problemstillinger og deres indflydelse på udførelsen af daglige færdigheder, bl.a. retter sig mod de kropslige funktioner).

Ergoterapeutforeningen
Nørre Voldgade 90
1358 København K
Denmark
etf.dk
etf@etf.dk
+45 88 82 62 70

Læs mere på etf.dk

