ERGOTHERAPIE
VLAANDEREN

BEROEPSPROFIEL ERGOTHERAPIE

VOORWOORD

We leven in een wereld in beweging. Samenlevingen evolueren snel en zijn onderhevig aan veranderingen van binnenuit en van buitenaf. De veranderingen worden onder andere gekenmerkt door een wankelende economie, een vergrijzende bevolking, toenemende diversiteit, mensen op de vlucht. Dit zorgt voor nieuwe kwetsbare groepen en individuen die nood hebben aan zorg en het bevorderen van hun welzijn. De wijzigende context vereist een bredere benadering die niet enkel gericht is op de beperkingen van het individu, maar tevens gericht is op het streven naar attitudeveranderingen in de samenleving, aanpassingen van de context en het bijsturen van het beleid.

Nieuwe normen en waarden dringen zich op. De gezondheidszorg past zich aan op basis van onderzoek naar oorzaken en behandeling van functioneringsproblemen. Door de groeiende inhoudelijke kennis verandert het beroep van ergotherapeut voortdurend. Ergotherapeuten werken steeds meer op nieuwe terreinen in de gezondheidszorg of binnen de aangrenzende gebieden van welzijn, zakelijke dienstverlening en het regulier en buitengewoon onderwijs.

De beleidsaccenten en politieke beslissingen richten zich duidelijk op de structurele verbinding tussen gezondheids- en welzijnszorg, inclusie, vermaatschappelijking van de zorg, regionalisering, toenemende extramuralisering. Bovendien wordt de zorg steeds meer vraag gestuurd met de focus op empowerment, versterking en autonomie en op het belang van sociale netwerken en opvang. De zorg wordt zoveel mogelijk geïntegreerd in de samenleving.

Deze evolutie vraagt om een vernieuwd beroepsprofiel van ergotherapie. Reeds in 1997 kreeg, op vraag van de Vlaamse Onderwijsraad (VLOR), de toenmalige visie vorm in een Beroepsprofiel Ergotherapie. Dit profiel is nog steeds waardevol, maar heeft nood aan bijsturing, rekening houdend met het huidige maatschappelijke gegeven, haar behoeften en tendensen.

Het beroepsprofiel vormt de basis voor het beschrijven van de beroepscompetenties. Deze leiden tot vormgeving van een wettelijk kader dat de ergotherapeutische tussenkomsten definieert, registreert en ze controleerbaar en financierbaar maakt. Door functieprofilering en -differentiatie wordt de beroepseigenheid kenbaar en bespreekbaar naar collega-zorgverstrekkers, naar de overheden en beleidsorganisaties die bevoegd zijn voor ergotherapie.

Het beroepsprofiel biedt een gemeenschappelijke taal voor elke ergotherapeut, ongeacht de context waarin hij zijn functie waarmaakt.
De visie op het beroep en de maatschappelijke evolutie bieden inspiratie voor borging van hoogkwalitatieve ergotherapeutische interventies en een sterk praktijkgericht, wetenschappelijk onderbouwd en maatschappelijk relevant vormingsaanbod.

Het beroepsprofiel is het uitgangspunt voor de implementatie van de huidige en toekomstige ontwikkelingen in de dagelijkse beroepspraktijk van de ergotherapeut. Daarnaast inspireert het beroepsprofiel de curricula van de opleidingen ergotherapie en geeft aan wat ergotherapie te bieden heeft aan de gezondheid en het welzijn van mensen en organisaties.

Dialoog met regionale, nationale en internationale ergotherapie consortia, andere beroepsgroepen, opleidingen en welzijns- en gezondheidszorgorganisaties verduidelijkt de essenties van de beroepsuitoefening.

Waar de ergotherapeut vroeger voornamelijk opgeleid werd tot behandelaar zien we nu een verruiming van de dimensies van het beroep: adviseren, begeleiden, behandelen, coachen, communiceren, diagnosticeren, innoveren, onderzoeken, managen en werken aan kwaliteit. Naast de praktische invullingen van ergotherapie op de werkvloer, wordt de beroepsvisie sterk beïnvloed door bevindingen vanuit wetenschappelijke literatuur en onderzoek, praktische wijsheid en bewijs.

Het beroepsprofiel is een dynamisch referentiekader dat de beroepsgroep ergotherapie de nodige handvatten aanreikt om zich eigentijds en kwaliteitsvol te blijven profileren ten aanzien van de cliënt en zijn omgeving, het multidisciplinaire team, de verantwoordelijke instanties en het Beleid.

LEESWIJZER

Het onderhavige beroepsprofiel onderscheidt zich van een competentieprofiel. Het beroepsprofiel beschrijft wel waar de ergotherapie inhoudelijk voor staat, echter niet de competenties waarover de ergotherapeut moet beschikken om het beroep uit te oefenen. Het beschrijven van de beroepscompetenties is een afzonderlijke opdracht.

In het beroepsprofiel is gekozen om de verschillende facetten van het beroep samen te brengen in dimensies, boven de mogelijkheid om beroepsrollen uit te schrijven. Het begrip rol wekt de impressie dat deze op zich kan staan, terwijl dimensies weliswaar de diverse kanten van het beroep ordenen maar per definitie aangeven slechts deel te zijn van een geheel.

Om dezelfde reden zijn de dimensies alfabetisch geschikt. Het belang van een dimensie wordt bepaald door de werkomstandigheden en het oordeel daarover door de ergotherapeut.

De begrippen die gehanteerd worden om een dimensie te benoemen worden niet uitgelegd. Over de aard van communiceren, managen of werken aan kwaliteit bijvoorbeeld is afdoende onderbouwde literatuur beschikbaar die naargelang de specifieke omstandigheden kan worden geraadpleegd.

Er is besloten om het beroepsprofiel te bouwen rond algemene concepten en niet rond bestaande modellen omwille van de vrijheid van de therapeut. Bestaande modellen hebben reeds keuzes gemaakt, gebruiken mogelijk een jargon en zijn gevoelig voor veranderingen over de tijd heen.

Waar stappen beschreven worden, bijvoorbeeld in de dimensies advies en innoveren, zal de lezer er zich van bewust zijn dat deze stappen steeds deel uitmaken van een circulair proces, waar elke stap steeds onder invloed staat van elke andere stap.

Met het begrip cliënt kan naargelang de situatie worden bedoeld een persoon, meerdere personen, een netwerk, een organisatie of een instantie.

Het beroepsprofiel maakt geen onderscheid tussen het opleidingsniveau of de werkplek van de ergotherapeut. Niettemin kan elke ergotherapeut doorheen alle dimensies de aspecten filteren die hem het meeste aanbelangen.

De verwijzingen naar de literatuur zijn verzameld in een apart hoofdstuk. Het beroepsprofiel is namelijk geschreven als een geheel waarin onderbouwde ideeën uit diverse invalshoeken zijn verwerkt. Behoudens de missie van het Vlaams Ergotherapeutenverbond zijn geen citaten ingevoegd.

INHOUD

Voorwoord 3
Leeswijzer 5
Inhoud 6
Missie en visie van de ergotherapie 8
- Missie 8
- Visie 8

De dimensies van het beroep Ergotherapie 9
- ADVISEREN 10
- BEGELEIDEN 12
- BEHANDELEN 14
- COACHEN 16
- COMMUNICEREN 18
- DIAGNOSTICEREN 20
- INNOVEREN 22
- MANAGEN 24
- ONDERZOEKEN 26
- WERKEN AAN KWALITEIT 28

Referenties 30

COLOFON

De auteursgroep: Marc Claeys (coördinator) – Dirk Vandamme (redacteur) – Jonny Peeters (voorzitter Ergotherapie Vlaanderen 2003 – 2015) – Pierre Seeuws (voorzitter Ergotherapie Vlaanderen vanaf 2015) – Dirk Caulier - Marc Coulier – Annemie Coupé – Annemie Denolf - Geert Deschacht – Reinhilde Lenaerts – Marlies Suetens – Kristof Uvijn – Dominique Vande Velde Bertje Vanhoey – Marc Velghe.

Met dank aan de occasionele medewerkers en de klankbordgroep.

MISSIE EN VISIE VAN DE ERGOTHERAPIE

MISSIE

Een ergotherapeut begeleidt mensen uit alle levensfasen in het terugwinnen, verbeteren en in stand houden van hun functioneren in hun leer-, leef-, werk- en ontspanningssituaties. De middelen van de ergotherapeut zijn alle activiteiten en handelingen die de mensen in die situaties kunnen uitvoeren". (Vlaams Ergotherapeutenverbond, 2015)

VISIE

De kijk op gezondheid evolueert. Niet enkel de afwezigheid van ziekte of beperking bepaalt gezond zijn maar evengoed het vermogen van iemand om zich te handhaven in zijn levenssituatie en er aan te participeren.
Ergotherapeutische interventies richten zich op het betekenisvol handelen van mensen en de factoren die daarop van invloed zijn. Met zijn tussenkomsten streeft de ergotherapeut verandering na bij de cliënt, de omgeving of de inhoud van het handelen en in de wisselwerking tussen deze elementen.

Het doel van de interventies is optimaliseren van de levenskwaliteit op alle gebied van het dagelijkse handelen zoals wonen, leren, werken en persoonlijke tijdsbesteding, vanuit de houding van integrale zorg, gebaseerd op een biopsychosociale visie.
Voor zijn interventies baseert de ergotherapeut zich naast eigen kennis en ervaring ook op de wensen en deskundigheid van de cliënt en op het beste wetenschappelijke bewijs. Om zijn aanpak actueel te houden staat hij open voor maatschappelijke veranderingen en innovatie in zijn vakgebied.
De ergotherapeut werkt samen met andere disciplines. Hij onderscheidt zich op de gezamenlijke weg naar een betere kwaliteit van leven door zijn specifieke focus op de activiteiten en handelingen van het leven als therapeutisch middel en als therapeutisch doel.
De cliënt van de ergotherapeut kan een persoon, meerdere personen, een netwerk, een organisatie of een instantie zijn. Naast de belangen van de cliënt zijn ook deze van de omgeving bepalend voor zowel het doel, het verloop als de uitkomst van een interventie.

Om zijn missie waar te maken legt de ergotherapeut het accent op de verschillende dimensies van het beroep: advies, begeleiding, behandeling, communicatie, coachen, diagnose, innovatie management, onderzoek en zorg voor kwaliteit.

DE DIMENSIES VAN HET BEROEP ERGOTHERAPIE

ADVISEREN

INLEIDEND

Adviseren is op uitnodigende wijze vakkundig informeren en voorstellen of aanbevelingen doen met als doel een cliënt bij te staan in zijn dagelijkse handelingen. Adviseren heeft geen bindende kracht. Daardoor is een methodische en creatieve aanpak vereist die de vaardigheid om adviezen aan te brengen en door te voeren overkoepelt. De cliëntbetrokkenheid is hierbij van groot belang.

DOEL EN INHOUD

Ergotherapeutisch adviseren heeft de intentie om preventief te zijn, dysfuncties te verbeteren of ongemakken te verminderen in de activiteiten en handelingen van het dagelijkse leven, het leren, het werk en de vrije tijdsinvulling. Het advies kan mensen sterken en steunen tijdens een leerproces en de voortgang van hun participatie, integratie of inclusie.

Ergotherapeutisch advies kan betrekking hebben op elke dimensie van het handelen: de kijk op en het inzicht in de handeling door de cliënt en de betrokkenen, de inhoudelijke aspecten van de handeling en de elementen van de omgeving waarin de handeling gebeurt.

Naargelang de noodwendigheid verschillen bij de afwikkeling van het advies de ergotherapeutische acties en werkvormen. De ergotherapeut kan kiezen voor een of meerdere werkwijzen zoals het uitdenken van hulpmiddelen, omgevingsaanpassingen of methodeveranderingen, het verstrekken van gespecialiseerde informatie

of gericht doorverwijzen. De deskundigheid van de adviesvrager wordt bevorderd door kennis bij te brengen, methodes aan te leren of gedragsverandering te motiveren. De ergotherapeut bewaakt de toepassing van het advies door een goede relatie te onderhouden met betrokken professionelen, zoals leveranciers, dienstverleners of aannemers, en hen op elkaar af te stemmen.
Ergotherapeutisch advies wil efficiënt, effectief en duurzaam maatwerk zijn. Daarom streeft de ergotherapeut naar oplossingen waar de cliënt houder van wordt, in een partnerschap met de andere betrokken partijen uit het zorg-, leer-, werk- of vrijetijdskader. Hun actieve participatie verzekert de duurzaamheid van een oplossing. Deze partners kunnen de familie zijn, de mantelzorgers, vrijwilligersorganisaties, de professionele dienstverlening en al dan niet officiële netwerken en instanties.
Advies kan op zichzelf staan of ingebed zijn in een ruimere behandeling of begeleiding.

De stappen van ergotherapeutisch advies

Advies is een antwoord op een vraag van een cliënt of een belanghebbende uit de handelingscontext en kent een methodisch verloop.
Wanneer de ergotherapeut een adviesvraag krijgt peilt hij vooreerst naar de inhoud en de betekenis daarvan en verkent hij zijn positie ten aanzien van cliënt en context.
In een tweede stap analyseert hij het probleem, onderzoekt met wie hij de adviesrelatie aangaat en aan wie hij uiteindelijk zal adviseren. In deze fase vormt hij zich een precies beeld van het probleem: de oorzaken, de gevolgen, de grootte, de krachten die het in stand houden en de betrokkenen.
In de derde stap formuleert de ergotherapeut samen met cliënt en omgeving de te bereiken doelen en worden de voorwaarden vastgelegd waaraan een oplossing moet voldoen. De ergotherapeut maakt een plan van aanpak met tijdspad en kiest de methoden, technieken, hulpmiddelen en interventies die toepasselijk lijken om de oplossing te realiseren. Hij verwerft in deze fase een mandaat om oorzaken of gevolgen aan te pakken, verandering bij de cliënt uit te lokken, hulpmiddelen in te schakelen, taken en omgeving aan te passen of te werken aan de acceptatie van een probleem. In deze fase wordt ook bepaald wie verantwoordelijk is voor de uitvoering van het advies: de cliënt, zijn omgeving, de ergotherapeut of andere professionele experten.
In een vierde stap coördineert en begeleidt de ergotherapeut de uitvoering van het adviesplan dat hij bijstuurt op basis van feedback.
Tot slot evalueert de ergotherapeut het advies en de aanpak en biedt hij nazorg. Hij beoogt borging van de oplossing en peilt naar de tevredenheid over het proces en het resultaat. Zo gaat hij na of de geboden oplossing het handelen voor de cliënt optimaliseert.

Aan wie geeft de ergotherapeut advies

De ergotherapeut geeft advies aan een cliënt in de ruimste zin van het woord. Niet enkel advies ten behoeve van een persoon en zijn de directe omgeving, maar ook aan dienstverleners, organisaties, netwerken of beleidsinstanties die advies vragen ten behoeve van hun eigen doelgroep.

SAMENVATTEND
Ergotherapeutisch adviseren beoogt het handelen en uitvoeren van activiteiten te vergemakkelijken door het aantonen van nieuwe uitwegen. In zijn advies houdt de ergotherapeut het perspectief van de vrager voor ogen en handelt hij in samenwerking met andere betrokkenen en belanghebbenden.

BEGELEIDEN

INLEIDEND

Begeleiden is het leggen van een zorgzaam contact, niet zozeer het oplossen van problemen. Begeleiden heeft de intentie om nauwgezet afgestemd te zijn op de leefwereld van de cliënt en hem de gepaste ondersteuning te bieden, zodat hij binnen zijn omgeving zichzelf kan zijn en worden.

De ergotherapeut is aandachtig voor en betrokken bij de gewone dingen uit het leven van de cliënt. Hij is gevoelig voor de veelzijdige perspectieven die in de alledaagsheid vervat zijn en de cliënt de opportuniteit bieden om daar op in te gaan. Met deze instelling begeleidt de ergotherapeut een cliënt om zijn mogelijkheden optimaal tot hun recht te laten komen. De ergotherapeut is bereid zorg te dragen.

DOEL EN INHOUD

Begeleiden begint bij het geven van een centrale plaats aan de intenties van de cliënt, zo nodig na verkenning van deze intenties. De ergotherapeut handelt met een fundamenteel respect voor autonomie, die tot stand komt in de wederkerige verbondenheid met de cliënt.
De grondhouding is zorgzaamheid. De ergotherapeut zet zich in voor het verwezenlijken of behouden van de levenskwaliteit van een cliënt in zijn leefwereld. Voor de cliënt betekent dit het vinden of herontdekken van een bevredigende verhouding tot het leven en zichzelf. In de zoektocht legt de ergotherapeut meer nadruk op wat kan gedaan worden dan wat moet gedaan worden.
De ergotherapeutische acties sluiten aan bij het levenspad en de leefwereld van de cliënt, terwijl de ergotherapeut deelt in zijn leven door bijvoorbeeld een al dan niet ernstig gesprek te voeren, samen een klus te klaren of boodschappen te doen... Doelen worden vooraf niet scherp afgelijnd, de ergotherapeut verkiest het zoeken naar een richting terwijl de wijze waarop het pad wordt gevolgd de eigenheid van de cliënt ondersteunt.
Begeleiden is mogelijk onderdeel van een interventiegerichte benadering of kan er los van staan. Begeleiden kan een stap zijn in het opbouwen van een therapeutische relatie om nadien het accent te leggen op een therapeutische interventie, maar evengoed voorkomen in een context waarin behandelen geen meerwaarde biedt.

Het kader waarbinnen het ergotherapeutisch begeleiden plaatsvindt

In een begeleiding benadert de ergotherapeut de cliënt weliswaar gericht, maar zonder het hanteren van vaste technieken of handelingsprotocollen. Hij werkt zoveel als mogelijk met wat zich in het dagdagelijkse leven voordoet.
Er is aandacht voor het verhaal van de cliënt zonder dit verhaal te vertalen naar problematiek. De ergotherapeut sluit zich aan bij het leven van de cliënt en gaat samen met hem op zoek naar zijn mogelijkheden. In die relatie ontdekt de ergotherapeut wat belangrijk voor de cliënt is en waar zich opportuniteiten voordoen. Afhankelijk van wat naar voren komt zijn gerichte ergotherapeutische acties mogelijk zoals het ondersteunen en versterken van autonomie, van het probleemoplossend vermogen of de identiteitsontwikkeling, het bieden van structuur in het dagelijkse leven of het scheppen en in stand houden van een veilig leefklimaat. Begeleiden is in ruimte, tijd, duur noch voorwaarden strikt begrensd.

Aan wie geeft de ergotherapeut begeleiding

Gezien de ergotherapeut een schakel is in het proces naar een tevredenstellende verhouding tot het leven is hij begeleidend aanwezig in de situaties waarin de cliënt zijn identiteit vormgeeft of herijkt. Dit is onder meer het geval bij confrontatie met beperkingen, evoluerende pathologie, kansarmoede of veranderde levensomstandigheden.

SAMENVATTEND

Vanuit verbondenheid begeleidt en ondersteunt de ergotherapeut een proces van identiteitsontwikkeling bij zijn cliënt, meer bepaald om hem toe te laten wezenlijk deel uit te maken van het dagelijkse leven. De ergotherapeut is aanwezig, kijkend naar de kansen en opportuniteiten in de omgeving van de cliënt. Hij gaat naar de cliënt toe en stelt menselijke waardigheid, zingeving en participeren centraal.

INLEIDING

Met zijn behandeling streeft de ergotherapeut het optimaliseren na van het handelen van de mens in zijn dagelijkse leven. Daartoe doet hij beroep op methodieken die aangepast zijn aan de doelen van de cliënt en die toepasbaar zijn in voor de cliënt betekenisvolle activiteiten.

DOEL EN INHOUD

De ergotherapeutische behandeling kan zowel gericht zijn op de functies, basisvaardigheden, taken of activiteiten die nodig zijn om handelingen uit te voeren als op het handelen zelf. Functies en basisvaardigheden kunnen aangeleerd worden om ze in dagelijkse situaties te integreren.
Het spectrum van de behandelvormen gaat van eenvoudige, over complexe tot meervoudige interventies, in hetzelfde streven naar het optimale handelen.
De ergotherapeut werkt naar maximaal herstel toe of zet alternatieve wijzen voor het handelen in. Een interventie is gericht op behoud, faciliteren of ontwikkelen van de handelingsmogelijkheden, het aanwenden van compenserende methodes of op het omgaan met verlies van handelingsmogelijkheden. Samen met de cliënt wordt het handelingsprobleem en de mogelijke oplossingen daarvoor bekeken. De ergotherapeut beschikt over de professionaliteit om de meest efficiënte en effectieve behandeling voor te stellen op basis van theorieën, modellen, wetenschappelijke bewijs, eigen deskundigheid en de inbreng en verwachting van de cliënt.

De therapeutische relatie is van groot belang tijdens de behandeling. De ergotherapeut begeleidt een proces van verandering waarbij hij de motivatie daarvoor bij de cliënt aanspreekt. Samenwerking tussen cliënt en ergotherapeut vergroot de efficiëntie van een behandeling.
Niet enkel van de interventie op zich maar ook van de betrokkenheid, het engagement, de persoonlijkheid en authenticiteit van de therapeut gaat een essentieel therapeutisch effect uit. De ergotherapeut vertrouwt in het bijzonder op de kracht van zijn cliënt en diens omgeving en houdt rekening met de draagkracht van beiden. Op die manier creëert de ergotherapeut faciliterende omstandigheden voor zijn behandeling.

Stappen in behandelen

De ergotherapeutische behandeling volgt een cyclisch proces dat uit drie verschillende stappen bestaat: het opstellen van een plan van aanpak, het uitvoeren van de behandeling en het evalueren van de behandeling. In elke fase worden gemotiveerde keuzes gemaakt.

Opstellen van een plan van aanpak

De ergotherapeut toetst de ergotherapeutische doelen aan het einddoel van het interdisciplinaire team waar hij deel van uitmaakt en stelt een behandelplan op waarin prioriteiten worden gesteld. Hij bepaalt het verloop, de tijdsduur en de frequentie van de behandeling, de methodiek en de wijze van uitvoeren, steeds rekening houdend met de tijd en ruimte die door het werkkader mee bepaald worden. Het behandelplan wordt besproken met de cliënt en getoetst aan zijn wensen en verwachtingen.

Het uitvoeren van de behandeling

Het behandelprogramma wordt zorgvuldig uitgevoerd op basis van het opgestelde plan en volgens de regels van de kwaliteitszorg. De ergotherapeut monitort de verschillende stappen en reflecteert op het eigen handelen en dat van de cliënt om het behandelplan bij te sturen waar wenselijk. Betekenisvolle activiteiten voor de cliënt worden als middel en doel gehanteerd.

Evalueren van de behandeling

Tijdens deze fase wordt het effect van de ergotherapeutische behandeling opgevolgd. Door een vergelijking te maken met de startsituatie wordt de vraag beantwoord of het huidige handelen van de cliënt in overeenstemming is met de vooropgestelde doelen. De middelen om de bereikte resultaten te evalueren zijn observatie en ergotherapeutische onderzoeksinstrumenten. In overleg met de andere professionele zorg- en hulpverleners worden de algemene behandeldoelen opgevolgd. Bij de

cliënt en zijn omgeving wordt de tevredenheid nagegaan over het doorlopen proces en het resultaat. Een eind-, overdrachts-, of doorverwijsverslag wordt opgesteld waarin de gemaakte afspraken zijn opgenomen over de eventuele voortzetting van de behandeling, nazorg of doorverwijzing.

Naast het evalueren van de behaalde doelen laat een kritische blik op de eigen hulp- en dienstverlening zien of er in het behandelen planmatige verbeteringen nodig zijn.

SAMENVATTEND

Met zijn behandeling streeft de ergotherapeut het optimaliseren na van het handelen van de mens in zijn dagelijkse leven. Behandelen kan zowel gericht zijn op deelaspecten die nodig zijn om handelingen uit te voeren als op het handelen zelf en gebeurt in drie stappen: het opstellen van een plan van aanpak, het uitvoeren van de behandeling en het evalueren van de behandeling.

BEHANDELEN

Photo by Martin Antonucci from Pexels

COACHEN

INLEIDEND

Coachen is een manier van begeleiden waarin doelen meer op maat van de cliënt gerealiseerd kunnen worden. De ergotherapeut werkt op dynamische wijze samen met de cliënt en zijn context, zodat de cliënt actie onderneemt om doelen, wensen en dromen waar te maken.

DOEL EN INHOUD

De ergotherapeut als coach van het handelen in dialoog met de cliënt en zijn context herstel, participatie, autonomie, verantwoordelijkheid en comfortabel leven met de sociale, fysieke en emotionele uitdagingen. De ergotherapeut en de cliënt maken gebruik van de persoonlijke en de omgevingssterktes, talenten en positieve ervaringen.

Coachen is gericht op een veranderingsproces en is methodisch, gestructureerd en oplossingsgericht. De thema's die aan bod komen zijn: wat wil de cliënt, wat is de huidige vraag rond zijn handelen, zijn er hulpmiddelen en krachtbronnen, wat zijn de mogelijkheden en opties en welke acties wil de cliënt ondernemen? De ergotherapeut ondersteunt stappen tot realisatie van het dagelijkse gewenste handelen en de verantwoordelijkheid binnen de levensrollen die de cliënt opneemt binnen de verschillende leefdomeinen.

Samenwerking en gedeelde verantwoordelijkheid vragen communicatieve en begeleidingsvaardigheden van de ergotherapeut. Vanuit een waarderende en onderzoekende benadering stelt de ergotherapeut passende vragen die de cliënt in staat stellen om te leren denken in termen van mogelijkheden en niet in termen van problemen. Hij inspireert en motiveert zo de cliënt om te reflecteren, anders te leren kijken naar zichzelf, oplossingsgericht te denken en om de regie van zijn ontwikkeling mee in handen te nemen. Afhankelijk van de vraag zal de ergotherapeut individuele trajecten of groepstrajecten coachen. De ergotherapeut peilt naar de motivatie van de cliënt en versterkt hem en zijn systeem om strategieën en oplossingen te bedenken die duurzaam zijn en de cliënt zelf kan beheren.

SAMENVATTEND

De ergotherapeut coacht de cliënt naar inzicht in zijn sterktes om zijn doelen, wensen en dromen te realiseren. Dit gebeurt in wederzijdse dialoog en met gedeelde verantwoordelijkheid. Hiervoor beschikt de ergotherapeut over coachende vaardigheden. Hij werkt methodisch, gestructureerd en oplossingsgericht.

INLEIDEND

Communiceren is het uitwisselen van informatie.
Een ergotherapeut verzamelt en deelt nuttige informatie over de activiteiten en handelingen van een cliënt op een correcte, professionele en vertrouwelijke manier. Hij stelt zich zorgzaam en respectvol op en houdt rekening met de eigenheid van elke partner.
Om de efficiëntie van een interventie te verzekeren betrekt de ergotherapeut alle actoren uit de context van de cliënt. Communiceren kan op een verbale, non-verbale of schriftelijke manier.

DOEL EN INHOUD

Doel, inhoud en wijze van de communicatie worden bepaald door de personen of instanties met wie de ergotherapeut de communicatie aangaat.
De ergotherapeut beluistert de cliënt en informeert zich over het dagelijkse handelen van deze persoon en over het samenspel van de belangrijke biopsychosociale elementen. Hij licht de cliënt in over de resultaten van het ergotherapeutisch onderzoek en bespreekt het verdere verloop, de doelstellingen en te verwachten uitkomst van een interventie. In overleg met de cliënt wordt bepaald welke bronnen geconsulteerd kunnen worden, welke informatie met wie gedeeld wordt en onder welke vorm dat zal gebeuren. In de loop van het behandel- en begeleidingsproces peilt de ergotherapeut naar de tevredenheid van de cliënt en informeert hem over de effectiviteit, de efficiëntie en het bijsturen van de tussenkomsten.

De ergotherapeut onderhandelt met het interdisciplinaire team over zijn specifieke rol in het algemene behandel- en begeleidingsproces. Langs formele weg geeft hij toelichting betreffende assessment, handelingsdiagnose, doelstellingen, benaderingswijzen, middelen en methoden en over de te verwachten evolutie en resultaten. De ergotherapeut rapporteert aan externe instanties inzake regelgeving en de daarmee verbonden administratieve aangelegenheden. Hij informeert het brede publiek, beleidmakers en andere gezondheids- en welzijnswerkers over zijn werk en vakgebied. Verder houdt hij contact met de beroepsvereniging en deelt hij zijn kennis met studenten en collegae.

SAMENVATTEND

De ergotherapeut communiceert op een professionele manier, met aandacht voor deontologie, privacy en wederkerigheid over zijn tussenkomsten rond het betekenisvol handelen van zijn cliënt. De communicatie verloopt voor de betrokken personen en organisaties begrijpelijk en transparant, een boodschap wordt tactvol gebracht en de inhoud ervan is gefundeerd.

Photo by rawpixel on Unsplash

COMMUNICEREN

Photo by Hans-Peter Gauster on Unsplash

DIAGNOSTICEREN

INLEIDEND

Streven naar 'kwaliteit van leven' vergt een grondige analyse van de factoren die de levenskwaliteit, autonomie en participatie van iemand beïnvloeden. Het ergotherapieproces gaat van start met een diagnostische fase waarin de ergotherapeut deze factoren in kaart brengt en zich een beeld vormt van de handelingsidentiteit van zijn cliënt. De handelingsidentiteit is de persoonlijke perceptie van iemand wat betreft zijn rollen, relaties, waarden, zelfbeeld, persoonlijke wensen en doelen met betrekking tot het eigen handelen.

Een handelingsprobleem ontstaat wanneer iemands levenskwaliteit, autonomie of participatie in het gedrang komt doordat hij niet in staat is of de kans niet krijgt om de voor hem betekenisvolle activiteiten uit te voeren. Het aflijnen van een handelingsprobleem leidt tot het stellen van een handelingsdiagnose, die wordt gedefinieerd als een 'beschrijvende probleemstelling van het functioneren van het individu'. Deze handelingsdiagnose vormt de basis voor het ergotherapeutisch behandelplan.

DOEL EN INHOUD

De handelingsdiagnose is de schakel tussen de probleemstelling en de oplossing. Ze is bepalend voor zowel de baten van de ergotherapeutische interventie als de doeltreffendheid ervan.

De diagnostische fase is gekenmerkt door drie stappen. De eerste stap houdt het verzamelen en interpreteren in van de gegevens over de hulpvraag om daaruit het handelingsprobleem af te leiden. In een tweede stap stelt de ergotherapeut een specifiek ergotherapeutisch onderzoeksplan op om de mogelijkheden en beperkingen van zijn cliënt te verkennen en te inventariseren. Tot slot worden in de derde stap de beschikbare gegevens geïnterpreteerd, de handelingsdiagnose gesteld en de ergotherapeutische doelen ingevuld.

Hoewel hier voorgesteld als drie opeenvolgende stappen, heeft het diagnostische proces in werkelijkheid een dynamisch karakter. In de loop van het ergotherapieproces is het vaak wenselijk om de handelingsdiagnose bij te stellen en is aanvullende gegevensverzameling vereist.

Verzamelen en interpreteren van gegevens over de hulpvraag

Deze stap heeft als doel de hulpvraag van de cliënt te verhelderen. In samenspraak met de cliënt en op basis van interprofessionele gegevens bepaalt de ergotherapeut de hulpvraag en het handelingsprobleem. Als iemand zijn hulpvraag niet zelf duidelijk kan omschrijven beroept de ergotherapeut zich aanvullend op de informatie uit de omgeving van die persoon. Na analyse van de gegevens bepaalt de ergotherapeut of hij verder gaat met het onderzoeksplan zo niet de cliënt doorverwijst.

De ergotherapeut houdt zich daarbij aan volgende modaliteiten: methodisch te werk gaan bij het verzamelen, analyseren en synthetiseren van de gegevens; het handelings- en participatieprobleem helder formuleren; overleggen met de cliënt en zijn omgeving; een respectvolle en positieve houding aannemen; rekening houden met de ervaringsdeskundigheid en de autonomie van de cliënt; de handelingsidentiteit definiëren; de verstoring in het handelingspatroon van de cliënt omschrijven.

Opstellen van een ergotherapeutisch onderzoeksplan

In deze stap maakt de ergotherapeut een keuze uit het aanbod van wetenschappelijk verantwoorde ergotherapeutische onderzoeksinstrumenten en observatiemethoden om zijn klinische bevindingen te onderbouwen.

De ergotherapeut neemt daarbij alle aspecten op die het handelen van het individu beïnvloeden en houdt rekening met de psychometrische, ecologische en ethische eisen eigen aan meetinstrumenten.

Interpreteren van de gegevens, stellen van de handelingsdiagnose en formuleren van de ergotherapeutische doelen

Alle beschikbare gegevens worden aangewend om de handelingsbekwaamheid van een cliënt te omschrijven. Eenmaal de handelingsdiagnose is gesteld en multidisciplinair getoetst, formuleert de ergotherapeut samen met de cliënt de gewenste eindresultaten.

In deze derde stap volgen verschillende stadia elkaar op: gegevens en onderzoeksresultaten analyseren, interpreteren en beoordelen; de voor de ergotherapie relevante factoren uit de omgeving, activiteit en persoon bepalen en tegen elkaar afwegen; de handelingsdiagnose stellen; de relevantie van een ergotherapeutische interventie omzetten in specifieke, meetbare, aanvaardbare, realistische en tijdsgebonden doelen; de therapiedoelen in een multidisciplinaire context plaatsen; de interventie bepalen.

SAMENVATTEND

De focus van de handelingsdiagnose ligt op de handelingsproblemen die een cliënt ervaart. Voor het bepalen van de handelingsdiagnose kan de ergotherapeut gebruik maken van klinische observatie en onderbouwde onderzoeksinstrumenten. Een goede diagnosestelling leidt tot een verantwoord behandelplan.

INLEIDING

Innoveren is vormgeven aan nieuwe ideeën. In de ergotherapie gaat dit om vernieuwingen die verbetering van de dagelijkse handelingen van mensen als finaal doel hebben, in functie van autonomie en participatie aan het maatschappelijke gebeuren.

Innoveren is niet louter een creatieve bezigheid maar een doelgerichte actie die verloopt volgens een methodisch proces dat evalueren, bijstellen en borgen vraagt. De innovator start met een open blik, maakt gebruik van de bijzondere kennis van de ergotherapie en ontwikkelt zijn vernieuwing in een interdisciplinair kader.

DOEL EN INHOUD

De ergotherapeut innoveert door niet gangbare middelen, methodieken, diensten en domeinen op te sporen en de relevante denkwijzen daaruit toe te passen.

Hij stelt zich open voor nieuwe inzichten uit zijn vakgebied en omringende disciplines en voor maatschappelijke tendensen. Als hij tot actie overgaat en de weg daartoe uitstippelt, koppelt hij zijn creatieve instelling aan de noden van zijn cliënten en het beroep.

Er zijn drie vormen van innovatie te onderscheiden: technologische, sociale en strategische innovatie. Technologische innovatie is het beste bekend en betreft het aanbrengen van nieuwe middelen of methodieken in de begeleiding van cliënten. Sociale innovatie houdt de verbetering in van de ergotherapie als dienstverlening en strategische innovatie vernieuwt de kijk op de positionering van de ergotherapie als beroep.

Ergotherapeutische innovatie wordt evidence based op waarde geschat. De ergotherapeut baseert zich daartoe op de wetenschappelijke literatuur van de ergotherapie en de occupational science, op de ontwikkelingen in de welzijns- en gezondheidssector, op de klinische ervaring van zichzelf en collega's en op de deskundigheid van de cliënt.

Van de verkregen evidentie maakt hij gebruik om de aanpak van een begeleiding te vernieuwen, de dienstverlening te wijzigen of de positionering van het beroep te verscherpen.

Innovatie is een cyclisch proces dat ontstaat naast het feitelijke proces dat een cliënt, de dienstverlening of het beroep doorloopt. Het gebruik maken van nieuwigheden is de praktische toepassing van de bedachte innovatie. Op die manier beïnvloedt innovatie het proces van de client, de dienstverlening of het beroep. Omgekeerd geeft toetsing met cliënten, werkomgeving, de gezondheids- en welzijnssector feedback over de innovatie en stuurt ze die op haar beurt bij.

Stappen van ergotherapeutische innovatie

Ergotherapeutische innovatie start met de verkenning van een nood of een gegeven, doorloopt een fase van ontwikkeling en toetsing en eindigt met de implementatie.

Exploratiefase

In deze fase stelt de ergotherapeut zich langs interne en externe kanalen open voor de mogelijke noodzaak aan verandering.

De interne kanalen van de ergotherapeut zijn de klinische ervaringen, het voeren van onderzoek en de inbreng van cliënten. De externe kanalen zijn informatie uit de literatuur en deelname aan interdisciplinaire bijeenkomsten zoals vakwerkgroepen, opleidingen of symposia.

In de exploratiefase reflecteert de ergotherapeut over zijn vaststellingen, denkt na over de efficiëntie en de effectiviteit van de nieuwe ideeën en verkent de kansen op implementatie. In deze fase consulteert hij collega's uit de eigen en andere disciplines.

Ontwikkelingsfase

In de ontwikkelingsfase geeft de ergotherapeut vorm aan de nieuwe ideeën.

Hij onderzoekt en analyseert de noden van cliënt en beroep en toetst gevonden oplossingen aan het beste beschikbare bewijs van het moment. Meer bepaald voor de uitwerking van een nieuw product, nieuwe dienst of

methode werkt hij cliënt gestuurd en houdt hij rekening met de principes van inclusie, zoals de universal design. In de ontwikkelingsfase bepaalt de ergotherapeut zijn strategie, voert hij een plan uit en evalueert hij de uitkomst. Dit proces stuurt hij bij waar aangewezen en geeft de innovatie ten slotte haar operationele vorm.

Implementatiefase

In deze fase integreert de ergotherapeut de nieuwe inzichten, producten, assessments, diensten en methoden. Hij doet dit op het niveau van de cliënt, de werkorganisatie, de beroepsgroep en op het breed maatschappelijk vlak.
Op niveau van de cliënt wendt de ergotherapeut de werkbare innovaties aan in zijn interventies en begeleiding. De mate waarin ze leiden tot verbetering van de kwaliteit van leven kan cliënten motiveren om verder beroep te doen op de ergotherapeutische dienstverlening.
Op niveau van de werkorganisatie kan de ergotherapeut zijn innovatie delen via teamoverleg, intervisie en vorming. Dit kan bij medewerkers en directie leiden tot groeiend inzicht in de kracht van ergotherapie en de deskundigheid van de ergotherapeut en hen motiveren tot nauwer samenwerken en bijkomend investeren in ergotherapie.

Op beroepsmatig en breed maatschappelijk niveau deelt de ergotherapeut zijn kennis via professionele vormingen en overleg en door bijdragen tot de literatuur. Als dit de kennis over ergotherapie en haar positieve effecten verhoogt kan dit leiden tot voortzetting van innovatie in wetenschappelijk onderzoek, praktijkmodellen, tendensen en paradigma's.
of doorverwijsverslag wordt opgesteld waarin de gemaakte afspraken zijn opgenomen over de eventuele voortzetting van de behandeling, nazorg of doorverwijzing.
Naast het evalueren van de behaalde doelen laat een kritische blik op de eigen hulp- en dienstverlening zien of er in het behandelen planmatige verbeteringen nodig zijn.

SAMENVATTEND
Ergotherapeutische innovatie is de invoering van nieuwigheden die het menselijk handelen tegemoetkomen. In een verkenningsfase gaat de ergotherapeut op zoek naar nieuwe inzichten. Van die inzichten maakt hij gebruik om zowel zijn cliëntenbegeleiding als de inhoud en positie van zijn beroep te vernieuwen. Innovatie wordt bekrachtigd en geborgd door de bereikte veranderingen te toetsen en te delen op collegiaal en breed maatschappelijk vlak.

INNOVEREN

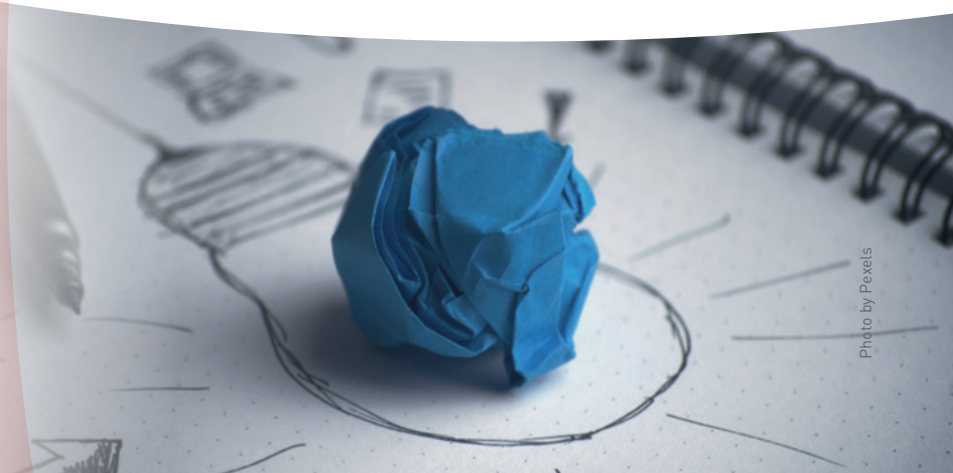
Photo by Pexels

Photo by rawpixel.com from Pexels

MANAGEN

INLEIDEND

Managen is het beheren van een proces met het oog op het bereiken van vooropgestelde doelen. In een ergotherapeutische context hebben de doelen betrekking op alle dimensies van het ergotherapeutische handelen terwijl het proces zich ontrolt op drie niveaus: het micro-, het meso- en het macroniveau.
Microniveau is het niveau van de cliënt, mesoniveau dat van de eigen instelling en de externe organisaties betrokken bij de zorg en macroniveau het maatschappelijke niveau. Deze drie niveaus worden apart belicht, maar zijn in de realiteit op een dynamische manier in elkaar verweven.

DOEL EN INHOUD

Microniveau

De ergotherapeut beheert de omstandigheden, voorwaarden, inhoud en benadering van het plan van aanpak voor zijn cliënt en zijn context. Het beheren van de omstandigheden kan bijvoorbeeld inhouden het voorzien van een welomschreven ruimte, het beheren van de voorwaarden bijvoorbeeld het werken binnen de context van de nomenclatuur, het beheren van de inhoud bijvoorbeeld optie nemen op een bepaalde methodiek en het beheren van de benadering bijvoorbeeld de keuze maken tussen aanbod- en vraaggestuurd werken.

Mesoniveau

De ergotherapeut is medeverantwoordelijk voor het beheer van de omstandigheden, voorwaarden, inhoud en benadering van zijn eigen ergotherapiedienst en instelling en voor de samenwerking met andere betrokken diensten. Op het mesoniveau is de aandacht gericht op taakinvulling, de naleving van wettelijke reglementering op het gebied van de gezondheidszorg, het initiëren of uitwerken van projecten, het detecteren en invullen van de nood aan bijscholing, het opstellen en opvolgen van een beleidsplan, de promotie van de ergotherapie en het bewerkstelligen van de samenwerking met andere diensten binnen of buiten de eigen organisatie.

Macroniveau

De ergotherapeut is verantwoordelijk voor het beheer van de omstandigheden, voorwaarden, inhoud en benadering van het beroep binnen de maatschappelijke context. De ergotherapeut geeft mee vorm aan het beleid dat rechtstreeks of onrechtstreeks betrekking heeft op de eigen discipline. De ergotherapeut werkt mee aan de vormgeving van de nomenclatuur, richtlijnontwikkeling, ethische code en beroepspromotie.

SAMENVATTEND
De ergotherapeut werkt als manager op het niveau van een cliënt, op dat van de eigen instelling en externe organisaties en op het maatschappelijke niveau. Hij is hierbij steeds verantwoordelijk voor het beheer van de omstandigheden, de voorwaarden, de inhoud en de benadering.

INLEIDING

Steeds meer wordt belang gehecht aan het gebruik van wetenschappelijk bewijs en het voeren van wetenschappelijk onderzoek.
Om redenen van doelmatigheid en doeltreffendheid is het belangrijk dat de ergotherapeut het beste beschikbare bewijs voor zijn interventies vindt en gebruikt. Het proces waarbij wetenschappelijk bewijsmateriaal wordt gezocht, beoordeeld en toegepast is omschreven als Evidence Based Practice (EBP). In EBP is naast het gebruik van bewijs uit wetenschappelijk werk evenveel aandacht voor de waarden, normen, kennis en ervaring van zowel therapeut als cliënt. Gezien het praktijkgerichte karakter van de ergotherapie is de aanwezigheid van klinische relevantie, Practice Based Evidence (PBE) genoemd, eveneens een niet te onderschatten vorm van wetenschappelijke evidentie.
Inherent aan de evolutie van een beroep is het voortdurend genereren van nieuwe kennis. Voor de ergotherapie verhoogt het fundamenteel onderzoek van de occupational science de basiskennis van het menselijk handelen, terwijl de efficiëntie en effectiviteit van de therapeutische interventies aangetoond worden in het praktijkonderzoek.
De ergotherapeut heeft een wetenschappelijke attitude.

DOEL EN INHOUD

Gebruik van onderzoeksresultaten

De ergotherapeut zoekt steeds naar nieuwe informatie om zijn klinisch werk te verrijken, te verbreden en te verdiepen en om de doelmatigheid en doeltreffendheid van een behandeling te verhogen. De meest voor de hand liggende manier om inzichten uit onderzoek te verwerven is bijscholing. Onderzoeksresultaten worden door derden verwerkt en in bijscholingen en cursussen breed toegankelijk gemaakt.
De ergotherapeut verschaft zich toegang tot de kanalen van bijscholing en verdere professionalisering. Door op een kritische manier gebruik te maken van nieuwe informatie kan de ergotherapeut zijn therapeutisch handelen aanpassen, actualiseren en verder ontwikkelen.

Onderzoeksliteratuur kritisch beoordelen

De ergotherapeut zoekt naar wetenschappelijke publicaties en verschaft zich toegang tot die publicaties. Hij schat het niveau in van de opgenomen bewijskracht en de algemene wetenschappelijke waarde. Hij beoordeelt de totale kwaliteit van de publicatie en overweegt de voor hem praktische toepasbaarheid van de naar voren gebrachte kennis.

Onderzoeksresultaten implementeren

De meest eenvoudige manier om onderzoeksresultaten te implementeren is het toepassen van informatie uit bijscholingen en het hanteren van richtlijnen. Een stap verder is het in de praktijk vorm geven aan kennis verworven uit de wetenschappelijke literatuur. Implementeren gebeurt steeds in het perspectief van het belang voor de specifieke therapeutische situaties.

Participeren aan onderzoek

Naast het gebruiken en beoordelen van onderzoek door anderen gevoerd, kan de ergotherapeut zelf meewerken aan het verzamelen van onderzoeksresultaten. Dit kan zowel voor fundamenteel als praktijkonderzoek, al dan niet onder begeleiding van een supervisor of een andere onderzoeker.
De ergotherapeut kan bijdragen door het formuleren van praktijkrelevante onderwerpen, het uitschrijven van een onderzoeksopzet, het indienen van een aanvraag bij een ethisch comité, het verzamelen en analyseren van zowel kwalitatieve als kwantitatieve data, het verspreiden van onderzoeksresultaten via publicaties, bijscholingen, symposia of wetenschappelijke congressen en het begeleiden van bachelor- of masterproeven.

Photo by Startup Stock Photos from Pexels

ONDERZOEKEN

SAMENVATTEND

De beroepsdimensie onderzoeken manifesteert zich voor de ergotherapeut op verschillende niveaus, gaande van het aanbrengen van onderzoeksonderwerpen, het gebruik van wetenschappelijk onderzoek en het toepassen van wetenschappelijk bewijs in de praktijk tot het al dan niet in samenwerking voeren van onderzoek.

Photo by rawpixel.com from Pexels

WERKEN AAN KWALITEIT

INLEIDEND

De vraag naar kwaliteit is universeel. Kwaliteit beantwoordt aan de vereisten van doeltreffendheid, doelmatigheid, continuïteit, maatschappelijke aanvaardbaarheid en gebruikersgerichtheid. Meer bepaald verstrekt de ergotherapeut aan elke cliënt kwaliteitsvolle zorg in het kader van de handelingen en de activiteiten van het leven, zonder onderscheid van leeftijd, geslacht, sociaaleconomische situatie, ideologische, filosofische of godsdienstige overtuiging, ras of geaardheid.

DOEL EN INHOUD

Werken aan kwaliteit is fundamenteel aanwezig in elke dimensie van het beroep. De inhoudelijke betekenis van 'werken aan kwaliteit' is in dit beroepsprofiel structureel opgenomen in de beschrijving van de afzonderlijke dimensies. Kwaliteitsvereisten zoals methodisch werken, het volgen van richtlijnen of modellen, het deelnemen aan overleg met collegae en consumentenorganisaties of reflectie zijn inherent aanwezig.

Bij elke kwaliteitsactie, zowel naar cliënt of overheid toe, stelt de ergotherapeut zich een doel, maakt in samenspraak een plan van aanpak op en voert dit tot slot uit. Hij gaat in elke stap van dit proces na of de stappen leiden naar het vooropgestelde doel en stuurt bij indien wenselijk. Hiertoe kan hij zich laten leiden door indicatoren, registratie en gestandaardiseerde onderzoeksinstrumenten. Richtinggevende elementen in dit proces kunnen zijn deskundigheid, klinische ervaring, wetenschappelijke evidentie, methodisch werken.

Conform de visie en missie van het beroep werkt de ergotherapeut gebruiker gestuurd en respecteert hij de voorkeuren en waarden van zowel cliënt als relevante actoren. Concepten zoals participatie, autonomie, empowerment, transparantie, inclusie en motivatie zijn voortdurend aanwezig.

Met het oog op een betere vorm van wonen, werken, leren of persoonlijke tijdsbesteding gaat de ergotherapeut steeds na hoe de beoogde doelen en aanpak kaderen in hun ruime context, waaronder de multidisciplinaire opzet.

In acties op het niveau van de organisatie en het team werkt de ergotherapeut systematisch en transparant aan kwaliteitszorg, waarbij hij steeds rekening houdt met de bredere kaders van overheid, wetgeving, patiëntenorganisaties en beroepsvereniging.

Aan de Belgische grondwet en de Universele verklaring van de rechten van de mens kan getoetst worden of de dienstverlening geboden wordt vanuit algemeen aanvaarde maatschappelijke waarden en rechten.

SAMENVATTEND

Werken aan kwaliteit is in elke dimensie van het beroep aanwezig. In het ergotherapeutisch kwaliteitsvol handelen onderscheiden we drie stappen: het plannen, het uitvoeren en de reflectie. In iedere fase wordt toegezien op doeltreffendheid, doelmatigheid, continuïteit, maatschappelijke aanvaardbaarheid en gebruikersgerichtheid.

REFERENTIES

Areskoug, J. K., Kammerlind, A. S., & Sund-Levander, M. (2012). Evidence-based practice in a multiprofessional context. Int.J.Evid.Based.Healthc., 10, 117-125.

Baart, A.; (red.). (2003). Presentie, themanummer van Sociale Interventie 12(2003)2, uitgave van Elsevier, tevens als Markant, 2003/2, uitgave van SOM, Den Haag/Den Bosch 2003.

Baart, A. (2006). Een theorie van presentie. Den Haag: Lemma.

Baart, A., Vosman, F. (red.). (2003). Present: Theologische reflecties op verhalen van Utrechtse buurtpastores. Utrecht: Lemma.

Bian, Z. X. & Shang, H. C. (2011). CONSORT 2010 statement: updated guidelines for reporting parallel group randomized trials. Ann.Intern.Med., 154, 290-291. (www.consort-statement.org)

Bouckaert, L., De Coninck, L., Lenaerts, R., Peters, E., & Vandemaele, S. (2012). Wetenschappelijk redeneren voor dummies. In Vlaams Ergotherapeutenverbond vzw en Wilfried Van Handenhoven (Ed.), Jaarboek Ergotherapie 2012 (pp. 57). Leuven/Den Haag: Acco.

Bruyninckx, E. (2012). De invloed van visualisaties door middel van pictogrammen op de communicatie bij lagereschoolkinderen met autisme. Wetenschappelijk tijdschrift voor ergotherapie, 5, 52-56.

Chen L, Berlinguer G. (2001). Health equity in a globalizing world. In: Evans T, Whitehead M, Diderichsen F, Bhuiya A, Wirth M, eds. Challenging inequities in health: from ethics to action. New York: Oxford University Press. p 35-44

Competent. 2014. Beroepsprofiel ergotherapeut. 2014. Geraadpleegd op 31 mei 2017 op http://production.competent.be/competent-nl/fiche/J140301.html

Coussens, A., De Bruyne, S., De Frène, V., Descamps, J., Haegeman, P., Lauwers, M., Vandaele, B. (2010). Methodisch werken in de gezondheidszorg. Antwerpen-Apeldoorn: Garant.

Cuyvers, G. (2007). Zorgen voor kwaliteit. Handboek kwaliteitsontwikkeling voor non-profitorganisaties. Leuven: Lannoo Campus.

Deming, WE (1950). Elementary Principles of the Statistical Control of Quality. Tokyo: Nippon Kagaku Gijutsu Renmei.

Colpaert, I., Van de Velde, D., & De Vriendt, P. (2011). Evidence Based Practice in Vlaanderen, barrières voor implementatie. Artevelde University College, Ghent.

de Brito, B. M., Mancini, M. C., Vaz, D. V., Pereira de Melo, A. P., & Fonseca, S. T. (2010). Adapted version of constraint-induced movement therapy promotes functioning in children with cerebral palsy: a randomized controlled trial. Clin.Rehabil., 24, 639-647.

de Lange, F. (2010). Waardigheid voor wie oud wil worden, Amsterdam: SWP.

Dijkers, M. P., Murphy, S. L., & Krellman, J. (2012). Evidence-based practice for rehabilitation professionals: concepts and controversies. Arch.Phys.Med.Rehabil., 93, S164-S176.
Dopp, C. M., Steultjens, E. M., & Radel, J. (2012). A survey of evidence-based practice among Dutch occupational therapists. Occup.Ther.Int., 19, 17-27.
Dösen, A. (2005). Psychische stoornissen, gedragsproblemen en verstandelijke handicap. Een integratieve benadering bij kinderen en volwassenen. Assen: Koninklijke Van Gorcum.

Elkins, M. R., Moseley, A. M., Sherrington, C., Herbert, R. D., & Maher, C. G. (2012). Growth in the Physiotherapy Evidence Database (PEDro) and use of the PEDro scale. Br.J.Sports Med. (http://www.pedro.org.au)

Grypdonck, M. (2008). Verpleegkunde en presentie: waarin nadenken en dialogeren over presentie mijn denken beïnvloed heeft. Lezing 13 mei 2008.

Heijsman, A., Lemette, M., Veld, A. de, & Kuiper, C. (Red.) (2007). Adviseren als ergotherapeut. Den Haag: Lemma.

Kampstra, T. (2005). Kinderergotherapie, waar te beginnen? Nederlands tijdschrift voor Ergotherapie. Nr. 1, februari 2005.

K.B. van 8 juli 1996 betreffende de beroepstitel en de kwalificatievereisten voor de uitoefening van het beroep van ergotherapeut en houdende vaststelling van de lijst van de technische prestaties, Belgisch Staatsblad 4 september 1996, p 23427-23429.

Kinébanian, A.; le Granse, M. (2011). Grondslagen van de ergotherapie. Maarsen: Elsevier gezondheidszorg.

Kwaliteitsregister Paramedici (2010). Kwaliteitscriteria voor ergotherapeuten 2010-2015. Utrecht: Ergotherapie Nederland.

Leest, J. Werken aan goede zorg- Presentie als waardenwerk, Waardenwerk, Universiteit voor Humanistiek - Utrecht, juli 2013, opgeroepen op 30 maart 2016 op http://www.waardenwerk.net/werken-aan-goede-zorg--presentie-als-vorm-van-waardenwerk/1025145

Logister-Proot, Y. N.D. 4 OT pijlers. Evidence-based. Geraadpleegd op 17 oktber 2017 via http://www.ergowijs.com/Evidence-based.htm

Longest, B.B., Rakich, J.S., Darr, K. (2000). Managing health services, organizations and systems. Baltimore MD: Health Professions Press.
Noreau L, Fougeyrollas P, Post M, Asano M. Participation after spinal cord injury: the evolution of conceptualization and measurement. J Neurol Phys Ther 2005;29(3):147-56.
Offringa, M, Assendelft, W, Scholten, R. (2000). Inleiding in evidence-based medicine: klinisch handelen gebaseerd op bewijsmateriaal. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
Perenboom RJ, Chorus AM. Measuring participation according to the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Disability and Rehabilitation 2003 Jun 3;25(11-12):577-87.
Reed, K.L. (2005) An annotated history of the concepts used in occupational therapy. In C.H. Christiansen, C.M. Baum and J. Bass-Haugen (eds). Occupational Therapy: Performance, participation, and well-being (3rd ed.) Thorafare, NJ: SLACK Incorporated.

Sackett, D. L. & Straus, S. E. (1998). Finding and applying evidence during clinical rounds: the "evidence cart". JAMA., 280, 1336-1338.
Schweizer, C. (2006). Verschil moet er zijn... Begeleiden en behandelen door de creatieve therapeut en de 'creatieve agogisch werker'. Geraadpleegd op 17 oktber 2017 op http://www.celineschweizer.nl/publicaties/artikelverschil%20moet%20er%20zijn%20TVVT20062.pdf

Towsend, E. A., Polatajko, H.J. (2007). Enabling Occupation II: Advancing an occupational therapy vision for health, well-being en justice through occupation. Ottawa: Canadian Association of occupational therapists.

Van de Velde, D. (2012). Competenties en leerresultaten voor de professionele bachelor in de ergotherapie. Antwerpen: Standaard Uitgeverij Professional.
Van de Velde, D. & De Vriendt, P. (2011). Evidence Based Practice, een theoretische duiding en handvatten voor toepassing. In Vlaams Ergotherapeutenverbond vzw en Wilfried Van Handenhoven (Ed.), Jaarboek ergotherapie 2011 (pp. 13-27). Leuven/Dan Haag: Acco.

Van Dooren W, Bouckaert G, Halligan J (2015). Performance management in the public sector. New York: Rouledge.

Van Hartingsveldt M, Logister-Proost I., Kinébanian A. (2010). Beroepsprofiel Ergotherapeut. Den Haag: Boom Lemma uitgevers.

van Heijst, A. (2011). Iemand zien staan – zorgethiek over erkenning. Kampen: Klement.

Vlaamse codex. Besluit van de Vlaamse Regering betreffende de algemene erkenningsvoorwaarden en kwaliteitszorg van voorzieningen voor opvang, behandeling en begeleiding van personen met een handicap, dd 4/2/2011. Geraadpleegd op 11 juni 2015 op http://codex.vlaanderen.be/Zoeken/Document.aspx?DID=1020146&param=inhoud&AID=1133631,
Vlaamse codex. Decreet betreffende de kwaliteit van de gezondheids- en welzijnsvoorzieningen dd 17/10/2003. Geraadpleegd op 10 juni 2015 op http://codex.vlaanderen.be/zoeken/document.aspx?DID=1011700&param=inhoud&AID=1049874,

Verhoef, J. ,Zalmstra, A. (2013). Beroepscompetenties ergotherapie. Een toekomstige beschrijving van het gewenste eindniveau van de opleiding tot ergotherapeut. Den Haag: Lemma.

VLOE. (2008). Visie op het beroep ergotherapie. Geraadpleegd op 17 oktober 2017 op https://www.ergotherapie.be/NL/web-2432/Visie

Werkgroep beroepsprofiel van de Vlaamse Hogescholen in opdracht van de Vlaamse Onderwijsraad (VLOR) (1996). Beroepsprofiel logopedie. Studie 14. p 7

Werkgroep beroepsprofiel van de Vlaamse Hogescholen in opdracht van de Vlaamse Onderwijsraad (VLOR) (1996). Beroepsprofiel audiologen. Studie 13. p 7

Werkgroep beroepsprofiel van de Vlaamse Hogescholen in opdracht van de Vlaamse Onderwijsraad (VLOR) (1997). Beroepsprofiel ergotherapie. Studie 31.

Werkgroep beroepsprofiel van de Vlaamse Hogescholen in opdracht van de Vlaamse Onderwijsraad (VLOR) (1997). Beroepsprofiel kinesitherapeut. Studie 16. p 8

Werkgroep beroepsprofiel van de Vlaamse Hogescholen in opdracht van de Vlaamse Onderwijsraad (VLOR) (2000). Beroepsprofiel informatiemanager. Studie 101. p 7

Werkgroep beroepsprofiel van de Vlaamse Hogescholen in opdracht van de Vlaamse Onderwijsraad (VLOR) (2000). Beroepsprofiel personeelswerker. Studie 166. p 12

Whiteford G, Wright-St Clair, V. (2004). Occupation and practice in context. Elsevier Australia/ Churchill Livingstone: Elsevier.

World Health Organisation. (2001). International Classification of Functioning, Disability and Health. Geneva: WHO.

World Health Organisation. (2007). People-Centred health Care: A Policy Framework. Geneva: WHO.

ERGOTHERAPIE
VLAANDEREN

creatie: www.magelaan.be | fotografie: unsplash - pexels - shutterstock