



ERGOTHERAPIE
VLAANDEREN



ETHISCHE CODE **ERGOTHERAPEUTEN**



OVER DE TOTSTANDKOMING VAN DEZE ETHISCHE CODE

Tot 1996 hebben de Belgische ergotherapeuten gebruik gemaakt van de ethische code van de Council of Occupational Therapists for European Countries (COTEC) en die vertaald naar het Frans en Nederlands voor de twee landsdelen.

De toename van het aantal leden van de COTEC in de jaren daarna zorgde er echter voor dat zo'n Europese ethische code niet langer een antwoord kon bieden op alle vragen en noden van alle leden. Daarom richtte de COTEC een werkgroep ethische code op, die als taak had de beroepsverenigingen van de verschillende landen bij te staan bij de ontwikkeling van hun eigen ethische code. Als basis gebruikte men het document 'Developing Codes of Ethics – COTEC Policy and Guidelines' uit 2009.

In België ging men in 2013 van start met de oprichting van de stuurgroep ethische code. Die groep legde in 2018 een eerste versie van de 'Ethische code voor ergotherapie in België' voor aan een beperkte klankbordgroep¹. Daaruit volgde een herziene versie die door een ruimere groep van ergotherapeuten uit het werkveld en studenten werd becommentarieerd.

Eindresultaat is deze tekst, resultaat van een samenwerking van Ergotherapie Vlaanderen vzw (EV) en Union Professionnelle des Ergothérapeutes (UPE), het werkveld en de studenten ergotherapie.

¹ Deelnemers waren Jan Vande Moortel, Agnes Verbruggen, Jurgen De Wispelaere, Linus Vanlaere, Axel Liégeois en Philippe Meeus.

LEESWIJZER

Om deze tekst wat leesbaarder te maken, hebben we een aantal tekstuele ingrepen gedaan.

- Zo bedoelen we met ‘de code’ of ‘de ethische code’ het langere ‘Ethische code voor ergotherapie in België’.
- Wanneer we de term ‘cliënt’ gebruiken, hebben we het over de hulpvrager of zorgvrager. Het is een verzamelbegrip en slaat zowel op een individu, de cliënt als op het cliëntsysteem.
- Met ‘ergotherapeut’ bedoelen we niet alleen ergotherapeuten maar ook studenten ergotherapie.
- In deze tekst gebruiken we de mannelijke derde persoon enkelvoud om de tekst eenvoudig te houden, in plaats van hij/zij. Uiteraard wordt hiermee zowel mannelijke als vrouwelijke ergotherapeuten bedoeld.

OVER DE STRUCTUUR VAN DIT DOCUMENT

We beginnen met de doelstellingen van de code.

Daarna komt de maatschappelijke context aan bod waarbinnen de ergotherapeut moet handelen en ethische keuzes maken. Het gaat daarbij over de cliënt en het team, maar ook over het ruimer kader van gezondheidszorg en welzijnszorg.

Het grootste deel gaat over de ethische principes bij de uitoefening van het beroep als ergotherapeut. We hebben ons daarbij op zes ethische principes uit de 'Developing Codes of Ethics – COTEC Policy and Guidelines' gebaseerd — het document dat de richtlijnen bevat voor de ontwikkeling van de landseigen ethische code. (Council of Occupational Therapists for the European Countries (COTEC), 2006). De stuurgroep heeft hier nog kwaliteitsbewaking en de ontwikkeling van het beroep aan toegevoegd.

In het vierde deel beschrijven we het probleemoplossend model uit de Guidelines van de COTEC, gebaseerd op het model van Boyt, Schell en Schell (2008). (COTEC, 2006)

Tot slot zijn er een aantal casussen die je aanzetten tot ethisch redeneren. We willen die casussen zo herkenbaar mogelijk houden, daarom vertrekken we vanuit de praktijk: het gaat om dagelijks voorkomende, waargebeurde probleemsituaties, die we uiteraard omwille van de anonimiteit aangepast hebben.

Aan het einde vind je de geraadpleegde literatuur. In de tekst verwijzen we slechts hier en daar naar de gebruikte literatuur, ook om redenen van leesbaarheid.

INHOUD

Inleiding	3
Leeswijzer	4
Inhoud	6
Deel 1: doelstellingen van de ethische code	8
Deel 2: maatschappelijke context	10
Deel 3: ethische principes bij de uitoefening van het beroep	14
Deel 4: ethiek in de praktijk	23
Deel 5: casussen	28
Bibliografie	33

COLOFON

De auteursgroep: Marlies Suetens,
Leslie Vincke, Kristof Uvijn, Fabienne
Vanderoost & Mieke Van Acker.

Met dank aan de occasionele medewerkers
en de klankbordgroep.

Deze tekst werd gerealiseerd in een
samenwerking tussen Ergotherapie
Vlaanderen (EV) en Union Professionnelle
des Ergothérapeutes (UPE)“

DEEL 1: DOELSTELLINGEN VAN DE ETHISCHE CODE

De ethische code is het officieel standpunt van de beroepsvereniging. Ze identificeert en beschrijft de principes die de ergotherapeut moeten helpen om de juiste ethische beslissingen te nemen. De code is daarbij een ondersteunend instrument.

Het is een leidraad om goede normen voor de beroepspraktijk op punt te stellen en de kwaliteit van het beroep te handhaven. Het vormt een legitimatie van het beroep tegenover de samenleving. De code belicht wat men in de praktijk van een ergotherapeut kan verwachten en wat diens verantwoordelijkheden zijn.

De code is ook een praktische handleiding voor de analyse van ethische problemen en een gids om tot doordachte beslissingen te komen. Daarom zijn deze richtlijnen praktijkgericht. Ze geven zicht op noodzakelijke of te vermijden praktijken. Toch zijn de regels in de code niet onvoorwaardelijk of absoluut: elke ergotherapeut moet immers rekening kunnen houden met de eigen, intuïtieve beleving. Hij moet kunnen terugkijken en leren uit de eigen ervaring om zo tot een mening of een set van principes of regels komen. Daarbij verwachten we wel van de ergotherapeut een kritisch reflectieve houding, weliswaar met respect voor het perspectief van alle betrokken partijen.

DEEL 2: MAATSCHAPPELIJKE CONTEXT

De ethische code geeft een houvast en vormt een stimulans tot een ethische praktijk. Die situeert zich binnen een maatschappelijke context die constant wijzigt. Dat heeft gevolgen voor de ergotherapeut: het werk wordt anders en meer verscheiden.

Uitgangspunt van zowel de ethische code als het beroepsprofiel is de werkrelatie tussen de ergotherapeut en de cliënt. De ergotherapeut heeft daarnaast ook als taak de eigen deskundigheid te bewaken en het beroep verder te ontwikkelen. De ergotherapeut werkt binnen een intermenselijke en interprofessionele relatie, uiteraard rekening houdend met de wet- en regelgeving.

De ethische code voor ergotherapeuten binnen de huidige gezondheids- en welzijnszorg moet deze flexibel genoeg zijn om mee te kunnen evolueren met maatschappelijke veranderingen, (inter)nationale tendensen en het beleid. De code moet ruimte laten voor open overleg en dialoog en aanzetten tot kritisch reflecteren.

Volgende maatschappelijke tendensen hebben bij het ontstaan van deze ethische code meegespeeld.

1.

In de zorg is op heel wat kennisgebieden en bij heel wat specialisaties een belangrijke evolutie gaande: interventies moeten op bewijzen gebaseerd zijn. Door de combinatie van medische vooruitgang, stijgende levensverwachting en meer complexe chronische ziektebeelden neemt de nood aan professionele ondersteuning toe. Ook op beleidsniveau zijn wijzigingen in de gezondheids- en welzijnszorg noodzakelijk. De stijgende zorgvraag kan tot personeelsschaarste leiden, met als gevolg een toenemende werkdruk. Daarom is het belangrijk om de kwaliteit te optimaliseren en de continuïteit van de gezondheidsverstrekking te verzekeren.

2.

“De vermaatschappelijking van de zorg wordt door overheden beschouwd als één van de belangrijkste beleidspunten. Mensen met functioneringsproblemen zijn volwaardige maar tegelijkertijd kwetsbare burgers. Er is behoefte aan een attitudeverandering

en een ondersteuning die breed gedragen wordt binnen de samenleving. Desinstitutionalisering maakt plaats voor de ergotherapeut in de eerstelijns(gezondheids)zorg. Ook vraaggestuurd en op maat werken met familie, mantelzorgers en vrijwilligers passen in deze context. Met het burgerschapsmodel wordt gestreefd naar een inclusief sociaal model met nadruk op zelfsturing.” (Vandeurzen, 2010)

3.

We hebben nu een bio-psycho-sociale visie op ‘ziek zijn’ en een ‘handicap hebben’: we plaatsen die in een bredere socioculturele context. Zo heeft gezond zijn onder andere te maken met de aan- of afwezigheid van kansen en gelijkheid. Een handicap wordt eerder als een sociaal construct beschouwd: het zijn de maatschappij en de maatschappelijke voorzieningen die een persoon belemmeren om zijn sociale rollen te vervullen. Dat die persoon niet kan participeren, kan te maken hebben met een gebrek aan of te weinig ondersteuning, maar ook omdat het beleid die ondersteuning niet wil voorzien. De aandacht is met andere woorden verschoven van de oorzaak van het probleem naar de gevolgen en de impact ervan (WHO)

4.

De Universele Verklaring van de Rechten van de Mens is de officiële erkenning van de waardigheid en gelijke rechten van alle mensen (Verenigde Naties, 1948). Voor personen met een handicap zijn hun rechten bevestigd en versterkt in het Verdrag van de Verenigde Naties inzake de Rechten voor Personen met een Handicap: die erkent hun autonomie en onafhankelijkheid. Dat gaat enerzijds om de vrijheid om zelf keuzes te maken en beslissingen te nemen, anderzijds om het streven naar een toegankelijke omgeving, toegang tot gezondheidszorg, onderwijs, werk, informatie en communicatie. (Verenigde Naties, 2006)

5.

De missie en het strategische plan van de World Federation of Occupational Therapy (WFOT) stelt duidelijk dat haar werking gebaseerd is op samenwerking, hoge ethische standaarden en wederzijds respect op alle niveaus. WFOT streeft naar een geborgde kwa-

liteit. Daarom ontwikkelt en promoot de organisatie basisstandaarden en -systemen die leiden tot een competente, op bewijs gebaseerde en ethische praktijk. Zij houdt daarbij rekening met mensenrechten, arbeidsmarktnoden en mobiliteit van ergotherapeuten tussen landen. De WFOT promoot een competente, ethische ergotherapiepraktijk die gevoelig is voor lokale contexten en mensenrechten. (World Federation of Occupational Therapists, 2016)

6.

De missie en het strategische plan van de Council of Occupational Therapists for the European Countries (COTEC) is gericht op het mogelijk maken voor mensen om zo onafhankelijk mogelijk hun dagelijkse leven in de eigen omgeving te kunnen beheren, dankzij een sterke actieve betrokkenheid, inclusie en participatie. Cliënten moeten een goede, kwalitatieve dienstverlening krijgen op een redelijke en tijdige manier, gebaseerd op best practices en evidence. Cliënten krijgen vertrouwen in de organisatie omdat die – dankzij transparante beslissingen en acties – verantwoordelijk en geloofwaardig is. (Council of Occupational Therapists for the European Countries, 2017-2020)

7.

De rechten van de patiënt houden in: het recht op autonomie, kwaliteitsvolle dienstverlening en vrije keuze van en informatie over de beroepsbeoefenaar, informatie over de gezondheidstoestand, geïnformeerde toestemming, inzage in het patiëntendossier, bescherming van de persoonlijke levenssfeer en respect voor de intimiteit, pijnbehandeling en klachtenbehandeling. (Sociale Zaken Volksgezondheid en Leefmilieu, 2002)

8.

De organisatie van de gezondheidszorg en welzijnszorg in België is het gevolg van de specifieke staatsstructuur en het gevoerde beleid op korte en/of lange termijn. De taak van de ergotherapeut is afgebakend door een normatief en regelgevend kader. De organisatie en afbakening van het beroep is vastgelegd in koninklijke besluiten, beleidsplannen, wetten, regels en codes. (Sociale Zaken Volksgezondheid en Leefmilieu, 1996)

**DEEL 3:
ETHISCHE PRINCIPES
BIJ DE UITOEFENING
VAN HET BEROEP**

1 RESPECT VOOR AUTONOMIE

11 De cliënt

111 Recht op informatie

De ergotherapeut

1. communiceert op een professionele manier met de cliënt. Hij maakt zich begrijpelijk met duidelijk en helder taalgebruik, op het niveau van de cliënt.
2. gaat een open dialoog met zijn cliënt aan. Hij gaat na of de cliënt de aard, het doel en het mogelijke effect van de interventie – zoals mogelijke risico's, voor- en nadelen en potentiële resultaten – begrijpt.
3. geeft informatie waardoor de cliënt zelf beslissingen kan nemen over zijn gezondheid.
4. informeert de cliënt over mogelijke risico's of gevolgen van zijn keuze(s).
5. houdt rekening met de leerstijl en het probleemoplossend vermogen van de cliënt.
6. bespreekt met de cliënt de veranderingen in het handelen. Hij verzekert er zich van dat de cliënt altijd geïnformeerd blijft over de ergotherapeutische doelen, het plan van aanpak en de evolutie.
7. respecteert het recht van de cliënt op geïnformeerde toestemming.
8. geeft de cliënt inzage in zijn dossier, als de cliënt hierom vraagt. Uitzondering vormen de persoonlijke notities van de ergotherapeut.

112 Recht om zelf beslissingen te nemen

De ergotherapeut

1. werkt cliëntgericht en vraaggestuurd.
2. plaatst de kennis en ervaringen, noden en belangen van de cliënt op de eerste plaats.
3. respecteert het recht van de cliënt op diens keuze van hulpverlener.
4. ondersteunt de cliënt bij beslissingen over prioriteiten, doelstellingen, het plan van aanpak en de bijsturing ervan.
5. respecteert het recht van de cliënt op keuzes en beslissingen over interventies,

ook al zijn die niet in overeenstemming met de professionele opinies van de ergotherapeut. Hij informeert de cliënt over de mogelijke consequenties van zijn keuzes.

6. respecteert het recht van de cliënt om op elk ogenblik van het therapeutisch proces tijdelijk of permanent interventies te weigeren.
7. neemt als teamlid mee de verantwoordelijkheid op om beslissingen te nemen voor cliënten die niet kunnen of willen kiezen. Indien nodig ondersteunt hij de cliënt als die keuzes moet maken.
8. respecteert de keuze van de cliënt om ergens anders een interventie te zoeken.
9. rapporteert over en documenteert de situaties waarbij de keuze van cliënt niet gerespecteerd werd of gerespecteerd kon worden. Hij heeft hierbij ook aandacht voor de argumentatie en het redeneringsproces.

12 Het team

De ergotherapeut

1. beargumenteert de nood aan ergotherapeutische interventies bij de cliënt en het team.
2. respecteert en verdedigt de autonomie van de cliënt in het team en bemiddelt indien nodig.

2 WELDOEN

21 De cliënt

211 Respecteren/loyaliteit/accepteren

De ergotherapeut

1. benadert de cliënt en alle betrokken partijen met respect voor hun individualiteit.
2. steunt in de mate van het mogelijke de cliënt.
3. De ergotherapeut accepteert de cliënt.

212. Veiligheid bieden/bedreiging wegwerken

De ergotherapeut

1. streeft een veilige therapeutische context na (therapieruimte, materiaal, eigen omgeving cliënt...).
2. verricht of vraagt geen handelingen van de cliënt die de gezondheid of de veiligheid van de cliënt in gevaar kunnen brengen.

22. Het team

De ergotherapeut

1. draagt mee zorg voor afstemming binnen het team en respecteert de leden van het team.
2. respecteert het werk en de verwezenlijkingen van elk teamlid.

3. NIET SCHADEN

3.21. De cliënt

De ergotherapeut

1. beschermt ieders belangen, in het bijzonder die van kwetsbare personen.
2. neemt de nodige stappen om bij de cliënten en het team gezondheid, veiligheid en welzijn te verzekeren en om (het risico op) schade te voorkomen.
3. stelt geen gedrag dat onnodige mentale, fysieke en morele stress en pijn teweegbrengt.
4. weerhoudt zich van persoonlijke of professionele relaties met cliënten als die schade kunnen berokkenen of op een bepaalde manier in conflict zijn met professioneel oordeel en objectiviteit.
5. heeft het recht om te weigeren om bepaalde interventies uit te voeren indien deze schade aan een cliënt zouden kunnen berokkenen, ook als een professional of meerdere dat vraagt.

6. vermijdt om zijn positie of vergaarde kennis te gebruiken op een manier die schade kan veroorzaken.
7. weerhoudt zich van deelname aan communicatie van valse, frauduleuze of oneerlijke verklaringen.
8. is op de hoogte van wetten, beleid, richtlijnen en procedures en leeft deze na. Als die in conflict zijn met de goede praktijk zoekt hij de meest optimale oplossingen/alternatieven voor die bepaalde situatie.

3.1 Het team

3.1.1 Doorverwijzen

De ergotherapeut

1. handelt binnen de limieten van de eigen mogelijkheden en expertise.
2. zorgt voor continuïteit van dienstverlening door een tijdige overdracht van gegevens.
3. verwijst door naar andere teamleden, diensten en professionals, in situaties waarbij er meer of andere kennis en deskundigheid vereist is.

3.1.2 Rapporteren

De ergotherapeut

1. houdt alle relevante informatie bij in een dossier en demonstreert zo zijn goede kwalitatieve en veilige zorg.
2. vermijdt subjectieve meningen en/of emotionele uitspraken bij de mondelinge of schriftelijk rapportage.

4. RECHTVAARDIGHEID

4.1 Gelijkwaardig behandelen

De ergotherapeut

1. handelt zonder vooroordelen over leeftijd, geslacht, ras, nationaliteit/etniciteit, geloof, seksuele voorkeur, politieke overtuiging, economische en burgerlijke status, cultuur, functioneringsprobleem of positie in de maatschappij.
2. ijvert voor een rechtvaardige en eerlijke behandeling van alle cliënten en van het team.
3. is voorvechter van een inclusieve maatschappij, ijvert voor gelijke rechten en kansen op het vlak van wonen, werken en vrije tijd.

4.2 Toegankelijkheid van zorg

De ergotherapeut

1. detecteert de nood aan ergotherapeutische interventies en reageert tijdig op de vraag naar interventie.
2. komt op voor cliënten zodat zij de nodige behandeling krijgen met de beschikbare middelen.
3. stelt prioriteiten in geval van wachtlijsten, informeert de cliënt en verwijst indien nodig door.

5. INTEGRITEIT

5.1 De cliënt

5.1.1 Eerlijkheid

De ergotherapeut

1. is eerlijk, accuraat en respectvol bij de uitvoering van het werk.
2. vertelt eerlijk waarom hij een cliënt niet kan helpen en verwijst eventueel door.
3. zorgt ervoor dat informatie, marketing en advertenties niet misleidend zijn, wel eerlijk en objectief.
4. neemt verantwoordelijkheid voor de eigen fouten en is bereid om hierover te communiceren.

5.1.2 Vertrouwelijkheid/betrouwbaarheid

De ergotherapeut

1. zorgt ervoor dat alles is ondernomen om informatie vertrouwelijk te houden.
2. houdt verbale, non-verbale, geschreven en elektronisch communicatie vertrouwelijk.

5.2 Het team

De ergotherapeut

1. respecteert in alle situaties de privacy en het vertrouwen van cliënten en het team.
2. zorgt ervoor om vertrouwelijke gegevens uitsluitend te delen met personen die hierop recht hebben en voor zover dit noodzakelijk is.

6. DESKUNDIGHEID

De ergotherapeut

1. draagt bij aan de ontwikkeling van de kwaliteit van het beroep.
2. werkt gebaseerd op bewijslast vanuit onderzoek en expertise. Hij begrijpt resultaten van onderzoek, evalueert die kritisch en past die in de praktijk toe als ze van toepassing en mogelijk zijn.
3. verspreidt professionele kennis, nieuwe inzichten en bevindingen van onderzoek via gepaste publicatiemethodes, ten voordele van het beroep, collega's en andere relevante personen.
4. volgt maatschappelijke ontwikkelingen en hun eventuele consequenties voor de ergotherapie op.
5. doet inspanningen en neemt de verantwoordelijkheid op om gezondheids- en welzijnsactiviteiten op micro-, meso- en macroniveau te promoten.
6. profileert zich als expert over het handelen van mensen en bewaakt de focus op handelen binnen de ergotherapie.
7. vermijdt gedrag of activiteiten die het beeld over het beroep kunnen schaden.

7. KWALITEITSBEWAKING EN ONTWIKKELING VAN HET BEROEP

De ergotherapeut

1. is zich bewust van de eigen kennis, vaardigheden, attitudes en mogelijkheden.
2. baseert de interventies op goede bewijskracht.
3. reflecteert kritisch op het eigen therapeutisch handelen.
4. zet verantwoordelijke stappen wat betreft bijscholing, onderzoek en training binnen het eigen ervarings- en competentiegebied.
5. respecteert intellectuele eigendom.
6. bekijkt kritisch het nut, de meerwaarde en de duplicatie van onderzoeken.

7. bepaalt het risico dat de deelnemers aan een onderzoek lopen voor de studie geïmplementeerd is.
8. informeert de deelnemers aan een onderzoek vooraf over het doel, de opzet en de uitkomst. Hij verzekert er zich van dat deze informatie goed begrepen is.
9. beschermt bij onderzoeken de belangen van de cliënt, onderzoekers en anderen.
10. krijgt van de cliënt toestemming voor diens deelname aan een onderzoek, na toelichting over mogelijke risico's en gevolgen, de te verwachten resultaten en voordelen. Bij elke verandering in het onderzoek vraagt hij opnieuw de toestemming aan de cliënt.
11. streeft naar gelijkheid. Iedere deelnemer die deel uitmaakt van het onderzoek wordt op een gelijke manier behandeld.
12. heeft respect voor het recht van de cliënt om niet of niet langer deel uit te maken van een onderzoek, zonder dat dit negatieve consequenties voor de cliënt heeft.
13. die de rol van stagementor/begeleider op zich neemt, biedt aan studenten een leerervaring die in overeenstemming is met het niveau van opleiding/training.
14. voorziet gepaste supervisie aan studenten, meer dan vastgelegd in beleid, procedures en richtlijnen. De ergotherapeut bewaakt zowel het leerproces als het welbevinden van de studenten.
15. waarborgt een adequate zorgverlening van de cliënt bij de begeleiding van de student. Hij blijft verantwoordelijk voor de kwaliteit van de interventies.
16. is bereid om in de mate van het mogelijke mee te werken aan onderzoeken, bachelor- en masterproeven.
17. verwerft geïnformeerde toestemming bij gebruik van visueel, mondeling of geschreven materiaal voor educatieve doeleinden en onderzoek.
18. streeft naar een zo goed mogelijke voorlichting over het beroep ergotherapie aan studenten, collega's en anderen.
19. is een kwaliteitsbewaker en werkt mee aan de kwaliteit van de zorg.

DEEL 4: ETHIEK IN DE PRAKTIJK

De stuurgroep volgt het redeneermodel van de Guidelines van de COTEC en besteedt extra aandacht aan de positie van de ergotherapeut en de noodzaak aan ethisch overleg en dialoog (Kouloumpi, Saenger, & Suetens, 2009). Een model geeft geen antwoorden, maar biedt ondersteuning om bewust en methodisch met een probleem om te gaan. In de grondslagen van de ergotherapie (2017) wordt verwezen naar een ethisch redeneermodel in zes stappen (naar Kouloumpi et al. 2009; Boyt-Schell en Schell 2008; Leeuw et al. 2015):

- Identificeer het ethisch dilemma,
- Analyseer de situatie/het probleem,
- Verken de mogelijke oplossingen/bedenk scenario's,
- Overweeg de voor- en nadelen van de verschillende scenario's,
- Concretiseer de acties en voer die uit,
- Reflecteer, evalueer, rapporteer en archiveer.

Vaak vertrekken oplossings- of redeneermodellen vanuit een dilemma: waarden of principes worden tegenover elkaar geplaatst waardoor men moet kiezen. Welke keuze er ook gemaakt wordt, het is altijd een beetje verliezen. Het is geen keuze tussen goed en slecht, beide opties kunnen leiden tot waardevolle en moreel te verantwoorden handelingen. Men moet niet noodzakelijk vanuit een dilemma vertrekken. Men kan ook uitgaan van een aantal deugden of karaktereigenschappen die belangrijk zijn om de taak als ergotherapeut goed te kunnen uitvoeren.

STAP 1 IDENTIFICEER HET ETHISCH DILEMMA (COTEC, 2006)

Wat is het probleem? Welke elementen zijn in deze situatie of bij deze casus van belang?
Wiens probleem is het? Wie zijn de belangrijkste betrokken personen of partijen?
Wat zijn de verplichtingen en verantwoordelijkheden op de verschillende niveaus?

- Microniveau (vanuit de intermenselijke en interprofessionele relatie).
- Mesoniveau (vanuit een institutioneel kader, bv. directie, ziekenhuis, de groep, discipline, gezondheidszorg).
- Macroniveau (vanuit een ruimer maatschappelijk kader, zoals de publieke opinie of het beleid).

Formuleer het probleem helder.

STAP 2: ANALYSEER DE SITUATIE / HET PROBLEEM

Hebben we alle informatie? Of heb je meer informatie nodig, zoals bv. bijkomende wetenschappelijke, technische of klinische gegevens.

Welke taken, plichten of regels worden wel of niet nagekomen?

Wat zijn de ergotherapeutische, medische, juridische of economische gevolgen (ook als er geen actie ondernomen wordt)?

Om welke ethische principes gaat het? (Op alle niveaus, zie figuur hieronder: de persoon – ET-, de ander, de context, groepen en maatschappijen.)



De principes van ethiek gekoppeld aan de niveaus van verantwoordelijkheid uit (Leeuw et al., 2015)

STAP 3: VERKEN OPTIES, SCENARIO'S OF OPLOSSINGEN

Wat zijn de mogelijke acties? Brainstorm over deze opties, ook over de extreme.
Wat zijn de voor- en nadelen van elke actie? Visualiseer die. (Welke elementen die mee wegen op het debat kan je schrappen?)
Wat zijn de conflicten die kunnen voortvloeien uit elke actie? Visualiseer die.
(Denk ruim, heb bijvoorbeeld ook aandacht aan het voorkomen van het probleem.)

STAP 4: OVERSCHOUW DIEPGAAND HET GEKOZEN SCENARIO

Welke impact heeft dit scenario op de sociale rollen en eigen belangen van de betrokkenen?
Hoe dragen de betrokken partijen deze acties?
Is dit de beste oplossing in de gegeven omstandigheden?
In hoeverre wordt er recht gedaan aan de relevante ethische principes (die in stap twee zijn vastgelegd)?
Zijn de acties in overeenstemming met het lokaal beleid, de regelgeving en wetgeving (institutioneel, gemeentelijk, landelijk en Europees)?
Zijn de acties in overeenstemming met de ethische code?
Hoe groot is het draagvlak bij alle betrokken partijen?
Is het de beste oplossing? Zijn eventuele compromissen acceptabel?

4b. Overweeg diepgaand de scenario's 2, 3, 4 enzovoort.

4c. Beslis welk scenario het wordt.

STAP 5: CONCRETISEER DE ACTIES EN VOER DEZE UIT

Werk de stappen gedetailleerd uit: wie, wanneer, wat, waar en hoe.
Informeer de betrokkenen: wie, wanneer, wat, waar en hoe.
Voer uit.

STAP 6: REFLECTEER, EVALUEER (RAPPORTEER EN ARCHIVEER) EN STUUR BIJ

In welke mate had deze actie invloed op het morele dilemma?

Welke acties zijn genomen?

Wat zijn de verwachte en onverwachte uitkomsten?

Zijn er aanbevelingen om in de toekomst zulke ethische dilemma's te vermijden of te voorkomen?

Evalueer de principes en kom tot evalueerbare gedragsindicatoren.

DEEL 5: CASUSSEN

CASUS 1

Een zwaarlijvige vrouw met een dwarslaesie is depressief. In het kader van haar revalidatie zou de vrouw progressief moeten beginnen opzitten. Haar zwaarlijvigheid verhindert het gebruik van een standaardlift, zetel en rolstoel. Er is aangepast materiaal aanwezig binnen de voorziening, maar op een andere afdeling. Het beleid laat de uitwisseling van materiaal tussen de afdelingen niet toe. De vrouw moet daarom noodgedwongen in bed blijven.

CASUS 2

Een tetraplegische cliënt met een voorgeschiedenis van een CVA heeft in de revalidatie zelfstandig leren rijden met een elektronische rolstoel. Hij komt niet in aanmerking voor de terugbetaling van zo'n rolstoel en wordt naar huis gestuurd in een multipositierolstoel. Hij kan zich daarmee niet zelfstandig voortbewegen.

CASUS 3

Een leerling met dyslexie in de lagere school komt in aanmerking voor individuele aangepaste maatregelen. Hij kiest ervoor om geen gebruik te maken van deze maatregelen uit angst voor negatieve reacties van zijn vrienden.

CASUS 4

Een vrouw kan de lichamelijke beperkingen als gevolg van een ernstig verkeersongeval moeilijk aanvaarden. Een intensieve fysieke revalidatie wordt afgebroken omdat de psychische problemen de bovenhand krijgen. Mevrouw wordt doorverwezen naar de psychiatrie en krijgt geen fysieke revalidatie meer. Daardoor verliest ze alle hoop.

CASUS 5

Een ergotherapeut werkt in een winkel die hulpmiddelen verkoopt. Hij wordt aangespoord om veel te verkopen. Daarom adviseert hij meer hulpmiddelen dan nodig zijn en daardoor worden veel van deze hulpmiddelen niet gebruikt.

CASUS 6

Een oude dame valt regelmatig uit haar bed. Op verzoek van de verpleegkundigen geeft de arts toestemming tot fixatie. Sindsdien gaat haar toestand vlug achteruit en neemt haar verwardheid toe.

CASUS 7

Een cliënt wil jou een cadeautje geven. Je weigert dit: je mag geen cadeautjes aanvaarden op het werk. De cliënt belooft je daarop een weekendje op haar appartement aan de kust. Dit kost haar niets. Jij gaat er op in maar bij een volgende opname gaat ze ervan uit dat ze een voorkeursbehandeling verdient.

CASUS 8

Een onrustige persoon krijgt iedere ochtend een chip op de kledij gekleefd die de hulpverlener moet verwittigen wanneer hij in een 'verboden' zone komt. Wanneer het alarm afgaat, leiden de hulpverleners de cliënt af en brengen hem terug. De cliënt weet nergens van en zijn instemming is niet gevraagd.

CASUS 9

Een collega heeft persoonlijke problemen. Op een ochtend geeft hij de indruk dronken te zijn. Je neemt voor één keer stilzwijgend de cliënten van de collega over.

CASUS 10

Een student neemt een foto van haar volgcliënt tijdens een uitstapje. Ze wil de foto op Facebook posten.

CASUS 11

Je ontmoet een ex-client buiten het ziekenhuis. Ze is heel blij om jou terug te zien en vraagt naar een aantal andere cliënten.

CASUS 12

Je krijgt een vriendschapsverzoek van een cliënt.

CASUS 13

Je loopt stage en je hebt cliënten van je eigen leeftijd. Ze vragen om samen iets te gaan drinken na de therapie.

CASUS 14

Een collega die stagementor is, laat de evaluatiedocumenten van de student op zijn bureau slingeren.

CASUS 15

Een bewoonster flirt vaak. Eén van de mannen neemt het wat letterlijk en benadert de vrouw. De vrouw voelt zich geïntimideerd en dient een klacht in. De meningen in het team zijn verdeeld. Wat doe je?

CASUS 16

Een man in een woonzorgcentrum wil niet eten.

CASUS 17

Een cliënt moet een strikt dieet volgen. Ze vraagt na de kookactiviteit een stukje taart.

CASUS 18

Een meisje met een fysieke beperking woont bij haar ouders. Die willen hun woning aanpassen voor hun dochter, zodat ze bij hen kan blijven wonen. Maar zij wil graag alleen gaan wonen wanneer ze meerderjarig is, zoals andere meisjes van haar leeftijd.

CASUS 19

Een allochtone vrouw wil niet door een mannelijke hulpverlener aangeraakt worden. Er is enkel een mannelijke ergotherapeut aanwezig. De vrouw heeft ondersteuning nodig bij haar ochtendhygiëne.

CASUS 20

De kinesitherapeut vraagt aan de ergotherapeut om een cliënt over te nemen omdat ze er zelf geen tijd voor heeft. Deze cliënt heeft geen baat bij ergotherapie.

CASUS 21

Tijdens een huisbezoek adviseer je om het bed van de vrouw tijdelijk in de woonkamer te plaatsen omdat de trappen naar de slaapkamer nog te gevaarlijk zijn. De man wil best zorg dragen voor zijn vrouw maar dit voorstel gaat hem te ver. Een bed in de woonkamer zorgt voor problemen wanneer hij vrienden ontvangt. Hij vraagt of zijn vrouw nog langer in het revalidatiecentrum kan blijven tot ze trappen kan lopen, maar mevrouw wil graag naar huis.

CASUS 22

In overleg met een bewoner zijn een aantal beslissingen genomen die aansluiten bij zijn wensen en verwachtingen. De familie is nieuwsgierig en vraagt hierover informatie.

CASUS 23

In overleg met een bewoner zijn een aantal beslissingen genomen die aansluiten bij zijn wensen en verwachtingen. De familie gaat hiermee niet akkoord.

BIBLIOGRAFIE

Boyt schell, B.; Schell. J.; (2008). Clinical and professional reasoning in occupational therapy. Lippincott Williams &Wilkins.

Council of Occupational Therapists for the European Countries (2006). Developing Code of Ethics - COTEC Policy and Guidelines. Geraadpleegd op 10 september 2018 via <http://www.coteceurope.eu/directory/code-of-ethics/>.

Council of Occupational Therapists for the European Countries. (2017-2020). Strategic plan. (COTEC, Editor, & COTEC, Producer) Retrieved november 20, 2017, from COTEC: <http://www.coteceurope.eu>

Kouloumpi, M., Saenger, S., & Suetens, M. (2009). Developing Code of Ethics - COTEC Policy and Guidelines. (COTEC, Producer) Retrieved november 20, 2017, from Council of Occupational Therapist for the European Countries (COTEC): <http://www.coteceurope.eu>

Leeuw, M.; Saenger, S.; Vanlaerhoven, I.; Vries-Uiterweerd, A. (2015). Beroepscode en gedragsregels ergotherapeut. Utrecht: Ergotherapie Nederland.

Le granse, M., Van Hartingsveldt, M., & Kinébanian, A. (2012). Grondslagen van de ergotherapie. Springer Media B.V.

Le Granse, M., Van Hartingsveldt, M., & Kinébanian, A. (2017). Grondslagen van de ergotherapie. In M. Le Granse, M. Van Hartingsveldt, & A. Kinébanian, Verklarende woordenlijst. Bohn Stafleu van Loghum.

Sociale Zaken Volksgezondheid en Leefmilieu. (1996, juli 8). Koninklijk Besluit betreffende de beroepstitel en de kwalificatievereisten voor de uitoefening van het beroep van ergotherapeut en houdende vaststelling van de lijst van technische prestaties. Retrieved november 21, 2017, from JUSTEL-Geconsolideerde wetgeving: <http://www.ejustice.just.fgov.be>

Sociale Zaken Volksgezondheid en leefmilieu. (2002, augustus 22). JUSTEL. Geconsolideerde wetgeving. (Sociale zaken, volksgezondheid en leefmilieu.) Retrieved januari 31, 2017, from Wet betreffende de rechten van de patiënt.: <http://www.ejustice.just.fgov.be>

van Hartingsveld, M., Logister-Proost, I., & Kinébanian, A. (2017). Beroepsprofielergo-therapeut. In M. Le Granse, M. van Hartingsveldt, & A. Kinébanian, Grondslagen van de ergotherapie (Vol. 5, p. 150). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Vandeurzen, J. (2010). Perspectief 2020. Nieuw ondersteuningsbeleid voor personen met een handicap. Vlaamse Regering, kabinet van Vlaamse minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin. Brussel: Vlaamse regering.

Verenigde Naties . (2006, december 13). Federale overheidsdienst Sociale zekerheid. (V. Naties, Producer) Retrieved november 21, 2017, from <https://www.socialsecurity.belgium.be/nl/verdrag-van-de-verenigde-naties-inzake-rechten-van-persoon>

Verenigde Naties. (1948, december 10). Universele Verklaring van de Rechten van de Mens. Retrieved april 30, 2014, from Amnesty International: <http://www.aivl.be>

World Federation of Occupational Therapists. (2016). World Federation of Occupational Therapist Code of Ethics . (WFOT, Editor, & WFOT, Producer) Retrieved november 20, 2017, from <http://www.wfot.org/ResourceCentre>



ERGOTHERAPIE
VLAANDEREN

UPE

Union Professionnelle
des **Ergothérapeutes**
belges francophones & germanophones