

ETIČNE DILEME V DELOVNI TERAPIJI

ETHICAL DILEMMAS IN OCCUPATIONAL THERAPY

Zdenka Pihlar, dipl. del. ter.

Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije – Soča, Ljubljana

Povzetek

V prispevku so predstavljene etične dileme v delovni terapiji. Ob pregledu literature je najti le manjše število člankov, ki so rezultat raziskav omenjene teme. Navezujejo se bolj na filozofijo nove paradigme stroke in manj na dileme terapevtov v klinični praksi, ki morajo dnevno sprejemati etične odločitve. V Sloveniji tema o etičnih dilemah v delovni terapiji še ni zaživela. Predstavljene so etične dileme redkih tujih avtorjev in dileme, ki jih je avtorica prispevka pridobila na podlagi usmerjenega razgovora z delovnimi terapevti, ki imajo več kot 15 let izkušenj, ter na podlagi lastnih izkušenj v klinični praksi.

Ključne besede:

delovna terapija; etične dileme; na posameznika usmerjen pristop; okolje

Abstract

The paper presents ethical dilemmas in occupational therapy. A literature review finds only a small number of articles that are the result of research on this topic. The articles mainly relate to the philosophy of the new paradigm of the profession and less to the dilemmas of therapists in clinical practice, who must daily take ethical decisions. In Slovenia, the topic of ethical dilemmas in occupational therapy has yet to receive attention. Ethical dilemmas are presented based on the work of the few foreign authors, and based on the author's focused interviews with occupational therapists who have got more than 15 years of experience, as well as her own experience in clinical practice.

Key words:

occupational therapy; ethical dilemmas; client-centred practice; environment

UVOD

Etični principi in pravila, ki vodijo delovne terapevte v praksi, so zapisana v poklicnem dokumentu »Kodeks etike delovnih terapevtov«. V Sloveniji je trenutno veljaven »Kodeks etike delovnih terapevtov v Sloveniji« (v nadaljnjem besedilu Kodeks), ki ga je oblikovala skupina delovnih terapevtov Zbornice – Društva delovnih terapevtov Slovenije (1). Oblikovan in opredeljen je bil kot vrsta standardov - splošnih načel: načela integritete uporabnika, osebne in poklicne integritete terapevta, ter pristojnost in merila poklica (1). Standardi prakse v delovni terapiji in kodeks etike delovnih terapevtov so medsebojno v tesni povezavi in izhajajo iz osnovnih vrednot in prepričanj v delovni terapiji. Standardi prakse so osnovani na z dokazi podprtih modelih in pristopih obravnave v delovni terapiji in upoštevajo smernice Kodeksa etike evropskega združenja delovnih terapevtov – COTEC (Council of Occupational Therapists for the European Countries) ter svetovnega združenja – WFOT (World Federation of Occupational Therapists) (2,3).

Delovni terapevti v klinični praksi sledijo sedmim specifičnim vrednotam (*angl.* Core Values): altruizmu, enakosti, svobodi,

pravičnosti, dostojanstvu, resnici in preudarnosti. Osnovni namen in pomen dokumenta je promocija kakovostnih poklicnih standardov in delovno-terapevtske prakse, ki izhaja iz »na posameznika usmerjene prakse« (*angl.* Client – centred practice) in širše socialne odgovornosti do obravnavane osebe (2,3).

Kodeks etike delovnih terapevtov je osnovan na podlagi univerzalnih principov in smernic za poklic delovnih terapevtov v smislu etičnega obnašanja, odgovornosti, etičnega sklepanja, analize problemov in sprejemanja odločitev v njihovi klinični praksi (1-3). Dokument upošteva smernice Svetovne zdravstvene organizacije (*angl.* World Health Organization), ki opredeljujejo prvine zdravja in z zdravjem povezane prvine blaginje (4).

Na področju etičnih dilem v vsakodnevni klinični praksi delovnih terapevtov obstaja zelo malo raziskav in objavljenih člankov. Veliko literature o navedeni temi je na medicinskem področju, vedno več literature pa je objavljene na področju etičnih dilem medicinskih sester (5).

Etičnim dilemam v delovni terapiji je bil leta 1988 posvečen celoten izvod revije »American Journal of Occupational Therapy«

Poslano: 22. 2. 2017

Sprejeto: 27. 2. 2017

Naslov za dopisovanje/Address for correspondence (ZP): zdenka.pihlar@ir-rs.si

(6). Članki so pokrivali tematska področja, kot so teorija etike, etika in izobraževanje, metoda analize primera ipd. Na temo etičnih dilem, vezanih na delo delovnih terapevtov v klinični praksi, pa člankov ni bilo (6).

Prvi, ki je bolj poglobljeno preučeval etične dileme delovnih terapevtov v praksi, je bil Hansen, ki je v sklopu doktorske disertacije razvil test na temo etičnih dilem v delovni terapiji (7). Na podlagi rezultatov, ki jih je pridobil s strani 22 izkušenih delovnih terapevtov, je izpostavil področja, na katerih se terapevti največkrat soočajo z etično dilemo. Med prve je uvrstil izbiro in presojo najbolj učinkovite metode obravnave, poročanje o obravnavi, ki ni bila najustrežnejša za posamezne paciente, neustrezno obravnavo zaradi pomanjkanja časa ter konflikt med posameznimi člani tima, obravnavane osebe ali njegov e-družine zaradi različnih ciljev obravnave (7).

Avtorici Kassberg in Skar (8) ugotavljata, da delovni terapevti na Švedskem in drugod po svetu delujejo v klinični praksi skladno s pridobljenim znanjem v času študija in podiplomskega izobraževanja ter upoštevajo vrednote poklica. Poznavanje in upoštevanje Kodeksa etike je za delovne terapevte pomembno, vendar pa v svoji vsakodnevni praksi prevzemajo odločitve, ki so vezane na osebne vrednote in prepričanja, da so obravnavali posameznika na način, ki je bil zanj najustrežnejši v danih pogojih (8). Največ etičnih dilem je vezanih na prepričanje in osebne vrednote delovnega terapevta, ko se mora odločiti med strokovno utemeljenim pristopom obravnave in trenutnimi pogoji, v katerih deluje. Etične dileme izhajajo iz situacij, ki nastanejo zaradi konflikta interesa terapevta, posameznika, strokovnih sodelavcev in plačnika storitev (8).

Ameriški delovni terapevti in študentje delovne terapije se često soočajo s številnimi etičnimi dilemami v klinični praksi. Do predstavljenih ugotovitev so prišli na podlagi vprašalnika, ki ga je izpolnilo 436 ameriških delovnih terapevtov in študentov delovne terapije. Kar 21 % vseh sodelujočih je poročalo o vsakodnevnih etičnih dilemah, 31 % se z njimi srečuje 1-krat tedensko, 32 % 1-krat mesečno, 13 % 1-krat na leto in samo 3 % jih je odgovorilo, da se z etičnimi dilemami niso nikoli soočili (9). Skrb vzbujajoči pa so podatki, da je od vseh vključenih samo 20 % terapevtov dobro poznalo etična načela svoje stroke, 67 % jih je poročalo, da imajo nekaj znanja, 7 % sodelujočih ni bilo povsem prepričanih, ali to znanje imajo, 5 % pa se jih je izreklo, da z njimi niso seznanjeni (9).

Avtorica prispevka predstavlja etične dileme, s katerimi se je soočala v klinični praksi zadnjih 20 let, ter pridobljene informacije z metodo ustnega razgovora z dvanajstimi izkušenimi delovnimi terapevtkami, ki opravljajo klinično prakso več kot 15 let.

PODROČJA ETIČNIH DILEM V DELOVNI TERAPIJI

Dilema na področju načrtovanja ciljev obravnave

»Delovni terapevt omogoča posamezniku, skupini in osebam v skupnosti razvijati in razumevati svojo vlogo, vključenost v izvedbo namenskih aktivnosti in sodelovati v življenjskih dejavnostih. Pravica do vključevanja v smiselne dejavnosti je temeljna pravica posameznika in je v tesni povezavi z njegovim zdravjem in dobrim počutjem« (1,2,10).

Etična dilema izhaja iz konfliktne situacije med terapevtom, pacientom, njegovo družino in posameznimi člani tima. Pacientovo željo po ponovni vzpostavitvi »hoje« podpira njegova družina. Delovni terapevt spodbuja posameznika v osamosvajanju na področju dnevnih aktivnosti s ciljem večje samostojnosti in vključevanja v življenjske dejavnosti. Napačno razumevanje »hoje« s strani posameznika in njegovih svojcev izniči pomembnost osamosvajanja pacienta na področju osnovnih in širših dnevnih aktivnosti, saj izhajajo iz predpostavke, da bo sposobnost hoje avtomatično vplivala na samostojno izvedbo aktivnosti ter mu omogočila sodelovanje v družbi. Delovni terapevti se soočijo z dilemo o smiselnosti dnevnega prepričevanja posameznika o pomembnosti vadbe dnevnih aktivnosti v primerih, ko jo ta striktno zavrača.

Nemalo etičnih dilem se pojavlja v delovno-terapevtski praksi med terapevtom, pacientom in njegovimi svojci zaradi neupoštevanja navodil o pravilni izvedbi posameznih tehnik funkcijskega usposabljanja. Tehnike pravilnega presedanja, hranjenja, oblačenja itd. so specifične in jih je potrebno upoštevati, da ne povzročamo posamezniku sekundarne okvare ali bolezni. Neupoštevanje navodil s strani delovnega terapevta izniči ves njegov trud, ki ga je posvetil posamezniku v terapevtski obravnavi. Najpogostejša dilema se navezuje na učinek vloženega dela pri prenosu v samostojno življenje. Kako prepričati posameznika in njegove svojce o pomembnosti pravilnega rokovanja oziroma tehnike izvedbe aktivnosti?

Delovni terapevti se prav tako soočajo z etično dilemo na področju temeljnih človekovih pravic »biti dejaven« (*angl.* occupational justice). Velikokrat v svoji praksi naletimo na kršenje osnovnih človekovih pravic, ki posamezniku onemogočajo biti dejaven, pahnejo ga v socialno izoliranost, v mnogih primerih ga pahnejo na rob preživetja. Obstaja dokument, ki posamezniku zagotavlja osnovne determinante zdravja – opravljati dejavnosti, ki mu omogočijo dostojno življenje in aktivno vključevanje v družbo (11). Delovni terapevti ugotavljajo, da so mnogokrat pravice zapisane le na papirju, v praksi pa je vse drugače. Pojavljajo se dileme, kako zagotoviti človekovo dostojanstvo znotraj delovno-terapevtske obravnave. Iščejo način, kako naj delovni terapevt vpliva na spremembe zakonodaje, osveščanje družbenih vrednot? Dileme niso dramatične, se pa pojavljajo dnevno. Dileme se navezujejo na področja splošne pravičnosti ter pravice in avtonomije posameznika.

Ena od etičnih dilem je vezana na arhitekturne ovire in predpis ustreznih pripomočkov, ki posamezniku omogočajo integracijo in aktivno sodelovanje v družbi. Pripomočki podperne tehnologije imajo pomembno vlogo v rehabilitaciji. Etične dileme, s katerimi se soočajo terapevti, se največkrat navezujejo na predpis pripomoč-

ka podporne tehnologije, ki posamezniku ne omogoča učinkovite izvedbe aktivnosti. Največ dilem se pojavlja zaradi nerazumevanja plačnika o pomembnosti izbire ustreznega pripomočka, ki je za posameznika izjemnega pomena, saj mu omogoča sodelovanje v družbi in širši bivalni skupnosti. Tipičen primer etične dileme je, kako zagotoviti varno upravljanje predpisanega pripomočka v primeru, kadar plačnik zavrne plačilo pomembnih dodatkov, kot so npr. varovala proti prekucu na vozičku, ki omogočajo varno vožnjo, možnost dviga višine sedeža vozička, ki omogoča dostojno komunikacijo s hodečo osebo, voziček primerne teže ipd.

Delovni terapevti se pogosto srečujejo tudi z etično dilemo o učinkovitem prenosu izvedbe ožjih dnevnih aktivnosti iz prilagojenega bolnišničnega okolja v pacientovo bivalno okolje. Kako zagotoviti posamezniku prenos samostojne izvedbe različnih aktivnosti, ki so plod vadbe v prilagojenem okolju/rehabilitacijskih centrov, v domače okolje? Ali bo posameznik ob odpustu iz rehabilitacijske ustanove sposoben še naprej samostojno opravljati aktivnosti, v katerih se je osamosvojil v času delovno-terapevtske obravnave, ali bo sposoben premagati ovire v domačem okolju, da ga ne bodo ponovno postavile v položaj osebe, ki bo odvisna od tuje pomoči? Komu v okolju prenesti osnovne večine programa usposabljanja v delovni terapiji? Kako omogočiti posamezniku vir sredstev, s pomočjo katerih bi odstranil arhitekturne ovire in ovire v domačem okolju za lažje doseganje samostojnosti v dnevnih aktivnostih in vključevanja v okolje? Ali so svoji obravnavane osebe dovolj »pošteni« in posredujejo resnične podatke o okolju, v katerega se posameznik vrača? Etična dilema je vezana na vprašanje zaupanja do podatkov, na podlagi katerih terapevt določa prioritete cilje obravnave skupaj z osebami, ki so podatke posredovale.

Avtorja članka »Iluzija na posameznika usmerjene prakse« Jyothi Gupta in Steven D. Taff (12) ugotavljata, da praksa, usmerjena na posameznika, deluje samo v naravnem okolju, v katerem posameznik živi. V ustanovah ni moč improvizirati domačega okolja. Domače okolje je unikatno. V njem posameznik izvaja vsakodnevne namenske aktivnosti na svojstven in edinstven način. Arbesman in Moseley (13) sta pregledala 28 študij, na podlagi katerih slonijo dokazi, da delovno-terapevtska obravnava starejših oseb v domačem okolju, usmerjena na posameznika in v dejavnost, ki jo posameznik želi oziroma v svojem življenju mora izvajati, izboljšuje njegovo zdravje, psihično počutje in vključenost v skupnost. Gibson et al. (14) so pregledali 53 študij vpliva delovno-terapevtske obravnave oseb s težjo duševno boleznijo v domačem okolju, usmerjeno na posameznika in njegovo dejavnost. Rezultati študij kažejo na pozitiven vpliv delovno-terapevtske obravnave v domačem okolju v smislu reintegracije v skupnost (14).

Spremenjena paradigma delovne terapije, ki je prešla iz medicinskega v bio-psiho-socialni model, zahteva dobro poznavanje posameznika, okolja, iz katerega izhaja in področje njegove dejavnosti (15,16). Usmerjena je v posameznikovo funkcioniranje z vidika njegovih ohranjenih sposobnosti (4). Medicinski model pojmuje zmanjšano zmožnost kot težavo posameznika, ki jo je neposredno povzročila bolezen, poškodba ali drugo zdravstveno stanje in ki

zahteva medicinsko oskrbo v obliki individualne obravnave, ki jo nudijo strokovnjaki. V središču pozornosti je zdravstvena oskrba (4). Zmanjšana zmožnost ni pripisana posamezniku, temveč je kompleksen sklop okoliščin, ki jih v veliki meri ustvarja družbeno okolje. Spremembe okolja, ki so potrebne za popolno sodelovanje oseb z zmanjšanimi zmožnostmi na vseh področjih družbenega življenja, so skupinska odgovornost celotne družbe. Model MKF zahteva družbene ukrepe (4).

Dilema na področju partnerskega odnosa z obravnavano osebo, izbire zanj smiselnih aktivnosti

»Delovni terapevt je dolžan izvajati pristop, usmerjen na posameznika, upoštevati partnerski odnos, spodbujati soodločanje posameznika pri izbiri terapevtskega pristopa, izbiri zanj smiselnih aktivnosti. V procesu rehabilitacije je dolžan delovati v smeri promocije zdravja, sodelovanje v družbi, ohranjanja zdravja in dobrega počutja« (1,2,15,16).

Etična dilema, ki se pojavlja v klinični praksi, je mnogokrat prisotna pri obravnavi oseb s težjo in težko okvaro kognitivnih sposobnosti. Delovni terapevt velikokrat pridobiva informacije o uporabniku s strani njegove družine, partnerja oziroma tretje osebe. Vprašljiva je verodostojnost informacij – v tem primeru ne moremo izvajati pristopa, usmerjenega na uporabnika. Lahko naletimo na konflikt interesov, če se nismo potrudili dovolj in ponudili možnosti, da se uporabnik aktivno vključi v proces obravnave. Kako omogočiti uporabniku aktivno sodelovanje v procesu načrtovanja obravnave?

Avtorici Kassberg AC in Skar L (17) v svoji študiji, ki sta jo izvedli s pomočjo polstrukturiranega intervjuja z delovnimi terapevti, ki obravnavajo odrasle z okvaro v razvoju, ugotavljata, da se delovni terapevti v klinični praksi dnevno srečujejo z etičnimi dilemami. Največ etičnih dilem izhaja iz odnosa pacient – svoji in načrtovanja skupnih ciljev obravnave z ostalimi člani tima. Rezultati študije kažejo, da na podlagi pridobljenih informacij s strani pacienta, svojcev in ostalih članov tima delovni terapevt težko izdelava skupaj z njimi načrt obravnave, ki bo usmerjen na posameznika, njegove želje in pričakovanja, ter bo usklajen s pričakovanji in željami ostalih sodelujočih. Nema lokrat so pričakovanja pacienta, ki je vključen v partnerski proces obravnave, povsem drugačna od pričakovanj svojcev in ostalih sodelujočih v procesu obravnave. Pomembno vlogo v izdelavi načrta obravnave ima plačnik storitev. Ugotavljajo, da se premalo rešujejo težave, ki izhajajo iz etičnih dilem v razširjenem timu strokovnjakov in plačnikov programov.

Sledi etična dilema, ki se navezuje na definicijo partnerskega odnosa med pacientom in delovnim terapevtom. Številni pacienti ne želijo prevzemati odgovornosti pri načrtovanju procesa delovne terapije. Terapevtu zaupajo kot strokovnemu delavcu, da bo izbral za njih najboljši program obravnave. Pričakujejo, da jih bo terapevt spoštoval in upošteval njihove želje, hkrati pa prevzel odločitev o samih postopkih obravnave.

Avtorica Hammell (18,19) je v svoji raziskavi potrdila upra-

vičenost etičnih dilem, ki izhajajo iz definicije prej omenjenega pristopa. Zavrača jedrne vrednote na posameznika usmerjene prakse. Predlaga revizijo jedrnih vrednot v smislu »spoštovanja posameznika«. V svojih raziskavah je pridobila podatke, da številni pacienti ne želijo oziroma niso sposobni prevzeti odgovornosti pri izbiri najustreznejših postopkov obravnave. Od terapevta pričakujejo spoštljiv odnos, izmenjavo informacij, poklicno suverenost in poštenost v sprejemanju odločitev. Predlaga spremembo definicije, ki namesto partnerskega odnosa z uporabnikom vzpostavlja »spoštljiv odnos do uporabnika« in daje velik poudarek na strokovno usposobljenost terapevta in njegovo odgovornost za učinkovito obravnavo (18,19).

Dilema na področju uvajanja z dokazi podprte obravnave v klinično prakso

»Delovni terapevti so dolžni v svojo prakso sistematično uvajati postopke obravnave, ki temeljijo na dokazih in so se v praksi izkazali kot uspešni. Izhajati morajo iz potreb posameznika, usmerjeni morajo biti na prepoznavo skupnih ciljev in upoštevati specifične zahteve okolja, v katerem posameznik živi« (2,20-22). Delovni terapevti se v praksi dnevno srečujejo z etičnimi dilemami, kako zagotoviti učinkovito in na dokazih podprto obravnavo. Kako pridobiti podatke o okolju, iz katerega posameznik prihaja, kako uskladiti kakovostno obravnavo s plačnikom zdravstvenih storitev?

Model zdravja in dobrega počutja, ki je primerljiv z Mednarodno klasifikacijo funkcioniranja (MKF), omogoča posamezniku integracijo oziroma ponovno integracijo v ožje in širše bivalno okolje, oziroma sodelovanje v življenjskih aktivnostih (4, 5,10). Medicinski model obravnave daje poudarek na vzpostavljanju oziroma vračanju telesnih funkcij, ki omogočajo posamezniku funkcioniranje - hoja, govor, prijem ipd. (4). Raven okvare vpliva na stopnjo funkcioniranja. Porušena shema hoje in slabo ravnotežje vplivata na posameznikovo kakovost hoje. Izboljšanje le-te pa nima nujno vpliva na posameznikovo samostojnost v širših dnevni aktivnostih in vključenost v družbo (10). Cilji rehabilitacije bi morali izhajati iz širšega konteksta, ki ga zagotavlja model MKF (4). Osnovni cilji rehabilitacije v smislu vračanja sposobnosti oziroma ponovno vzpostavljanje telesnih funkcij, kot npr. »izboljšanje sheme hoje in ravnotežja«, »finomotorična funkcija rok«, »izboljšanje govornih funkcij«, osamosvajanje na področju oblačenja ipd., že v osnovi izključujejo pristop, usmerjen na posameznika (20).

Vključevanje sodobnih modelov obravnave v klinično prakso je odvisno od zdravstvenega sistema in plačnika storitev. V Združenih državah Amerike, kjer je zaposlenih okrog 102.500 delovnih terapevtov in 34.500 pomočnikov delovne terapije, jih več kot 64 % deluje v okviru medicinskega modela, kjer jim plačnik – zdravstvena zavarovalnica priznava plačilo storitev na ravni okvare oziroma ponovnega vračanja okvarjene funkcije (22). Dokument, s pomočjo katerega je zasnovan proces dela delovnega terapevta v klinični praksi, izhaja iz bio-psiho-socialnega modela obravnave. Etične dileme, s katerimi se soočajo v dnevni klinični praksi, izhajajo iz neskladja zavezujočih dokumentov in realnih zmožnosti delovnih terapevtov v procesu izvedbe programov

delovne terapije (22).

Etične dileme slovenskih delovnih terapevtov se največkrat navezujejo na izbiro ustreznih pristopov in modelov obravnave, ki so dokazano učinkoviti, iz več razlogov. Glavni razlog je, da niso povsem prenosljivi v družbeni sistem, v okviru katerega delovni terapevti izvajajo prakso. Slovenska zakonodaja ne upošteva standardov prakse, ki jih določajo klinične smernice z dokazi podprtih postopkov obravnave (2,23).

Ključna vloga delovnega terapevta je izvedljiva v bio-psiho-socialnem modelu obravnave. Delovni terapevt mora delovati holistično, upoštevati pristop, usmerjen na posameznika. Dobro mora poznati okolje, v katerem posameznik živi (10). V Sloveniji še vedno prevladuje medicinski model obravnave, ki je osredotočen na posameznikove sposobnosti z vidika okvare. Več kot 95 % delovnih terapevtov je zaposlenih v ustanovah, ne poznajo okolja, iz katerega posameznik izhaja (23). Ključna vloga delovnega terapevta je usmerjena v ponovno vračanje okvarjene funkcije. Namenska aktivnost, ki jo izbere posameznik, ne vpliva na sodelovanje v življenjskih dejavnostih, saj je znano dejstvo, da izvedba namenske aktivnosti v bolnišničnem okolju ni primerljiva z izvedbo na posameznikovem domu oziroma v skupnosti (24).

Z dokazi podprti postopki obravnave so plod raziskav, ki so potekale v tujih državah (največkrat v Angliji, Kanadi, Ameriki in Avstraliji). V teh državah je izdelan sistem, v katerem je moč uveljavljati prej naštetih metode in pristope (19). V Sloveniji pa zdravstveni sistem oziroma pristojno ministrstvo in zavarovalnica še vedno ne priznavata storitev na področju delovne terapije, ki so podprte z dokazi – metode ocenjevanja, sodobni pristopi v programih rehabilitacije, prenos programov v okolje (bivalno skupnost). Še vedno velja zastarel dokument Enotni seznam zdravstvenih storitev (Zelena knjiga) iz leta 1982 (25). Zelena knjiga omogoča delovnim terapevtom plačilo treh samostojnih storitev: vaje transfera ali vaje dnevni aktivnosti (časovni normativ 20 minut), trening uporabe pripomočkov za zgornjo okončino; navodilo za uporabo in trening z različnimi tehnikami – s protezo (časovni normativ 20 minut); trening pripomočkov in tehničnih sredstev za gibanje in komunikacijo pri težje prizadetih občanah (časovni normativ 15 minut) (25). Obstaja še nekaj timskih storitev in storitev, ki jih lahko izvaja višji zdravstveni delavec (vendar se storitev lahko izvede le 1-krat dnevno).

Trenutno velja storitveni sistem (25) za obravnavo ambulantnih pacientov, za hospitalizirane pa oskrbni dan, ki omogoča terapevtu več možnosti izbire metod dela znotraj ustanove. Če bo zavarovalnica prešla na sistem plačevanja po storitvah tudi za hospitalizirane paciente, se bo pojavila zahtevna etična dilema, kako zagotoviti na podlagi obstoječega seznama zdravstvenih storitev minimalne standarde kakovostne obravnave v delovni terapiji.

Rudman (26) postavlja v ospredje standarde, ki omogočajo prenos »na posameznika usmerjene prakse« v klinično delo. Sodelovanje posameznika v skupnosti je odvisno od njegovega socialnega, ekonomskega statusa in političnega konteksta države, v kateri se uvaja nova paradigma vloge delovne terapije.

Skupina delovnih terapevtov je v okviru Zbornice delovnih terapevtov Slovenije (ZDTS) že pred leti izdelala nabor storitev delovne terapije, ki izhajajo iz bio-psiho-socialnega modela in vključujejo z dokazi podprte ocenjevalne instrumente in metode obravnave v delovni terapiji. Pogajanja s plačnikom storitev so bila žal neuspešna. Zdravstvena politika je toga glede sprememb zakonodaje. Z ustanovitvijo razširjenega strokovnega kolegija za področje delovne terapije (RSK), ki deluje pod okriljem Ministrstva za zdravje, upamo na spremembe zakonodaje in umestitev delovne terapije na vsa deficitarna področja (27).

ZAKLJUČEK

Delovni terapevti se v svoji praksi dnevno srečujejo z etičnimi dilemami, ki izhajajo iz razkoraka med teorijo in prakso. Za zagotavljanje modelov, ki so usmerjeni v zdravje in dobro počutje, mora politični sistem zagotoviti pogoje, v katerih bo delovni terapevt v klinični praksi obravnaval posameznika na primarni, sekundarni in terciarni ravni – s poudarkom na delu v skupnosti. Zagotoviti bo potrebno več znanja s področja reševanja etičnih dilem, ki se pojavljajo v dnevni praksi delovnih terapevtov.

Literatura

1. Kodeks etike delovnih terapevtov Slovenije. Ljubljana: Zbornica delovnih terapevtov Slovenije, Strokovno združenje; 2011.
2. Code of ethics and standards of practice. Karlsbad-Ittersbach: Council of Occupational Therapists for the European Countries; 2007. Dostopno na: <http://www.cotec-europe.org/eng/35/> (citirano 16. 2. 2015).
3. World Federation of Occupational Therapists. Position statement on client-centredness in occupational therapy. Forrest field: WFOT; 2010.
4. International classification of functioning, disability, and health – ICF. Geneva: World Health Organization; 2001.
5. Barnitt R, Partridge C. Ethical reasoning in physical therapy and occupational therapy. *Physiother Res Int.* 1997; 2 (3): 178-94.
6. Foye SJ, Kirschner KL, Wagner LBC, Stocking C, Siegler M. Ethical issues in rehabilitation: a qualitative analysis of dilemmas identified by occupational therapists. *Top Stroke Rehabil.* 2002; 9 (3): 89-101.
7. Hansen RA. Moral reasoning of occupational therapists: unpublished doctoral dissertation. Detroit: Wayne State University; 1984.
8. Kassberg AC, Skar L. Experiences of ethical dilemmas in rehabilitation: Swedish occupational therapists' perspectives. *Scand J Occup Ther.* 2008, 15 (4): 204-11.
9. Kyler P. Putting everyday ethics into action. *OT Practice* 1998; 3 (5): 36 – 40.
10. Townsend EA, Polatajko HJ. *Enabling occupation II: advancing an occupational therapy vision for health, well-being & justice through occupation.* 2nd ed. Ottawa: CAOT; 2013.
11. Alston, P, Goodman R, eds. *International human rights.* Oxford: Oxford University Press; 2013.
12. Jyothi G, Steven DT. The illusion of client-centred practice. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy.* 2015; 22 (4): 244-51.
13. Arbersman M, Mosley LJ. Systematic review of occupation- and activity-based health management and maintenance interventions for community-dwelling older adults. *Am J Occup Ther.* 2012; 66 (3): 277-83.
14. Gibson RW, D'Amico M, Jaffe L, Arbesman M. Occupational therapy interventions for recovery in the areas of community integration and normative life roles for adults with serious mental illness: a systematic review. *Am J Occup Ther.* 2011; 65 (3): 247-56.
15. Law M, Pollock N, Stewart D. Evidence-based occupational therapy: concepts and strategies. *NZ J Occup Ther.* 2004; 5 (1): 14–22.
16. Richard LF, Knis-Matthews L. Are we really client-centered? Using the Canadian occupational performance measure to see how the client's goals connect with the goals of the occupational therapists. *Occup Ther Ment Health.* 2010; 26 (1): 51-66.
17. Kassberg AC, Skar L. Experiences of ethical dilemmas in rehabilitation: Swedish occupational therapist's perspectives. *Scand J Occup Ther.* 2008; 71: 531-9.
18. Hammell KR. Client-centred practice in occupational therapy: critical reflections. *Scand J Occup Ther.* 2013; 20 (3): 174-81.
19. Hammell KR. Client-centred occupational therapy in Canada: refocusing on core values. *Can J Occup Ther.* 2013; 80 (3): 141-9.
20. Boniface G, Fedden T, Hurst H, Mason M, Phelps C, Reagon C, et al. Using theory to underpin an integrated occupational therapy service through the Canadian Model of Occupational Performance. *Br J Occup Ther.* 2008; 71 (12): 531–9.
21. Law M, Pollock N, Stewart D. Evidence-based occupational therapy: concepts and strategies. *NZ J Occup Ther.* 2004; 51: 14–22.
22. American Occupational Therapy Association. *Occupational therapy compensation and workforce study.* Bethesda: Aota; 2010.
23. Pihlar Z. Naših 50 let – možnosti in dileme na področju učinkovite obravnave v delovni terapiji. *Rehabilitacija.* 2015; 14 (Supl 1): 88-93.
24. Gibson RW, D'Amico M, Jaffe L, Arbesman M. Occupational therapy interventions for recovery in the areas of community integration and normative life roles for adults with serious mental illness: a systematic review. *Am J Occup*

- Ther. 2011; 65 (3): 247-56.
25. Enotni seznam zdravstvenih storitev in samoupravni sporazum o njegovi uporabi v svobodni menjavi dela. Ljubljana: Zdravstvena skupnost Slovenije: Zavod SRS za zdravstveno varstvo; 1982.
26. Lariberte Rudman D. Occupational terminology: occupational possibilities. *J Occup Sci.* 2010; 17 (1): 55-9.
27. Pravilnik o razširjenih strokovnih kolegijih. (OPOMBA: to je predlog predpisa, ki je v postopku usklajevanja in še ni objavljen v UL RS). Dostopno na: <https://e-uprava.gov.si/drzava-in-druzba/e-demokracija/predlogi-predpisov/predlog-predpisa.html?id=7949> TRENUTNO VELJAVEN: Pravilnik o sestavi in delovanju Razširjenih strokovnih kolegijev. Ur l RS 30/2002 in spremembe.