

Strategije razvoja delovne terapije v skupnosti za potrebe starejših ljudi: študija primera

Prejeto 12. 4. 2020 / Sprejeto 15. 5. 2020

Znanstveni članek

UDK 615.851.3-053.9

KLJUČNE BESEDE: staranje v domačem okolju, delovna terapija, skupnost

POVZETEK - Kljub temu da si večina starejših ljudi želi čim dlje ostati v svojem domačem okolju, v Sloveniji še vedno primanjkuje ustreznih storitev, ki bi to omogočile. Z raziskavo smo želeli proučiti stanje na področju dela delovnih terapevtov v skupnosti ter poiskati strategije, ki bi lahko izboljšale položaj in dostopnost delovne terapije na področju skrbi za starejše v domačem okolju. Raziskava je temeljila na kvalitativnem raziskovalnem pristopu – študiji primera. V raziskavi so sodelovale štiri delovne terapevtke, dve iz Slovenije in dve iz tujine. Podatke smo zbrali z delno strukturiranim intervjujem in jih razvrstili v štiri kategorije: prednosti, slabosti, izzivi in nevarnosti. Nato smo uporabili SPIN analizo kot strateško orodje za oblikovanje strategij. Oblikovane strategije so izpostavile pomen dodatnih izobraževanj s področja preprečevanja padcev, prilagoditev domačega okolja in dela z osebami z demenco ter potrebo po promociji stroke in znanstveno-raziskovalnem delu. Delovna terapija kot zdravstvena stroka lahko pomembno prispeva k uspešnemu in varnemu staranju v domačem okolju.

Received 12. 4. 2020 / Accepted 15. 5. 2020

Scientific article

UDC 615.851.3-053.9

KEYWORDS: ageing in place, occupational therapy, community

ABSTRACT - Although most older people want to remain in their home environment for as long as possible, there is a shortage of community care services that would enable that in Slovenia. We wanted to examine the situation surrounding community-based occupational therapy in Slovenia and find strategies that could improve the recognition and availability of occupational therapy for community-dwelling older adults. We employed a qualitative research design – a case study. Four occupational therapists participated in the study, two from Slovenia and two from abroad. Data was collected using semi-structured interviews and organized into four categories: strengths, weaknesses, opportunities and threats. Based on the findings, the SWOT analysis was used as a strategic tool for the development of actionable strategies. The strategies that emerged from the analysis highlighted the need for additional training in the areas of fall prevention, home adaptations and dementia care, as well as the need for promotional and research work. Occupational therapy is a health discipline that could significantly contribute to successful and safe ageing in place.

1 Uvod

Staranje v domačem okolju ali staranje na mestu bivanja (angl. ag(e)ing in place) je trenutno vodilni trend na področju oskrbe starejših oseb, saj ljudem omogoča ohranjanje samostojnosti, občutka vključenosti in večjo kakovost življenja v primerjavi z drugimi alternativami staranja (Coleman, Robin in Wiles, 2016; Robnik idr., 2017; Vanleerberghe idr., 2017). Pogosto se ta oblika staranja povezuje z uspešnim in zdravim staranjem (Kendig idr., 2014). Tako kot v drugih evropskih državah si tudi v Sloveniji večina starejših ljudi želi ostati v svojem domačem okolju čim dlje in imeti zagotovljeno ustrezno oskrbo v skupnosti (Hlebec idr., 2019; Kendig idr., 2017; Robnik idr., 2017). Kljub temu pa raziskave kažejo, da preference posameznika ne vpli-

vajo pomembno na to, kje bo ta živel v srednji in pozni starosti (Kendig idr., 2017). Lastništvo nepremičnine, socioekonomski položaj, mobilnost in prisotnost ustreznih prilagoditev bivališča so pogosto pomembni napovedniki tega, kje se bo človek staral (Hwang idr., 2011; Kendig idr., 2017). Avstralska študija je na primer pokazala, da so bolj pogosto ostali doma starejši ljudje, ki so bili lastniki svoje nepremičnine kot pa najemniki, kljub temu da sta obe skupini izrazili željo po staranju izven institucije (Kendig idr., 2017).

V Sloveniji staranje v domačem okolju omejuje pomanjkanje socialnih in zdravstvenih storitev, ki bi to lahko omogočile (Filipovič Hrast idr., 2019). Znotraj projekta SHARE so Hlebec in sodelavci (2016) ugotovili, da ima v Sloveniji 18.433 posameznikov (2,33 %) potrebe po oskrbi, ki niso zadovoljene. Od tega jih je 15.645 (4,60 %) starih nad 65 let in 12.139 (7,71 %) v starostni skupini nad 75 let. To nakazuje, da ima nezanemarljiv odstotek starih ljudi potrebe, ki niso zadovoljene znotraj obstoječe mreže dolgotrajne oskrbe. Tudi raziskava, ki so jo izvedli Hrovatin, Pišot in Plevnik (2016), je pokazala, da v Sloveniji veliko število starejših oseb živi v bivališču, ki je lahko zanje potencialno nevarno in ogrozi uspešno staranje na domu. Hkrati so avtorji izpostavili, da bi že minimalne spremembe in adaptacije okolja lahko pomembno povečale varnost in samostojnost starejših.

Za staranje v domačem okolju je zelo pomembno, da se najde pravo ravnovesje med posameznikovimi sposobnostmi in značilnostmi prebivališča, za kar se v angleščini uporablja izraz *person-environment fit* (Hwang idr., 2011). Delovni terapevti so strokovnjaki, ki znajo dobro oceniti tako človekove sposobnosti za izvajanje vsakodnevnih aktivnosti kot tudi značilnosti posameznikovega okolja, ki izvedbo aktivnosti bodisi vzpodbuja bodisi zavira. Njihove kompetence so lahko ključnega pomena pri oblikovanju varnega okolja, ki podpira samostojnost posameznika in je skladno z njegovimi željami in prioritetami (Curtis in Beecham, 2018). Raziskave kažejo, da storitve delovne terapije lahko pomembno pripomorejo k uspešnemu staranju v domačem okolju in zmanjševanju potreb po institucionalni oskrbi (De Coninck idr., 2017). Strokovno znanje delovnih terapevtov je pomembno na različnih področjih, na primer pri prilagoditvah domačega okolja in preprečevanju padcev v domačem okolju (Curtis in Beecham, 2018; Elliot in Leland, 2018). Pomembne so tudi njihove intervencije na področju izvajanja aktivnosti ter vključevanja v družbo (Turcotte, Carrier in Levasseur, 2019).

V Sloveniji je aktivnih približno 500 delovnih terapevtov, kar predstavlja 25 delovnih terapevtov na 100.000 prebivalcev (Šuc, Galof in Pihlar, 2014). Večinoma so zaposleni v bolnišnicah, klinikah in ambulantah, domovih za starejše, rehabilitacijskih centrih in zavodih za osebe s posebnimi potrebami. V zadnjih letih se razvija tudi delovna terapija na primarni ravni, ki ponuja priložnosti za zaposlovanje v zdravstvenih domovih in lokalni skupnosti. Čeprav se vedno bolj poudarja pomen delovne terapije v skupnosti, pa so možnosti za delovanje na tem področju omejene, predvsem zaradi organizacijskih in finančnih dejavnikov (Zbornica delovnih terapevtov Slovenije, 2019). Delovna terapija v domačem okolju je tako dostopna večinoma samo v okviru posameznih (časovno omejenih) projektov in kot samoplačniška storitev.

Težava je tudi v tem, da je v Sloveniji še vedno v veljavi Enotni seznam zdravstvenih storitev iz leta 1982, ki je poznan pod imenom »Zelena knjiga«. Ta ni skladen s sodobno paradigmo delovne terapije (Križaj, Lebar in Marušič, 2012). Delovnim terapevtom, ki morajo v sklopu javnega zdravstva beležiti svoje storitve, je tako pogosto onemogočeno, da bi beležili aktivnosti, ki jih izvajajo v praksi. V večini primerov ne morejo beležiti storitev v skupnosti oziroma izvesti obiska na domu, kar preprečuje, da bi bilo to delo ustrezno ovrednoteno in financirano. Križaj, Lebar in Marušič (2012) so pripravile nov predlog storitev delovne terapije, ki bi vključeval tudi nabor storitev, ki bi jih delovni terapevti lahko uporabili pri delu v skupnosti. Žal, kljub prizadevanju Zbornice delovnih terapevtov Slovenije, še ni prišlo do posodobljenja seznama storitev. Delovni terapevti v Sloveniji tako niso rutinsko vključeni v delo v skupnosti, kar zmanjšuje nabor storitev, ki bi bile na voljo starejšim osebam, ki želijo ostati v domačem okolju, s čimer se zmanjšuje njihova samostojnost in varnost v domačem okolju.

Z raziskavo smo želeli proučiti prednosti in slabosti ter izzive in nevarnosti na področju dela delovnih terapevtov v skupnosti in poiskati strategije, ki bi lahko izboljšale položaj in dostopnost delovne terapije na področju skrbi za starejše v domačem okolju v Sloveniji, ter primerjati stanje pri nas še z dvema državama, kjer je delovna terapija na domu že rutinsko vzpostavljena. V skladu s ciljem raziskave smo zastavili naslednje raziskovalno vprašanje: »Katere strategije bi lahko pripomogle k razvoju delovne terapije na domu za potrebe starejših ljudi v Sloveniji?«

2 Metode

Uporabljena je bila kvalitativna metoda raziskovanja – študija primera, s katero smo proučevali izkušnje in mnenja delovnih terapevtov v zvezi z delom v skupnosti. Pri zbiranju in analizi empiričnih podatkov smo uporabili kombinacijo deduktivnega in induktivnega pristopa ter zbrane podatke povezali v SPIN matriko (Perry in Jensen, 2001).

2.1 Opis vzorca

V neslučajnostni namenski vzorec smo vključili štiri delovne terapevtke, ki so bile izbrane glede na njihove izkušnje z raziskovanim pojavom in sposobnostjo, da bodo kot strokovnjakinje na tem področju lahko posredovale poglobljene informacije, ki bodo v pomoč pri doseganju ciljev raziskave (Patton, 2002). Vključitveni kriteriji so bili: (1) diploma iz delovne terapije, (2) več kot 10 let delovnih izkušenj, (3) poznavanje problematike dela v domačem okolju.

K sodelovanju sta bili tako povabljeni dve delovni terapevtki iz Slovenije (DT1, DT2) in dve delovni terapevtki iz tujine (Velika Britanija – OT1, Avstralija – OT2). Delovni terapevtki iz Slovenije sta zaposleni na področju sekundarne in terciarne zdravstvene dejavnosti, sta članici Zbornice delovnih terapevtov Slovenije in se aktivno vključujeta v prizadevanja za delovanje delovnih terapevtov v skupnosti. Delovni

terapevtki iz tujine delata na področju sekundarne zdravstvene dejavnosti in se rutinsko vključujeta v delo v domačem okolju z različnimi populacijami.

2.2 Opis zbiranja in obdelave podatkov

Z vsako od udeleženk smo izvedli delno strukturiran intervju, v katerem so sodelujoče povzemale svoje izkušnje, vezane na delo v skupnosti, ter izpostavile prednosti, slabosti, nevarnosti in priložnosti glede na svoje subjektivno doživljanje trenutne situacije. Za vsako od področij proučevanja smo uporabili ustrezna izhodiščna vprašanja (Kaj delate dobro? (prednosti), Katere so vaše pomanjkljivosti? (slabosti), Katere so priložnosti v okolju? (izzivi), S katerimi ovirami se srečujete? (nevarnosti)). S slovenskima udeleženkama smo intervju izvedli osebno, z udeleženkama iz tujine pa preko spleta (Skypa). Odgovori, ki so bili podani v angleščini, so bili prevedeni v slovenščino.

Analiza intervjujev je temeljila na tehnikah, ki izhajajo iz metode konstantne komparacije (Bogdan in Biklen, 2003). Vsi odgovori so bili najprej večkrat prebrani. Nato so bili kodirani in razporejeni v osemnajst podkategorij in štiri glavne kategorije: slabosti (S), prednosti (P), izzivi (I) in nevarnosti (N). Odgovore, ki so si bili pomensko blizu (npr. »pacient je v središču obravnave« in »na klienta usmerjen pristop«), smo združili. Kode smo z ozirom na frekvenco pojavnosti razvrstili na mesto podkategorije in vsaki kodi pripisali oznako udeleženke. Obdržali smo tudi podkategorije, ki so vsebovale samo eno kodo, saj so v nekaj primerih predstavljale originalno informacijo, ki je prinašala novo znanje o raziskovanem pojavu.

Nato smo s pomočjo SPIN analize oblikovali štiri strategije: (1) PI-strategija (prednosti, da izkoristimo izzive), (2) SI-strategija (premagovanje slabosti za izkoriščanje izzivov), (3) PN-strategija (prednosti za premagovanje nevarnosti) in (4) NS-strategija (izogibanje nevarnostim zaradi slabosti).

2.3 Etični vidiki raziskovanja

Udeležba v raziskavi je bila prostovoljna in udeleženke so lahko sodelovanje prekinile brez posledic. Pri poročanju o rezultatih jim je bila zagotovljena anonimnost in zaupnost.

3 Rezultati

Iz tabele 1 je razvidno, da v odgovorih o slabostih, prednostih, nevarnostih in priložnostih (izzivih) delovne terapije na domu ni bilo razbrati večjih razlik med tujino in Slovenijo, kar je v nasprotju s pričakovanji. Kljub temu da je delovna terapija v skupnosti v Veliki Britaniji in Avstraliji veliko bolj razvita kot v Sloveniji in poteka v sklopu javnega zdravstva, so vse udeleženke navajale podobne slabosti in nevarnosti, in sicer slabo razvita (oziroma ogrožena) identiteta poklica, težave s prepoznavnostjo delovnih terapevtov, delovanje znotraj biomedicinskega modela in pomanjkanje kadra za delo v skupnosti. Udeleženki iz Slovenije sta dodatno izpostavili tudi pomanjkanje

znanja in izkušenj za delo s starejšimi v domačem okolju ter težave z beleženjem storitev. Prav tako je bilo v Sloveniji prepoznano slabo razvito znanstveno-raziskovalno delo na tem področju.

Vse udeleženske so kot prednost delovne terapije izpostavile usmerjenost na posameznika in uporabo namenskih aktivnosti kot glavnega terapevtskega medija. Zavedale so se, da je pomemben doprinos delovnih terapevtov preprečevanje padcev v domačem okolju in zmanjševanje hospitalizacij. Slovenske udeleženske so izpostavile tudi, da med delovnimi terapijami obstaja visoka stopnja motiviranosti, da bi prodrli na področje dela v skupnosti.

Med glavnimi priložnostmi so vse udeleženske prepoznale željo starejših ljudi, da bi čim dlje ostali v domačem okolju. Udeleženki iz tujine sta izpostavili tudi področji dela, ki v Sloveniji še nista razviti, in sicer delo v t. i. spominskih klinikah za osebe z demenco in delo na urgenci, kjer bi delovni terapevti lahko prispevali k hitremu odpušcanju v domače okolje in preprečevanju nepotrebnih hospitalizacij. V prihodnosti bi ti dve področji lahko predstavljali nove priložnosti za zaposlovanje delovnih terapevtov v Sloveniji.

Glavna razlika med odgovori delovnih terapevtk iz tujine in Slovenije je bila ta, da sta terapevtki iz tujine navajali različne vire, ki so že na voljo v skupnosti (informatijske brošure, pripomočki, skupine za ranljive starostnike) in so dobro vzpostavljene ter rutinsko vključujejo delovne terapevte, česar pri nas še ni zaznati. Ena izmed udeleženk iz tujine je kot prednost delovne terapije izpostavila tudi to, da pri njih v skupnosti delajo terapevti, ki so najbolj izkušeni in imajo tako dovolj kompetenc za samostojno delo z ljudmi s kompleksnimi potrebami, na katere lahko primerno odgovorijo in se tako uveljavijo v multidisciplinarnih timih.

Tabela 1: Kode, podkategorije in glavne kategorije

Glavne kategorije	Podkategorije	Kode
Slabosti	Nerazvita identiteta (S1)	osredotočenost na raven okvare (DT1) pomanjkljiva uporaba namenskih aktivnosti (DT1) slabo zastopani v timu (DT2) težavno vzpostavljanje identitete (DT2, OT2) izgubljanje usmeritve na klienta (OT1) pomanjkanje protokolov (OT2) nejasne vloge v timu (OT2)
	Pomanjkanje izkušenj in znanja (S2)	malo možnosti za delovanje (DT1) pomanjkanje izkušenj (DT1) pomanjkanje znanja (DT2)
	Znanstveno-raziskovalno delo (S3)	dolgoročni učinki obravnave neznani (DT1)

Prednosti	Celosten pogled, usmerjen na klienta (P1)	klient je v središču (DT1, DT2, OT2) celosten pogled (DT2, OT1, OT2) ocenjevanje domačega okolja in sposobnosti (DT1, OT1) znanje o kompleksnih potrebah (OT1)
	Uporaba namenskih aktivnost (P2)	analiza aktivnosti (DT1) aktivnost kot terapevtski medij (DT2, OT1, OT2)
	Preprečevanje padcev in zmanjševanje hospitalizacij (P3)	preprečevanje padcev (DT1, OT2) zmanjševanje hospitalizacij preko zgodnjih intervencij (DT1, OT2)
	Motiviranost (P4)	motiviranost posameznikov in zbornice (DT1) prodor v domače okolje (DT1, DT2)
	Ustvarjalnost (P5)	ustvarjalnost pri vodenju obravnave (DT2)
	Izkušnje (P6)	prisotnost najbolj izkušenih (OT1)
Izzivi (priložnosti)	Želja starejših, da ostanejo v domačem okolju (I1)	želja ostati doma (DT1, OT2) mesto staranja (DT2) demografske spremembe (OT1, OT2)
	Aktivnosti v skupnosti (I2)	številne aktivnosti v skupnosti (DT2) brezplačne aktivnosti (OT1) informacijski material (OT1) skupine z DT (OT1)
	Nova področja dela (I3)	delo v spominskih klinikah (OT1) povpraševanje po DT (OT1) delo na urgenci (OT2)
	Višina finančnih sredstev (I4)	več sredstev za oskrbo na domu (DT1)
Nevarnosti	Sistem storitev (N1)	ovire s strani zavarovalnice (DT1) ni storitev (DT1) ne moremo na dom (DT2)
	Biomedicinski model dela (N2)	prednost ima biomedicinski pristop (DT1) pričakovanja pacientov po direktivnem pristopu (DT2) usmerjenost v institucionalno oskrbo (DT2)
	Pomanjkanje časa in zaposlenih (N3)	ni časa (DT1) kadrovske ovire (DT1) malo izkušenih terapevtov (OT2)
	Slaba prepoznavnost (N4)	nismo poznani (DT1) slabo razumevanje in vrednotenje DT (OT2)
	Ageizem	slab odnos družbe (DT2)

Vir: Lastni vir, 2020.

3.1 Spin matrika

Na osnovi analize prednosti, slabosti, nevarnosti in izzivov smo oblikovali štiri strategije: (1) PI-strategija (uporaba prednosti za izkoriščanje izzivov), (2) SI-strategija (premagovanje slabosti s pomočjo izkoriščanja izzivov), (3) PN-strategija (uporaba

prednosti za zmanjševanje nevarnosti) in (4) NS-strategija (zmanjševanje slabosti za izogibanje nevarnostim) (tabela 2).

Tabela 2: SPIN analiza in strategije razvoja na področju delovne terapije (DT) v skupnosti za potrebe starih ljudi

PI-strategija: 1. Vključitev DT in zbornice DT v razpravo o dolgotrajni oskrbi tako, da se izpostavijo specifična DT znanja, ki bi lahko podprla starejše, ki si želijo staranja v domačem okolju (P1, P2, P3, I1). 2. Priprava promocijskega materiala o tem, kako lahko znanje DT na področju preprečevanja padcev v domačem okolju zmanjša število hospitalizacij starih ljudi ter s tem povezane stroške in omogoči, da ostanejo doma (P3, P4, I1). 3. Usmerjanje starostnikov v aktivnosti, ki so že na voljo v skupnosti in so skladne z njihovimi individualnimi željami, potrebami in cilji rehabilitacije (P1, I2, I3). 4. Prodor na področje skupnostne skrbi za bolnike z demenco preko uporabe specifičnih DT znanj (P1, P2, P6, I3).	SI-strategija: 1. Organiziranje dodatnih DT izobraževanj s področja dela v skupnosti, preprečevanja padcev in demence, ki bi imela poudarek na ravni izvajanja aktivnosti ter oceni dejavnikov okolja ter bi zmanjšala osredotočenost na telesne funkcije in bi krepila DT identiteto (S1, S2, I2, I3). 2. Vključitev v pilotne projekte oskrbe na domu in aktivnosti, ki že potekajo v skupnosti, kar bi bila priložnost za povečevanje izkušenj in znanja ter pridobivanje informacij o učinkovitosti obravnave (S2, S3, I2, I3, I4).
PN-strategija: 1. Zbornica DT nadaljuje s svojimi prizadevanji za spremembo/posodobitev sistema storitev DT (P4, N1). 2. Prizadevanje stroke za znižanje normativov in angažiranje izkušenih DT v skupnosti (P4, P6, N1, N3). 3. Priprava promocijskih aktivnosti, ki bodo predstavile delovno terapijo, kako se razlikuje od drugih strok ter kakšen je lahko njen doprinos preko pristopa, usmerjenega na posameznika (P1, P2, N2, N4).	NS-strategija: 1. Osredotočiti se na pridobivanje izkušenj z delom v skupnosti, promocijo stroke ter pridobivanje dokazov za svoje delo, da bi tako izboljšali identiteto in vzpostavili delovanje izven biomedicinskega modela (S1, S2, S3, N2, N4).

Vir: Lastni vir, 2020.

Na osnovi štirih strategij (tabela 2) lahko oblikujemo splošno strategijo delovne terapije v skupnosti v skrbi za starejše v domačem okolju, ki temelji na gradnji prednosti, odpravljanju pomanjkljivosti, izkoriščanju priložnosti ter izogibanju nevarnosti. Prednosti za vzpostavitev delovne terapije v domačem okolju, ki jih je potrebno krepiti, so specifična znanja s področja aktivnosti in preprečevanja padcev, motiviranost za prodor v skupnost, že obstoječe aktivnosti in izkušnje. Hkrati pa moramo izkoristiti priložnosti, povezane z željo starejših, da ostanejo v domačem okolju, z novimi področji dela v skupnosti. PI-strategije tako predvidevajo: (1) vključitev delovnih terapevtov in Zbornice delovnih terapevtov v razpravo o dolgotrajni oskrbi tako, da se izpostavijo specifična delovnoterapevtska znanja; (2) pripravo promocijskega ma-

teriala o tem, kako lahko znanje delovnih terapevtov o preprečevanju padcev v domačem okolju zmanjša število hospitalizacij; (3) usmerjanje starejših v aktivnosti, ki so že na voljo v skupnosti in so skladne z njihovimi individualnimi željami, potrebami in cilji rehabilitacije; ter (4) prodor delovne terapije na področje skupnostne skrbi za bolnike z demenco. Odpravljati moramo pomanjkljivosti, povezane s slabo razvito identiteto in pomanjkanjem izkušenj ter znanstveno-raziskovalnega dela. SI-strategiji predvidevata: (1) organiziranje dodatnih delovnoterapevtskih izobraževanj s področja dela v skupnosti, preprečevanja padcev in demence, ki bi imela poudarek na ravni izvajanja aktivnosti ter oceni dejavnikov okolja ter bi zmanjšala osredotočenost na telesne funkcije in bi krepila identiteto delovnih terapevtov, ter (2) vključitev v pilotne projekte oskrbe na domu in aktivnosti, ki že potekajo v skupnosti, kar bi bila priložnost za povečevanje izkušenj in znanja ter pridobivanje informacij o učinkovitosti obravnav. Izogibati se moramo nevarnostim, povezanim s sistemom storitev, načinom dela in slabo prepoznavnostjo. PN-strategije zato svetujejo: (1) naj Zbornica delovnih terapevtov nadaljuje s svojimi prizadevanji za posodobitev sistema storitev; (2) naj se v skupnosti angažirajo izkušeni delovni terapevti ter (3) naj se pripravi promocijske aktivnosti, ki bodo predstavile delovno terapijo in pojasnile, kako se razlikuje od drugih strok. NS-strategija pa predlaga večjo osredotočenost na pridobivanje izkušenj z delom v skupnosti ter pridobivanje znanstvenih dokazov za svoje delo.

4 Razprava

Izobraževalni programi na področju zdravstva morajo ves čas slediti novim trendom, kamor sodi tudi zagotavljanje storitev za starejše v skupnosti (Kemeny in Mabry, 2015). Delovna terapija v skupnosti obsega specifična znanja in kompetence, ki se razlikujejo od znanj delovnih terapevtov, ki so zaposleni v zdravstvenih ustanovah (Winstead, 2016). Za delo v skupnosti je zato potrebna ustrezna priprava in strokovna podpora (prav tam). Naša SPIN analiza je pokazala, da delovni terapevti menijo, da imajo premalo znanja za delo s starejšimi v skupnosti, na primer na področju preprečevanja padcev in demence. Pomanjkanje znanja bi lahko nadomestili z dodatnim izobraževanjem, ki bi bilo usmerjeno na specifična delovnoterapevtska področja, s čimer bi tudi izboljšali poklicno identiteto. Raziskava, ki so jo izvedli Mackenzie in sodelavci (2018), je pokazala, da lahko že kratka izobraževanja delovnih terapevtov s področja preprečevanja padcev povečajo njihovo znanje in samozavest. Eliot in Leland (2018) svetujeta, naj se delovni terapevti dobro seznanijo z ukrepi za preprečevanje padcev v domačem okolju ter pridobijo s tem povezana znanja. Ta vključujejo oceno domačega okolja, oceno nevarnosti padcev, znanje o prilagoditvah okolja in zmanjševanju dejavnikov tveganja ter znanje o tehnikah vstajanja s tal, ki so pomembne v primeru, da do padca pride. Navedene strokovne vsebine bi lahko vključili v dodatna delovnoterapevtska izobraževanja, organizirana s strani Zbornice delovnih terapevtov Slovenije, v kolikor bi bila potreba po takem izobraževanju identificirana pri večjem številu delovnih terapevtov.

Raziskave kažejo, da je pri delovnih terapevtech, predvsem začetnikih, pogosto prisotno pomanjkanje občutka kompetentnosti, kar lahko povzroča občutek stresa (Govender idr., 2015; Gray idr., 2012). Zabeleženo je bilo tudi pomanjkanje sposobnosti za povezovanje teorije in prakse, kar se je navadno izboljšalo s pridobivanjem delovnih izkušenj (Naidoo in Van Wyk, 2016). Začetniki potrebujejo do dve leti, da se počutijo kompetentne za samostojno delo ter usvojijo tehnike ocenjevanja in izvajanja terapije (Hodgetts idr., 2007). Poleg tega se delovni terapevti takoj po zaključku šolanja pogosto radi opirajo na že uveljavljene strukture, ki jim dajejo občutek varnosti in avtoritete. Še posebej so jim lahko privlačni medicinski modeli in protokoli, kar včasih privede do obravnave pacientov po biomedicinskem modelu (Unsworth, 2001). Delovanje po biomedicinskem modelu so kot nevarnost izpostavile tudi udeleženke naše raziskave.

Z ozirom na specifičnost dela v skupnosti bi bilo bolje zaposliti bolj izkušene delovne terapevte, ki se ne bi soočali s pomanjkanjem občutka kompetentnosti in bi imeli dobro vzpostavljeno poklicno identiteto. Vendar pa nekateri avtorji menijo, da izkušnost ni vedno pozitiven dejavnik. Terapevti z več leti prakse lahko postanejo bolj ujeti v rutino in rigidni ter zanemarijo individualnost pacienta, saj se zanašajo na pretekle izkušnje (Oven, 2016). V nasprotju s tem so manj izkušeni terapevti bolj odprti za nove oblike dela in prisluhnejo pacientom in njihovim željam, saj še nimajo dovolj lastne prakse, na katero bi se zanašali pri sprejemanju strokovnih odločitev (Kuipers in Grice, 2009).

Ker se populacija stara, bi bilo nujno potrebno razmisliti o oskrbi oseb z demenco, ki živijo v skupnosti, kot potencialnem novem področju dela delovnih terapevtov. Mali (2018) izpostavlja, da organizacije, ki trenutno izvajajo dolgotrajno oskrbo za ljudi z demenco pri nas, ne zmorejo zagotoviti ustrezne in kakovostne oskrbe in da so na tem področju potrebne spremembe. Obstajajo sicer številni predlogi in ideje, ki podpirajo dezinstitucionalizacijo, vendar bi jih bilo potrebno preizkusiti preko pilotskih projektov, ki bi pomagali vzpostaviti in razviti skupnostne time za demenco (Mali, 2018). Delovni terapevti bi lahko – glede na svoja znanja in kompetence – postali del skupnostnih timov, vendar bi bila verjetno potrebna dodatna specializacija.

Tuji avtorji ugotavljajo, da lahko delovni terapevti uspešno nudijo svoje storitve osebam z blago in srednjo težko demenco ter tudi njihovim oskrbovalcem in družinskim članom (Field idr., 2018). Osebe z demenco in njihovi družinski člani izražajo pozitivno naravnost do delovne terapije in si je želijo že v zgodnjih fazah bolezni, ko je prisotne veliko negotovosti in skrbi (prav tam). Delovni terapevti lahko pripomorejo k ohranjanju sposobnosti za izvajanje dnevnih aktivnosti ter izvajajo različne dejavnosti, ki vključujejo kognitivno stimulacijo in trening. To je izrazila tudi udeleženka raziskave iz tujine, ki je kot pomembno (bodoče) področje dela za delovne terapevte identificirala zaposlovanje v t. i. spominskih klinikah, kjer se izvajajo različne aktivnosti, ki so usmerjene v kognitivna, emocionalna, okupacijska in funkcionalna področja oskrbe oseb z demenco. Collier in Pool (2016) poudarjata, da so delovnoterapevtske intervencije lahko pomembna nefarmakološka storitev za osebe z demenco v

skupnosti in občutno pripomorejo k boljši kakovosti življenja tako pacientov kot tudi svojcev in drugih oskrbovalcev.

Delovna terapija, kljub prizadevanjem, ostaja slabo prepoznavna stroka. Kot primer lahko navedemo slabo vključenost v različne strategije, kot npr. zdravstveno, socialno gerontološko, strategijo dolgotrajne oskrbe, strategijo staranja populacije. Analitsko poročilo o javnem zdravstvenem problemu padcev med starejšimi in preventivnih usmeritvah za zmanjševanje pojavnosti padcev in njihovih posledic navaja, da je potrebno zmanjšati število padcev do leta 2025 za najmanj 10 %, kar naj bi dosegli z dobrim medsektorskim sodelovanjem (Voljč, 2016). Vendar pa v navedenem poročilu ni omenjenega možnega doprinosa delovnih terapevtov, kljub temu da avtor kot pomembno področje dela izpostavlja varnost bivališč in javnih prostorov (prav tam, 29). Varnost bivališč in okolja sodi na področje dela delovnih terapevtov, torej bi bila njihova vključitev pričakovana. Delovni terapevti prav tako niso bili omenjeni v raziskavi Hrovatinove in sodelavcev (2016), ki so proučevali domače okolje starostnikov in s tem povezano kakovost življenja. Ena izmed možnih razlag je, da delovni terapevti niso bili omenjeni zaradi njihove slabe prepoznavnosti in nepoznavanja njihovih kompetenc, kar smo lahko prepoznali tudi v naši raziskavi.

Promocijo delovne terapije bi bilo smiselno izvesti med organizacijami, ki že intenzivno delujejo na področju oskrbe v skupnosti in preprečevanja padcev v okviru različnih strategij za aktivno in zdravo staranje. Sem sodi tako vladni kot nevladni sektor (npr. Zveza društev upokojencev Slovenije, Inštitut Emonicum, Inštitut Antona Trstenjaka, Gerontološko društvo Slovenije in drugi). To so lahko potencialni partnerji delovnim terapevtom, ki bi jim bilo smiselno predstaviti dokaze o učinkovitosti delovne terapije na domu, predvsem rezultate raziskav, ki kažejo, da so intervencije, ki vključujejo delovnega terapevta, bolj učinkovite (De Coninck, 2017). Potrebno je poudariti, da so slovenski delovni terapevti že sodelovali pri pripravi podlag za izvedbo pilotnih projektov, ki bodo podpirali prehod v izvajanje systemskega zakona o dolgotrajni oskrbi, ter se vključili v zbiranje podatkov (Lebar idr., 2017), torej se predlagane strategije promocije in sodelovanja do neke mere že izvajajo.

Z raziskavo smo želeli pridobiti podatke o področju, ki še ni dobro poznano, in razviti nove strategije nadaljnjega razvoja delovnoterapevtske dejavnosti v lokalni skupnosti. Zajeli smo majhen vzorec delovnih terapevtov, vendar so bili vključeni izkušeni terapevti, ki so lahko prispevali poglobljene podatke o proučevanem problemu. Govorili bi lahko tudi o ekspertnem vzorčenju (Singh, 2007).

Razvite strategije bi v prihodnosti lahko predstavili večjemu številu terapevtov in pridobili njihovo mnenje o pomembnosti in izvedljivosti izbranih strategij. To bi bilo lahko izvedeno preko intervjujev fokusnih skupin ali s pomočjo vprašalnikov. V nadaljnje raziskave bi bili lahko vključeni tudi strokovnjaki drugih disciplin, ki delujejo na področju dela v skupnosti s starejšimi ljudmi, na primer socialni delavci, medicinske sestre in fizioterapevti, da bi tako lahko proučili njihovo mnenje o delovni terapiji v skupnosti in njenem doprinosu.

Naša raziskava je identificirala strategije, ki bi jih lahko uporabili pri razvoju delovne terapije v domačem okolju in ki bi gradile na specifičnih znanjih in kope-

tencah delovnih terapevtov ter bi povečale njihovo prepoznavnost in vključevanje v skupnostne time preko zmanjševanja nevarnosti in slabosti, povezanih s slabo razvito identiteto, delovanjem znotraj medicinskega modela in obstoječim sistemom storitev.

5 Zaključek

Staranje prebivalstva ustvarja potrebo po vzpostavitvi mreže javne zdravstvene službe, ki bo lahko ustrezno podprla potrebe celotnega prebivalstva in se prilagodila na demografske spremembe, s katerimi se soočajo številne postmoderne družbe, tudi Slovenija. Izsledki raziskave kažejo, da se delovna terapija pri prodoru v domače okolje srečuje s številnimi izzivi. Za slovensko delovno terapijo je pomembno, da ustrezno odgovori na demografske spremembe in terapevte opremi z znanji, ki jih bodo potrebovali za uspešno delo v dolgoživi družbi. Pri tem bi izpostavili predvsem specialistična znanja s področja preprečevanja padcev in prilagoditev domačega okolja ter specifična znanja za delo z osebami z demenco v skupnosti.

Delovna terapija v Sloveniji potrebuje jasno vizijo in zagotovo bi moralo delo v skupnosti soditi med njene prioritete. Pomembno je tudi, da se za to dejavnost angažira izkušene strokovnjake, ki bodo s svojimi kompetencami lahko uspešno »oralili ledino« v skupnosti in bili kos kompleksnim situacijam, ki jih prinaša samostojno delo v skupnosti, ter bili v strokovno podporo manj izkušenim kolegom. Delovanje izkušenih terapevtov bi stroko lahko bolje predstavilo različnim organizacijam in širši javnosti, da bi tako dobila ustrezno prepoznavnost in bila vključena v različne iniciative, ki že potekajo v skupnosti.

Več pozornosti je potrebno nameniti tudi raziskovalni dejavnosti, ki naj bo vezana specifično na področje delovne terapije in okupacijske znanosti. Obstajajo številni dokazi za učinkovitost delovne terapije v skupnosti, ki so vezani tako na kakovost storitev kot tudi na zmanjševanje stroškov. Vendar pa so bile raziskave večinoma izvedene v tujini, zato potrebujemo podatke, ki se bodo nanašali na slovenski prostor in upoštevali specifičnosti tega družbeno-kulturnega okolja.

Urša Bratun, MSc OT, Bojana Filej, PhD

Strategies for the Development of Community-Based Occupational Therapy for Older Adults: A Case Study

The ability to live in one's own home, known as "ageing in place", is currently a leading trend in gerontology and has been linked to successful and healthy ageing (Kendig et al., 2014). It enables older people to remain as independent as possible and promotes their inclusion in the society, therefore increasing the overall quality of life (Coleman, Robin and Wiles, 2016; Robnik et al., 2017; Vanleerberghe et al., 2017).

As in most other European countries, the majority of older Slovenian people want to remain in their home environment, also with the help of community services (Hlebec et al., 2019; Kendig et al., 2017; Robnik et al., 2017). However, in Slovenia, there is a shortage of health and social services that could support community-dwelling older adults (Filipovič Hrast et al., 2019).

Occupational therapy is a health discipline that can significantly contribute to successful and safe ageing in the home environment (De Coninck et al., 2017; Curtis and Beecham, 2018; Elliot and Leland, 2018). Occupational therapists have the expertise to evaluate a person's abilities to perform everyday activities as well as his or her environment (person-environment fit). However, community-based occupational therapy in Slovenia is not yet well-developed. Progress has been made in recent years. Nonetheless, many factors are limiting the development of community-based occupational therapy in Slovenia (Slovenian Association of Occupational Therapists, 2019). This field of practice mainly encompasses short-term pilot projects and services not reimbursed by the insurance.

We wanted to examine the situation surrounding community-based occupational therapy in Slovenia and find strategies that could improve the recognition and availability of occupational therapy for community-dwelling older adults. An additional aim of our study was to compare Slovenian community-based occupational therapy with two other countries where occupational therapy in the community is well-established. The following research question guided our study: What strategies could support the development of community-based occupational therapy for older adults in Slovenia?

To explore occupational therapists' experience and opinions about community-based occupational therapy, we employed qualitative methodology. More specifically, a case study was conducted. A purposive sample of four occupational therapists included two therapists from Slovenia (DT1, DT2), one therapist from Australia (OT1) and one therapist from the United Kingdom (OT2). They were all considered experienced therapists with over ten years of clinical practice. We conducted a semi-structured interview with each of the participants. We asked them to relate their experience with community-based occupational therapy, focusing on the strengths, weaknesses, opportunities and threats they encountered.

The data analysis was based on techniques using the constant comparative method (Bogdan and Biklen, 2003). First, all the answers were read several times. Then, they were coded and organized into eighteen sub-categories and four main categories: strengths (S), weaknesses (W), opportunities (O) and threats (T). We used a combination of a deductive and inductive analytical approach (Perry and Jensen, 2001). The analyzed material was organized into a SWOT matrix.

The participation in the study was voluntary, and the participants were able to terminate it at will. We anonymized the material in the reporting stage of the study.

Surprisingly, the analysis showed little difference in the participants' perception of strengths, weaknesses, opportunities and threats between Slovenia and the two international settings included in the study. Although occupational therapy in the com-

munity is much more established in Australia and the United Kingdom and is a part of their public health services, the participants described similar weaknesses and threats in all settings. All the participants mentioned the problem of poorly developed professional identity, occupational therapy not being known among the general public, practicing within the bio-medical framework and staff shortages. In addition, occupational therapists from Slovenia also talked about the lack of skills and knowledge for working with older people in the community, as well as difficulties recording the services due to being forced to choose the activities from an outdated list of health services known as "The Green Book", which is used for reimbursement purposes.

All the participants mentioned that some of the strengths of the profession included its client-centredness, and using purposeful and meaningful activities (occupations) as the primary therapy tool. They were aware that occupational therapists could contribute to lower hospitalization rates by preventing falls in the home environment. The Slovenian participants also asserted that the professional group was highly motivated to make a move into the community setting.

The participants identified older people's preferences to stay at home as the foremost opportunity for occupational therapy. The international participants mentioned two areas of work with a lot of potential, that is, work in the "memory clinics" for people with dementia and work in the A&E departments where occupational therapists could facilitate a quick discharge to the community. These two areas of practice might represent future employment opportunities for occupational therapists in Slovenia.

The main difference between the experiences of Slovenian and international occupational therapists was that the latter could rely on numerous resources that already existed in the community, for instance, information brochures, support groups, well-established community programmes for assistive equipment provision. The participant from Australia also highlighted that their community services mostly include experienced therapists with the competency to treat seniors with complex needs living in the community independently.

Based on the findings, we developed four types of strategies that outlined how we could use the strengths, minimize the weaknesses, take advantage of the opportunities and avoid the threats. The strengths (S) that could facilitate occupational therapy in the community include occupational therapy-specific knowledge on falls prevention and activity performance, high motivation levels, and existing experience and skills. At the same time, we could capitalize on the prevailing preference for ageing in place and the necessity to develop new areas of work to meet the needs of the ageing population (opportunities - O). We developed four SO strategies: (1) include occupational therapists and the Slovenian Association of Occupational Therapists in the discourse on long-term care, highlighting occupational-therapy specific skills and knowledge; (2) prepare promotional material on falls prevention and how it can reduce hospitalizations; (3) direct older people to the already existing community activities that can support their preferences, wishes and therapy goals; (4) become involved in the community care of people with dementia.

The weakness (W) that need to be addressed include poor professional identity, lack of experience and underdeveloped research work. Therefore, the two WO strategies predict: (1) organize additional training on community-based occupational therapy, falls prevention and dementia with a focus on activity analysis and environment assessments, which could support practice outside of the bio-medical frame of reference and promote the professional identity of occupational therapists; (2) get included in different pilot projects and on-going community initiatives to improve the knowledge and experience, and gather evidence for community-based occupational therapy.

We should avoid the threats (T) connected with the documentation of services, established models of work and poor recognition of occupational therapy. Therefore, the ST strategies predict: (1) the Slovenian Association of Occupational Therapists to continue with its efforts to update the documentation of services; (2) include the most experienced occupational therapists in the community setting; (3) prepare promotion material that introduces occupational therapy and how it differs from other disciplines. Lastly, one WT strategy outlines that community-based work and research and development in this area should be prioritized.

The findings suggest that Slovenian occupational therapy faces numerous threats and challenges when attempting to establish itself in the community. However, these can be met by drawing on the discipline's theoretical and empirical background.

Occupational therapy in the community requires specialized knowledge and competency that differ from in-patient settings (Winstead, 2016). Our SWOT analysis showed that occupational therapists might feel a lack of knowledge for working with older adults in the community. Therefore, short, occupation-based continuing professional development activities could be beneficial, and could also improve professional identity and confidence (Mackenzie et al., 2018). Also, considering the complexity of community-based work, it might be better to engage more experienced occupational therapists that could meet the challenges of community work. However, some authors believe that years of practice can also be a disadvantage as therapists can become more rigid and routine-like, and can ignore the individuality of their patients by over-relying on experience (Oven, 2016).

Despite numerous efforts, occupational therapy remains under-recognized. Some of the existing national strategies do not mention its potential contributions, possibly due to not being aware of them. It is essential to promote occupational therapy services among organizations that are active in the community, for instance, by presenting the evidence behind community-based occupational therapy (De Coninck, 2017).

Our study identified some strategies that could help develop community-based occupational therapy in Slovenia by promoting specialized knowledge and skills of occupational therapists, and minimizing the negatives connected with poor professional identity, the established bio-medical model of work and difficulties with the reimbursement of services. Future studies are required to test the findings on a bigger sample of occupational therapists and assess the effectiveness of the proposed strategies in practice.

LITERATURA

1. Bogdan, R. C. and Biklen, S. K. (2003). *Qualitative research for education: An introduction to theory and methods*. Boston, MA: Pearson Educational Group.
2. Coleman, T., Kearns, R. A. and Wiles, J. (2016). Older Adults' Experiences of Home Maintenance Issues and Opportunities to Maintain Ageing in Place. *Housing Studies* 31, št. 8, str. 964–983.
3. Collier, L. and Pool, J. (2016). Special issue: Dimensions of dementia. *British Journal of Occupational Therapy*, 79, št. 2, str. 63–64.
4. Curtis, L. and Beecham, J. (2018). A Survey of Local Authorities and Home Improvement Agencies: Identifying the Hidden Costs of Providing a Home Adaptations Service. *British Journal of Occupational Therapy*, 81, št. 11, str. 633–640.
5. De Coninck, L., Bekkering, G. E., Bouckaert, L., Declercq, A., Graff, M. and Aertgeerts, B. (2017). Home- and Community-Based Occupational Therapy Improves Functioning in Frail Older People: A Systematic Review. *Journal of the American Geriatrics Society*, 65, št. 8, str. 1863–1869.
6. Elliott, S. and Leland, N. E. (2018). Occupational Therapy Fall Prevention Interventions for Community-Dwelling Older Adults: A Systematic Review. *American Journal of Occupational Therapy*, 72, št. 4, str. 1–31.
7. Field, B., Coates, E. and Mountain, G. (2019). Influences on Uptake of a Community Occupational Therapy Intervention for People with Dementia and Their Family Carers. *British Journal of Occupational Therapy*, 82, št. 1, str. 38–47.
8. Filipovič Hrast, M., Sendi, R., Hlebec, V. and Kerbler, B. (2019). Moving House and Housing Preferences in Older Age in Slovenia. *Housing, Theory & Society*, 36, št. 1, str. 76–91.
9. Gray, M., Clark, M., Penman, M., Smith, J., Bell, J., Thomas, Y. and Trevan - Hawke, J. (2012). New Graduate Occupational Therapists Feelings of Preparedness for Practice in Australia and Aotearoa/New Zealand. *Australian Occupational Therapy Journal*, 59, št. 6, str. 445–455.
10. Govender, P., Mkhabela, S., Hlongwane, M., Jalim, K. and Jetha, C. (2015). OT Student's Experiences of Stress and Coping. *South African Journal of Occupational Therapy* 45, št. 3, str. 34–39.
11. Hlebec, V., Srakar, A. and Majcen, B. (2016). Care for the Elderly in Slovenia: A Combination of Informal and Formal Care. *Revija za socialno politiku*, 23, št. 2, str. 159–179.
12. Hlebec, V., Srakar, A. and Majcen, B. (2019). Long-Term Care Determinants of Care Arrangements for Older People in Europe: Evidence from SHARE. *Revija Za Socialno Politiko*, 26, št. 2, str. 135–152.
13. Hrovatin, J., Pišot, S. and Plevnik, M. (2016). Healthy Ageing at Home: Ergonomic Adaptations of Interior Design and Self-Assessed Quality of Life of Older Adults of the Municipality of Ljubljana. *Annales Kinesiologiae*, 7, št. 2, str. 139–152.
14. Hwang, E., Cummings, L., Sixsmith, A. and Sixsmith, J. (2011). Impacts of Home Modifications on Aging-in-Place. *Journal of Housing for the Elderly*, 25, št. 3, str. 246–257.
15. Hodgetts, S., Hollis, V., Taylor, E., Triska, O., Dennis, S. and Madill, H. (2007). Occupational Therapy Students' and Graduates' Satisfaction with Professional Education and Preparedness for Practice. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 74, št. 3, str. 148–160.
16. Kemeny, E. and Mabry, B. J. (2015). Changing Paradigm for Supporting Aging Individuals' Health and Well-Being: A Framework for Professional Development. *Schole: A Journal of Leisure Studies and Recreation Education*, 30, št. 2, str. 53–69.
17. Kendig, H., Browning, C., Thomas, S. A. and Wells, Y. (2014). Health, Lifestyle, and Gender Influences on Aging Well: An Australian Longitudinal Analysis to Guide Health Promotion. *Frontiers in Public Health*, 2, št. 70, str. 1–9.
18. Kendig, H., Gong, C., Cannon, L. and Browning, C. (2017). Preferences and Predictors of Aging in Place: Longitudinal Evidence from Melbourne, Australia. *Journal of Housing for the Elderly*, 31, št. 3, str. 259–271.
19. Križaj, T., Marušič, V. and Lebar, C. (2012). Vsebina dela slovenskih delovnih terapevtov. V: *Zbornik prispevkov, Delovna terapija – stroka sedanjosti*, str. 141–148.

20. Kuipers, K. and Grice, J. W. (2009). The Structure of Novice and Expert Occupational Therapists' Clinical Reasoning before and after Exposure to a Domain-Specific Protocol. *Australian Occupational Therapy Journal*, 56, št. 6, str. 418–427.
21. Lebar, L., Dremelj, P., Flaker, V., Rode, N., Mali, N. idr. (2017). Priprava podlag za izvedbo pilotnih projektov, ki bodo podpirali prehod v izvajanje sistemskega zakona o dolgotrajni oskrbi. Ljubljana: Inštitut Republike Slovenije za socialno varnost. Pridobljeno dne 27. 11. 2019 s svetovnega spleta https://www.irssv.si/upload2/Priprava_podlag_aktivnost1_koncno160318.pdf.
22. Mackenzie, L., Lovarini, M., Price, T., Clemson, L., Tan, A. and O'Connor, C. (2018). An Evaluation of the Fall Prevention Practice of Community-Based Occupational Therapists Working in Primary Care. *British Journal of Occupational Therapy*, 81, št. 8, str. 463–473.
23. Mali, J. (2018). Dolgotrajna oskrba ljudi z demenco v mestni občini Ljubljana. V: Lipič, N. (ur.). *Skupnostna skrb na področju demence v mestni občini Ljubljana*. Ljubljana: Gernotološko društvo Slovenije, str. 11–19.
24. Naidoo, D. and Van Wyk, J. (2016). Fieldwork practice for learning: lessons from occupational therapy students and their supervisors. *African Journal of Health Professions Education*, 8, št. 1, str. 37–40.
25. Oven, A. (2016). Vpliv enkratnosti primera na ustvarjalnost delovnega terapevta (Doktorska disertacija). Ljubljana: Fakulteta za družbene vede, Univerza v Ljubljani.
26. Patton, M. Q. (2002). *Qualitative research and evaluation methods* (3rd ed.). Thousand Oaks CA: Sage.
27. Perry, C. and Jensen, O. (2011). *Approaches to Combining Induction and Deduction in One Research Study*. Pridobljeno dne 16. 2. 2020 s svetovnega spleta: https://www.researchgate.net/publication/255654388_Approaches_to_Combining_Induction_and_Deduction_In_One_Research_Study.
28. Robnik, M., Hovnik Keršmanc, M., Žerjal, Ž., Sučić Vuković, M., Pavlič, H., Stanojević, O. idr. (2017). Izzivi staranja po mnenju deležnikov v posameznih slovenskih regijah. *Javno zdravje*, 1, št. 1, str. 23–33.
29. Singh, K. (2007). *Quantitative Social Research Methods*. New Delhi: SAGE publishing.
30. Šuc, L., Galof, K. and Pihlar, Z. (2014). Izobraževanje delovnih terapevtov v okviru Zbornice delovnih terapevtov Slovenije. V: Mušič, K., Kociper, T. and Sikošek, M. (ur.). *Turizem in management. Na poti k uspešni poslovni prihodnosti*. Koper: Založba Univerze na Primorskem, str. 685–996.
31. Turcotte, P. C., Carrier, A. in Levasseur, M. (2019). Community-Based Participatory Research Remodelling Occupational Therapy to Foster Older Adults' Social Participation. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 86, št. 4, str. 262–276.
32. Unsworth, C. A. (2001). The Clinical Reasoning of Novice and Expert Occupational Therapists. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 8, št. 4, str. 163–173.
33. Vanleerberghe, P., Witte, N., Claes, C., Schalock, R. and Verte, D. (2017) The quality of life of older people aging in place: a literature review. *Quality of Life Research*, 26, št. 11, str. 2899–2907
34. Voljč, B. (2016). Javno-zdravstveni pomen padcev med starejšimi in preventivne usmeritve v Sloveniji: analitsko poročilo. Ljubljana: Inštitut Emonicum za zdravo in aktivno življenje. Pridobljeno dne 19. 11. 2019 s svetovnega spleta: www.staranje.si/sites/www.staranje.si/files/upload/images/analitsko_porocilo3-_padci_0.pdf.
35. Winstead, S. R. (2016). What's in the Fridge? Unique Competencies of Community-Based Occupational Therapists. *Open Journal of Occupational Therapy*, 4, št. 4, str. 1–7.
36. Zbornica delovnih terapevtov Slovenije. 2019. O delovni terapiji. Pridobljeno dne 24. 11. 2019 s svetovnega spleta: <http://zdts.si/index.php/delovna-terapija>.

Urša Bratun, diplomirana delovna terapevtka, Master of Science (Kraljevina Švedska).

E-naslov: ursa.bratun@gmail.com

Dr. Bojana Filej, docentka na Fakulteti za zdravstvene vede Univerze v Novem mestu.

E-naslov: bojana.filej@gmail.com