

# NAŠIH 50 LET – MOŽNOSTI IN DILEME NA PODROČJU UČINKOVITE OBRAVNAVE V DELOVNI TERAPIJI OUR 50 YEARS – POSSIBILITIES AND DILEMMAS OF EFFICIENT OCCUPATIONAL THERAPY

Zdenka Pihlar, dipl. del. ter.

Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije – Soča, Ljubljana

## Povzetek

### Izhodišča:

Delovna terapija se je v slovenskem prostoru pričela uveljavljati pred petdesetimi leti. Usmerjena je bila v ponovno vračanje posameznikovih sposobnosti za opravljanje osnovnih dnevnih dejavnosti in zapolnitev prostega časa. Razvoj delovne terapije v Sloveniji sloni na prenosu metod in kliničnih smernic obravnave iz držav, ki imajo znanstveno podprte dokaze o učinkovitosti obravnave. Temelji na modelih, ki izhajajo iz osebe, njene dejavnosti in okolja, iz katerega izhaja.

### Metode:

Delovnim terapevtom (skupaj 100) je bil posredovan vprašalnik, s katerim smo želeli pridobiti podatke o vključevanju sodobnih kanadskih modelov in pristopov v klinično prakso.

### Rezultati:

Prejeli smo 80 ustrezno izpolnjenih vprašalnikov (80 % odziv); sodelovalo je 75 žensk in 5 moških, povprečno starih 36 let, zaposlenih v različnih ustanovah v Sloveniji. Večina zaposlenih je seznanjena z kanadskimi modeli. Več kot 70 % udeleženi ugotavlja, da nimajo pogojev za izvajanje tovrstnega modela skladno s predpisanimi standardi. Razlogi za le delno uvajanje sodobnih modelov so v pomanjkljivi kadrovski zasedbi zaposlenih, nepoznavanju okolja, iz katerega obravnavani posameznik izhaja (kulturnega, fizičnega, socialnega), ter nepoznavanju osnovnih standardov prakse, ki so vezani na posamezne modele.

## Abstract

### Background:

*Occupational therapy (OT) started developing in Slovenia fifty years ago. It has been aimed at restoring the person's abilities for performing basing activities of daily living and for meaningfully spending their leisure time. The development of OT in Slovenia has been based on transferring the methods and clinical practice guidelines from the countries that have obtained scientific evidence on effective OT treatment. It relies on models centred on the person, his/her activity and his/her environment.*

### Methods:

*A questionnaire about including contemporary Canadian models into clinical OT practice was administered to a sample of 100 occupational therapists.*

### Results:

*Eighty completed questionnaires were returned (80 % response rate). The participants were 75 women and 5 men, aged 36 years on average, employed in various institutions in Slovenia. The majority of the respondents are familiar with the Canadian models. More than 70 % of the respondents are of the opinion that their work conditions do not meet the prescribed standards required for implementing those models. The reasons for implementing the contemporary models only partially lie in the lack of staff, lack of knowledge about the (cultural, physical and social) environment of the clients, and lack of knowledge about the professional standards linked to various models.*

**Zaključki:**

Rezultati kažejo, da slovenski delovni terapevti uporabljajo kanadske modele v klinični praksi. Za uspešen prenos modelov v prakso bodo potrebna poglobljena znanja kliničnih poti in standardov izvedbe modelov, ki bodo omogočala prenos programov delovne terapije v okolje, ter zakonsko ureditev statusa delovnega terapevta v širšem pogledu delovanja.

**Ključne besede:**

delovna terapija; modeli; pristopi; standardi prakse

**Conclusion:**

*The results indicate that Slovenian occupational therapists apply Canadian models in their clinical practice. In order to fully implement the models, in-depth knowledge of clinical pathways and professional standards will be required, combined with appropriate legislation comprehensively regulating the status of occupational therapists.*

**Key words:**

*occupational therapy; models; approaches; professional standards*

**UVOD**

Razvoj delovne terapije izhaja iz osnovnih vrednot in prepričanj stroke. Če pogledamo v zgodovino delovne terapije, ugotovimo, da so se osnovna prepričanja in vrednote stroke spreminjala z razvojem družbe. Delovni terapevti smo prešli z deljenega gledanja na človeka, katerega bistvo je bil ločen mehanizem telesa in duha, na holistični oziroma celostni pogled. Teoretične osnove, iz katerih sedanja in bodoči delovni terapevti črpajo svoje znanje, so plod razvoja delovne terapije v svetu. Zadnja leta so razvili številne modele delovno-terapevtske obravnave, ki preučujejo človekovo zdravje, zmanjšano zmožnost ter dobro počutje. V novi, porajajoči se paradigmi človekove dejavnosti upoštevamo, da je povezanost med osebo, okoljem in dejavnostjo pomembna. Sodobni razvoj delovne terapije temelji na modelih, ki izhajajo iz osebe, njene dejavnosti ter okolja, v katerem živi, in so tesno povezani s smernicami Svetovne zdravstvene organizacije (*angl.* World Health Organization), ki opredeljujejo prvine zdravja in z zdravjem povezane prvine blaginje. Mednarodna klasifikacija funkcioniranja, zmanjšanih zmožnosti in zdravja – MKF (*angl.* International Classification of Functioning, Disability and Health – ICF) poudarja usmerjenost na raven sodelovanja, ki je definirano kot »vključevanje posameznika v življenjske situacije« oziroma izvajanje dejavnosti na vseh področjih človekovega delovanja: skrbi za sebe, dela, igre, izobraževanja in prostega časa (1). Delovni terapevti izhajajo iz domneve, da je za povezanost med osebo, okoljem in dejavnostjo značilno, da je vzajemna ali medsebojno odvisna, proces pa je dinamičen (2). S postopno spremembo paradigme delovne terapije, ki je temeljila na medicinskem modelu, v bio-psiho-socialni model obravnave, ki je usmerjen k posamezniku, se v delovni terapiji uveljavljajo modeli obravnave, ki so usmerjeni v posameznikovo zdravje in dobro počutje. Enkratnost delovne terapije se kaže v njeni usmerjenosti k posamezniku, dejavnosti in okolju (3). Okolje posamezniku zagotavlja ekonomsko podporo, kulturo, vrednote, infrastrukturo in tehnologijo. Izvedba

namenskih dejavnosti je rezultat dinamičnega odnosa med osebo, dejavnostjo in okoljem. Razmere v okolju vplivajo na izvedbo namenskih dejavnosti. Dejavniki okolja imajo pomembno vlogo pri načrtovanju delovno-terapevtske obravnave. Dobro poznavanje okolja, v katerem posameznik živi, je sestavni del procesa obravnave. Prilagoditev in oprema ožjega in širšega bivalnega okolja posamezniku omogočata, da sodeluje v življenjskih dejavnostih in da se vključuje v družbo, kar posredno vpliva na kakovost njegovega življenja (4). Zbornica delovnih terapevtov Slovenije (strokovno združenje) je leta 2001 na pobudo avtorice Monike Vrhovnik Hribar, diplomirane delovne terapevte, izdala prevod ocenjevalnega inštrumenta Kanadski test ocenjevanja težav na področju izvedbe dejavnosti (*angl.* Canadian Model of Occupational Performance Measure COPM) (5). Inštrument je razvila Mary Law, kanadska profesorica delovne terapije, in je široko uporaben v vseh modelih, usmerjenih na posameznika. V letu 2002 je bil izveden projekt, katerega namen je bil prenesti kanadski model izvedbe dejavnosti vključno z ocenjevalnim inštrumentom COPM v delovno-terapevtsko obravnavo (5).

**Kanadski modeli izvedbe dejavnosti  
(*angl.* Canadian Model of Occupational Performance)**

Kanadski delovni terapevti so razvili tri modele izvedbe dejavnosti, ki se dopolnjujejo in nadgrajujejo (6). Vsi trije opisujejo povezavo osebe, okolja in dejavnosti kot predpogoj za uspešno izvedbo dejavnosti in sodelovanja v družbi (6). Med seboj se razlikujejo po definicijah posameznih področij (dejavnost, okolje, oseba). Enotna predpostavka, na kateri so osnovani modeli, izhaja iz dognanj, da je človek bitje, ki potrebuje dejavnost; vključenost v izvedbo dejavnosti ima terapevtski učinek (6). Dejavnost vpliva na zdravje in dobro počutje, vključenost v dejavnost vpliva na posameznikov način in pomen življenja. Za modele je značilno, da imajo izdelan okvir procesa izvedbe v praksi – klinično pot (6). Klinično pot sestavljajo koraki procesa izvedbe (6).

### 1. Model, usmerjen na osebo–okolje–dejavnost (angl. Person–Environment–Occupation – PEO)

Razvila ga je kanadska profesorica delovne terapije Mary Law s soavtorji leta 1996 (7). Filozofija modela izpostavlja soodvisnost osebe, okolja in dejavnosti kot pogoj za učinkovito izvedbo namenskih dejavnosti in vključevanja posameznika v družbo (7). Osebo predstavlja z vidika vlog, ki jih izvaja v življenju in življenjskih izkušnjah (življenjski slog, kulturno ozadje, osebne kompetence, motorične sposobnosti, senzorne sposobnosti, kognitivne sposobnosti, splošno zdravje, sposobnosti učenja in pridobivanja spretnosti). Dejavnost poimenuje kot skupino funkcijskih nalog in aktivnosti, v katerih oseba uživa in jih vključuje v svoj življenjski slog. Okolje definira kot kulturno, socialno-ekonomsko, institucionalno in socialno (7, 8).

### 2. Model, usmerjen na osebo–okolje–izvedbo dejavnosti (angl. Person–Environment–Occupational Performance – PEO)

Avtorici modela sta Baum in Christiansen (8). Središče modela predstavlja izvedba dejavnosti in sodelovanje v družbi, v tesni povezavi z dejavniki osebe, okolja in izvedbe dejavnosti. Dejavniki osebe so razčlenjeni na fiziološke, kognitivne, psihološke in duhovne. Dejavnost opisuje kot izvedbo aktivnosti, ki jih ljudje morajo in želijo izvajati v vsakodnevem življenju. Izvedba dejavnosti je soodvisna od posameznikovih vlog, pričakovanj in sposobnosti. Dejavnike okolja opredeljuje kot socialne, tehnološke in kulturne (9).

### 3. Kanadski model izvedbe dejavnosti in vključenosti (angl. Canadian Model of Occupational Performance and Engagement CMOP-E)

Avtorici modela sta Elisabeth A. Townsend in Helen J. Polatajko s številnimi soavtorji (6). Usmerjen je na izvedbo dejavnosti in vključenosti v življenjske aktivnosti. Pri osebi upošteva njene kognitivne, čustvene, fizične in duhovne zahteve izvedbe ter vključuje naslednje dejavnosti: skrb za sebe, produktivnost in prosti čas. Glede okolja pa vključuje kulturno, institucionalno, fizično in socialno okolje. Model se je uveljavil v širšem mednarodnem prostoru. Poimenovali so ga »model zdravja in dobrega počutja«. Je primerljiv modelu Mednarodne klasifikacije funkcioniranja (MKF).

### Kanadski standardi prakse v delovni terapiji

Kanadsko društvo delovnih terapevtov (angl. Canadian Association of Occupational Therapists – CAOT) je leta 1996 izdalo dokument Profil delovno-terapevtske prakse v Kanadi (angl. The Profile of Occupational Therapy Practice in Canada) (10). V dokumentu so bili zapisani osnovni standardi prakse, klinične smernice z dokazi podprtih modelov obravnave in razvoj standardov odličnosti za poklic delovnega terapevta (10). Dokument se je razvijal skozi čas. V letih 2002 in 2007 je bil obnovljen in dopolnjen in

je v veljavi še danes. Pomembna sprememba v osnovnih standardih prakse, vezane na profil delovnega terapevta, je zapis ključne vloge delovnega terapevta in pet enot, ki so v tesni povezavi s ključno vlogo (11).

### Ključna vloga delovnega terapevta

»Delovni terapevt omogoča posamezniku, skupini in osebam v skupnosti razvijati in razumevati svojo vlogo, vključenost v izvedbo namenskih dejavnosti in sodelovati v življenjskih dejavnostih. Naloga delovnega terapevta je zagotavljanje kontinuitete dela, tako z vidika terapevtske obravnave posameznika kot funkcije managerja, raziskovalca, razvoja programov in prenosa znanja« (10, 11).

### Enote kompetenc

#### Enota 1: Poklicna

Praksa delovnega terapevta izhaja iz etičnih in moralnih vrednot stroke. Na uporabnika usmerjen pristop je obvezujoč. Delovni terapevti so se dolžni vseživljenjsko strokovno izobraževati in sodelovati v izobraževanju bodočih strokovnjakov, delovati na področju raziskovalnega dela in tako prispevati k razvoju stroke (11,12).

#### Enota 2: Delovno-terapevtska izvedba procesa prakse

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. Potek obravnave je lahko individualen ali skupinski, izhajati mora iz prioritete, ciljev in stvarnih možnosti. Dejavno vključevanje uporabnika v načrtovanje, izvedbo in spremljanje učinka obravnave mora biti temelj delovno-terapevtskega procesa obravnave (11-13).

#### Enota 3: Organizacija dela, vodenje in medosebni odnosi

Delovni terapevti v vsakodnevni praksi usposablajo ljudi z različnimi sposobnostmi izvedbe dejavnosti, ki so zanje pomembne. Osnovno izhodišče dobre prakse izhaja iz pristopa, ki je osredotočen k posamezniku (angl. client-centered practice) in dobrega poznavanja socio-kulturnega, ekonomskega in političnega konteksta. Ključna vloga delovnega terapevta mora temeljiti na spoštljivih medosebnih odnosih, učinkoviti medosebni komunikaciji, širini in inovativnem pristopu v procesu obravnave (11-13).

#### Enota 4: Kakovostno vodenje delovno-terapevtske obravnave

Delovni terapevti so odgovorni za kakovostno obravnavo posameznika. Dolžni so spremljati dosežke obravnave, zagotavljati napredek in vnašati spremembe. Zagotavljati morajo standarde prakse, pridobivati informacije s strani uporabnika

glede zadovoljstva z obravnavo ter obveščati ciljno populacijo (svojce, skupnost, plačnika) o svojem delu (11-13).

### **Enota 5: Management in promocija delovno-terapevtske obravnave**

Delovni terapevti so dolžni promovirati svojo stroko v družbi. Sodelovati morajo v razvoju stroke na vseh področjih - finančnem, socialnem, fizičnem in v okolju. Sodelujejo pri širitvi stroke na vseh ravneh družbe z osveščanjem širše javnosti o filozofiji stroke in svoji vlogi v družbi (11-13).

Vloga delovnih terapevtov v klinični praksi je zagotoviti posamezniku kakovostno obravnavo. Kakovost obravnave je vezana na predpisane standarde in klinične smernice ter soodvisna od njih. Delovni terapevti v Sloveniji nimamo razvitega lastnega modela obravnave. V prakso uvajamo številne modele, ki so podprti z dokazi. Med drugimi tudi kanadske.

**Namen raziskave** je bil ugotoviti uspešnost prenosa kanadskih modelov v slovenski prostor.

## **METODE DELA**

Delovnim terapevtom, zaposlenim v različnih zdravstvenih ustanovah primarne, sekundarne in terciarne ravni, v socialnih zavodih, varstveno-delovnih centrih in ostalih ustanovah na področju Slovenije, je bil posredovan Vprašalnik, sestavljen iz treh sklopov. V prvem sklopu smo želeli pridobiti informacijo, ali delovni terapevti izvajajo kanadske modele v praksi in katere modele največkrat uporabljajo. V drugem sklopu nas je zanimalo širše poznavanje ozadja posameznih modelov glede standardov prakse. V tretjem sklopu pa smo želeli pridobiti informacijo o možnostih in težavah, s katerimi se delovni terapevti srečujejo pri uvažanju kanadskih modelov obravnave v slovenski prostor.

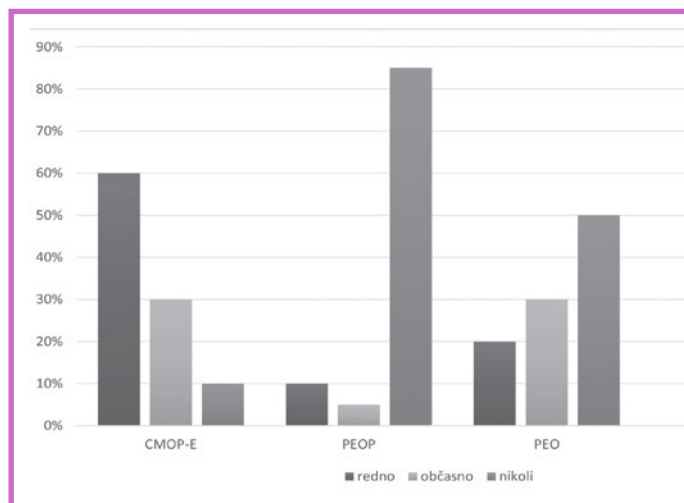
## **REZULTATI**

Vprašalnik je bil posredovan 100 delovnim terapevtom. 80 % jih je anketni vprašalnik izpolnilo v celoti. Vzorec je bil sestavljen iz 95 % delovnih terapevtov in 5 % delovnih terapevtov. Povprečna starost delovnih terapevtov je bila 36 let. Prevladovali so terapevti, zaposleni do 10 let.

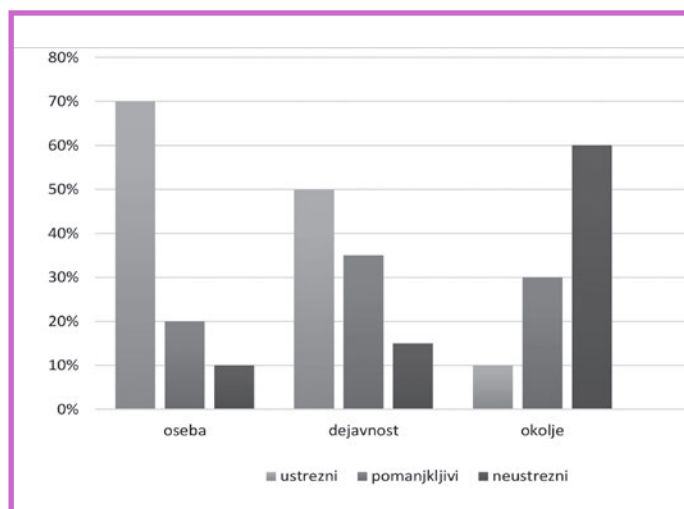
Na podlagi analize vprašalnika je bilo ugotovljeno, da 60 % anketiranih redno izvaja proces delovne terapije po enem izmed kanadskih modelov, 25 % jih izvaja občasno, 5 % izjemoma.

Delovni terapevti uvajajo v klinično prakso vse tri kanadske modele. Slika 1 prikazuje, kako pogosto uporabljajo različne modele, Slika 2 načine pridobivanja informacij za dosledno izvajanje procesa kanadskih modelov v prakso, Slika 3 poznavanje standardov prakse v delovni terapiji,

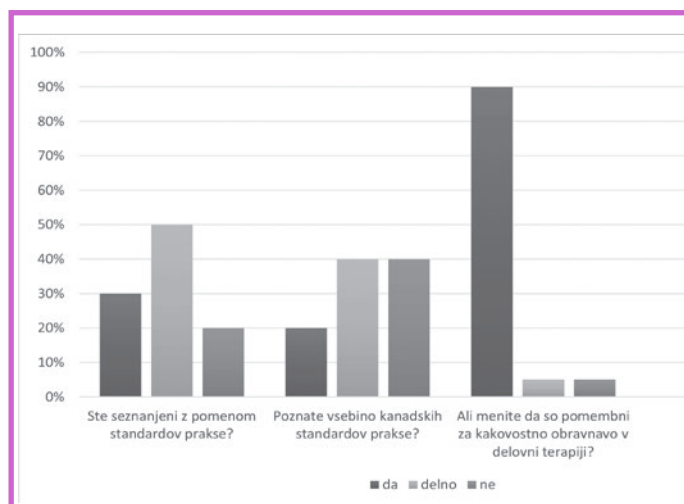
Slika 4 težave, s katerimi se soočajo delovni terapevti pri prenosu kanadskih modelov v klinično prakso in Slika 5, katere prednosti uporabe kanadskih modelov v klinični praksi ugotavljajo delovni terapevti, vključeni v raziskavo.



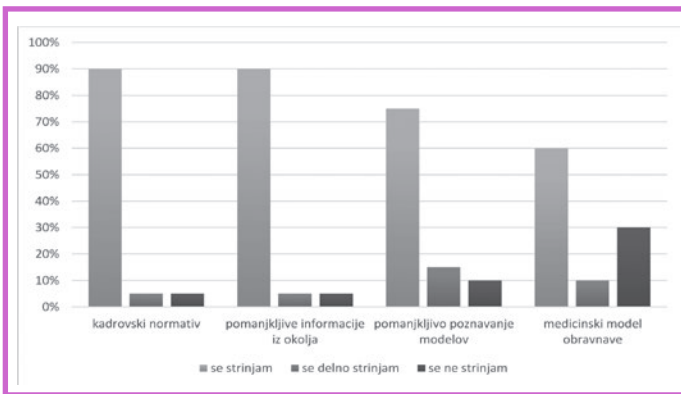
**Slika 1 :** Kako pogosto delovni terapevti uporabljajo različne modele.



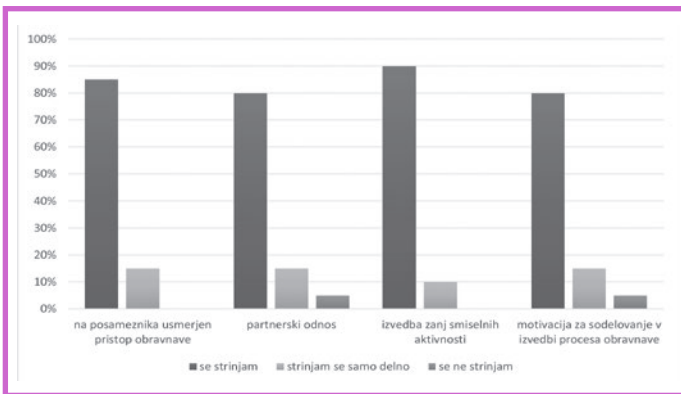
**Slika 2 :** Način pridobivanja informacij za dosledno izvajanje procesa kanadskih modelov v praksi.



**Slika 3:** Poznavanje standardov prakse v delovni terapiji.



**Slika 4:** Težave, s katerimi se soočajo delovni terapevti pri prenosu kanadskih modelov v klinično prakso.



**Slika 5:** Prednosti uporabe kanadskih modelov v klinični praksi.

## RAZPRAVA

Zanimalo nas je, v kakšni meri delovni terapevti uvajajo kanadske modele v delovno terapevtsko prakso. Delovni terapevti uvajajo v klinično prakso vse tri kanadske modele. Prevladuje model CMOP-E (Slika 1), za katerega je značilno, da je primerljiv z MKF in je tudi sicer najbolj uporabljan v številnih državah. Med evropskimi državami, ki so uvedle model CMOP-E v klinično prakso, prevladuje Anglija. Boniface et al ugotavljajo, da je model uspešno prenesen v klinično prakso v številne zdravstvene in socialne ustanove (15). Na podlagi 4-letnega raziskovalnega projekta so ugotovili, da ga številni delovni terapevti uspešno uvajajo v klinično delo ter da upoštevajo predpisane standarde in klinične smernice, na katerih je model zasnovan (15). Upoštevani so bili pomembni koraki standardov – usmerjenost na posameznika, razumevanje izvedbe namenskih dejavnosti in dosledno upoštevanje korakov izvedbe (15).

Delovni terapevti, vključeni v raziskavo, imajo največ težav pri pridobivanju informacij o okolju, v katerem posameznik živi (Slika 2). Značilno za državo, iz katere smo »uvozili« model obravnave, je, da 31,8 % delovnih terapevtov izvaja delovno-terapevtsko obravnavo v skupnosti (16). V Sloveniji teh programov nimamo, zato je pridobivanje teh podatkov težje in mnogokrat vprašljive kakovosti.

Standardi prakse so za učinkovito obravnavo izjemnega pomena. Pa naših rezultatih imajo vključeni o njih zelo pomanjkljivo znanje (Slika 3). Za učinkovit prenos modelov obravnave je potrebno poglobljeno znanje osnovnih standardov, na katerih so modeli zasnovani. Kanadski model CMOP-E je zasnovan na standardih, ki so bili preverjeni na podlagi številnih raziskav (14, 15). Učinkovitost standardov, iz katerih model izhaja, so potrdili tudi avtorji Boniface et al (15). Podobne standarde prakse imata ameriško združenje delovnih terapevtov (*angl.* American Occupational Therapy Association – AOTA) (17) in angleško združenje delovnih terapevtov (*angl.* British Association of Occupational Therapy – BAOT) (18). Evropsko združenje delovnih terapevtov (*angl.* Council of Occupational Therapists of the European Countries – COTEC) je leta 2007 posodobilo evropske standarde prakse, ki so v osnovi zelo podobni britanskim, kanadskim in ameriškim standardom (19).

Slovenski delovni terapevti imamo izdelan Kodeks etike delovnih terapevtov, trenutno pa se prevaja dokument, ki določa evropske standarde prakse delovnih terapevtov (*angl.* A European Standard of Practice) (19). Evropski in kanadski standardi izhajajo iz standardov reguliranega poklica, kar predstavlja težavo. V Sloveniji namreč poklic delovnega terapevta za zdaj ni reguliran, zato bo dosledno upoštevanje standardov odvisno od motiviranosti posameznikov. Spodbudno pa je, da več kot 90 % anketiranih pripisuje pomembno vlogo tovrstnemu dokumentu, kar pomeni, da bo potrebno omogočiti pridobivanje dodatnih znanj (Slika 3).

V vprašalniku so bile izpostavljene 4 predpostavke, ki so vzročno povezane s težavami pri prenosu kanadskih modelov v klinično prakso (Slika 5). Izpostavljena je bila težava s številom izvajalcev programa delovne terapije. V Sloveniji nimamo izdelanih kadrovskih normativov, ki bi izhajali iz predpisanega dnevnega števila obravnav. Kanada ima izdelane standarde prakse, ki podrobno opisuje protokol obravnave (11-13). Ponovno so bile izpostavljene pomanjkljive informacije iz okolja, v katerem posameznik živi. Ker so dejavniki okolja v kanadskih modelih enako pomembni kot dejavniki osebe in dejavnosti, ki jo oseba izvaja, nemalokrat naletimo na težave pri doslednem upoštevanju kliničnih smernic izvedbe (10).

Prednosti, ki jih prinaša uporaba kanadskih modelov, vidijo udeleženci raziskave predvsem v dejavnem sodelovanju obravnavane osebe ter v izvedbi zanj smiselnih dejavnosti, kar vpliva na motivacijo posameznika za sodelovanje v procesu obravnave in vključevanje v življenjske dejavnosti (Slika 5). Do podobnih zaključkov sta prišla tudi avtorja Kirsh in Cockburn (20), ki sta v zaključkih raziskovalnega članka o učinkovitosti kanadskega ocenjevalnega instrumenta COPM ugotovila, da partnersko načrtovanje v izbiri smiselnih dejavnosti vpliva na ponovno vzpostavljanje življenjskih vlog posameznika in sodelovanje v družbi.

Sodelovanje izobraževalne ustanove in strokovnega združenja je pri pripravi tako pomembnih dokumentov nujno potrebno. V prihodnje bodo tako izobraževalne ustanove kot strokovno združenje igrali pomembno vlogo pri poglobljeni pripravi ustreznih dokumentov, s pomočjo katerih bomo pridobili pogoje za izvedbo kakovostne obravnave bolnikov. Predvsem bo nujno, da v standarde stroke zapišemo tudi strokovno terminologijo. Vzor nam je lahko slovar v kanadskem dokumentu »Profil delovnega terapevta v Kanadi«, ki natančno obrazloži posamezne strokovne izraze in je sestavni del dokumenta (21).

Pridobljene informacije bodo koristne za načrtovanje vsebin izobraževanja, dogovarjanje z ustreznimi organi o spremembah kadrovskih normativov, prenos programov delovne terapije v mrežo primarne zdravstvene oskrbe ter za vrednotenje storitev delovnih terapevtov.

## ZAKLJUČEK

Delovni terapevti v klinično prakso vključujejo kanadske modele. Predstavljajo jim izzive, nemalokrat pa se soočajo s težavami. Za učinkovit prenos modelov bo potrebno upoštevati standarde prakse in predpisane klinične poti. Sprememba zakonodajnih dokumentov in prenos programov delovne terapije v skupnost bo omogočila dosledno izvedbo modelov, ki izhajajo iz osebe, okolja in dejavnosti.

## Literatura:

- World Health Organization. International classification of functioning, disability and health: ICF. Geneva: World Health Organization; 2001.
- Law M, Baum C, Dunn W, eds. Measuring occupational performance: supporting best practice in occupational therapy. 2<sup>nd</sup> ed. Thorofare: Slack; cop. 2005.
- Dunn W, Brown C, McGuigan A. The ecology of human performance: a framework for considering the effect of context. *Am J Occup Ther* 1994; 48: 595–607.
- Wilcock AA. An occupational perspective of health. 2<sup>nd</sup> ed. Thorofare: Slack; cop. 2006.
- Vrhovnik-Hribar M, Piškur B, ur. COPM: kanadski test ocenjevanja problemov okupacije = Canadian occupational performance measure. Ljubljana: Društvo in Zbornica delovnih terapevtov Slovenije; 2001.
- Towsend EA, Polatajko HJ. Enabling occupation II: advancing an occupational therapy vision for health, well-being & justice through occupation. Ottawa: Canadian Association of Occupational Therapists; 2007.
- Law M, Cooper B, Strong S, Stewart D, Rigby P, Letts L. The Person-Environment-Occupation model: a transactive approach to occupational performance. *Can J Occup Ther* 1996; 63: 9–23.
- Law M, Pollock N, Stewart D. Evidence-based occupational therapy: concepts and strategies. *NZ J Occup Ther* 2004; 51: 14–22.
- Baum CM, Christiansen CH. Person-Environment-Occupation-Performance: an occupation-based framework for practice. In: Christiansen CH, Baum CM, Bass-Haugen J, eds. Occupational therapy: performance, participation and well-being. Thorofare: Slack; 2005: 243–66.
- Canadian Association of Occupational Therapists. Position statement: entry-level education of occupational therapists to the profession in Canada. Ottawa: Canadian Association of Occupational Therapists; 2002.
- Profile of occupational therapy practice in Canada. 2<sup>nd</sup> ed. Ottawa: CAOT Publications ACE; 2002.
- Association of Canadian Occupational Therapy Regulatory Organizations. The essential competencies for occupational therapists in Canada. Toronto: Association of Canadian Occupational Therapy Regulatory Authorities; 2000.
- Canadian Association of Occupational Therapists. Position statement: entry-level education of occupational therapists to the profession in Canada. Ottawa: CAOT Publishing ACE; 2002.
- Law M, Laver-Fawcett A. Canadian Model of Occupational Performance: 30 years of impact! *Br J Occup Ther* 2013; 76: 519.
- Boniface G, Fedden T, Hurst H, Mason M, Phelps C, Reagon C, Waygood. Using theory to underpin an integrated occupational therapy service through the Canadian Model of Occupational Performance. *Br J Occup Ther* 2008; 71: 531–9.
- Canadian Association of Occupational Therapists. Membership statistics. Ottawa: CAOT Publishing ACE; 2011.
- Occupational therapy practice framework: domain & process (3rd ed). *Am J Occup Ther* 2014; 68 (Suppl 1): S1–48.
- College of Occupational Therapists. Code of ethics and professional conduct. London: College of Occupational Therapists; 2010. Dostopno na <http://www.cot.co.uk/sites/default/files/publications/public/Code-of-Ethics2010.pdf> (citirano 16. 2. 2015).
- Council of Occupational Therapists for the European Countries. Code of ethics and standards of practice. COTEC; 2007. Dostopno na <http://www.cotec-europe.org/eng/35/> (citirano 16. 2. 2015).
- Kirsh B, Cockburn L. The Canadian Occupational Performance Measure: a tool for recovery-based practice. *Psychiatr Rehabil J* 2009; 32: 171–6.
- Profile of occupational therapy practice in Canada (2007): occupational therapists. Ottawa: Canadian Association of Occupational Therapists; 2007: 18–21. Dostopno na <http://www.caot.ca/pdfs/otprofile.pdf> (citirano 16. 2. 2015).