

**UNIVERZA V LJUBLJANI
ZDRAVSTVENA FAKULTETA
DELOVNA TERAPIJA, 1. STOPNJA**

Urška Brglez

**VLOGA DELOVNEGA TERAPEVTA V OBRAVNAVI
OSEB S KRONIČNO BOLEČINO V PROCESU
VRAČANJA NA DELO**

diplomsko delo

**THE OCCUPATIONAL THERAPIST'S ROLE IN THE
TREATMENT OF PERSONS WITH CHRONIC PAIN
IN THE PROCESS OF RETURNING TO WORK**

diploma work

Mentorica: pred. mag. Andreja Švajger

Somentorica: pred. Katarina Galof

Recenzentka: pred. mag. Alenka Plemelj Mohorič

Ljubljana, 2019

ZAHVALA

Rada bi se zahvalila mentorici pred., mag. Andreji Švajger in somentorici pred. Katarini Galof za strokovno svetovanje, potrpežljivost in spodbudo pri nastajanju diplomskega dela.

Iskreno se zahvaljujem mami, očetu in sestri za vso podporo, potrpežljivost, pozitivne spodbude in finančno pomoč, ki ste mi jo nudili tekom študija.

Hvala tudi vama draga dedi in babi, ker sta verjela vame, me optimistično spodbujala in mi nesebično pomagala.

Hvala tudi vsem ostalim, ki ste mi vsa ta leta stali ob strani.

IZVLEČEK

Uvod: Osebe, ki trpijo za kroničnimi bolečinami, ne morejo vzdrževati zelenega življenjskega sloga, saj bolečina ovira različne vidike njihovega delovanja, kot so skrb zase, počitek, domača opravila, delo in prosti čas. Delo zagotavlja finančno neodvisnost in varnost, ki jo kronična bolečina lahko ogroža ali pa povzroči prezgodnji odhod s trga dela. Za ohranitev delovne sposobnosti v okviru interdisciplinarne obravnave v procesu vračanja na delo obstaja potreba tudi po učinkoviti delovnoterapevtski obravnavi, ki bi morala biti usmerjena v celostno rehabilitacijo in ne le v lajšanje bolečin. **Namen:** Z diplomskim delom smo želeli pregledati literaturo, na podlagi katere bi dobili odgovor o vlogi delovnega terapevta v celostni obravnavi oseb s kronično bolečino v procesu vračanju na delo. **Metode dela:** Uporabljen je bil kvalitativni raziskovalni pristop s pregledom literature, ki je bila objavljena med letoma 2009 in 2019. V analizo so bili vključeni članki, ki smo jih iskali s pomočjo spletnih bibliografskih baz in znanstvenih revij in so bili napisani v slovenskem ali v angleškem jeziku. **Rezultati:** Najpogostejši modeli, ki so se uporabljali tekom obravnav, navedenih v literaturi, so bili biopsihosocialni model, kanadski model izvajanja dejavnosti in model človekove okupacije. Ocenjevalni instrumenti raziskujejo okoljske dejavnike, ki spodbujajo ali zavirajo proces vračanja na delo, ugotavljajo želje in pričakovanja osebe s kroničnimi bolečinami in raziskujejo njegove delovne naloge. **Razprava in zaključek:** Rehabilitacijski interdisciplinarni programi za osebe s kronično bolečino, ki vključujejo delovno terapijo in izvajajo ukrepe na delovnem mestu, temeljijo na ergonomskih pristopih in kognitivno vedenjskih načelih ter se štejejo za uspešne, saj spodbujajo funkcionalnost in delovno sposobnost, komunikacijo med strokovnjaki, osebami in delodajalci. Delovni terapevti pomagajo poiskati načine za prilagoditev delovnega okolja, tako da ta ne povečuje intenzitete bolečine, ali pa poiščejo načine za prilagoditev dejavnosti. Raziskava je pokazala, da so delovni terapevti premalokrat vključeni v interdisciplinarni program rehabilitacije oseb s kronično bolečino.

Ključne besede: kronične mišično-skeletne težave, delovna terapija, interdisciplinarna obravnava, poklicna rehabilitacija

ABSTRACT

Introduction: People suffering from chronic pain are unable to maintain a satisfactory life style because the pain hinders different aspects of daily living, such as: self-care, leisure, household work, work and rest. Safety, independence and financial stability is gained with having a job, but if a person becomes handicapped because of pain and can't adapt to his work environment it can lead to an early retirement. To maintain financial security, independence and autonomy interdisciplinary treatment should also include occupational therapy which is focused on return to work and not just pain relief. **Purpose:** The purpose of the thesis was to review the literature on the role of the occupational therapist in the interdisciplinary treatment of people with chronic pain in the process of return to work. **Methods:** A qualitative research approach with literature review was used. For review were used articles published between 2009 and 2019. Literature was searched in online bibliographic databases, scientific journals which were written in Slovenian or in English. **Results:** The most common models used during treatment of people with chronic pain were: biopsychosocial model, Canadian model of occupational performance and model of human occupation. Assessment instruments investigated factors that encourage or inhibit the process of return to work in the home and work environment, investigated the preferences and expectations of the person that suffers chronic pain, and explores their job tasks. **Discussion and Conclusion:** Interdisciplinary rehabilitation of persons with chronic pain that include occupational therapy and are focused on workplace intervention are based on ergonomic approaches and cognitive behavioural principles are seen as effective because they improve function, work ability and communication among professionals, persons and employers. Occupational therapist provide workplace adaptations that prevent the increase of pain or find the ways to change the work performance. This review however showed that occupational therapist are not sufficiently included in the interdisciplinary support to persons with chronic pain in their return to work process.

Keywords: musculoskeletal disorders, occupational therapy, interdisciplinary treatment, vocational rehabilitation

KAZALO VSEBINE

1	UVOD.....	1
1.1	Teoretična izhodišča.....	1
1.2	Biopsihosocialni model.....	3
1.3	Model človekove okupacije	4
1.4	Kanadski model izvedbe dejavnosti.....	5
1.5	Interdisciplinarni pristop	6
1.6	Vračanje na delo in delovna terapija.....	7
2	NAMEN	11
3	METODE DELA.....	12
4	REZULTATI.....	14
5	RAZPRAVA.....	21
6	ZAKLJUČEK.....	27
7	LITERATURA IN DOKUMENTACIJSKI VIRI.....	29

KAZALO SLIK

Slika 1: Diagram PRISMA.....	13
------------------------------	----

KAZALO TABEL

Tabela 1: Pregled literature 15

Tabela 2: Kvalitativna sinteza znanstvene literature. 19

SEZNAM UPORABLJENIH KRATIC IN OKRAJŠAV

AOTA	Ameriško združenje delovnih terapevtov (angl. American Occupational Therapy Association)
APOP	Ocena bolečine in izvajanja dejavnosti (angl. Assessment of Pain and Occupational Performance)
AWP	Ocenjevanje izvajanja dela (angl. Assessment of Work Performance)
CMOP	Kanadski model izvajanja dejavnosti (angl. Canadian Model of Occupational Performance)
COPM	Kanadska metoda za ocenjevanje izvajanja dejavnosti (angl. Canadian Occupational Performance Measure)
DOA	Pogovor o sposobnosti za delo (angl. Dialogue about Ability Related Work)
DT	Delovna terapija
DTh	Delovni terapevt
EFIC	Evropska federacija Mednarodnega združenja za preučevanje bolečine (angl. European Federation of the International Association for the Study of Pain)
FTh	Fizioterapevt
IASP	Mednarodno združenje za proučevanje bolečine (angl. International Association for the Study of Pain)
KB	Kronična bolečina
MOHO	Model človekove okupacije (angl. Model of Human Occupation)
OECD	Organizacija za gospodarski razvoj in sodelovanje (angl. Organisation for Economic Co-operation and Development)
OPHI – II	Intervju o zgodovini izvajanja dejavnosti (angl. Occupational Performance History Interview)
PAE	Evropska zveza bolečine (angl. Pain Alliance Europe)
VND	Vračanje na delo
WEIS	Lestvica vpliva delovnega okolja (angl. Work Environment Impact Scale)
WFOT	Svetovna zveza delovnih terapevtov (angl. World Federation of Occupational Therapists)

WRI

Intervju o delovni vlogi (angl. Worker Role Interview)

1 UVOD

Kronična bolečina prizadene približno 20 % odraslega evropskega prebivalstva in je pogostejša pri ženskah, starejših in pri ljudeh, ki živijo v relativnem pomanjkanju. Poleg fizičnega in čustvenega bremena, ki ju prinaša kronična bolečina, so finančni stroški za družbo ogromni – trenutno so v Evropi ocenjeni na več kot 300 milijard EUR na leto (PAE – Pain Alliance Europe, 2018). Na gospodarske stroške delno vplivajo stroški izgubljene produktivnosti, odsotnosti z dela in predčasne upokojitve. V študiji, v katero je bilo vključenih 17 evropskih držav in jo je Evropska zveza bolečine (v nadaljevanju PAE – Pain Alliance Europe) izvedla leta 2017, so ugotovili, da vsak peti Evropejec trpi za kronično bolečino, medtem ko so v raziskavi, ki so jo izvedli Pirc in sodelavci (2007), ugotovili, da za kronično boleznijo trpi celo vsak četrti odrasli Slovenec. Ravno iz teh razlogov bi morala biti obravnava oseb z bolečino usmerjena v celostno rehabilitacijo bolnikov in ne le v lajšanje bolečin. Kronična bolečina vpliva na zmožnosti izvajanja vsakodnevnih aktivnosti, kot so skrb zase, počitek, domača opravila, delo in prosti čas, izrazito poslabša posameznikovo zdravstveno stanje in kakovost življenja. Bolniki s kroničnimi bolečinami morajo imeti popoln dostop do interdisciplinarne obravnave različnih zdravstvenih delavcev (Breivik et al., 2013).

Raziskovanje te teme je pomembno, saj kronična bolečina negativno vpliva na izvajanje vsakodnevnih aktivnosti, ki jih posameznik mora ali želi izvajati ali pa se od njega pričakuje, da jih izvede v različnih življenjskih vlogah. Izvedba teh aktivnosti opredeljuje osebo in vpliva na njeno psihološko zdravje, blaginjo in družbene stike. Delovni terapevt osebam s kronično bolečino omogoča izvajanje in udeležbo v njim smiselnih namenskih aktivnosti, v katerih dosegajo zadovoljstvo in v katerih uživajo kljub bolečini (Hill, 2016). Ravenek in sodelavci (2010) ugotavljajo, da so delovni terapevti v študijah premalokrat vključeni v interdisciplinarno obravnave, in menijo, da bi v nadaljnjih programih morali biti bolj vključeni, saj se lahko tako izkoristi njihov širok nabor znanj, ki jih na področju dela lahko prispevajo.

1.1 Teoretična izhodišča

Kronična bolečina je opredeljena kot trajna ali ponavljajoča se bolečina, ki traja dlje kot tri mesece. Opredelimo jo lahko kot nevropatsko (posledica bolezni ali okvare

somatosenzornega dela perifernega ali centralnega živčevja) ali nociceptivno (zaradi ponavljajočega nociceptivnega draženja somatskih ali visceralnih tkiv in zato povečane vzdraženosti centralnega živčevja) bolečino (Jamnik et al., 2015).

Kronične bolečine je mogoče razvrstiti v sedem skupin: primarno, rakavo, postravmatsko in pooperativno, visceralno, nevropatsko, mišično-skeletno in orofacialno bolečino ter kronični glavobol (Rief et al., 2015).

Kronična bolečina predstavlja velik javnozdravstveni problem, ki ne vpliva le na ekonomski status države in osebe, ki trpi za kronično bolečino, ampak tudi na njeno družino in družbeni krog (Duenas et al., 2016). V študiji, ki so jo izvedli Duenas in sodelavci (2016), navajajo, da bolečina ovira različne vidike življenja osebe z bolečinami, saj negativno vpliva na izvajanje njenih vsakodnevnih aktivnosti, na telesno in duševno zdravje ter na medsebojne odnose na delovnem mestu, spreminja tudi dinamiko odnosov znotraj družine in družbenega življenja. Evropska federacija Mednarodnega združenja za preučevanje bolečin (EFIC – European Federation of the International Association for the Study of Pain, 2010) ocenjuje, da kar tretjina oseb, ki trpi za kronično bolečino, ne more vzdrževati neodvisnega življenjskega stila.

Za uspešno izvedbo delovnih zahtev je delovna sposobnost odvisna od fizičnega in duševnega počutja osebe, ki opravlja delo. Družbena in ekonomska negotovost tekom življenja prizadeneta marsikoga ter vplivata tudi na dobro počutje posameznika in na njegovo družino, še posebej, če je kot posledica kronične bolečine ogrožena sposobnost za opravljanje dela, saj je bolečina povezana z višjo stopnjo zmanjšane delovne uspešnosti in vpliva na produktivnost dela (Vries et al., 2013). Imeti zaposlitev ni pomembno le zaradi socialne in ekonomske varnosti, ampak so pomembni tudi delo in sodelavci, in sicer za življenjsko izpolnitev, samozavest in osebnostni razvoj osebe, ki trpi za kronično bolečino (PAE, 2018). Koncept delovne sposobnosti odraža razmerje med zmogljivostjo delavca in delovnimi potrebami ter upošteva delovne zahteve, zdravstveno stanje ter fizične in duševne vidike. Delavci, ki so izpostavljeni ponavljajočemu in močnemu telesnemu naporu, so tekom dela prisiljeni ohranjati neustrezen telesni položaj in jim zato primanjkuje počitka, zaradi česar se pri njih pojavi povečano tveganje za oslABLJENO delovno sposobnost. Da bi preprečili prezgodnji odhod s trga dela, ki je posledica oslABLJENE delovne sposobnosti, se pojavi potreba po učinkovitih delovnoterapevtskih intervencijah (Sundstrup et al., 2014).

1.2 Biopsihosocialni model

Biopsihosocialni model je leta 1977 predstavil George L. Engel. Meni, da na razvoj kronične bolečine in njen potek poleg bioloških sovplivajo še psihološki, socialni in družbeni dejavniki (Ejelov et al., 2016).

Gentry in sodelavci (2018) so v študiji, ki opisuje biopsihosocialni model, razčlenili posamezne dejavnike:

- **biološka** dimenzija modela vključuje dejavnike, ki lahko vplivajo na rehabilitacijo. Medtem ko so psihološki, socialni in družbeni dejavniki nespremenljivi in objektivni, so se delovni terapevti osredotočili na potencialno spremenljive spremenljivke. Te so: obseg giba, ravnotežje, moč, koordinacija, senzibiliteta, bolečina, vzdržljivost pri aktivnosti in edemi ter njihov kasnejši vpliv na raven funkcije pri vsakodnevnih aktivnostih, mobilnosti, transferjih, vlogah in rutinah;
- **socialna** dimenzija modela vključuje dejavnike, kot so družba, vera, socialna podpora, situacijske značilnosti, življenjski stresi in rehabilitacijsko okolje. Delovni terapevti imajo lahko pomembno vlogo na enem od glavnih področij vpliva socialno-kontekstualnega dejavnika z zagotavljanjem izobraževalnih intervencij, ki obravnavajo stres kot del celostnega in integriranega načrta rehabilitacije. Prav tako morajo razmisliti o možnih virih stresa, ki presegajo primarno diagnozo, in z njimi povezanimi okvarami, vključno z osebnimi, delovnimi, finančnimi, družinskimi ali okoljskimi vplivi;
- **psihološka** dimenzija obravnava pomen in vlogo počitka in prehrane pri zdravljenju, kognitivne ocene in psihološke intervencije za spreminjanje vedenja, osebnost in osebne dejavnike (osredotočenost, tesnoba, motivacija, pričakovanja, čustva, skrb, identiteta, toleranca za bolečino) ter čustvene odzive (depresija, tesnoba, anksioznost).

Model temelji na pristopu od zgoraj navzdol in od spodaj navzgor ter je dosežen z vključitvijo več povezanih dejavnikov, ki lahko medsebojno vplivajo na posameznika in na izid rehabilitacije. Skratka, ozaveščenost, prepoznavanje in vključevanje biopsihosocialnih dejavnikov v načrt oskrbe lahko terapevtom nudijo strokovno podlago za izboljšanje, na podlagi katere lahko izboljšajo rezultate uporabnikov, in sicer na ravni zadovoljstva, funkcije in kakovosti življenja (Gentry et al., 2018).

Osebe, ki trpijo za kronično bolečino (v nadaljevanju KB), potrebujejo dolgotrajno in multidimenzionalno obravnavo s pogostim ponovnim ocenjevanjem in prilagajanjem terapije. Biopsihosocialni model te zahteve obravnava kot splet fizičnih disfunkcij, prepričanj in strategij obvladovanja bolečine, stiske, bolezenskega vedenja in družbenega komuniciranja. Z uvedbo biopsihosocialnega modela postane zdravljenje KB interdisciplinarno, in sicer s poudarkom na različnih strategijah, z namenom lajšanja bolečin, izboljšanja kakovosti življenja, povrnitve samostojnosti in povečanja mobilnosti ter izboljšanja duševnega počutja oseb s KB (Morlion et al., 2011).

1.3 Model človekove okupacije

Model človekove okupacije (Model of Human Occupation – v nadaljevanju MOHO) je bil leta 1980 prvič predstavljen delovnoterapevtski stroki s strani Gary Kielhofner in Janice Burke (Kielhofner, 2008). Je teoretični model, ki se uporablja v zaposlitveni rehabilitaciji, saj pomaga določiti dejavnike, ki vplivajo na delovno sposobnost osebe po poškodbi ali bolezni, in jih uporabi za načrtovanje delovnoterapevtske obravnave (Park et al., 2019).

Park in sodelavci (2019) so v študiji o MOHO opisali, kako sta dejavnost in delovno vedenje skupni izid medsebojnega povezovanja treh podsistemov, povezanih z lastnostmi osebe (navade, volja in zmogljivost) in njihovo povezavo z okoljem, ter ga povezali s procesom vračanja na delo:

- **podsistem volje** je oblikovan z mislimi in občutki o osebnih vrednotah (kaj je pomembno in kako izvajati delo), interesih (občutek izpolnitve med izvajanjem dela) in osebni moči (prepričanje o lastni učinkovitosti in zmožnostih). Je pomemben podsistem, saj od osebe zahteva določitev dejavnikov, kot sta zadovoljstvo z delom in osebna moč, ki v procesu vračanja na delo vplivata na izoblikovanje in končni izid delovnoterapevtske obravnave;
- **podsistem vzorci izvajanja** je sestavljen iz navad in vlog, ki se med seboj prepletajo in izoblikujejo dnevne rutine. Vloge izoblikujejo identiteto osebe, medtem ko so navade izoblikovane s pomočjo različnih okoljskih dejavnikov, ki so jim osebe izpostavljene. Ovire, ki lahko nastanejo po dolgotrajni odsotnosti z dela, se pokažejo med procesom vračanja na delo in se kažejo v izgubi delovnih navad in vlog;

- **podsystem zmogljivosti za izvajanje** – na zmogljivost za izvajanje vplivajo fizične in duševne sposobnosti osebe. Skupaj s podsystemoma vzorcev izvajanja in volje pa nam omogoča boljše razumevanje vedenjskih vzorcev osebe. Kadar se spremeni zmogljivost za izvajanje delovnih nalog kot posledica bolezni ali poškodbe, je potrebna prilagoditev ostalih podsystemov ali elementov, da se oseba uspešno prilagodi in ohranja delovno sposobnost.

Model opredeljuje KB kot težavo, ki negativno vpliva na življenjski slog osebe, onemogoča njeno izvajanje vlog in navad v družbi, na delu, znotraj družine in prostega časa ter stremi k spremembi okolja, podrejenemu bolečini. Ta spremenjen življenjski slog začnejo delovni terapevti obravnavati kot nefunkcionalen, ko postanejo družbene zahteve in pričakovanja po aktivni udeležbi in pričakovani produktivnosti neizvedljivi (Park et al., 2019; Gusich, 1984).

Model lahko delovnim terapevtom pomaga pri boljšem razumevanju dejavnikov, ki vplivajo na proces vračanja na delo oseb s KB, saj lahko izboljša delovnoterapevtski izid z razumevanjem medsebojno povezanih podsystemov in njihovega vpliva na okolje, saj osebo vključuje v načrtovanje delovnoterapevtske obravnave (Park et al., 2019).

1.4 Kanadski model izvedbe dejavnosti

Kanadski model izvedbe dejavnosti (Canadian Model of Occupational Performance – v nadaljevanju CMOP) je na osebo usmerjen pristop, ki so ga leta 1982 razvili kanadski delovni terapevti, in opisuje medsebojne odnose med okoljem, osebo in dejavnostjo (Law, Laver-Fawcett, 2013).

Osebo uvršča v sredino z medsebojnim vplivanjem preostalih področij, njene komponente pa so fizične, kognitivne in procesne sposobnosti. Vmesno polje predstavlja dejavnost, ki jo oseba izvaja v okolju, in vključuje tri področja – delo (produktivnost), prosti čas in dnevne aktivnosti (skrb zase). Zunanje polje pa oblikujejo fizične, kulturne, socialne in institucionalne komponente, ki imajo neposredni vpliv na osebo (Law, Laver-Fawcett, 2013; Persson et al., 2013).

CMOP usmerja delovnoterapevtske obravnave na način, da delovni terapevti dobijo poglobljen uvid in boljše razumevanje v težave, s katerimi se dnevno srečujejo osebe s KB,

saj poudarja pomen odnosa med delovnim terapevtom in osebo s KB. Model celostno obravnava osebo in se osredotoča na dinamičen odnos med dejavnostjo, okoljem in osebo, vključuje njene vrednote, motivacijo, prepričanja in dejavnike, ki vplivajo na izvedbo dejavnosti, ter poda merila, potrebna za načrtovanje delvnoterapevtske obravnave oseb s KB (Lagueux et al., 2018; Law, Laver-Fawcett, 2013).

1.5 Interdisciplinarni pristop

Mednarodno združenje za proučevanje bolečine (International Association for the Study of Pain – v nadaljevanju IASP) je leta 2017 odobrilo nove opredelitve, katerih namen je razjasniti terminologijo za različne pristope zdravljenja. Pojasnitev pojmov »multidisciplinarno« in »interdisciplinarno« je bilo pomembna, saj so ustanove in različni strokovnjaki za zdravljenje bolečine začeli izraze tekom let uporabljati nepravilno oz. nedosledno.

- **Multidisciplinarno** zdravljenje je opredeljeno kot multimodalno zdravljenje, ki ga izvajajo strokovnjaki različnih strok. Vsi poklici delujejo ločeno z lastnim terapevtskim ciljem, komunikacija znotraj ekipe pa ni nujno prisotna. Na primer: predpisovanje antidepresiva s strani zdravnika, poleg vadbe s strani fizioterapevta, in kognitivno vedenjsko zdravljenje s strani psihologa.
- **Interdisciplinarno** zdravljenje je opredeljeno kot multimodalno zdravljenje, ki ga izvaja multidisciplinarna skupina, ki sodeluje pri ocenjevanju in zdravljenju z uporabo skupnega biopsihosocialnega modela in skupnih ciljev. Na primer: predpisovanje antidepresiva s strani zdravnika, vadbe s strani fizioterapevta, in kognitivno vedenjsko zdravljenje s strani psihologa, vključuje tesno skupinsko sodelovanje z rednimi sestanki, kjer se dogovorijo o značinstih diagnoze, terapevtskih ciljih in načrtih za zdravljenje.

Zaradi večje jasnosti in razumevanja bo v nadaljevanju tega diplomskega dela za opis celovite timske obravnave pretežno uporabljen izraz interdisciplinarna obravnava.

Interdisciplinarna rehabilitacija je opredeljena kot celovita obravnava KB, saj vključuje več metod in terapij za povečevanje verjetnosti vrnitve na delo (Hesselstrand et al, 2015). Osebe s KB so vključene v interdisciplinarno obravnavo, saj so uporabljeni procesi varni in učinkoviti. V interdisciplinarni tim so vključeni strokovnjaki z različnih zdravstvenih

področij, ki med seboj sodelujejo z namenom celostne oskrbe uporabnika in njegove družine v okviru določenega rehabilitacijskega programa (Tseli et al., 2019). Interdisciplinarno zdravljenje KB zahteva raznoliko ekipo zdravstvenih delavcev, ki jo sestavljajo zdravnik, delovni terapevt, fizioterapevt, psiholog in socialni delavec, ki imajo enak cilj in enako vizijo zdravljenja (Tseli et al, 2019). Vsak član mora imeti ustrezno znanje in izkušnje za uspešno zdravljenje in se zavedati strokovnega znanja drugih članov, saj člani ekipe s tem lažje in natančneje ocenjujejo ter vodijo medicinske, fizične, psihosocialne, poklicne in socialne vidike KB (Morlion et al., 2013). Delovni terapevt (v nadaljevanju DTh), ki je del interdisciplinarnega tima, je ključnega pomena za uspešno rehabilitacijo bolnikov s KB. Pričakuje se, da so DTh seznanjeni z najnovejšimi raziskavami in da se njihove ugotovitve, podprte z dokazi, uporabljajo v delovnoterapevtskih obravnavah (Hesselstrand et al, 2015). Delovnoterapevtske obravnave lahko potekajo individualno ali v skupinah z namenom obvladovanja bolečine in hitrejše vrnitve na delo (Hill, 2016).

Delovna terapija (v nadaljevanju DT) ima potencial za reševanje problemov, ki nastanejo kot posledica KB pri izvajanju vsakodnevnih aktivnosti. Če je DTh vključen v rehabilitacijo z interdisciplinarnim pristopom predstavlja, uspešno metodo vključevanja DT na tem področju (Hesselstrand et al., 2015).

Posamezniki s KB navajajo, da je delo sestavni del njihove identitete, saj jim omogoča družbene stike, jim daje razlog, da zjutraj vstanejo, ostajajo povezani s skupnostjo in so finančno neodvisni. Večina oseb s KB se tekom rehabilitacije zaveda pomena hitre vrnitve na delo, vendar jih pri tem ovira strah pred bolečino. Naloga zdravstvenega tima je, da posamezniku omogoči čim hitrejšo vrnitev na delo, in sicer z aktivnim sodelovanjem z delodajalcem (Thompson, 2012).

1.6 Vračanje na delo in delovna terapija

Proces vračanja na delo (v nadaljevanju VND) zajema vse postopke in spodbude za lažje ponovno vključevanje oseb po bolezni ali poškodbi na delovno mesto. Ohranja trajnost sistemov socialne varnosti in zmanjšuje vpliv bolezni na gospodarstvo. Proces vračanja na delo vpliva tudi na odsotnost z dela in slabo organizacijo dela, ki vodita v povečevanje brezposelnosti ter invalidsko in predčasno upokojevanje (Belin et al., 2016). Medtem ko je

po mnenju Organizacije za gospodarski razvoj in sodelovanje (OECD – Organisation for Economic Co-operation and Development, 2010) cilj povečati produktivnost oseb s KB, da lahko z obnovitvijo in razvijanjem njihovih spretnosti in sposobnosti ponovno sodelujejo kot aktivna delovna sila (OECD, 2010). Ključni elementi politike VND so spremljanje stopenj in procesov bolezní, omogočanje spodbudnega delovnega okolja, preprečevanje povišanja jakosti bolečine, zagotavljanje komunikacije, sprejemanje praktičnih ukrepov v pomoč delavcu, ki se vrača, in spodbujanje trajnosti zaposlitve (Belin et al., 2016).

Prvi korak pri zagotavljanju učinkovite obravnave oseb s KB je ocena. Natančna ocena KB je ključna predvsem zaradi njene subjektivne in večdimenzionalne narave (Jensen, 2016). Bolečina je opredeljena kot kompleksen pojav, na katerega vplivajo biološki, psihosocialni in socialno-ekonomski dejavniki. Ti dejavniki bistveno vplivajo na čustveni in vedenjski odziv pri sprejemanju in občutenju bolečine. Pojavi se občutek stiske in nezmožnost izvajanja aktivnosti. Ta proces se pojavi, ko posameznik sprejme KB kot bolezen, pri tem pa se osredotoča samo na bolečino, strah pred njo in na svojo nezmožnost, s tem pa opusti svoje družbene in vsakodnevne obveznosti ter posledično izgubi svojo delovno identiteto (Kamper et al., 2015).

Med obsegom ali vrsto organske patologije in jakostjo bolečine ne obstaja neposredna povezava. Namesto tega izkušnja s KB oblikuje vrsta biomedicinskih, psihosocialnih (npr. prepričanja, pričakovanja in razpoloženja bolnikov) in vedenjskih dejavnikov (npr. kontekst, odzivi pomembnih drugih) (Dansie et al., 2013).

DT osebam s KB omogoča lažjo dostopnost do same zaposlitve in prilagojenega delovnega mesta, ohranjanje ali vrnitev na delo ali drugo koristno zaposlitev. Glavni cilj DTh kot sestavnega dela rehabilitacijskega programa je posameznikom omogočiti, da aktivno sodelujejo v vsakodnevni aktivnostih, vključno z možnostjo opravljanja zaposlitve kljub bolečini in utrujenosti (Desiron et al., 2011).

Posamezniki s KB navajajo, da je delo sestavni del njihove identitete, saj jim omogoča družbene stike, jim daje razlog, da zjutraj vstanejo, ostajajo povezani s skupnostjo in so finančno neodvisni. Večina oseb s KB se tekom rehabilitacije sicer zaveda pomena hitre vrnitve na delo, ki pa jo zavira strah pred bolečino. Naloga zdravstvenega tima je, da posamezniku omogoči čim hitrejšo in čim bolj varno vrnitev na delo, tako da aktivno sodeluje z delodajalcem in ostalimi člani interdisciplinarnega tima (Thompson, 2012).

DTh uporablja dejavnost za namen krepitve in ohranjanja zdravja ter za preprečevanje ali odpravljanje motenj zaradi staranja, poškodb, okvar, bolezni ali socialne prikrajšanosti, katerih posledica je nezmožnost opravljanja dejavnosti. Dejavnost se nanaša na aktivnosti, na področju skrbi zase (prehranjevanje, oblačenje, umivanje), produktivnosti (delo, domača opravila, šola) ali prostega časa (šport, igra) (WFOT – World Federation of Occupational Therapists, 1998). Kadar je sposobnost osebe, da uspešno opravlja vsakodnevne aktivnosti, oslABLJENA ali ogrožena, je naloga DTh, da s pomočjo ocenjevalnih instrumentov poda oceno o izvedbi aktivnosti, določi odstopanja pri izvedbi in oblikuje individualni rehabilitacijski program zdravljenja. Pri osebah s KB lahko bolečine omejujejo izvajanje vsakodnevnih življenjskih nalog, kar vpliva na osebne odnose in lahko poruši poklicno vlogo (Strong, 1987).

V kvalitativni raziskavi med DTh, ki obravnavajo osebe s KB, je bilo ugotovljeno, da te osebe DT potrebujejo, kadar jim bolečina preprečuje sodelovanje v aktivnostih, ko nimajo znanja o mehanizmih bolečine in strategijah za njeno obvladovanje, ko je porušeno ravnovesje med dejavnostmi pri delu, doma in v prostem času, ko so zaradi bolečin v čustvenem stresu in potrebe in ko fizični ali okoljski pritiski povzročajo omejeno izvajanje dejavnosti (Skjutar et al., 2010).

DTh s svojim znanjem prispeva k razumevanju vpliva KB na izvajanje vsakodnevnih aktivnosti, saj je dokazano, da ima aktivno sodelovanje v vsakodnevnih aktivnostih potencial za vplivanje na KB in spreminjanje bioloških, psiholoških in družbenih dejavnikov, za katere je znano, da vplivajo na posameznikovo soočanje s KB. DT je stroka, ki osebam pomaga, da so na področju izvajanja vsakodnevnih aktivnosti kljub svojim zdravstvenim težavam in okvaram čim bolj samostojne (Hill, 2016).

S trajanjem KB zavira osebe pri izvajanju vsakodnevnih aktivnosti in jim daje občutek manjvrednosti. Z uporabo različnih, na dokazih podprtih pristopov se DTh osredotoča na posameznikove težave pri izvajanju vsakodnevnih aktivnosti, in sicer s pomočjo prilagoditev. Skozi terapevtski proces se pri osebah s KB v izvedbi vsakodnevnih aktivnosti ocenjujejo težave, določijo pa se tudi namenske aktivnosti in cilji. S pomočjo DT se bolniki naučijo nadzorovati fizične in psihološke dejavnike ter začnejo živeti aktivno in produktivno življenje (Rochman, 2014).

Cilji DTh v procesu VND so rešiti in odpraviti odstopanja, ki se kot posledica KB pojavijo ob delu, ter omogočiti nemoten prehod na delo (Hesselstrand et al., 2015; Kocot-Kępska, 2013).

2 NAMEN

Namen diplomskega dela je raziskati, kakšna je vloga delovnega terapevta v celostni obravnavi oseb s kronično bolečino v procesu vračanja na delo. Raziskovalno vprašanje, na katerega želimo odgovoriti, je: Kakšna je vloga delovnega terapevta v interdisciplinarni in celostni obravnavi oseb s kronično bolečino v procesu vračanja na delo?

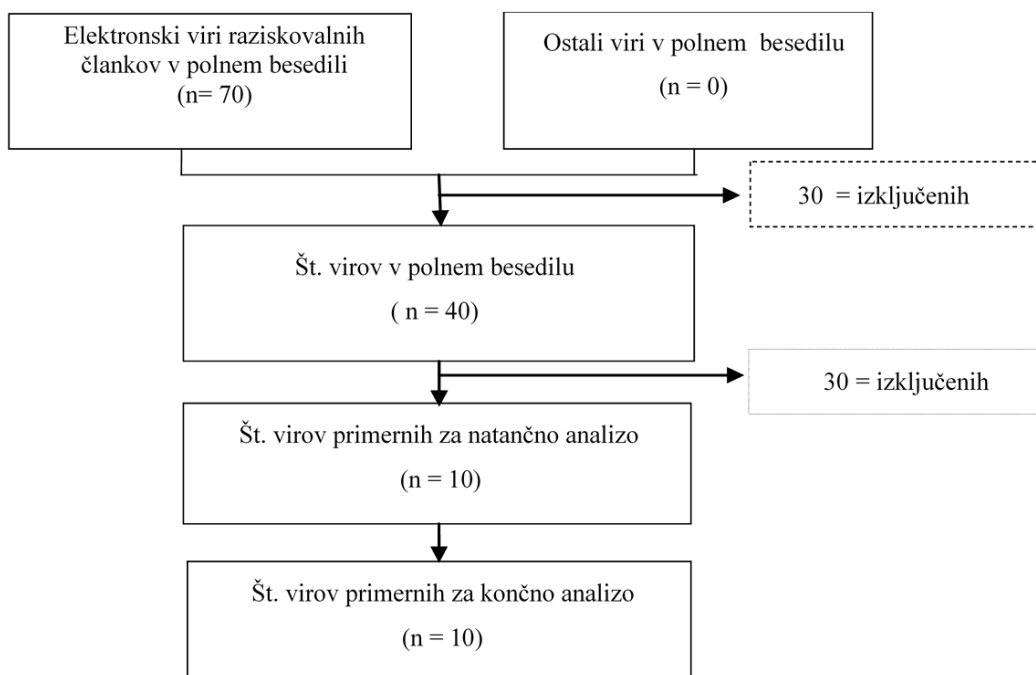
3 METODE DELA

Sistematični pregled literature je postopek iskanja, vrednotenja in obrazložitve raziskav, ki so dostopne in na voljo v času proučevanja določenega raziskovalnega vprašanja, področja ali pojava. Sistematičen pregled literature primerja vse empirične rezultate, ki ustrezajo vnaprej določenim merilom. Uporabljajo se metode, ki zmanjšujejo pristranskost, s tem pa omogočijo verodostojne rezultate, s katerimi pridemo do zaključkov (Higgins, Green, 2011). Pregled literature je bil uporabljen z namenom predstavitve delovnoterapevtskih konceptov in modelov, ki se uporabljajo pri obravnavi kronične bolečine.

Literaturo smo iskali v elektronskih bazah COBBIS, Elsevier, Otseeker, PubMed, DiKUL in Google učenjak. Iskanje je potekalo s ključnimi besedami, kot so kronične mišično-skeletne težave, delovna terapija, multidisciplinarna/interdisciplinarna obravnava, poklicna rehabilitacija; v angleščini: chronic musculoskeletal disorders, occupational therapy, multidisciplinary/interdisciplinary treatment, vocational rehabilitation. Pri iskanju ustrezne spletne literature so bili upoštevani naslednji kriteriji: objava člankov v letih med 2009 in 2019, objava v slovenskem ali angleškem jeziku, objava v strokovno-znanstvenih revijah in knjigah. Glavni razlog za izključitev študij je bil, če v interdisciplinarnem timu delovna terapija ni bila vključena.

V diagramu PRISMA je prikazan potek iskanja in vključevanja rezultatov v procesu pregleda literature (Moher et al., 2015).

Slika 1: Diagram PRISMA



4 REZULTATI

V končno analizo literature smo vključili deset člankov (Tabela 2), od tega sta bila dva sistematična pregleda literature, trije so bili študije primerov, dva sta bila pregledna članka, tri študije pa so bile zasnovane na podlagi intervjujev ali vprašalnikov. Vse študije so ugotavljale uspešnost interdisciplinarnega programa v procesu vračanja na delo pri osebah s kronično bolečino in tudi potrdile njegovo učinkovitost. Od desetih študij jih je šest vsebovalo dobro kvaliteto dokazov (Lagueux et al., 2018; Hesselstrand et al., 2015; Samuelsson et al., 2011; Demoulin et al., 2010; Lambeek et al., 2010; Bujis et al., 2009), tri so bile s srednje dobrim dokazom (Hill, Macartney, 2019; Michael et al., 2018; Saunders et al., 2017) in samo ena je vsebovala slabo kvaliteto dokaza (Hill, 2016).

Najpogostejše navedene omejitve študij so bile: majhen raziskovalni vzorec (Saunders et al., 2017; Hesselstrand et al., 2015; Demoulin et al., 2010; Bujis et al., 2009), kratek časovni razmik med prvim in končnim ocenjevanjem ter prostovoljno sodelovanje v študiji (manjša motiviranost pri sodelovanju, telefonski intervjuji, pri katerih niso mogli pridobiti neverbalnih informacij) (Demoulin et al., 2010; Bujis et al., 2009). Kot zanimivo omejitev so Samuelsson in sodelavci (2011) navedli, da je kanadsko metodo za ocenjevanje izvajanja dejavnosti (Canadian Occupational Performance Measure – v nadaljevanju COPM) izvedel DTh, ki je bil del rehabilitacijskega tima in ni bil dovolj objektivni pri zbiranju podatkov za raziskavo.

Tabela 1: Pregled literature

Študija	Namen	Metode zbiranja in analize	Vzorec	Izsledki
Saunders et al. (2017)	Raziskati pomen dela za osebe s KB zaradi mišično-skeletne poškodbe in nezmožnosti opravljanja dela.	Kvalitativni, interpretativni in deskriptivni način zbiranja podatkov – intervju.	Opravljenih je bilo 27 intervjujev s petimi ženskami in štirimi moškimi, starimi med 34 in 56 let. Imeli so različne mišično-skeletne poškodbe in so opravljali različna fizično zahtevna dela. Vsak je bil intervjuvan trikrat približno en teden narazen.	Delo ostaja pomembno v življenju osebe s KB ne glede na to, koliko časa je oseba v bolniškem staležu. Ugotovitve navajajo potrebo po določitvi delovnih vrednot in prepričanj, da bi osebam ohranili motiviranost za hitrejšo vrnitev na delo in bi s tem lažje premagovali fizične in systemske ovire v procesu VND. DTh lahko s proučevanjem smisla in pomena dela učinkovito prispevajo k vrnitvi oseb s KB na delo.
Hill, Macartney (2019)	Obrazložiti pomen in vlogo DTh kot sestavnega dela interdisciplinarne obravnave za zdravljenje KB pri procesu VND ali v izobraževanju.	Pregledni članek.	Deset člankov, objavljenih med letoma 2004 in 2018.	Poleg ocenjevanja delovne vloge lahko DTh svetuje tudi o drži in gibanju ter uporabi tehnike stopnjevanja in varčevanja z energijo. Ocenjevanje delovnega okolja in opazovanje osebe pri delu omogočata ustrezno oceno fizičnih, kognitivnih in socialnih zahtev delovne vloge. Z uspešnim sodelovanjem DTh delodajalcu pomaga razumeti zdravstveno stanje osebe s KB in predlaga prilagoditve delovnega okolja in vloge.
Michael et al. (2018)	Preučiti metode zbiranja podatkov na delovnem mestu in raziskati komunikacijo med zdravstvenimi delavci	Deskriptivna študija – uporaba vprašalnika.	56 francoskih rehabilitacijskih centrov z obnovitveno-rehabilitacijskim programom.	Delovno okolje je najslabše obravnavan vidik. Izmenjava informacij z DTh je večinoma potekala prek osebe s KB in v prisotnosti zdravnika. Študija je odkrila slabo zanimanje za delovno okolje in sodelovanje med izvajalci v procesu VND. Interesi različnih izvajalcev lahko poleg nerazumevanja vlog vsakega izvajalca

Študija	Namen	Metode zbiranja in analize	Vzorec	Izsledki
Lagueux et al. (2018)	pri delu z osebami s KB v procesu VND. Podati pregled trenutnega znanja o delovnoterapevtskih vlogah, modelih, ocenjevanjih in metodah obravnave oseb s KB.	Sistematični pregled literature.	Uporabljenih je bilo 52 študij, ki so bile izdane med letoma 2006 in 2017.	storitev zavirajo sodelovanje in izmenjavo informacij. DTh imajo glavno vlogo pri izboljšanju izvedbe dejavnosti in udeležbe (76,9 %). Največkrat uporabljen model poleg biopsihosocialnega je bil CMOP (9,6 %), največkrat uporabljen ocenjevalni instrument pa COPM (21,2 %). V okviru 30 opisanih obravnav se jih je 73,3 % nanašalo neposredno na osebo, 20 % se jih je nanašalo na dejavnost (aktivnost in sodelovanje), 6,7 % pa na okoljske dejavnike.
Hill (2016)	Pojasniti vlogo in vrednost DTh v sodelovanju znotraj tima za KB.	Pregledni članek.	Uporabljenih je bilo osem člankov, objavljenih med letoma 2004 in 2015.	DTh lahko osebe s KB nauči spretnosti za nadzorovanje bioloških, psiholoških in socialnih ovir v procesu VND. Z dovoljenjem delodajalca in osebe s KB dobi poglobljen uvid v ovire na delovnem mestu, jih odstrani ali predlaga prilagoditve. Ocenjevanja, ki jih izvede DTh na delovnem mestu, so pomembna, saj lahko spodbudijo k čimprejšnji VND. DTh obravnava v smeri omogočanja vključevanja v delo, se osredotoča na učenje strategij obvladovanja aktivnosti, kot so reševanje problemov, obvladovanje aktivnosti, postavljanje ciljev, ergonomija, stopnjevanje in uravnavanje aktivnosti ter varčevanje z energijo.
Bujis et al. (2009)	Raziskati, kako osebe s KB in strokovnjaki iz različnih zdravstvenih strok dojemajo učinkovitost multidisciplinarnega	Poglobljeni polstrukturiran intervjuji s fokusnimi skupinami.	Izvedenih je bilo 20 intervjujev z osebami s KB. Zdravstveni delavci (DTh, FTh, specialist medicine in koordinator oskrbe) so bili	Program je bil dojet kot uporaben in učinkovit pri obnovi funkcij in vrnitve na delo. Na osebe so vplivale ovire (obup, nadzor, odpor pri delu, čakalna doba, zdravstvena oskrba) in spodbujevalci (motivacija, komunikacija, informacije, oskrba, prilagojene vaje). Vloga DTh v programu je obnoviti delovno funkcijo in nadzirati

Študija	Namen	Metode zbiranja in analize	Vzorec	Izsledki
	programa in kateri dejavniki vplivajo na njegovo izvajanje.		intervjuvani dvakrat. Prvič devet mesecev po začetku izvajanja programa, drugič sedem mesecev kasneje.	proces VND osebe s KB. Program je sestavljen na podlagi ocene delovnega mesta in temelji na ergonomskih ukrepih, izvedenih na delovnem mestu. Določiti se morajo ovire, ki vplivajo na proces VND, in poiskati rešitve za premagovanje ovir, skupaj z delodajalcem in osebami s KB.
Hesselstrand et al. (2015)	Oceniti kakovost študij, ki opisujejo in ocenjujejo učinek delovnoterapevtskih obravnav pri osebah s KB.	Sistematični pregled literature.	Pregledanih je bilo 19 angleških člankov, objavljenih med letoma 1998 in 2012.	DTh v procesu VND izvaja obravnave, ki temeljijo na potrebah oseb, varčevanju z energijo in ohranjanju pozornosti. DTh mora za učinkovito vrnitev osebe s KB v delovno okolje izvesti prilagoditve delovnih obveznosti in delovnega mesta ter oceniti učinkovitost navodil o telesni mehaniki. Nudi izobraževanja o delovnih tehnikah in strategijah upravljanja bolečine pri izvajanju dejavnosti.
Samuelsson et al. (2011)	Oceniti vpliv multidisciplinarnega programa za obravnavo KB na izvedbo in zadovoljstvo z izvedbo dejavnosti.	Retrospektivna študija primerov.	Uporabljeni so bili podatki 85 udeležencev, s katerimi smo opravili COPM intervjuje na začetku izvajanja programa in šest mesecev po zaključku.	Najpogosteje izpostavljene težave v COPM so bile povezane s sposobnostjo za opravljanje dela (omenilo jih je 69 % udeležencev). V okviru biopsihosocialnega in kognitivno vedenjskega pristopa so DTh izobraževali o pravih telesnih položajih, pomembnosti telesne aktivnosti, prilagodili pa so tudi delovno okolje. Posledično sta se ocena izvedbe dejavnosti in zadovoljstvo z uspešnostjo izboljšala. Pred začetkom programa je bilo 46 % oseb v bolniškem staležu, po koncu programa jih je bilo le še 24 %. COPM se je izkazal za koristen ocenjevalni instrument pri načrtovanju in ocenjevanju v multidisciplinarnem programu obvladovanja KB.
Demoulin et	Oceniti učinkovitost	Študija	Vključenih je bilo 262	DTh je po potrebi obiskal delovno mesto, v sodelovanju

Študija	Namen	Metode zbiranja in analize	Vzorec	Izsledki
al. (2010)	multidisciplinarnega programa, ki ustreza zahtevam belgijskega Nacionalnega inštituta za zdravstveno in invalidsko zavarovanje in je namenjen osebam s KB.	primerov.	oseb s KB v predelu križa.	s psihologom je izobraževal osebe o delovnih tehnikah in strategijah upravljanja bolečine pri izvajanju, ki so vodile do sprememb v vedenju in vzorcih gibanja ter zmanjšanja obremenitev hrbtenice. Poleg tega je telesna aktivnost dobro vplivala na počutje in razpoloženje (zmanjšanje občutka nemoči). Vse spremenljivke so se ob zaključku programa izboljšale – intenzivnost bolečine se je zmanjšala za 44 %, kineziophobia za 11 %, funkcionalna okvara za 40 %, znanje se je izboljšalo za 59 %, zadrževanje hrbtenice v pravilnem položaju za 95 %, moč za 90 % in gibljivost za 8 %. Multidisciplinarni program je bil koristen za osebe s KB v križu.
Lambeek et al. (2010)	Oceniti učinkovitost programa za osebe s KB v križu, ki kombinira obravnavo, usmerjeno na osebo in delovno mesto.	Randomizirana kontrolirana študija primerov.	134 oseb, starih med 18 in 65 let, je bilo naključno razporejenih v skupino za obravnavo (68) in v kontrolno skupino (66). Obravnava je vključevala ergonomске ukrepe na delovnem mestu in program stopnjevanja aktivnosti, temelječ na kognitivno vedenjskih načelih, ki so jo izvajali zdravnik, DTh in FTh.	Obravnava je vključevala ergonomске ukrepe na delovnem mestu in program stopnjevanja aktivnosti, temelječ na kognitivno vedenjskih načelih, ki so jo izvajali zdravnik medicine dela, DTh in FTh. Program je uspešno zmanjšal delovno nezmožnost kot posledico KB v križu. Obravnavane osebe so se vrstile na delo povprečno po 88 dneh, osebe v kontrolni skupini po 208 dneh. V primerjavi s kontrolno skupino je bil funkcijski status obravnavanih oseb bistveno boljši tudi po enem letu, medtem ko se povečanje bolečine med skupinama po enem letu ni pomembno razlikovalo.

Kvalitativna sinteza znanstvene literature je podala tri vsebinske kategorije na področju celostne obravnave oseb s KB v procesu VND, in sicer modele, ki jih DTh uporabljajo v obravnavah, ocenjevalne instrumente, ki jih uporabljajo za zbiranje podatkov o osebah s KB, ter ukrepe, ki jih DTh izvedejo na delovnem mestu.

Tabela 2: Kvalitativna sinteza znanstvene literature.

Kategorije	Opis	Avtorji
Modeli, ki jih DTh uporabljajo v obravnavah.	Strokovnjaki, ki so v rehabilitacijski program vključili obvladovanje bolečine, se zavedajo, da je za lažje razumevanje bioloških, psiholoških in socialnih težav, s katerimi se srečujejo osebe s KB, potrebno uporabiti biopsihosocialni model.	Hill, Macartney (2019)
	Poleg biopsihosocialnega modela se uporablja tudi CMOP model, ki DTh pomaga usmerjati in razumeti težave, s katerimi se pri izvajanju dejavnosti srečujejo osebe s KB. MOHO navaja, da je delovna identiteta sestavljena iz prepričanj, vlog, interesov in vrednot osebe s KB in da je treba v procesu VND te podsisteme raziskati.	Lagueux et al. (2018)
	Stroka DT spodbuja DTh k raziskovanju in zaznavanju vrednot, delovnih vlog, navad in interesov oseb s KB pri procesu VND – model, ki pomaga pri prepoznavi le-teh je MOHO.	Saunders et al. (2017)
	Učinkovita rehabilitacija oseb s KB v procesu VND mora upoštevati širok razpon biopsihosocialnih dejavnikov, ki bojo vplivali na končni izid rehabilitacije.	Hill (2016)
	CMOP razlaga soodvisnost med okoljem, osebo in dejavnostjo. Velja za gonilno silo pri načrtovanju delovnoterapevtske obravnave in ima s tem velik pomen pri rehabilitaciji oseb s KB.	Samuelsson et al. (2011)
	Upoštevati je treba vse dimenzije biopsihosocialnega modela pri zdravljenju osebe s KB pri procesu VND.	Lambeek et al. (2010)
Ocenjevalni instrumenti, ki jih DTh uporabijo pri zbiranju podatkov o osebah s KB.	Izvedba ocenjevanj v delovnem okolju in opredelitev delovne vloge osebe s KB sta izrednega pomena za izvedbo potrebnih prilagoditev za spodbujanje procesa VND.	Hill, Macartney (2019)
	Največkrat uporabljeni standardizirani ocenjevalni instrumenti so COPM, intervju o zgodovini uspešnosti ter ocena bolečine in poklicne uspešnosti.	Lagueux et al. (2018)
	S pomočjo intervjuja o delovnih vlogah (Worker Role Interview – v nadaljevanju WRI) DTh obravnava interese, vrednote in delovne navade osebe s KB v procesu VND.	Saunders et al. (2017)

Ukrepi na delovnem mestu, ki jih izvede DTh.	DTh je opravil analizo aktivnosti in ocenil sposobnosti in omejitve pri izvajanju delovnih nalog osebe s KB v procesu VND.	Hesselstrand et al. (2015)
	COPM je primeren za ocenjevanje delovne uspešnosti, počutja in psihosocialnega delovanja osebe s KB v procesu VND.	Samuelsson et al. (2011)
	DTh svetuje o položajih in gibih, ki se jih izvaja na delovnem mestu, ter tudi, kako naj oseba s KB tekom dela varčuje z energijo.	Hill, Macartney (2019)
	Delvnoterapevtska obravnava mora celostno obravnavati osebo s KB, delovno okolje in dejavnost osebe.	Lagueux et al. (2018)
	Obravnava, usmerjena na izboljšanje telesne kondicije in stopnjevanje pripravljajalnih aktivnosti na področju dela.	Saunders et al. (2017)
	Ukrepi za varčevanje z energijo, ergonomske prilagoditve delovnega okolja, prilagoditve delovnih nalog in vlog.	Hesselstrand et al. (2015)
	Ergonomske prilagoditve delovnega okolja, prilagoditev delovnih nalog in spodbujanje telesne aktivnosti.	Samuelsson et al. (2011)
	Kognitivno vedenjski pristop, obisk delovnega mesta, izvedba ergonomskih prilagoditev delovnega mesta in izobraževanje o pravih telesnih držah tekom dela.	Demoulin et al. (2010)
	Obisk delovnega mesta, izvedba ergonomskih prilagoditev in stopnjevanje delovnih nalog glede na napredek osebe s KB.	Bujis et al. (2009)

5 RAZPRAVA

Namen diplomskega dela je bil ugotoviti vlogo DTh v interdisciplinarni in celostni obravnavi oseb s KB v procesu VND. Rezultate, pridobljene s pregledom literature, smo kritično analizirali in jih podprli ali primerjali z obstoječo literaturo, vse skupaj pa povezali v razpravo.

Biopsihosocialni model je bil v pregledu literature najbolj splošno sprejet, priporočljiv in na dokazih temelječ pristop na ravni tima, ki zagotavlja spremenljive smernice zdravljenja KB, na katerih so zasnovani programi in zdravstvene storitve (Hill, Macartney, 2019; Lagueux et al., 2018; Hill, 2016; Samuelsson et al., 2011; Lambeek et al., 2010). Spodbuja povezavo z okoljem, delovnim mestom in družino ter na osebo gleda celostno. S pravilno uporabo in razumevanjem biopsihosocialnega modela, uporabo strategij za samoupravljanje KB in upoštevanjem multidimenzionalne narave KB DTh pomaga osebam, da postanejo opolnomočene in motivirane za uresničitev svojih rehabilitacijskih ciljev, poleg tega pa pripomore tudi k hitrejši vrnitvi na delo (Moon et al., 2012).

Poleg biopsihosocialnega modela (Hill, Macartney, 2019; Lagueux et al., 2018; Hill, 2016; Samuelsson et al., 2011; Lambeek et al., 2010) se DTh pri osebah s KB največkrat poslužujejo MOHO (Lagueux et al., 2018; Saunders et al., 2017) in CMOP (Lagueux et al., 2018; Samuelsson et al., 2011). Ti modeli DTh omogočijo celosten pristop pri rehabilitaciji oseb s KB in zagotavljajo poglobljeno razumevanje vpliva okolja, pomena dela in njegovega vpliva ter razumevanje delovnih vlog, interesov in navad osebe s KB. Hkrati pa predlagajo, da lahko z aktivnim udejstvovanjem v aktivnosti umirijo psihološke, socialne in biološke dejavnike bolečine ter jim z dobro načrtovanimi delovnoterapevtskimi obravnavami omogočijo čim hitrejšo in čim bolj varno vrnitev na delo (Lagueux et al., 2018; Samuelsson et al., 2011; Saunders et al., 2017). Njihov največkrat uporabljeni ocenjevalni instrument je COPM, sledita intervju o zgodovini izvajanja dejavnosti (Occupational Performance History Interview – v nadaljevanju OPHI – II) ter ocena bolečine in izvajanja dejavnosti (Assessment of Pain and Occupational Performance – v nadaljevanju APOP) (Lagueux et al., 2018; Samuelsson et al., 2011).

Z združitvijo različnih metod ocenjevanja, kot so intervjuji, standardizirani ocenjevalni instrumenti, analiza aktivnosti in opažanja, so DTh zmožni razumeti povezavo med osebnimi in okoljskimi dejavniki ter dejavnostmi, ki vplivajo na izvedbo delovnih

aktivnosti (Lagueux et al., 2018; Hill, 2016; Hesselstrand et al., 2015). Lee in Kielhofner (2010) sta v študiji navedla najpogosteje uporabljene ocenjevalne instrumente v povezavi z MOHO – WRI, lestvica vpliva delovnega okolja (Work Environment Impact Scale – v nadaljevanju WEIS), pogovor o sposobnosti za delo (Dialogue about Ability Related Work – v nadaljevanju DOA) in ocenjevanje izvajanja dela (Assessment of Work Performance – v nadaljevanju AWP). WRI je polstrukturiran intervju, ki ocenjuje 17 dejavnikov (vrednote, vloge, interese, navade, dožemanje okolja, itd) in njihov vpliv na vrnitev na delo s pomočjo štiristopenjske lestvice, zagotavlja pa tudi dobro osnovo za načrtovanje obravnave oseb s težavami na področju dela. WEIS ocenjuje fizične vidike in družbeni vpliv delovnega okolja na uspešnost, zadovoljstvo in dobro počutje ter določi potrebne prilagoditve v delovnem okolju, prav tako s štiristopenjsko lestvico. AWP oceni motorične, procesne in komunikacijsko-interakcijske spretnosti ter predstavi učinkovitost posameznika med opravljanjem dela, medtem ko DOA ocenjuje vpliv volje, vlog, fizičnih sposobnosti in komunikacijskih spretnosti na potek dela ter pomaga olajšati določitev ciljev za nadaljnjo rehabilitacijo (Lee, Kielhofner, 2010).

Informacije, ki jih DTh pridobi z ocenjevanji o delu in na delovnem mestu, so pomembne, saj lahko z njimi spodbudi čim prejšnjo vrnitev osebe s KB na delovno mesto (Hill, Macartney, 2019; Hill, 2016). Samuelsson in sodelavci (2011) so ugotovili učinkovitost uporabe COPM v interdisciplinarni rehabilitaciji oseb s KB, vključenih v program upravljanja KB s ciljem VND. COPM je udeležencem pomagal določiti pomembne aktivnosti, pri katerih so imeli težave. Najpogosteje izpostavljeno področje, ki ga je omenilo 69 % od 85 udeležencev, je bilo povezano z delom. Pred začetkom programa je bilo 46 % udeležencev na 100-odstotni bolniški odsotnosti z dela, 18 % pa jih je redno opravljalo delo. Po zaključku je bilo le še 24 % udeležencev 100 % bolniško odsotnih, redno pa je delalo 39 % udeležencev. Rezultati so pokazali izboljšanje za vsaj 1 do 2 oceni pri spremenljivkah izvedbe dejavnosti in zadovoljstva z uspešnostjo izvedbe. Prav tako se je COPM izkazal za koristen ocenjevalni instrument pri načrtovanju in ocenjevanju v interdisciplinarnem programu obvladovanja KB. Udeležencem je omogočil vključevanje v proces načrtovanja obravnave, saj so sami izpostavili težave pri izvajanju aktivnosti in ocenili njihovo izvedbo (Lagueux et al., 2018; Samuelsson et al., 2011).

DTh v procesu VND osebe spodbuja k raziskovanju dožemanja vrednot, zlasti pomena dela, k odkrivanju delovne identitete in ustvarjanju ustreznega ravnovesja med dejavnostmi

(Saunders et al., 2017). Pri tem lahko uporabi na primer WRI, ki je bil razvit z namenom raziskovanja psihosocialnih in okoljskih dejavnikov, ki vplivajo na spodbude in ovire v procesu VND. WRI ocenjuje motiviranost za delo s tremi teoretičnimi pojmi – osebno močjo (vrednote in interesi), vlogami in navadami ter okoljem, ki vključuje zaznavanje fizičnega in družbenega okolja v odnosu z delom. Njegova učinkovitost, vključno z napovedno vrednostjo v procesu VND, je bila že ugotovljena (Saunders et al., 2017; Ekbladh et al., 2010). Najpomembnejši postavki, ki sta skupaj v 96 % primerih pravilno napovedali vrnitev na delo po dveh letih in šestih mesecih, sta bili vsakodnevne navade in pričakovanja o delovni uspešnosti. Ostale pomembne postavke, ki so jih izpostavili udeleženci, so bile prevzemanje odgovornosti, odpravljanje težav pri izvajanju s pomočjo prilagoditev, dožemanje družine in vrstnikov ter zasledovanje interesov. V procesu rehabilitacije je zato treba utrditi prepričanje oseb s KB o njihovih delovnih sposobnostih ter imeti informacije o njihovih navadah in vsakodnevnih aktivnostih. S tem se potrjuje, da je WRI učinkovit ocenjevalni instrument za odkrivanje dejavnikov, ki vplivajo na proces VND, in s tem DTh in interdisciplinarnemu timu ob aktivnem sodelovanju osebe s KB pomaga pri postavljanju ciljev in načrtovanju rehabilitacijskega programa s ciljem čim hitrejši VND (Ekbladh et al., 2010).

Delo je pomembno za osebo, saj se lahko z njim razvija in ohranja fizično, čustveno in družbeno počutje (Hill, Macartney, 2019). Medtem ko večina oseb s KB priznava pomembnost hitre vrnitve na delo, jih že sama misel na to zelo skrbi (Thompson, 2012). Daljša odsotnost z dela lahko privede do vrste biopsiholoških posledic, vključno z izgubo samostojnosti in zaupanja, pripomore k razvoju slabih dnevnih rutin, izgubi smisla, povezanega z delom, in zmanjšanju fizičnih sposobnosti, vendar je želja do dela dovolj močna, da ga kljub oviram aktivno iščejo (Hill, Macartney, 2019; Thompson, 2012). Osebam, ki so z dela odsotne dlje časa, vendar se želijo vrniti, lahko DTh pomaga določiti uresničljive cilje (Hill, Macartney, 2019). Dokazano je, da se mora oseba vrniti na delo, takoj ko ji to dopušča zdravje in ko ima podporo družbe, saj je delo terapevtsko in pomaga pri hitrejši rehabilitaciji. Med obravnavami je DTh zmožen opredeliti ovire in prilagoditve v delovnem okolju, podati oceno delovnega okolja in s tem pospešiti postopek vrnitve na delovno mesto ali pa ga prilagoditi zahtevam uporabnika (Hill, Macartney, 2019). Z dovoljenjem delodajalca in osebe s KB lahko DTh delodajalcu pomaga razumeti zdravstveno stanje osebe, ki s tem dobi uvid v težave in ovire na delovnem mestu, jih odstrani ali pa predlaga prilagoditve za uspešno opravljanje dela (Hill, Macartney, 2019;

Hill, 2016). Terapevt lahko sodeluje z osebo, da razvije pripravljenost za delo, in sicer s stopnjevanjem pripravljanih aktivnosti in delovnimi nalogami, kot je recimo prostovoljno delo (Hill, Macartney, 2019; Saunders et al., 2017).

Rehabilitacijski interdisciplinarni programi, ki vključujejo DTh in izvajajo ukrepe na delovnem mestu, temeljijo na ergonomskih pristopih in kognitivno vedenjskih načelih ter se štejejo za zelo uspešne, saj spodbujajo funkcionalnost in delovno sposobnost ter komunikacijo med strokovnjaki, osebami s KB in delodajalci (Michael et al., 2018; Bujis et al., 2009). Kljub temu, da imajo DTh pomembna znanja in veščine, s katerimi prispevajo k biopsihosocialnemu pristopu, pa pogosto niso vključeni v interdisciplinarni program rehabilitacije oseb s KB v procesu VND (Ravenek et al., 2010). To ugotovitev prav tako potrjuje obširna raziskava, ki jo je izvedla PAE (2018) in v katero je bilo vključenih 14 evropskih držav. Ugotovili so, da je bilo manj kot 20 % udeležencev vključenih v delovno terapevtsko obravnavo z namenom ohranjanja delovne aktivnosti in delovnega mesta.

Splošni cilj interdisciplinarnega tima je, da osebam s KB pomaga prilagoditi in izboljšati življenje, tako da jim s strategijami za utrjevanje fizičnih in psihičnih spretnosti kljub bolečinam in njenim omejitvam ponovno daje upanje za kakovostnejše življenje (Samuelsson et al., 2011). Uspešno medsebojno sodelovanje članov interdisciplinarnega tima je v interesu osebe s KB, saj se lahko odsotnost z dela kot posledica bolečine s tem skrajša, s čimer se na dolgi rok ohranja njegova zaposljivost (Michael et al., 2018). Pomanjkljivost, ki so jo Michael in sodelavci (2018) opazili, je ta, da se strokovni timi tekom obravnave najmanj posvečajo delovnemu okolju in v zvezi s tem je najšibkejša tudi komunikacija med strokovnjaki.

Ravenek in sodelavci (2010) so navedli, da je vloga DTh spremljati napredek osebe s KB, njeno upoštevanje navodil in sprotno poročanje drugim članom interdisciplinarnega tima o ukrepih na delovnem mestu. S podajanjem povratnih informacij glede sposobnosti osebe s KB, delovnih razmer v delovnem okolju, ovir in spodbujevalcev pri procesu VND bi se izboljšale komunikacijske veščine, s tem pa bi se izboljšala tudi skladnost prakse in povečala njihova učinkovitost pri doseganju skupnega cilja (Michael et al., 2018).

Ameriško združenje delovnih terapevtov (AOTA – American Occupational Therapy Association, 2012) navaja, da DTh s pomočjo prehodnih del osebami s KB pomagajo, da se vrnejo na delo – z njimi so dejanske delovne naloge in okolje uporabljeni kot oblika

rehabilitacije, kjer DTh podrobno navede, katere naloge lahko oseba s pomočjo standardiziranih ocenjevalnih instrumentov čim bolj varno in učinkovito izvede. Eden izmed ocenjevalnih instrumentov, ki ga opisujeta Lee in Kielhofner (2010) in ga v veliki večini uporabljajo DTh, je lestvica WEIS, ki zajema in ocenjuje tako fizične kot družbene vidike vpliva okolja na uspešnost, zadovoljstvo in dobro počutje ter omogoča posameznikom in DTh določiti okoljske značilnosti, ki olajšajo potek procesa uspešnega zaposlovanja oseb.

Desiron in sodelavci (2011) so dokazali, da DTh pozitivno vpliva na proces VND, saj pripomore k hitrejši povrnitvi delovnih sposobnosti in hitrejši vrnitvi na delo. Rezultati so pokazali, da so obravnave z utrjevanjem in povrnitvijo motoričnih spretnosti vplivale na zmanjšanje števila bolniških dni, s tem pa so osebe lažje določile in rešile težave, ki so pripomogle k nezmožnosti opravljanja dela in povečanju intenzitete bolečine. DTh obravnave v procesu VND vključujejo posredovanje na delovnem mestu, kritično oceno delovnega okolja, ergonomske prilagoditve, pomoč pri prehodu na primernejše delovno mesto, spodbujanje vrnitve na delovno mesto in vrnitev na delo, spremembo zasnove in postopka delovnega procesa, reševanje potreb po socialni podpori oseb s KB in izobraževanje sodelavcev za spopadanje s stigmatizacijo o delovni nezmožnosti kot posledici KB (Desiron et al., 2011; Ravenek et al., 2010).

Lagueux in sodelavci (2018) so v študiji navedli, da je vloga DTh v celostni obravnavi oseb s KB deljena na tri področja, in sicer, da se omogoči izvajanje in sodelovanje v vsakodnevnih aktivnostih, da se omogoči obravnavo telesnih zmogljivosti in zgradbe telesa ter da se omogoči obravnavo okoljskih dejavnikov. Ta področja je mogoče obravnavati s pomočjo strategij za zmanjšanje jakosti bolečine, s kritično oceno uspešnosti pri izvajanju aktivnosti, z izboljšanjem motoričnih spretnosti oz. z odpravo nepravilnih vzorcev gibanja, z izvedbo ergonomskih prilagoditev v domačem in delovnem okolju, s prilagajanjem telesnih položajev delovni površini, s povečanjem vzdržljivosti, spodbujanjem neodvisnosti, obnovo delovne identitete ter s spodbujanjem pozitivnih odnosov na delu in znotraj družine.

V študiji so Ravenek in sodelavci (2010) ugotovili, da so imeli DTh znotraj interdisciplinarnega tima v procesu VND naslednje vloge: izvajanje treninga dvigovanja uteži na različnih višinah in simulacija dela, potisne in vlečne vaje, trening vzdržljivosti in koordinacije, treningi gibljivosti in obravnave, ki temeljijo na ergonomiji. Poleg tega se je

v zadnjih letih spremenil način obvladovanja KB v rehabilitaciji, in sicer od funkcionalnega pristopa k obnovi do več posegov na delovnem mestu. DTh pri osebah s KB v procesu VND izvaja ukrepe, ki temeljijo na potrebah osebe, varčevanju z energijo in na ohranjanju pozornosti. Obravnave so lahko v obliki svetovanj, izobraževanj ali usposabljanj (prilagajanje okolja, učenje izražanja potreb ...), osredotočajo pa se na senzorične in čustvene razsežnosti KB ter na lajšanje intenzitete bolečine. V največji meri lahko vplivajo na spodbudno delovno okolje in spodbujanje trajnosti zaposlitve, saj svetujejo prilagoditve ter izvajajo intervencije na delovnem mestu (Hesselstrand et al., 2015).

Prednosti, ki so jih avtorji navedli v svojih študijah, so bile velik raziskovalni vzorec (Lagueux et al., 2018), pridobljen vpogled v smisel dela pri osebah s KB, ki so dlje časa v bolniškem staležu kot posledica bolečine (Saunders et al., 2017). S sistematičnim pregledom raziskave, ki so jo naredili Hesselstrand in sodelavci (2015), so navedli, da so vsi avtorji kritično analizirali vso literaturo, objavljeno v njihovi študiji, in s tem povečali verodostojnost dokazov. Kot zanimivo prednost so Lambeek in sodelavci (2010) zapisali, da so uporabili edinstven pristop do raziskovalnega dela, v katerem so združili obravnavo, usmerjeno na osebo s KB, in obisk njenega delovnega mesta, in da je zaradi tega njihova študija visoke kakovosti.

Avtorji zbranih raziskav, ki smo jih uporabili v diplomskem delu, navajajo potrebo po visokokakovostnih študijah o potrebah oseb s KB v procesu VND, ki bi proučevale vpliv bolečine na družino in delo, življenjski slog in težave, povezane z delom, in potrebo po obravnavah, ki upoštevajo zapletene medsebojne odnose med osebo, okoljem in delom. Vendar je bilo v zadnjih letih kljub izrecnim priporočilom objavljenih malo raziskav o učinkovitih delovnoterapevtskih obravnavah in strategijah upravljanja KB. Poleg tega nam bodo raziskave, osredotočene na izkušnje strokovnjakov in oseb s KB, dale več vpogleda v učinkovite delovnoterapevtske strategije v procesu VND (Hill, Macartney, 2019; Lagueux et al., 2018; Saunders et al., 2017; Hesselstrand et al., 2015; Samuelsson et al. 2011; Lambeek et al., 2010).

6 ZAKLJUČEK

S pregledom literature smo ugotovili, da za učinkovite veljajo rehabilitacijski interdisciplinarni programi za osebe s KB, ki vključujejo DT in izvajajo ukrepe na delovnem mestu, ki temeljijo na ergonomskih pristopih in kognitivno vedenjskih načelih, saj spodbujajo funkcionalnost in delovno sposobnost, komunikacijo med strokovnjaki, osebami in delodajalci. Kljub temu, da imajo DTh pomembna znanja in veščine, s katerimi prispevajo k biopsihosocialnemu pristopu, pa pogosto niso vključeni v interdisciplinarni program rehabilitacije oseb s KB v procesu VND. S pregledom literature je bilo ugotovljeno, da DTh prispevajo k boljšim izidom in pospešijo proces VND oseb s KB, in sicer z oblikovanjem delovnoterapevtskih obravnav na podlagi biopsihosocialnega modela, CMOP in MOHO. Z njimi so zmožni analizirati biološke, psihološke in družbene vidike, ki vplivajo na delovno funkcioniranje oseb s KB, in pridobiti informacije o željah, vlogah, interesih in osebni moči oseb s KB, ki spodbujajo ali ovirajo proces VND.

Zelo pomembno je, da se med procesom VND znotraj interdisciplinarnega tima DTh stremi k celostni obravnavi osebe s KB. Vsi strokovnjaki morajo med seboj dobro komunicirati, upoštevati podatke o anamnezi osebe s KB, ki jih DTh dopolnijo z informacijami, ki jih zberejo s pomočjo opažanj, intervjujev (COPM, DOA, WRI), standardiziranih ocenjevalnih instrumentov (WEIS, AWP, OPHII – II in APOP) in analiz izvajanja aktivnosti. Z njimi pridobijo informacije, s katerimi lahko spremljajo napredek osebe, in podatke o željah, pričakovanjih, delovnem okolju, ciljnih in dejavnikih, ki vplivajo na spodbujanje ali zaviranje procesa VND oseb s KB.

DTh pomagajo poiskati načine za prilagoditev delovnega okolja, tako da ta ne povečuje intenzitete bolečine, ali pa poiščejo načine za spreminjanje dejavnosti. Naloga DTh je, da omogočijo izvedbo vsakodnevnih aktivnosti z zmanjševanjem jakosti bolečine, izboljšanjem motoričnih spretnosti, odpravo nepravilnih telesnih položajev glede na delovno površino, z vzorci gibanja in izvedbo ergonomskih prilagoditev v domačem in delovnem okolju.

Med tem, ko poskušajo DTh obnoviti sposobnosti svojih uporabnikov v rehabilitacijskem procesu VND, potrebujejo dobro utemeljene dokaze, ki ustrezajo okoliščinam, s katerimi se osebe s KB morebiti lahko srečajo v življenju. S tem, ko opozarjajo na z dokazi podprte pristope in potrebo po oblikovanju veljavnih in zanesljivih obravnav, DTh igrajo

pomembno vlogo v procesu VND, in sicer zaradi znanja in veščin, ki jih prispevajo k rehabilitaciji. Ta pregled je pokazal, da so DTh premalokrat vključeni v interdisciplinarni program rehabilitacije oseb s KB. Ugotovljeno pomanjkanje študij o vlogi DTh v interdisciplinarni obravnavi oseb s KB pa predstavlja spodbudo za nadaljnje raziskave.

7 LITERATURA IN DOKUMENTACIJSKI VIRI

AOTA – The American Occupational Therapy Association (2012). Occupational therapy services at the workplace: transitional return-to-work programs. Dostopno na: <https://www.aota.org/About-Occupational-Therapy/Professionals/WI/Transitional.aspx> <7. 2019>.

Belin A, Dupont C, Oulès L, Kuipers Y, Fries-Tersch E (2016). Rehabilitation and return to work: analysis report on EU and member states policies, strategies and programmes. Luxembourg: Publications Office of the European Union. doi: [10.2802/48176](https://doi.org/10.2802/48176). Dostopno na: <https://osha.europa.eu/sl/tools-and-publications/publications/rehabilitation-and-return-work-analysis-eu-and-member-state> <7. 2019>.

Breivik H, Eisenberg E, O'Brien T (2013). The individual and societal burden of chronic pain in Europe: the case for strategic prioritisation and action to improve knowledge and availability of appropriate care. *BMC Public Health* 13(1): 1–14. doi: [10.1186/1471-2458-13-1229](https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-1229).

Bujis CP, Lambeek CL, Koppenrade V, Hooftman EW, Anema RJ (2009). Can workers with chronic back pain shift from pain elimination to function restore at work? *J Back Musculoskelet Rehabil* 22(2): 65–73. doi: [10.3233/BMR-2009-0215](https://doi.org/10.3233/BMR-2009-0215).

Dansie EJ, Turk DC (2013). Assessment of patients with chronic pain. *Br J Anaesth* 111(1): 19–25. doi: [10.1093/bja/aet124](https://doi.org/10.1093/bja/aet124). Dostopno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23794641> <17. 7. 2019>.

Demoulina C, Grosdent S, Capron L et al. (2010). Effectiveness of a semi-intensive multidisciplinary outpatient rehabilitation program in chronic low back pain. *Joint Bone Spine* 77(1): 58–63. doi: [10.1016/j.jbspin.2009.11.003](https://doi.org/10.1016/j.jbspin.2009.11.003). Dostopno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20031468> <24. 8. 2019>.

Desiron HA, Rijk A, Hoof E, Donceel P (2011). Occupational therapy and return to work: a systematic review. *BMC Public Health* 11(2): 615. doi: [10.1186/1471-2458-11-615](https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-615).

Duenas M, Ojeda B, Salazar A, Mico Antonio J, Failde I (2016). A review of chronic pain impact on patients, their social environment and the health care system. *J Pain Res* 2016(9): 457–67. doi: [10.2147/JPR.S105892](https://doi.org/10.2147/JPR.S105892).

EFIC – European Federation of the International Association for the Study of Pain (2010). Improving the current and future management of chronic pain. A European consensus report. Dostopno na: <http://www.efic.org/index.asp?sub=B57HF6J4043I> <6. 8. 2019>.

Ejelov M, Bergstrom M, Mattsson M, Stalnacke MB (2016). »Many obstacles along the way«: follow-up of rehabilitation plans after multimodal pain rehabilitation. *Eur J Physiother* 18(1): 18–26.

Ekbladh E, Thorell LH, Haglund L (2010). Return to work: the predictive value of the Worker Role Interview (WRI) over two years. *Work* 35: 163–72. doi: [0.3233/WOR-2010-0968](https://doi.org/10.3233/WOR-2010-0968).

Engel LG (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science* 196(4286): 129–36.

Gentry K, Snyder K, Barstow B, Hamson-Utley J (2018). The biopsychosocial model: application to occupational therapy practice. *Open J Occup Ther* 6(4): 12. Dostopno na: <https://doi.org/10.15453/2168-6408.1412> <16. 9. 2019>.

Gusich LR (1984). Occupational therapy for chronic pain. *Occup Ther Ment Health* 4(3): 59–73. doi: [10.1300/J004v04n03_07](https://doi.org/10.1300/J004v04n03_07). Dostopno na: http://dx.doi.org/10.1300/J004v04n03_07 <15. 11. 2019>.

Hesselstrand M, Samuelsson K, Liedberg G (2015). Occupational therapy interventions in chronic pain – a systematic review. *Occup Ther Int* 4(22): 183–94. doi: [10.1002/oti.1396](https://doi.org/10.1002/oti.1396). Dostopno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26076994> <11. 7. 2019>.

Higgins JPT, Green S (2011). *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions* version 5.1.0. The Cochrane Collaboration. Dostopno na: www.handbook.cochrane.org <27. 12. 2018>.

Hill W (2016). The role of occupational therapy in pain management. *Anaesth Intensive Care* 17(9): 451–3. Dostopno na: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1472029916300820> <6. 6. 2019>.

Hill W, Macartney M (2019). The role of occupational therapy in enabling people with chronic pain to return to work or education. *Anasth Intensive Care* 20(8): 443–5.

IASP – International Association for the Study of Pain (2017). Task force on multimodal pain treatment defines terms for chronic pain care. Dostopno na: <https://www.iasp-pain.org/PublicationsNews/NewsDetail.aspx?ItemNumber=6981> <18. 8. 2019>.

Jamnik H, Horvat B, Moharić M, Benedičič M (2015). Ugotavljanje indikacije za zdravljenje kronične bolečine z metodo draženja zadnjih stebričkov hrbtenjače. *Rehabilitacija* 14(2): 54–62. Dostopno na: http://ibmi.mf.uni-lj.si/rehabilitacija/vsebina/Rehabilitacija_2015_No2_p54-62.pdf <22. 7. 2019>.

Jensen B (2016). Chronic pain assessment from bench to bedside: lessons along the translation continuum. *Transl Behav Med* 6(4): 596–604. doi: [10.1007/s13142-015-0370-8](https://doi.org/10.1007/s13142-015-0370-8). Dostopno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5110487/> <16. 7. 2019>.

Kamper SJ, Apeldoorn AT, Chiarotto A et al. (2015). Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for chronic low back pain: cochrane systematic review and meta-analysis. *BMJ* 15(18): 350–444. doi: [10.1136/bmj.h444](https://doi.org/10.1136/bmj.h444). Dostopno na: <https://www.bmj.com/content/350/bmj.h444?tab=related#datasupp> <16. 4. 2019>.

Kielhofner G (2008). Model of human occupation – theory and application. 4th ed. Baltimore: Lippincot Williams & Wilkins.

Kocot-Kępska M (2013). The wider team for the management of chronic pain. Towards a multidisciplinary team approach in chronic pain management 13(12): 19–20. Dostopno na: <https://www.pae-eu.eu/wp-content/uploads/2013/12/Multidisciplinary-approach-in-chronic-pain-management.pdf> <3. 6. 2019>.

Lagueux E, Depelteau A, Masse J (2018). Occupational therapy's unique contribution to chronic pain management: a scoping review. *Pain Research and Management* 2018(3): 1–19. doi: [10.1155/2018/5378451](https://doi.org/10.1155/2018/5378451). Dostopno na: https://www.researchgate.net/publication/328908799_Occupational_Therapy's_Unique_Contribution_to_Chronic_Pain_Management_A_Scoping_Review <21. 9. 2019>.

Lambeek CL, Mechelen W, Knoll LD, Loisel P, Anema RJ (2010). Randomised controlled trial of integrated care to reduce disability from chronic low back pain and working and private life. *BMJ* (340): 1035. doi: [10.1136/bmj.c1035](https://doi.org/10.1136/bmj.c1035). Dostopno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2840223/> <8. 10. 2019>.

Law M, Laver-Fawcett A (2013). Canadian model of occupational performance: 30 years of impact! *Br J Occup Ther* 76(12): 519. doi: [10.4276/030802213x13861576675123](https://doi.org/10.4276/030802213x13861576675123).

Dostopno na: <https://www.questia.com/library/journal/1G1-355559078/canadian-model-of-occupational-performance-30-years> <17. 9. 2019>.

Lee J, Kielhofner G (2010). Vocational intervention based on the model of human occupation: a review of evidence. *Scand J Occup Ther* 17(3): 177–90. doi: [10.3109/11038120903082260](https://doi.org/10.3109/11038120903082260).

Michael C, Guene V, Michon E, Roquelaure Y, Petit A (2018). Return to work after rehabilitation in chronic low back pain workers. Does the interprofessional collaboration work? *J Interprof Care* 32(4): 521–4. doi: [10.1080/13561820.2018.1450231](https://doi.org/10.1080/13561820.2018.1450231). Dostopno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29547017> <7. 7. 2019>.

Moher D, Author E, Shamseer L et al. (2015). Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols (PRISMA-P) statement. *Syst Rev* 4(1): 1–9.

Moon M, McDonald R, Dolder J (2012). Occupational therapy for pain management in the compensation setting: context and principles. *Occupational Therapy Now* 14(5): 16–8.

Dostopno na: http://caot.in1touch.org/document/3996/Sept_2012.pdf <9. 8. 2019>.

Morlion B, Kocot – Kepska M, Alon E (2013). The core multidisciplinary team. In: Pergolizzi J, ed. *Towards a multidisciplinary team approach in chronic pain management*. B.k.: Change Pain, 14–8. Dostopno na: <https://www.pae-eu.eu/wp-content/uploads/2013/12/Multidisciplinary-approach-in-chronic-pain-management.pdf> <19. 8. 2019>.

Morlion B, Pergolizzi J, Huygen F (2011). The burden of chronic noncancer pain. In: Pergolizzi J, ed. *Towards a multidisciplinary approach in chronic pain management*. B.k.: Change Pain, 1–8. Dostopno na: <https://www.pae-eu.eu/wp-content/uploads/2013/12/Multidisciplinary-approach-in-chronic-pain-management.pdf> <1. 8. 2019>.

OECD – Organisation for Economic Co-operation and Development (2010). *Sickness, disability and work: breaking the barriers. A synthesis of findings across OECD countries*. Brussels: OECD publishing. Dostopno na:

http://ec.europa.eu/health/mental_health/eu_compass/reports_studies/disability_synthesis_2010_en.pdf <12. 3. 2019>.

PAE – Pain Alliance Europe (2018). Survey on chronic pain and your work life. Dostopno na: <https://www.pae-eu.eu/wp-content/uploads/2018/07/PAE-Survey-2018-Pain-And-Your-Work-Life.pdf> <16. 9. 2019>.

Park J, Grossc GP, Rayanib F et al. (2019). Model of human occupation as a framework for implementation of motivational interviewing in occupational rehabilitation. *Work* 62(4): 629–41. doi: [10.3233/WOR-192895](https://doi.org/10.3233/WOR-192895). Dostopno na: <https://content.iospress.com/articles/work/wor192895> <15. 11. 2019>.

Persson E, Lexell J, Rivano-Fischer M, Eklund M (2013). Everyday occupational problems perceived by participants in a pain rehabilitation programme. *Scand J Occup Ther* 20(4): 306–14. doi: [10.3109/11038128.2013.793739](https://doi.org/10.3109/11038128.2013.793739). Dostopno na: <https://lucris.lub.lu.se/ws/files/1847996/4023342.pdf> <17. 11. 2019>.

Pirc J, Cesar-Komar M, Bizilj S (2007). Kronična bolečina v Sloveniji: poročilo o prevalenci kronične bolečine in primerjava z evropskimi podatki. Ljubljana: Janssen-Cilag, 1–37.

Ravenek MJ, Hughes ID, Ivanovich N et al. (2010). A systematic review of multidisciplinary outcomes in the management of chronic low back pain. *Work* 35(3): 349–67. doi: [10.3233/WOR-2010-0995](https://doi.org/10.3233/WOR-2010-0995). Dostopno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20364056> <1. 9. 2019>.

Rief W, Treede RD, Barke A et al. (2015). A classification of chronic pain for ICD-11. *Pain* 156(6): 1003–7. doi: [10.1097/j.pain.000000000000160](https://doi.org/10.1097/j.pain.000000000000160). Dostopno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25844555> <13. 7. 2019>.

Rochman DL (2014). Occupational therapy and pain rehabilitation. American Occupational Therapy Association. Dostopno na: <https://www.aota.org/About-Occupational-Therapy/Professionals/HW/Pain%20Rehabilitation.aspx> <16. 1. 2018>.

Samuelsson K, Carlberg U, Hesselstrand M, Olander E, Wressle E (2011). Patient-reported outcome of a multidisciplinary pain management program. Focusing on occupational

performance and satisfaction with performance. *Open Rehabil J* 4(1): 42–50. doi: [10.2174/1874943701104010042](https://doi.org/10.2174/1874943701104010042).

Saunders S, Nedelec B, MacEachen E (2017). Work remains meaningful despite time out of the workplace and chronic pain. *Disabil Rehabil* 40(18): 2144–51. doi: [10.1080/09638288.2017.1327986](https://doi.org/10.1080/09638288.2017.1327986). Dostopno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28539092> <23. 7. 2019>.

Skjutar A, Schult ML, Christensson K, Millersdod M (2010). Indicators of need for occupational therapy in patients with chronic pain: occupational therapists' focus groups. *Occup Ther Int* 17(2): 93–103. doi: [10.1002/oti.282](https://doi.org/10.1002/oti.282). Dostopno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19653210> <19. 8. 2019>.

Strong J (1987). Chronic pain management: the occupational therapist's role. *Br J Occup Ther* 50(8): 262–3. Dostopno na: <https://doi.org/10.1177/030802268705000802> <7. 7. 2019>.

Sundstrup E, Jakobsen DR, Brandt M, et al. (2014). Workplace strength training prevents deterioration of work ability among workers with chronic pain and work disability: a randomized controlled trial. *Scand J Work Environ Health* 40(3): 245–51. doi: [10.5271/sjweh.3419](https://doi.org/10.5271/sjweh.3419). Dostopno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24535014>. <12. 8. 2019>.

Thompson B (2012). Are you ready? Readiness to return to work for people living with chronic pain. *Occupational Therapy Now* 14(5): 13–6. Dostopno na: http://caot.in1touch.org/document/3996/Sept_2012.pdf <31. 3. 2019>.

Tseli E, Boersma K, Stålnacke BM et al. (2019). Prognostic factors for physical functioning after multidisciplinary rehabilitation in patients with chronic musculoskeletal pain. *Clin J Pain* 35(2): 148–73. doi: [10.1097/AJP.0000000000000669](https://doi.org/10.1097/AJP.0000000000000669). Dostopno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6343958/> <6. 7. 2019>.

Vries HJ, Reneman MF, Groothoff JW, Geertzen JHB, Brouwer S (2013). Self-reported work ability and work performance in workers with chronic nonspecific musculoskeletal pain. *J Occup Rehabil* 23(1): 1–10. doi: [10.1007/s10926-012-9373-1](https://doi.org/10.1007/s10926-012-9373-1). Dostopno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3563949/> <17. 11. 2019>.

WFOT – World Federation of Occupational Therapy (1998). Definition of occupational therapy. Dostopno na: <http://www.zdts.si/index.php/dokument/send/8-splosni-dokumenti/11-definicije-delovne-terapije-anglesko> <7. 9. 2019>.