

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

**Laura Mauček**

**PREHOD IZ KLINIČNEGA V DOMAČE OKOLJE PO  
POŠKODBI HRBTENJAČE - ŠTUDIJI PRIMERA NA  
NIZOZEMSKEM IN V SLOVENIJI**

diplomsko delo

**TRANSITION FROM CLINICAL TO HOME  
ENVIRONMENT AFTER SPINAL CORD INJURY –  
CASE STUDIES IN THE NETHERLANDS AND  
SLOVENIA**

diploma work

**Mentorica: pred. Vitoslava Marušič**

**Recenzentka: asist. Zorana Sicherl**

**Ljubljana, 2020**



# ZAHVALA

Zahvaljujem se pred. Vitoslavi Marušič, dipl. del. ter., viš. fiz., spec., za mentorstvo, vodenje in predano znanje pri študiju ter pisanju diplomskega dela.

Posebna zahvala gre tudi dr. Barbari Piškur za vso nudeno pomoč tekom izmenjave na ZUYD Hogeschool in za obilico idej ter spodbud pri študiju.

Hvala tudi obema intervjuvancema za sodelovanje in deljenje svojih zgodb.

Zahvaljujem pa se tudi svoji družini in prijateljem za nenehno podporo, skrb in »prenašanje« tekom študija.

Hvala za vse!



## IZVLEČEK

**Uvod:** Travmatska poškodba hrbtenjače je ena izmed najbolj pretresljivih nesreč, ki posledice pusti ne le pri posamezniku, ampak predstavlja tudi velikansko ekonomsko breme za družino in družbo. S primerno oskrbo, ni nujno, da okvara hrbtenjače postane terminalno stanje, ali pa da prepreči posamezniku dostop do izobrazbe, pridobitve zaposlitve, ustvarjanja družine in do uspešnega in produktivnega življenja. **Namen:** Primerjava dveh primerov obravnave oseb po travmatski poškodbi hrbtenjače, na Nizozemskem in v Sloveniji. Namen je ugotoviti, ali in kako se razlikujeta vlogi delovnega terapevta v procesu rehabilitacije v teh dveh državah ter kako je delovni terapevt vključen v procesa prehoda uporabnika iz kliničnega v domače okolje. Namen je tudi ugotoviti, kakšna je uporabniška izkušnja uporabnikov v delovni terapiji. **Metode dela:** Izvedena sta bila dva pol-strukturirana intervjuja, katerima je sledila kvalitativna vsebinska analiza z uporabo induktivnega in deduktivnega pristopa. Prvi je bil uporabljen za določanje osebnostnih in okolijskih dejavnikov, ki vplivajo na uporabnikovo okupacijo izvedbo. Drugi pa za analizo uporabnikov občutenj in mnenj o procesu in vlogi delovne terapije. Ugotovitve so bile primerjane z ugotovitvami iz pregleda literature. Za iskanje literature so bile uporabljene baze DiKul, Google Scholar in DiZ. **Rezultati:** Razlika v vlogi delovne terapije v klinični rehabilitaciji med državami ni velika. Na Nizozemskem rehabilitacija poteka dlje, na račun tega, da se že v času rehabilitacije lahko prilagodi uporabnikovo domače okolje. V Sloveniji se prisotnost delovnega terapevta zaključi ob odpustu iz rehabilitacijskega okolja, medtem ko na Nizozemskem delovni terapevt nato aktivno sodeluje pri prilagajanju domačega okolja in testiranju ali so prilagoditve smiselne in v uporabnikovem kontekstu. Uporabniška izkušnja je v splošnem dobra, primanjkuje le psihološke in informacijske podpore. **Razprava in zaključek:** Vloga delovne terapije je med državama podobna, a hkrati različna. Na Nizozemskem je ekonomska in politična ureditev procesa prehoda v domače okolje boljša in ureja tudi vlogo delovnega terapevta v njem. V Sloveniji se pojavlja potreba po razširitvi stroke na tem področju, s čimer bi se izboljšala tudi uporabniška izkušnja.

**Ključne besede:** poškodba hrbtenjače, PEOP-model, rehabilitacija, prilagoditve okolja



## ABSTRACT

**Introduction:** Traumatic spinal cord injury is one of the most shocking injuries, that leaves consequences not only with the individual, but presents a huge economic burden for family and society. With the appropriate health care, the injury does not need to be terminal or prevent access to education, finding work, creating a family or to live a long, meaningful and productive life. **Purpose:** To compare the roles of occupational therapist in rehabilitation between the Slovenia and the Netherlands and what is the role in the process of transition from clinical to home environment. Furthermore, we want to explore individual's user experience with occupational therapy. **Methods:** Two semi-structured interviews were conducted and analysed through a qualitative analysis. Inductive and deductive coding was used. The first was used to determine intrinsic and extrinsic factors that affect individuals' occupations and occupational performance. The second coding was used to analyse individual's and experience with occupational therapy. Findings were compared to those from the literature review. Searching engines DiKul, Google Scholar and DiZ were used. **Results:** There are no major differences between the occupational therapy treatments in Slovenia and the Netherlands. In the Netherlands, the rehabilitation lasts longer, mainly so the home environment can be adapted by the time the individual is dismissed from the clinic. By doing so, the need for additional treatments in the future reduces. In Slovenia, occupational therapists are no longer involved as soon as the person leaves the hospital. In the Netherlands however, occupational therapists help individuals' transition to the home environment and visit them to discuss any additional modifications and to see whether those applied are in the individual's context. The user's experience is good in both countries but there is a crucial need for better psychological and informational support. **Discussion and conclusion:** The role of occupational therapist is similar yet quite different between the countries. The Netherlands have incomparably better economic and political regulations when it comes to the process of transitioning from clinical to home environment which also regulates the role of and occupational therapists. In Slovenia, the need for more specialists in this area is growing.

**Keywords:** spinal cord injury, rehabilitation, PEOP-model, home modifications





# KAZALO VSEBINE

1	UVOD .....	1
1.1	Teoretična izhodišča .....	2
1.1.1	Nastanek okvare hrbtenjače .....	2
1.1.2	Nivo okvare hrbtenjače .....	2
1.1.3	Obseg okvare hrbtenjače .....	3
1.1.4	Epidemiologija .....	3
1.1.5	Zdravljenje po okvari hrbtenjače.....	4
1.1.6	Rehabilitacija po okvari hrbtenjače .....	5
1.1.7	Okvara hrbtenjače z vidika delovne terapije .....	5
1.1.8	PEOP model .....	6
2	NAMEN.....	10
3	METODE DELA .....	11
4	REZULTATI.....	12
5	RAZPRAVA .....	22
6	ZAKLJUČEK .....	37
7	LITERATURA IN DOKUMENTACIJA .....	40



## KAZALO TABEL

Tabela 1: Osnovna primerjava uporabnikov .....	12
Tabela 2: Osebnostni (intrinzični) faktorji po PEOP modelu .....	13
Tabela 3: Okolijski (ekstrinzični) faktorji po PEOP modelu .....	14
Tabela 4: Vloga delovnega terapevta v procesu rehabilitacije v kliničnem okolju .....	17
Tabela 5: Delovno terapevtska obravnava pri uporabnikih U1-SLO in U2-NIZ.....	19
Tabela 6: Vloga delovnega terapevta v procesu prehoda iz kliničnega v domače okolje.....	19
Tabela 7: Uporabniška izkušnja z delovno terapijo .....	20



## **SEZNAM UPORABLJENIH KRATIC IN OKRAJŠAV**

AISA – Ameriško združenje za okvaro hrbtenjače (America Spinal Injury Association)

AOTA – Ameriško združenje delovnih terapevtov (American Occupational Therapy Association)

DA – dnevne aktivnosti

NIZ - Nizozemska

ODA – osnovne dnevne aktivnosti

PEOP – Person-Environment-Occupation-Performance model

SLO - Slovenija

ŠDA – širše dnevne aktivnosti

U1-SLO – uporabnik iz Slovenije

U2-NIZ – uporabnik iz Nizozemske

UKC – Univerzitetni klinični center

URI Soča – Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Soča

UWV – Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen

WIA – Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen

ZUYD – Zuyd Hogeschool/Zuyd University of Applied Sciences

ZZZS – Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije



# 1 UVOD

Okvara hrbtenjače lahko nastane zaradi akutne poškodbe ali bolezenskega procesa v hrbtenjači ali okoliškem tkivu in predstavlja resno, življenjsko ogrožajoče stanje (Šavrin, 2017). Poškodba hrbtenjače pomeni nenadno spremembo funkcioniranja človeškega telesa in se kaže z zmanjšanimi sposobnostmi gibanja, senzibilnosti, inkontinenco za odvajanje seča in blata ter motnjami delovanja številnih notranjih organov (Šavrin, 2011). Nevrološka »škoda«, ki jo povzroči okvara hrbtenjače, preprečuje senzoričnim in motoričnim informacijam prenos iz možganov do delov telesa pod nivojem okvare (Bickenbach, 2013).

Poškodba hrbtenjače je eno izmed najhujših bolezenskih stanj, ki običajno prizadene mlade in telesno dejavne osebe. Posledica okvare hrbtenjače je takojšnje zmanjšanje zmožnosti gibanja, katerega stopnja pa je odvisna od ravni poškodbe, obsega okvare (delna, popolna) in pridruženih obolenj (Žen Jurančič et al., 2016). Zaradi paralize ali pareze pride do spremembe v strukturi mišičnih vlaken (fibrile so manjše, imajo manj kontraktilnih proteinov, dosežejo manjšo kontraktilno moč, povečana je utrudljivost zaradi spremembe strukture mišičnih vlaken, ki leto dni po okvari dosežejo samo polovico do tretjino premera v primerjavi z vlakni pri osebah brez okvare hrbtenjače. Prav tako poteka v prvem letu po okvari izrazito demineralizacijo kosti z večjim tveganjem za kasnejše patološke zlome (Žen Jurančič et al., 2016).

Vsesplošen vpliv okvare hrbtenjače na posameznika, in tudi širšo družbo je odvisno od širokega nabora dejavnikov kot so: starost ob nastanku okvare, obseg okvare, dostopnost storitev in virov ter kontekst oziroma okolje v katerem posameznik biva (socialno, fizično, ekonomsko, politično itd.) (Bickenbach, 2013).

Ljudje z okvaro hrbtenjače se soočajo z zmanjšanim naborom dostopnih in izvedljivih aktivnosti ter z ovirami pri participaciji v aktivnostih kot so mobilnost (npr. spreminjanje položajev, transferji, hoja), aktivnostih v domačem okolju (npr. kuhanje, pospravljanje, skrb za ostale), aktivnostih skrbi zase (npr. umivanje, oblačenje, hranjenje), izobraževanju, zaposlovanju, ohranjanju socialnih odnosov in participaciji v pristočasnih aktivnosti (Bickenbach, 2013).

## **1.1 Teoretična izhodišča**

### **1.1.1 Nastanek okvare hrbtenjače**

Okvara hrbtenjače je po nastanku lahko travmatska ali pa ne-travmatska. Travmatske poškodbe hrbtenjače so lahko posledica mnogih vzrokov kot so; padci, prometne nesreče, delovne in športne poškodbe ter nasilje. Ne-travmatske okvare pa so navadno posledica patologije kot so npr. vnetne bolezni, tumorske lezije, mišično-skeletna obolenja (npr. osteoartritis) ali kongenitalnih težav kot je na primer »spina bifida« (Bickenbach, 2013).

Travmatska poškodba hrbtenjače je nepričakovan, katastrofalen dogodek, ki lahko trajno zaznamuje bolnika njegovo socialno okolje. Nevrološka okvara lahko povzroči dolgotrajno motnjo v delovanju vseh organskih sistemov in telesnih funkcij pod ravno poškodbe, posledica pa so zmanjšana mobilnost in kakovost življenja, večja obolevnost in krajša življenjska doba. Travmatska poškodba hrbtenjače predstavlja hudo telesno, psihično, socialno in finančno breme za bolnika in njegovo okolje (Jug, 2019).

Najpogostejši vzrok za nastanek travmatskih okvar hrbtenjače so prometne nesreče (40-55%), drugi so padci (40%), na tretjem mestu so poškodbe, ki so posledica nasilja, športnih poškodb (skoki v vodo, potapljanje, kolesarjenje itd.) pa je manj kot 10% (Bickenbach, 2013).

### **1.1.2 Nivo okvare hrbtenjače**

Nivo okvare hrbtenjače določa, kateri deli telesa bodo prizadeti z npr. izgubo mišične funkcije in senzibilitete. Splošno gledano, višje na hrbtenjači kot se nahaja lezija, bolj obsežen bo razpon okvar (Bickenbach, 2013).

Tetraplegija je termin, ki se uporablja za opisovanje okvar cervikalnih delov hrbtenjače (C1-T1). Odvisno od resnosti in nivoja okvare, se tetraplegija lahko izrazi kot različno obsežna izguba funkcionalnosti vratu, trupa, zgornjih in spodnjih ekstremitet (Bickenbach, 2013). Poškodbe vratnega dela hrbtenjače predstavljajo 50% vseh poškodb hrbtenjače (Jug, 2019).

Pri okvarah vratne hrbtenjače gre za spremembe funkcij vseh štirih udov, trupa in medeničnih organov, pri okvarah prsne in ledvene hrbtenjače pa je funkcija zgornjih udov ohranjena, lahko pa so, glede na raven okvare, spremenjene funkcijske zmožnosti trupa, medeničnih organov in spodnjih udov (Rode & Šavrin, 2014)



### **1.1.3 Obseg okvare hrbtenjače**

Obseg okvare hrbtenjače in resnost izgube sensorike, motorike in nadzora avtonomnih funkcij pa ni odvisen le od višine lezije, ampak tudi od tega, ali je lezija oziroma okvara popolna ali ne-popolna.

Popolne okvare se kažejo v odsotnosti motoričnih in senzoričnih spretnosti pod nivojem okvare in specifično na nivoju S4-S5, pri nepopolnih okvarah pa gre za ohranitev nekaterih spretnosti pod nevrološkim nivojem okvare, vključno z najnižjimi sakralnimi segmenti S4-S5 (Bickenbach, 2013).

Kang (2018) je s sodelavci ugotovil, da je večina raziskav pokazala manjši delež popolnih kot nepopolnih okvar. V primeru popolne cervikalne poškodbe hrbtenjače, je večina žrtev umrla že na kraju nesreče, ali pa med transportom v bolnišnico, kar pomeni, da so imeli tisti, ki so se zaradi cervikalne poškodbe hrbtenjače zdravili v bolnišnicah, imeli ne-popolne poškodbe hrbtenjače.

To, ali je okvara popolna ali ne-popolna v veliki meri vpliva tudi na to, kakšen bo potek in navsezadnje funkcijski izid zdravljenja in rehabilitacije. Zdravstveni delavci morajo imeti v mislih to, da lahko tudi pri popolnih poškodbah hrbtenjače pogosto pride do spontanega okrevanja. V primerjavi s spontanim okrevanjem pri nepopolnih okvarah hrbtenjače, kjer pričakujemo spontano okrevanje v različnih obsegih, je pri popolnih okvarah spontano okrevanje omejeno le na predel kjer se je zgodila poškodba oziroma kjer je nastala lezija (Šavrin, 2011).

### **1.1.4 Epidemiologija**

Travmatska okvara se v Sloveniji pojavlja z incidenco 20-40 primerov/1.000.000 prebivalcev letno (Jug, 2019). Na Nizozemskem pa je incidenca travmatskih okvar hrbtenjače 14,0 na milijon prebivalcev (Post et al., 2017).

Med letoma 2012 in 2016 so na oddelku za rehabilitacijo oseb po okvari hrbtenjače na URI – Soča nudili program rehabilitacije v povprečju 125 bolnikov z okvaro hrbtenjače letno. Število bolnikov z okvaro hrbtenjače ni enakomerno porazdeljeno preko celega leta, posebej to velja za bolnike s poškodbenimi okvarami hrbtenjače, pri katerih se število poveča pozno pomladi in narašča do pozne jeseni, skladno s povečano dejavnostjo prebivalcev (Šavrin, 2017).

### **1.1.5 Zdravljenje po okvari hrbtenjače**

Proces zdravljenja po poškodbi hrbtenjače lahko razdelimo v tri časovna obdobja; predbolnišnična in akutna oskrba/nega, post-akutna nega in rehabilitacija ter ohranjanje zdravja (Bickenbach, 2013).

Ker na primarne poškodbe hrbtenjače lahko vplivamo samo preventivno, je zamejitev sekundarne poškodbe hrbtenjače zaenkrat edina terapevtska priložnost za zmanjšanje končne nevrološke okvare in funkcionalne prizadetosti (Jug, 2019).

Posameznik z akutno poškodbo hrbtenjače v prvih dneh po poškodbi potrebuje zdravljenje na oddelku intenzivne terapije z natančnim nadzorom življenjskih funkcij in vzdrževanjem srednjega arterijskega krvnega tlaka. Bolniki z okvaro hrbtenjače v zgornjih vratnih segmentih bodo potrebovali pomoč pri izkašljevanju, aspiraciji in inhalaciji (Šavrin, 2017). Po stabiliziranju bolnika in morebitni kirurški oskrbi bolnik takoj prične z zgodnjo fizikalno rehabilitacijo v bolnišnici, ki ji sledi kompleksna rehabilitacija v specializirani ustanovi, ki omogoča multidisciplinarni pristop k bolniku (Jug, 2019).

#### **Potek zdravljenja v Sloveniji**

V Sloveniji bolnike z okvaro hrbtenjače v akutnem obdobju obravnavajo v bolnišnicah sekundarne in terciarne ravni, na različnih oddelkih glede na etiologijo okvare (travmatologija, ortopedija, nevrokirurgija, nevrologija, infekcijske bolezni, srčno-žilna kirurgija, itd.) (Puzić, 2016). Dokončna oskrba ugotovljene poškodbe hrbtenjače se izvede v 24 urah v enem izmed treh travmatoloških centrov, ki so v UKC Ljubljana, Splošni bolnišnici Celje in UKC Maribor. (Šavrin, 2017). Celotna medicinska rehabilitacija oseb z okvaro hrbtenjače v Sloveniji poteka izključno na URI – Soča. Bolniki so sprejeti na URI-Soča takoj, ko jim to zdravstveno stanje omogoča in če so na voljo proste postelje (Šavrin, 2017).

#### **Potek zdravljenja na Nizozemskem**

Na Nizozemskem obstaja 94 enot za intenzivno nego, vključno z 8 univerzitetnimi bolnišnicami. Po prihodu poškodovanega v bolnišnico bo operacijo izvedel kirurg ortopedije, travme ali nevrokirurg. Ko je pacient stabilen, je premeščen v enega izmed 8 rehabilitacijskih centrov, specializiranih za rehabilitacijo oseb po poškodbi hrbtenjače. Rehabilitacijski centri so po državi razporejeni tako, da ima pacient do najbližjega le uro vožnje stran. Post-akutna rehabilitacija v teh centrih je multidisciplinarna ter zajema medicinsko, funkcijsko in psihosocialno rehabilitacijo (Post et al., 2017).

### **1.1.6 Rehabilitacija po okvari hrbtenjače**

Rehabilitacija je definirana kot »skupek ukrepov, ki pomagajo posamezniku doseči in ohraniti optimalno funkcioniranje in interakcijo z njegovimi okolji«. Z rehabilitacijo je optimalno pričeti že tekom akutne faze zdravljenja, dostopna pa mora biti v različnih okoljih od bolnišnic do domačega in družbenega okolja (Bickenbach, 2013).

Rehabilitacija mora biti osredotočena na pomoč posameznikom, da premagajo ovire, ki so se pojavile zaradi spremenjenega zdravstvenega stanja: potrebno je izboljšati spretnosti trupa in ekstremitet; prilagoditi posameznikovo bližnje okolje, zagotoviti pomožno tehnologijo in omogočiti posamezniku, da ohrani svoje vloge v družini, družbi in službenem okolju. (Bickenbach, 2013)

Večina bolnikov z okvaro hrbtenjače ne bo povsem samostojna za opravljanje osnovnih vsakodnevnih aktivnosti ob sprejemu v rehabilitacijsko ustanovo in bo zato potrebovala pomoč negovalnega osebja, ki pa se zmanjšuje skladno z napredovanjem bolnika pri učenju samostojnosti v okviru programa delovne terapije (Šavrin, 2017).

Ugotavljanje izida rehabilitacije je lahko določeno glede na to, ali se izboljša anatomska oziroma nevrolška ocena, funkcionalna sposobnost osebe za opravljanje DA, ali kakovost njegovega življenja (Šavrin, 2011).

Ker je pri popolnih okvarah možnost nevrolškega popravljanja zelo majhna, je funkcijski napredek odvisen predvsem od učinkovitosti rehabilitacije. Pri nepopolnih, kjer je potek okrevanja nepredvidljiv, pa je težko presoditi, kakšen delež je posledica uporabljenih metod rehabilitacije in v kakšni meri je ta posledica spontanega okrevanja (Puzić, 2016).

Do odpusta bolnika iz rehabilitacijske ustanove naj bi prišlo, ko le-ta doseže funkcijski in izobraževalni »plato«, ko v določenem obdobju ne napreduje več, nauči pa se vseh potrebnih tehnik in osvoji vse potrebno znanje za obvladovanje domačega okolja, če je za to sposoben. Odpust je lahko tudi kasnejši, kadar je potrebno izpeljati prilagoditev doma ali zaključiti s postopki opreme s podporno tehnologijo (Rode & Šavrin, 2014).

### **1.1.7 Okvara hrbtenjače z vidika delovne terapije**

Kljub temu da je okvara hrbtenjače težko zdravstveno stanje, ki drastično spreminja življenja posameznikov to še ne pomeni, da posameznik ne more živeti dobrega in polnega življenja. Delovni terapevti imajo unikatno perspektivo, da ljudem omogočajo vključevanje v okupacije, kadar posameznikom zdravstveno stanje, socialno stanje ali invalidnost ogroža ali onemogoča,

da bi počeli kar je za njih pomembno, ali ima pomen. Delo delovnega terapevta je osredotočeno na okupacijsko izvedbo in participacijo oziroma na točko v kateri se prepletajo okolje, posameznik, njegove potrebe in želje (Baum in Christiansen, 2005).

Obravnava je namenjena pomoči uporabnikom, pri doseganju fizičnega, duševnega in socialnega dobrega počutja; identificiranju in realizaciji ambicij, zadovoljevanju potreb in spreminjanju ali spoprijemanju z okoljem. Terapevti usmerjajo intervencije proti aktualnim ali potencialnim nezmožnostim in obolenjem, s ciljem izboljšanja zdravstvenega stanja, dobrega počutja in participacije posameznika ali skupine. Delovni terapevti pričakujejo, da bo uporabnikova zmožnost da se prilagodi, spremeni in razvije na enem področju, vplivala na ostala področja. Ne glede na način izvajanja storitev pa v delovno terapevtski uporabi, uporabnik ni ekskluziven fokus obravnave. Fokus je tudi na težavah in polemikah glede okolja in kompleksne dinamike med uporabnikom, zdravstvenimi delavci in družino (AOTA, 2013).

#### **1.1.8 PEOP model (Person-Environment-Occupation-Performance model) (Baum & Christiansen, 2005)**

Person-Environment-Occupation-Performance model ali krajše PEOP model (Baum in Christiansen, 2005). spada med ekološke modele, ki poudarjajo, da je potrebno vsa posameznikova vedenja in dejanja spremljati in tolmačiti preko konteksta in da je zato potrebno, da delovni terapevt med obravnavo okolju nameni enako pozornosti, kot jo posveča posamezniku. Okolje tako igra enako pomembno vlogo pri uspešnem izvajanju neke okupacije

PEOP je na uporabnika usmerjen model, oblikovan tako, da izboljša vsakodnevno izvedbo potrebnih in cenjenih okupacij posameznika, organizacije ali prebivalstva in njihovo participacijo v svetu, ki jih obdaja. Za doseganje željene stopnje participacije, mora biti uporabnik deležen podpore in spodbude, hkrati pa mora premostiti ovire, ki omejujejo njegovo participacijo. Model opisuje interakcijo med dejavniki osebe (intrinzičnimi dejavniki) in dejavniki okolja (ekstrinzičnimi dejavniki), ki ali podpirajo, omogočajo ali zavirajo izvedbo aktivnosti, nalog in vlog.

Model PEOP sestavljajo štiri glavne komponente, ki opisujejo: kaj ljudje morajo ali želijo početi v vsakodnevnem življenju (okupacije); dejansko dejanje izvajanja okupacije (izvedba) in kako dejavniki osebe povezujejo z okoljem v katerem se okupacije odvijajo ter kako vsi dejavniki skupaj vplivajo na uspešnost izvedbe. Interakcija zmožnosti, okolja in izbrane aktivnosti vodi v okupacijsko izvedbo in participacijo (Baum in Christiansen, 2005).

## **OSEBA – INTRINZIČNI FAKTORJI IZVEDBE**

Intrinzični faktorji osebe so tisti faktorji oziroma dejavniki, ki se nahajajo znotraj osebe in na izvedbo vplivajo od »znotraj«. Ti faktorji so organizirani v naslednje kategorije: nevro-vedenjski, fiziološki, kognitivni, psihološki in čustveni ter duhovni (Baum in Christiansen, 2005).

## **OKOLJE – EKSTRINZIČNI FAKTORJI ALI KONTEKST IZVEDBE**

Na participacijo vedno vplivajo značilnosti okolja v katerem se odvija. Stopnja ujemanja med značilnostmi okolja in posameznikovimi interesi ter vrednotami, lahko vpliva na željo po raziskovanju in interakciji z okoljem.

Rehabilitacijski proces poizkuša popraviti preseganje potreb nad okolijskimi zmožnostmi ali preko ponovne vzpostavitve posameznikovega funkcioniranja, ali pa preko razširitve dostopa do okolja (npr. gradnja klančin).

Okolje v PEOP modelu sestavljajo: grajeno okolje in tehnologija, naravno okolje, kulturno okolje in vrednote ter socialni dejavniki (socio-ekonomski sistemi ter socialna podpora) (Baum in Christiansen, 2005).

## **OKUPACIJA**

Okupacije so aktivnosti, ki se odvijajo v kontekstu in imajo za posameznika pomen in namen. Izvedene so z različnimi izidi v mislih, od tistih ki so povezani s plačanim delom in produktivnim izkupičkom, izobrazbo, do rekreacije, skrbi zase in počitka (Baum in Christiansen, 2005).

## **IZVEDBA**

Izvedba predstavlja dejanje izvajanja okupacije. Nanjo vpliva okolje, tako da izvedbi postavlja ovire, ali pa jo spodbuja. Osebni dejavniki, pa se pri izvedbi kažejo ali kot sposobnosti ali pa kot nezmožnosti posameznika (Baum in Christiansen, 2005).

## **OKUPACIJSKA IZVEDBA**

Okupacijska izvedba predstavlja dejansko početje in je hkrati osrednji konstrukt participacije ter zahteva razumevanje in povezovanje okupacije in izvedbe. Sposobnost izvajanja naloge pomeni, da je naloga oziroma aktivnosti izvedena. Izvedba je lahko dober kazalnik uspešnih

intrinzičnih dejavnikov, podore okolja ali pa je kombinacija obojega (Baum in Christiansen, 2005).

Delovno terapevtska obravnava je v PEOP modelu opredeljena kot proces uporabe širokega spektra na uporabnika usmerjenih strategij, ki vzpodbujajo posameznika, da razvije oziroma uporabi vire, ki mu omogočajo uspešno izvedbo okupacij. Ker je željen cilj terapije to, da je uporabnik sposoben živeti produktivno oziroma zadovoljujoče življenje, lahko strategije vključujejo tudi učenje uporabnika o superviziji ostalih pri opravljanju nalog. S tem, da uporabnik »le« nadzoruje aktivnost oziroma je pri izvajanju deležen pomoči, pomeni, da uporabnik s tem prihrani čas in energijo, ki ju kasneje lahko porabi za vključevanje v zanj pomembnejše okupacije (npr. delo, učenje itd.). Kljub temu, da fizična prisotnost ni nujno potrebna, pa so za uspešno terapevtsko obravnavo vedno potrebni uporabnikov interes, pozornost in sodelovanje.

Glede na to, da pristop PEOP poudarja človekovo okupacijsko izvedbo, ga štejemo pod pristope od »zgoraj-navzdol«. Za pristop niso značilna specifična ocenjevanja in postopki, zato je znotraj njega potrebno smiselno uporabljati ocenjevanja, ki so najbolj primerna za posameznika in kontekst v katerem se nahaja.

Model PEOP verjame, da so ljudje po naravi motivirani za raziskovanje okolja ki jih obdaja in da se vanj vključujejo ter ga obvladujejo. Merilo za posameznikovo kompetentnost so posameznikove spretnosti in sposobnosti, da izvaja aktivnosti, s katerimi zadovolji svoje osebne potrebe. Da to naredi, mora posameznik učinkovito izrabljati vire (osebne, materialne in socialne), ki so mu na voljo v življenjskem okolju. Če je posameznik čustveno dovolj zrel in ima razvite spretnosti za reševanje problemov, se bo posameznik zmožen naučiti identifikacije in doseganja ciljev, ki bodo pripomogli k doseganju zadovoljstva z življenjem.

Kazalnik uspešne delovno terapevtske obravnave je torej ta, ali terapevt uspe doseči prilagajanje in ujemanje med uporabnikovimi intrinzičnimi dejavniki, okolijskimi dejavniki in zahtevami aktivnosti (Baum in Christiansen, 2005).

Tema diplomskega dela je bila izbrana na podlagi izkušenj in informacij, ki sem jih pridobila tekom izmenjave na Nizozemskem, skozi pogovor s tamkajšnjimi uporabniki, delovnimi terapevti in študenti delovne terapije. Diplomsko delo bi tako osvetlilo razlike med delovno terapevtsko obravnavo v Sloveniji in na Nizozemskem. Preko poznavanja prednosti in slabosti

posameznih procesov v posamezni državi, se lahko v prihodnosti oblikuje predloge za izboljšanje tako samega procesa delovne terapije na področju rehabilitacije po poškodbi hrbtenjače, prehodu iz kliničnega v domače okolje in navsezadnje za izboljšanje uporabniške izkušnje.

## **2 NAMEN**

Namen diplomskega dela je primerjava dveh primerov obravnave oseb po poškodbi hrbtenice na Nizozemskem in v Sloveniji. Preko dveh intervjujev in pregleda literature, je cilj dela odgovoriti na sledeča raziskovalna vprašanja.

### **Raziskovalna vprašanja:**

Ali se razlikujeta oziroma v čem se razlikujeta vlogi delovnega terapevta v procesu rehabilitacije v Sloveniji in na Nizozemskem?

Kako je delovni terapevt vključen pri procesu prehoda uporabnika iz kliničnega v domače okolje?

Kakšna je izkušnja uporabnikov po poškodbi hrbtenice v Sloveniji in na Nizozemskem?



### 3 METODE DELA

Uporabljeno je bilo kvalitativno raziskovanje. Izvedena sta bila dva pol-strukturirana intervjuja (Priloga 8. 1.) z osebami po poškodbi hrbtenjače.

Uporabljeno je bilo namensko vzorčenje, saj je bilo pomembno govoriti s posamezniki, ki so najbolj informirani o izbrani temi. Ker je bil namen ugotoviti, kakšna je uporabniška izkušnja po poškodbi hrbtenjače in o vlogi delovnega terapevta pri njihovi rehabilitaciji izvedeti iz prve roke, sta bila v vzorcu dva uporabnika po poškodbi hrbtenjače. Prvi intervju je bil izveden na Nizozemskem z uporabnikom, katerega poškodba hrbtenjače je bila posledica športne nesreče s kolesom, drugi intervju pa v Sloveniji z uporabnikom, ki si je hrbtenjačo poškodoval pri prometni nesreči.

Po opravljenih intervjujih je bila izvedena kvalitativna vsebinska analiza. Pri kodiranju sta bila uporabljena tako deduktivni kot induktivni pristop. Prvi je bil uporabljen za določanje intrinzičnih in ekstrinzičnih dejavnikov iz modela PEO, ki vplivajo na posameznikovo okupacijo in njegovo izvedbo le-te. Iz intervjujev je bila razbrana prisotnost oziroma odsotnost teh dejavnikov pri obeh uporabnikih. Drugi pristop pa je bil uporabljen pri analizi posameznikovih občutenj in mnenj za potrebo vpogleda v posameznikovo izkušnjo z delovno terapijo in procesom rehabilitacije po poškodbi hrbtenjače.

Uporabljen je bil tudi pregled literature s katero so bili primerjani protokoli, priporočila, pravilniki in zakoniki o delovno-terapevtskih procesih rehabilitacije in o možnostih ter ovirah, ki jih predstavlja okolje.

Za iskanje literature sem uporabila spletne baze diKUL, Google Scholar in DiZ (digitalna knjižnica ZUYD Univerze na Nizozemskem). Uporabljeni so bili tisti rezultati, ki so bili dostopni v celoti napisani v slovenščini, angleščini ali pa so bili v slednjo prevedeni iz nizozemščine.

## 4 REZULTATI

V tabeli 1 je prikazana osnovna primerjava obeh uporabnikov, glede na njune demografske, epidemiološke in diagnostične podatke. Poleg tega pa so v tabelo vključeni tudi osnovni podatki o rehabilitacijskih profilih in o aktualni stopnji samostojnosti.

*Tabela 1: Osnovna primerjava uporabnikov*

	<b>U1 - SLO</b>	<b>U2 - NIZ</b>
<b>Spol</b>	M	M
<b>Starost</b>	30	56
<b>Država</b>	Slovenija	Nizozemska
<b>Leto poškodbe</b>	2007	2016
<b>Vzrok</b>	Prometna nesreča pod vplivom alkohola	Športna nesreča - padec s kolesa
<b>Poškodbe</b>	C1, C4, C5, TH3, desna rama, desni kolk, odtrgano levo stopalo, čeljust, glava na treh mestih	C4, C5, poškodbe vratu, pretres možganov
<b>Diagnoza</b>	Nepopolna tetraplegija	Nepopolna tetraplegija
<b>Čas prvotnega zdravljenja in rehabilitacije</b>	UKC Maribor – 2 meseca URI Soča – 3 meseci	Klinika RTWH Aachen – 2 tedna Adelante Kenniscentrum – 7 mesecev Adelante AfterCare Clinic – 5 mesecev (dnevni center)
<b>Zdravstveni profili vključeni v proces rehabilitacije</b>	Zdravniki, zdravstveni tehniki in medicinske sestre, delovni terapevti, fizioterapevti, socialni delavci	Zdravniki, zdravstveni tehniki in medicinske sestre, delovni terapevti, fizioterapevti, svetovalci za reintegracijo, nekdanji uporabniki iz Adelante Kenniscentrum, psiholog, strokovnjak za zaposlovanje iz vladnega organa UWU, socialni delavci
<b>Stopnja samostojnosti</b>	samostojnost pri ODA in ŠDA	delna samostojnost pri ODA in delna samostojnost pri ŠDA (pri izvajanju nekaterih aktivnosti mu pomagata žena in asistent, vendar le z namenom ohranjanja energije)
<b>Okupacije</b>	Šport, študij in učenje, ozaveščanje mladih	Šport, poučevanje, izobraževanje

V spodnjih dveh tabelah so predstavljeni najprej osebni (tabela 2) in nato še okoljski dejavniki (tabela 3), ki sta jih uporabnika izpostavila v intervjujih. Dejavniki v tabeli so poimenovani in razporejeni enako, kot to predstavlja PEOP model.

Tabela 2: Osebnostni (intrinzični) faktorji po PEOP modelu

Osebnostni (intrinzični) faktorji po PEOP modelu	U1 - SLO	U2 - NIZ
<b>Nevrovedenjski</b>	spastičnost	spastičnost
<b>Fiziološki</b>	nepopolna tetraplegija; odsotnost finih prijemov, zmanjšana moč rok, zmanjšana moč in senzibiliteta spodnjega dela trupa in udov	nepopolna tetraplegija; odsotnost finih prijemov, zmanjšana moč rok, znižana senzibiliteta v dlaneh, zmanjšana moč in senzibiliteta spodnjega dela trupa in udov, vstavljen urinski kateter
<b>Kognitivni</b>	ni posebnosti	Po izobrazbi zdravstveni tehnik – predhodno znanje o negi, poškodbah in rehabilitaciji.  » In včasih sem delal tudi kot zdravstveni tehnik anesteziolog v bolnišnici, 8 let. In to je tudi zakaj sem vedel/.../ In to je veliko pomagalo. Ampak, hkrati je bilo pa zelo strašljivo, ker sem v bistvu...vedel sem preveč.«
<b>Psihološki in čustveni</b>	<u>visoka stopnja motiviranosti</u>  »V bistvu se življenje spremeni s tabo pa ga, ko se vrneš, lahko začneš živet naprej, ne pa da leto, dva, tri sam gledaš v zrak pa razmišljaš kaj sploh boš v življenju. In pol nas je neki takih, k mamó srečo, na primer js rečem, da smo proaktivni, pa smo si , smo se hitro vrnil v življenje, pa smo si najdl aktivnosti.«	<u>visoka stopnja motiviranosti</u>  »Ko sem začel s fizioterapijo in delovno terapijo sem vedno veliko prej prišel tja. Me je bilo strah, da le bom zamudil kakšen trening ne bom nikoli več hodil in se normalno premikal.«
	<u>samoinicativno raziskovanje o možnostih pripomočkov in prilagoditev</u>  »Na začetku tko ful sprašuješ pa iščeš po spletu.«	<u>samoinicativno raziskovanje o možnostih pripomočkov in prilagoditev</u>  »Do zdaj še nisem imel takšnega, da bi rekel »to deluje« bom morda moral sam se spomniti in izumiti.«
	<u>ideje za izboljšanje situacije za osebe po poškodbi hrbtenjače</u>  »Kot sm prej omenu, mal za šalo, bi se res mal rad vrgu v te politične vode, ker manjka nekdo ki ve, iz prve roke, kaj »invalidi« rabimo.«  Za »nove prišleke«..ta »peer to peer« program mi nujno rabmo/.../bi blo, da bi blo svetovalni program za »nove«.  »Sej tut zato zdej, kjer je le možno spregovorim javno o tem, zato ker vidim da majo, ne sam mladi, ampak še posebej mladi podobne težave.«	<u>sodelovanje pri projektih za izboljšanje možnosti za ljudi po poškodbi hrbtenjače</u>  »Delam s študenti iz Zuyd Hogeschool in podjetjem Qeske/.../ pomagam, ker delajo projekt, da bojo naredili eksoskelet...«
<b>Duhovni</b>	<u>vera, poslanstvo v nesreči in poškodbi; predajanje znanja in pomoč</u>  »Če se od 100 ljudi v predavalnici, vsaj en nekaj zapomne in odnese od tega, sem naredu svoje«	<u>izkoristiti situacijo, da lahko pomaga drugim</u>  »Če vem te stvari in vidim, kaj ostali rabijo... zakaj ne bi pomagal?«  »Sem svetovalec in poskusni zajček hkrati«

Tabela 3: Okolijski (ekstrinzični) faktorji po PEOP modelu

Okolijski (ekstrinzični) faktorji po PEOP modelu	U1 - SLO	U2 - NIZ
Grajeno okolje in tehnologija	<p style="text-align: center;"><u>Invalidski voziček</u></p> <p>»Ker jaz sem dobil voziček, pa takoj ko sem dobil voziček je trajal neki čajta /.../misl, da sem ga uporabljal par mescev, pa sem si ga šel sam novga kupit, ker mi je bil čist neuporaben«</p> <p>»...prvega ko sem mel je bil tist z električnimi kolesi. Tisti pa... tut ne vem, če sem jih več kot dvakrat montiru.«</p>	<p style="text-align: center;"><u>Invalidski voziček</u></p> <p>»Čakal sem 9 mesecev. Bilo je čisto noro. /.../Je trajalo 9 mesecev. Od tega ko sem prišel domov«</p> <p>»In zdaj, ja, zglada kot lep invalidski voziček, ampak je čisto pretežek. Je zelo zelo težek, kar je težko za mojo ženo, če greva kam. Mora ona pospraviti voziček v avto. In je čisto pretežek. Zloži se sploh se. Lahko odstraniš samo kolesa. Tako, je bila slaba odločitev.«</p> <p>»Na začetku, so veseli z vsem kar ti dajo »o super, nov invalidski voziček« in vse to. In moja najljubša barva je oranžna in sem bil res navdušen, da sem ga dobil. In to je tista stvar – vesel si, da se lahko sploh premikaš. Ampak, potem začneš razmišljati, »oh, to je bilo veliko lažje v rehabilitacijskem centru, zakaj se pa tukaj ne morem premikati tako lahko?«.</p> <p>»V Adelante sem imel 8 kilogramov lažjega.«</p> <p>»Sem pa imel možnost, da dobim električno podporo za voziček. Jo imam, da jo dam pod voziček.«</p>
	<p style="text-align: center;"><u>Domače okolje</u></p> <p>»ko prideš domov. /.../ niti v bajto ne moreš. Ko prideš v bajto, ko te prinesejo ne morš v kopalnico, ne morš v sobo...«</p> <p>»Pri nas je bila res stara hiša in je bilo treba rušiti pa res, kar velik projekt je bil to.«</p>	<p style="text-align: center;"><u>Domače okolje</u></p> <p>»Hiša je bila k sreči prilagojena že ko sem prišel domov. Začelo se je...nekje dva meseca, mesec in pol preden sem bil odpuščen domov. Torej še v rehabilitaciji...«</p> <p>Naredili smo tudi dvigalo, ampak je večkrat zatajilo.</p>
	<p style="text-align: center;"><u>Avtomobil</u></p> <p>» V avtu mam pa pač volan za enoročno upravljanje pa vse mam na roko narjen.«</p>	<p style="text-align: center;"><u>Avtomobil</u></p> <p>»Torej, vse kar potrebuješ je na volanu; torej, zavore, plin...da lahko pospešuješ, luči, vse. Vse je tam gor.«</p>
	<p style="text-align: center;"><u>Javne ustanove</u></p> <p>»Seveda je še vedno razlika med urbanim pa ruralnim okoljem. Ljubljana je kar OK. Je pa neki takšnih ustanov, kot je Tobačna, k bi mogla biti velik bolj urejene, al pa na primer na Miklošičevi ZZS. Neki takšnih bi pomembnih ustanov bi blo še treba, ampak načeloma je uredu pa se še izboljšuje«</p> <p>»Najbol me ob živce spravljajo retardirane rampe«</p>	<p style="text-align: center;"><u>Javne ustanove</u></p> <p>»...se še najde kakšna, ampak je po mojem mnenju Nizozemska dobro prilagojena v splošnem.«</p>

	<p style="text-align: center;"><u>Javni prevoz</u></p> <p>»Že na primer uporaba avtobusa, je pri nas čist po nepotrebnem tok zapletena. Ful težje, kot bi rablo bit.«</p>	<p style="text-align: center;"><u>Javni prevoz</u></p> <p>»Transport je malo bolj zakompliciran. Jaz imam naročen prevoz, kadar grem na bazen ali na Zuyd. No, to tudi organizira država. Jaz plačam en majhen del, ostalo pa plača država.«</p> <p>»Zelo težko je uporabljati navaden avtobus ali vlak. Kdor želi mora vse organizirati in narediti načrte daleč vnaprej. Zato...zato ne uporabljam nikoli, je preveč komplicirano.«</p>
<b>Naravno okolje</b>	<p>Intervjuvanec ni izpostavil posebnih dejavnikov v naravnem okolju</p>	<p>»In vidiš, tu kjer živim je kar veliko hribov in bi bilo lepše še bi bil voziček lažji«</p> <p>»Ker živim tu, kjer so hribi in ne bi bil sposoben iti nikamor brez elektrike.«</p>
<b>Kulturno okolje</b>	<p>»V družbi pa neke stigme ne opažam. Na začetku sem jo ful, zdej pa niti ne več. /.../Opazim to bolj pozitivno diskriminacijo kot negativno.«</p>	<p>Intervjuvanec ni izpostavil posebnih dejavnikov kulturnega okolja.</p>
<b>Socialna podpora</b>	<p style="text-align: center;"><u>Praktična pomoč</u></p> <p>»Že to, da so bli frendi sploh pripravljene vlačiti pa tiščati v avte pa me premetavati... že to je blo. Mislim, ker to so bli mladi fantje takrat, tko kot js in sem jim res hvaležen...pa staršem in družini pa isto.«</p> <p>»Mam sicer osebnega asistenta, ampak je večinoma 24/7 na dopustu.«</p>	<p style="text-align: center;"><u>Praktična pomoč</u></p> <p>»Se spomnim, ko so sosedje prišli pomagat graditi klančino pred hišo.«</p> <p>»Sosed je zgradil še mizo za vstajanje, da jo imam na terasi.«</p> <p>»Pa še žena mi lahko tukaj pomaga če rabim. Je izobražena na neke stvari. Pomaga mi, ker če to delava tako, potem nama ni treba prositi za profesionalno pomoč.«</p> <p>»Rabim nekaj pomoči...zato pa imam vsak dan oskrbo na domu. /.../...potem prihraniš nekaj energije jutraj« drugače bi bil preveč utrujen, da bi počel katerekoli druge aktivnosti.../.../Potem mi ostane nekaj energije za take stvari.«</p>
	<p style="text-align: center;"><u>Informacijska podpora</u></p> <p>»Mal je škoda, ker nismo neki boljš vodeni čez njega. Ker nam dejansko, k vidim ker mam velik opravka s tujino, da se nam v Sloveniji življenje kr ustavi, ko se kej tazga zgodi. Se zlo počutiš nekoristnega in nesposobnega in pol od tu včasih pridejo tut kakšne samomorilne misli in to. Kar ni potrebe, če bi bli mal boljš vodeni s te psihološke stran«</p>	<p style="text-align: center;"><u>Informacijska podpora</u></p> <p>»V veliko pomoč mi je bil in mi še vedno je Yves. Tu ga kličemo »experience expert«. Na vozičku je že 6 let. Predstavili so mi ga na Adelante in je veliko vedel. Je bilo koristno imeti nekoga, ki je že šel čez podobne stvari kot ti, da ti pove, da nisi edini na svetu, ki se mu to dogaja. Večkrat je bil zraven na terapijah in ko sem poskušal nove stvari, me je podpiral in navijal zame.«</p> <p>»Torej tam tudi, ne veš kakšne so možnosti, kakšne možnosti so tam. Torej, šele ko sem šel kupiti avto so mi povedali kakšne možnosti so vse, ko kupiš avto.«</p>

	<p>»Za »nove prišleke«..ta »peer to peer« program mi nujno rabmo, to je, ampak so ga zavrnil zdej že ne vem kokrat. To bi blo, da bi blo svetovalni program za »nove«. Vsak dobi svojega mentorja, spoznorja, kokrkol, ki je približno podoben. Na primer mene bi dal enmu 20-letniku, enga poročenga 45-letnika bi dal ... To. To bi blo nujno potrebno.«</p> <p>»Tuki res rabmo to vaše, pač treba bi blo res gledat za vnaprej.«</p>	<p>» Ampak, posameznik bi moral biti izpostavljen vsem možnostim ki jih ima, da bi vedel kaj vse je tam zunaj. Ampak pač ne veš. In to bi bilo dobro tudi zato, da ne izbereš kar prve ponudbe in da imaš izbiro. Da potem ne dobiš 8kilogramov težji invalidski voziček kot bi ga lahko.«</p>
	<p><u>Čustvena podpora</u></p> <p>»S strani družine in prijateljev zelo dobro. Težko bi bilo boljše, realno, iskreno.«</p> <p>»Če hočeš it s frendi vn, je eno-urni proces al pa uro pa pol da prideš iz hiše do avta. Takrat pol, se v bistvu začne ta, ko bi najbolj rabu tisto psihično podporo.«</p> <p>»Da ne govorimo, psihične podpore ni nikakršne. Treba se je zavedat, da folk ko pride tja notr je podrt, ti morš prvo njega pripravt do tega, da si on želi, da bo vstau, da vidi smisel v lajfu. Ker tm ti če si »sej zdej itak ne bom nč do konca lajfa delu«, nima motivacije, da vstanem.«</p> <p>»Ne zgodi se samo tebi, vendar celotni družini.«</p> <p>»Kar mislim, da je zlo vplival. Ne bom reku, da mi drugače ne bi uspel se pobrat brez njih, definitivno sem se pa velik hitrej in lažje s podporo.«</p>	<p><u>Čustvena podpora</u></p> <p>»Žena je že od trenutka, ko so ji povedali, da je poškodba resna in da stanje ni popolnoma ozdravljiva, začela vztrajno in brez pritoževanja delati na tem, da bo naredila vse kar lahko, da bo lažje meni, no obema.«</p> <p>»So res veliko vsi pomagali. Tudi sodelavci. Ravno sem začel delati na ZUYD pa so vseeno pomagali. In tudi prijatelji. Verjetno bi težko se tako hitro pozdravil, če ne bi bilo njih.«</p> <p>»Z ženo so nama na Adelante večkrat ponujali, da bi se sestala s psihologom, pa ni bilo potrebe. Ampak, če bi želela bi lahko imela pogovore.«</p>
<p><b>Socialni in ekonomski sistemi</b></p>	<p>»...tko no, pri nas ful komplicirajo. Res, pretirano. Mislim, tam dobijo ljudje izpit za 40 let pri nas so pa tok kompliciral«</p>	<p><u>Stanovanjska politika</u></p> <p>»Tukaj moraš vse organizirati...v hiši...prilagoditi moraš hišo če želiš še naprej živeti v njej. Lahko izbereš...da se preseliš v hiše, ki so že prilagojene, ampak...jaz in moja žena sva želela še naprej živeti tukaj.«</p> <p>»Moral bi se preseliti v drug kraj. V Maastricht verjetno ja...vem da tam je tako, reče se jim »Fokus huis«, ljudje, ki so invalidi ali pa imajo posebne potrebe, tam oni živijo skupaj. Ampak jaz nisem želel živeti v okolju, kjer so vsi okoli mene invalidi. Ja, sem še premlad. No, vem, da nisem več tako mlad, ampak se mi zdi da sem še vedno premlad da bi živel v takšnem okolju. In verjetno bi se tam zelo matral, psihološko. Nikoli nisem probal, ampak mislim, da bi imel težave.«</p> <p>»..v Adelante sva imela možnost, imajo prilagojeno hišo, kjer lahko ostanejo tvoji bližnji in s tabo vadijo transferje in te stvari«</p>

	<p><u>Financiranje predelav, prilagoditev in pripomočkov</u></p> <p>»Tokrat donacije pa lasten žep.«</p> <p>»Tokrat smo še vozičke doplačeval ful ful. Ko jaz mislim, da sem takrat dobil 2 jurja pa neki za voziček, tko res ful sm doplaču, po par jurjev.«</p> <p>»Pa 800€ za predelavo avta, pa sej tko, teh stroškov, ko se jih zdej ne spomneš, pa rečeš teh malih stroškov – 100, 200, 300, 500, 150 – teh je blo ful, pomoje tut za par jurjev./.../ Mislm teh stroškov je blo res kr neki.«</p> <p>»Zdaj je to [predelava avtomobila] sicer mal dražje, ampak zdaj sofinancira ZZS. 85% oziroma če si socialno ogrožen 100%. Tko da so se te stvari zdaj kr izboljšale.«</p>	<p><u>Financiranje predelav, prilagoditev in pripomočkov</u></p> <p>»Ja stroški pa, so zelo visoki, ne. In imel sem kar srečo, ker sem imel dobro službo. In sem prihranil nekaj denarja. Ampak je popolnoma noro. Vsota denarja za vse je... (zmajuje z glavo)...rajši ne povem.«</p> <p>»Vse kar vidiš tukaj – to vse sem financiral sam. Z izjemo postelje in mize za stojo. Pa en invalidski voziček dobiš.«</p> <p>»In tudi...z....z vlado. Želijo ti pomagati, ampak moraš za vse plačati sam, če se odločiš, da ostaneš v svoji hiši«</p> <p>»Subvencijo za stanovanje dobiš, če se odločiš preseliti v že prilagojeno stanovanje. Če želiš ostati v svoji hiši pa za vse plačaš sam.«</p> <p>»No, vseeno dobivaš nekaj denarja od države, kot za svoje kolo – sem dobil povrnjenih 30%. In tudi glede dvigal, oni ne plačajo za dvigala, ampak oni potem pokrijejo stroške za popraviljanje, za vzdrževanje. Torej, pogodbe o vzdrževanju so pokrite od države.«</p>
--	---	--

V tabeli 4 so prikazani rezultati na temo vloge delovnega terapevta v procesu rehabilitacije v kliničnem okolju na Nizozemskem in v Sloveniji. Prikazani rezultati so bili pridobljeni na spletnih straneh in publikacijah institucij v katerih sta intervjuvana uporabnika preživljala čas rehabilitacije. Podatki za rehabilitacijo v Sloveniji so bili tako veljajo za URI-Soča, podatki za Nizozemsko pa so povzeti glede na informacije, ki jih ponuja Adelante Kenniscentrum. V tabeli 5 pa so prikazani citati, ki opisujejo, kakšne obravnave pa sta bila uporabnika dejansko deležna. Analizirana ni bila nobena uradna dokumentacija ali kartoteka posameznika, saj je tu bolj pomembna posameznikova izkušnja.

Tabela 4: Vloga delovnega terapevta v procesu rehabilitacije v kliničnem okolju

SLOVENIJA	NIZOZEMSKA
Izvedba uvodnega razgovora in ocenjevanj; začetno, vmesno in končno ocenjevanje glede na izbran pristop in model obravnave.	Izvedba uvodnega razgovora in ocenjevanj; začetno, vmesno in končno ocenjevanje glede na izbran pristop in model obravnave. Ocenjevanje je osredotočeno na funkcijo in senzorično zgornjih udov.

<p>Trening izvajanja vsakodnevnih aktivnosti, v program funkcionalne delovne terapije, ki ima za cilj izboljšanje vzdržljivosti, ravnotežja, mišične moči na zgornjih udih in kondicije, ter v program prostočasnih aktivnosti.</p>	<p>Izboljšanje motoričnih spretnosti, zanašanja na lastne spretnosti ter izboljšanje kognitivnih spretnosti, kot so pozornost in spretnosti načrtovanja. Obravnava zajema tudi treninge, ki so osredotočeni na maksimalno izkoriščanje preostalih funkcijskih sposobnosti. Treningi lahko zajemajo tudi vsebine o preventivi zadrževanja telesne vlage, razjed zaradi pritiska in okorelosti zaradi znižane telesne dejavnosti.</p>
<p>Svetovanja o uporabi pripomočkov v domačem okolju in potrebnih prilagoditev, kar vključuje tudi ogled in seznanitev z zahtevnimi medicinsko tehničnimi pripomočki v Domu IRIS. V proces so vključeni tudi uporabniki bližnji.</p>	<p>Pomoč pri uveljavljanju pravic do pripomočkov in asistence. Delovni terapevt je povezava med zavarovalnico, uporabnikom in ponudnikom storitve. Delovni terapevt lahko vodi proces pomerjanja in nameščanja pripomočkov. V ta del obravnave so vključeni tudi svojci z možnostjo večdnevnega bivanja v prilagojenem stanovanju z namenom privajanja na novo življenjsko okolje.</p>
<p>Delovna terapija na področju zaposlitvene rehabilitacije:</p> <p>Usmerjeni uvodni razgovor, ocenjevanje skozi aktivnost, testiranje problemskih področij, testiranje motorike, ocena vpliva utrujenosti, prilagodljivosti v simuliranih aktivnostih po zahtevnosti primerljivih z zahtevami in pričakovanji realnega delovnega okolja, izvedba obravnave in postopna integracija v delovno okolje.</p>	<p>Delovna terapija na področju zaposlitvene rehabilitacije:</p> <p>Specifični nasveti glede delovnega mesta. Na uporabnika usmerjeno svetovanje, ki na delo gleda v širšem spektru (delo in posameznik ter njuno medsebojno vplivanje) in zahteva večje število intervencij.</p>
<p>Delovni terapevt upošteva funkcijske sposobnosti in potrebe posameznega voznika, opravi oceno sposobnosti samostojnega izvajanja vožnje, presedanja v vozilo z zlaganjem vozička v vozilo, ocenjevanja mišične moči in gibljivosti zgornjih udov, ravnotežja, način sedenja v avtu ter kognitivnih sposobnosti.</p> <p>Upošteva pa tudi dejavnike v družini in okolju, ki vplivajo na uporabo in upravljanje vozila. Na podlagi ocen svetuje prilagoditev vozila. Predelave in prilagoditve se izvajajo tako za voznike kot ne voznike (sopotnike) z zmanjšano zmožnostjo gibanja.</p>	<p>Delovni terapevt je del tima in deluje kot svetovalec pri prilagoditvah za vozilo.</p> <p>Naloga terapevta je tudi, da uporabnika seznanji z možnimi subvencijami in financiranjem za željene prilagoditve.</p>



Tabela 5: Delovno terapevtska obravnava pri uporabnikih U1-SLO in U2-NIZ

DELOVNO TERAPEVTSKA OBRAVNAVA PRI UPORABNIKIH U1-SLO IN U2-NIZ	
U1-SLO	U2-NIZ
<p>» Nisem mel, jaz na primer niti nisem mel nekega specifičnega učenja oblačenja in teh stvari. »</p> <p>»Hja, takrat ko sem js biu program na Soči zlo slabo zastavljen. Noben ni vedu, kaj sploh delat, kdo dela, kr neki je blo.«</p>	<p>»Drugače smo pa delali na stvareh kot so transferji, oblačenje, kuhanje.«</p> <p>»In kot sem rekel za transfer....in v Adelante imaš...tam imajo avto Mini Cooper v zgradbi in se naučiš kako priti v avto in iz njega.«</p> <p>»...da so mi pokazali in svetovali »naredite to, mogoče poskusite raje drugače«.«</p> <p>»Naučili so me veliko trikov in dali napotke/.../ko sem bil v Adelante in potem že doma«</p>

V tabeli 6 je prikazana zakonska in protokolarna ureditev vloge delovnega terapevta pri prehodu iz kliničnega v domače okolje. Podatki o ureditvah so bili pridobljeni pri državnih zbornicah in zvezah ter informacijah dostopnih na državnih straneh s podatki o delovni terapiji. Tabela prav tako vsebuje izseke iz intervjujev, ki se navezujejo na ureditve ter predstavljajo uporabniško izkušnjo z le-temi, ter je hkrati odraz dejanskega stanja dostopnosti do teh ureditev in protokolov.

Tabela 6: Vloga delovnega terapevta v procesu prehoda iz kliničnega v domače okolje

	Ureditev	Uporabniška izkušnja
<b>SLOVENIJA</b>	<p>Delovni terapevt svetuje pri predpisovanju, kupovanju in uporabi pripomočkov, ki bi bili smiselni za posameznikovo domače okolje in okoljski prostor.</p> <p>Delovni terapevt lahko sodeluje pri gradnji in adaptaciji življenjskega okolja.</p>	<p>» Ne velik. Pomagal so mi vem pri teh ta prvih transferjih not- vn«</p>
<b>NIZOZEMSKA</b>	<p>Delovni terapevt svetuje o prilagoditvah doma in potrebnih pripomočkah.</p> <p>Pogovor o adaptacijah bivalnega okolja delovni terapevt začne že ob uvodnem pogovoru z uporabnikom, da se lahko čim prej začne proces prenove.</p> <p>Delovni terapevt podučí svojce o npr. načinih transferjev, negi, uporabi pripomočkov itd. v prilagojenih stanovanjih v rehabilitacijskem centru.</p>	<p>»Pa tudi za prilagoditve doma. Zato sem jih tudi imel, da so prišli najmanj 2 krat ali 3 krat, da so mi pokazali in svetovali »naredite to, mogoče poskusite raje drugače«. In tudi, dve tvoji kolegici iz ZUYD sta prišli sem, kot del projekta njunega, da sta pogledali, kako je moj dom prilagojen in kje je še prostor za napredek in izboljšanje...«</p>

	<p>V prvih tednih po odpustu v domače okolje, delovni terapevt pokliče uporabnika, da preveri, ali je namestitev v domače okolje potekala po dogovorjenem protokolu.. Po dogovoru delovni terapevt obišče uporabnika na domu, kjer uporabniku v lastnem okolju pomaga pri uporabi pripomočkov in svetuje o morebitnih dodatnih prilagoditvah. Spremembe lahko predlaga na področju izvedbe aktivnosti ali pa glede pripomočkov.</p> <p>Delovni terapevt ostane v kontaktu z uporabnikom tudi kasneje in je na voljo za vprašanja in možne dodatne obravnave/obiske v domačem okolju.</p>	<p>» Potem pa prišli, ko je bilo vse že pripravljeno. Potem pa so mi pomagali, na primer z dvigalom, ki gre v višje nadstropje, kako naj zdaj jaz naredim transfer iz invalidskega vozička v sedež dvigala. In potem ja, pridejo delovni terapevti in ti povejo »morda bi to naredili tako, ali pa tako«. Delovni in fizioterapevt, oba sta prišla. Delovni terapevt je imel nekaj nasvetov za transfer..«</p>
--	--	--

Tabela 7 prikazuje uporabniško izkušnjo obeh intervjuvancev z delovno terapijo. V tabeli so zajeti tako pozitivni kot negativni vtisi, prav tako pa tabela vključuje tudi predloge in želje, ki sta jih glede delovne terapije tekom rehabilitacije izrazila uporabnika.

Tabela 7: Uporabniška izkušnja z delovno terapijo

	U1 – SLO	U2 - NIZ
<p><b>Pozitivna izkušnja</b></p>	<p>» Sicer sem bil zelo zadovoljen z delovno terapijo. /.../ ... sta ble zelo uredu. Še posebi (delovna terapevtka), je ogromen enga znanja mela, ampak nekak ogranzicija dela ni bla tko ko bi mogla bit.«</p> <p>»... edina svetla točka v tisti Soči je bla delovna terapija. Način, odnos, delo zelo uredu.«</p>	<p>»Zelo dobra, še vedno včasih sodelujemo pri projektih. Imajo veliko znanja. Večkrat sem rekel »to je moja prva poškodba hrbtenjače, zato ne vem stvari, pomagajte«. Ampak so zelo prijazni.«</p> <p>»In oni vejo veliko; imajo rešitev za vse. Prav neverjetno je! Če na primer rečeš »oh, imam težave z gumbi« in oni imajo napravo za to.«</p> <p>» Karkoli želiš, delovni terapevti imajo rešitev za to.«</p> <p>»In še do danes uporabljam te nasvete«</p>
<p><b>Negativna izkušnja</b></p>	<p>»Nihče ni znal pogledat tko pol leta vnaprej. Noben se ni znal zavedat, da sem js 5 mescov po poškodbi in da to da v bistvu zdej še sploh ne znam vozička uporabljat. Da ni tolko funkcijo. Bi mogli vnaprej pogledat.«</p> <p>»Hja, takrat ko sem js biu program na Soči zelo slabo zastavljen. Noben ni vedu, kaj sploh delat, kdo dela, kr neki je blo. »Ja lej, zdej te bomo pa neke transferje vadl« in smo kr neki.«</p> <p>»Sam da se oprav. 45minut fizioterapije na dan pa ena ura delovne terapije, od tega pou ure kavo piješ in to je to«</p> <p>»Efektivnega dela pa ni blo, nek filing da bi meu da greš mal tja spit pa se pogovarjat. Bolj ta duhovna plat. Kar je takrat ful pasalo, ampak ni to to.«</p> <p>»... ful mi niso, take majo ene sisteme, niso mi všeč no. Ja tle pri nas, tko k učijo, pa še vedno</p>	<p>»In tam, tam se zanašal na izkušnje delovnih terapevtov in podjetij, ki delajo vozičke. Ampak, kar ne vzamejo v razmislek in odločitev je, kaj ti dejansko želiš početi z njim.«</p>

	<p><i>pretirano dvigovanje za hlače tam, kjer ni potrebno. Mislim, men so rano nardil s tem, na trtici. /.../... v bistvu je plenica ful dobra iz tega razloga na Soči, da se izgoneš rani.«</i></p> <p><i>»Gor se skor, al pa čist samostojno presedajo, velik težji od mene že v zlo zlo zgodni fazi, zato ker je to ena izmed prioriteta na kateri se dela. Seprav, da greš ti lahko sam iz postle na voziček pa iz vozička v posteljo. To je ena izmed res prioriteta.«</i></p>	
<b>Želje in predlogi</b>	<p><i>»Tuki res rabmo to vaše, pač treba bi blo res gledat za vnaprej.«</i></p> <p><i>»Lahko bi nardil skupi, z vami na faksu mal informacij za ljudi.../.../ za mlade bolj kot ena spletna stran, za odrasle pa brošure/.../ da bi bil ta pretok informacij mal boljši kokr je zdej«</i></p>	<p><i>»Ampak pač ne veš. In to bi bilo dobro tudi zato, da ne izbereš kar prve ponudbe in da imaš izbiro. Da potem ne dobiš 8kilogramov težji invalidski voziček kot bi ga lahko.«</i></p> <p><i>»Torej tam tudi, ne veš kakšne so možnosti, kakšne možnosti so tam. /.../. Je še prostor za napredek tu. To bi lahko počeli kar v rehabilitacijskem centru ali pa kjerkoli.«</i></p>

## 5 RAZPRAVA

Preko izvedenih intervjujev smo izvedeli, da sta vzroka za nastanek poškodbe hrbtenjače pri obeh uporabnikih, med tistimi, ki so svetovno gledano najpogostejši. Najpogostejši vzrok za nastanek travmatskih okvar hrbtenjače so namreč prometne nesreče (40-55%), drugi so padci (40%), na tretjem mestu so poškodbe, ki so posledica nasilja, tem pa sledijo športnih poškodbe pri katerih prevladujejo skoki v vodo in pa kolesarske nesreče). Bickenbach (2013) opisuje tudi statistiko, da pri najmanj 34% travmatskih poškodb vlogo igra alkohol. Pri čemer pa je ravno slednji največkrat glavni povzročitelj prometnih nesreč (Kang et al., 2018). Prav takšna situacija je vodila k poškodbi hrbtenjače pri U1-SLO. Vzrok poškodbe pri U2 – NIZ pa je bila, že prej omenjena, športna poškodba pri padcu s kolesa.

Diagnoza obeh uporabnikov v diplomski nalogi je nepopolna tetraplegija. Tetraplegija je termin, ki se uporablja za opisovanje okvar cervikalnih delov hrbtenjače (C1-T1). Odvisno od resnosti in nivoja okvare, se tetraplegija lahko izrazi kot različno obsežna izguba funkcionalnosti vratu, trupa, zgornjih in spodnjih ekstremitet (Bickenbach, 2013). Poškodbe vratnega dela hrbtenjače predstavljajo 50% vseh poškodb hrbtenjače (Jug, 2019). V študijah primera je pri obeh uporabnikih šlo za poškodbe C4 in C5. Kljub visoki okvari pa gre za nepopolno okvaro, kar se kaže z ohranitvijo nekaterih spretnosti pod nevrološkim nivojem okvare, vključno z najnižjimi sakralnimi segmenti S4-S5

Proces zdravljenja po poškodbi hrbtenjače lahko razdelimo v tri časovna obdobja; predbolnišnična in akutna oskrba/nega, post-akutna nega in rehabilitacija ter ohranjanje zdravja (Bickenbach, 2013). Pri U1 – SLO je šlo za dvomesečno akutno oskrbo v UKC Maribor, pri U2 – NIZ pa je ta trajala 2 tedna na Kliniki RTWH v Aachnu, kar sovпада s podatkom, da je povprečni čas akutne nege v bolnišnici na Nizozemskem 17 dni (Post et. Al, 2017). Za Slovenijo podatka o povprečnem času akutne oskrbe ni bilo možno pridobiti. Post akutna nega je pri U1 – SLO na URI Soča potekala 3 mesece, pri U2 - NIZ pa 7 mesecev v specializiranem rehabilitacijskem centru za poškodbo hrbtenjače Adelante Kenniscentrum. Rehabilitacijski centri so po državi razporejeni tako, da ima pacient do najbližjega le uro vožnje stran. V Sloveniji specializiranih rehabilitacijskih centrov nimamo. Pri U1 – SLO so bili v proces rehabilitacije vključeni zdravniki, zdravstveni tehniki in medicinske sestre, delovni terapevti, fizioterapevti, ter socialni delavci, medtem ko so poleg teh profilov pri rehabilitaciji U2 – NIZ sodelovali tudi svetovalec za reintegracijo, nekdanji uporabniki iz Adelante Kenniscentrum, psiholog ter strokovnjak za zaposlovanje iz vladnega organa UWU. Ta podatek kaže na to, da

je kljub temu, da se oba rehabilitacijska inštituta ponašata z interdisciplinarnim pristopom, v Sloveniji razpon profilov sodelujočih strokovnih delavcev vseeno manjši. Predvsem je potrebno izpostaviti primanjkljaj psihološke oziroma psihiatrične obravnave ter stik z nekdanjimi uporabniki, ki svoje občutke lahko delijo s prve roke in tako trenutnim uporabnikom lahko nudijo najbolj kritične informacije, ki jih morda nimajo niti strokovni delavci.

Za primerjavo med številom vključenih v interdisciplinarno obravnavo dobro služi tudi podatek, ki ga je delil generalni direktor URI – Soča, mag. Robert Cugelj:

*»V URI - Soča opravimo letno skoraj 19 tisoč obiskov pacientov in imamo trenutno 620 zaposlenih. Primerljiva rehabilitacijska bolnišnica Adelante na Nizozemskem obravnava letno 13.500 obiskov in ima 1.030 zaposlenih. V URI - Soča se želimo primerjati z evropskimi rehabilitacijskimi inštitucijami in na podlagi teh primerjav ugotavljati našo produktivnost, uspešnost pri doseganju rehabilitacijskih ciljev ter doseganje kakovosti naših storitev, kar nam daje osnovo za optimizacijo naših procesov«.*

Ta podatek kaže na dobro ozaveščenost URI Soča o njihovem prostoru v evropskem okolju in njihovi primerljivosti z ostalimi inštituti.

Tretjo stopnjo zdravljenja je U2-NIZ 7 mesecev opravljal v dnevnem centru Adelante AfterCare Clinic. Trenutno pa še vedno uporablja možnost asistenc na domu. To storitev koristi, saj mu omogoča da s tem prihrani energijo za ostale aktivnosti čez dan. Poleg tega je še vedno lahko deležen obiskov delovnih terapevtov na domu, ima pa tudi možnost naknadnih obravnav v rehabilitacijskem centru, če bi se pojavila potreba po njih. U2- NIZ je torej delno samostojen pri ODA in ŠDA. Uporabnik U1 – SLO pa ni bil deležen nikakršne oskrbe na domu ali v dnevnem centru. Sicer ima na voljo asistenta, a ga ne koristi. Uporabnik je samostojen pri ODA in ŠDA. Pri obeh uporabnikih so odsotni fini prijemi, zmanjšana je moč rok, zmanjšani sta prav tako moč in senzibiliteta spodnjega dela trupa in udov.

V Sloveniji trenutno še nimamo urejene delovno terapevtske službe, ki bi z uporabnikom obravnavo lahko nadaljevala tudi po zaključeni rehabilitaciji. Izjemoma gre tukaj za dnevne centre, ki pa so pri nas večinoma namenjeni osebam z motnjami v duševnem zdravju.

Z uvedbo delovne terapije v domačem okolju, bi lahko zmanjšali šok uporabnika, ko iz kliničnega okolja, v katerem se še nauči bolj ali manj samostojno funkcionirati, pride v domače – neprilagojeno okolje, v katerem izgubi vse naučeno znanje (Bickenbach, 2013).

Za primerjavo uporabnikov skozi delovno terapevtsko dožemanje uporabnika, je bil izbran model PEOP. Model PEOP sestavljajo štiri glavne komponente, ki opisujejo: kaj ljudje morajo ali želijo početi v vsakodnevnem življenju (okupacije); izvedba okupacije in kako se psihološki, fiziološki, nevro-vedenjski, kognitivni dejavniki ter dejavniki duhovnosti (oseba) povezujejo z okoljem v katerem se okupacije odvijajo ter kako vsi dejavniki skupaj vplivajo na uspešnost izvedbe. Interakcija zmožnosti, okolja in izbrane aktivnosti vodi v okupacijsko izvedbo in participacijo (Baum in Christiansen, 2005).

Obema uporabnikoma še vedno glavno okupacijo predstavlja šport. U1 – SLO se na primer ukvarja z ragbijem na invalidskem vozičku, plesom na vozičku, fitnesom, U2 – NIZ pa se primarno ukvarja s kolesarjenjem. Oba uporabnika se rada izobražujeta, tako o njima že prej ljubih znanostih, kot o poškodbi hrbtenjače ter možnih prilagoditvah ter novitetah iz področja rehabilitacije. Oba sta prav tako vključena v izobraževanje mladih. U1 – SLO deluje predvsem na področju ozaveščanja mladih o nevarnosti vožnje pod vplivom alkohola, U2 – NIZ pa kot mentor in »poskusni zajček« sodeluje pri razvijanju inovacij, pripomočkov, naprav itd. na fakulteti ZUYD in v podjetju Oeske, kjer svoje znanje in vpogled o poškodbi hrbtenjače, iz prve roke, deli s študenti ter inovatorji. Okupacijska izvedba pri obeh uporabnikih je zadovoljiva. Sta samostojna oziroma deloma samostojna pri ODA in ŠDA. Poleg njunih osebnostnih dejavnikov, ki so deloma pogojeni z njunim zdravstvenim stanjem je veliki meri na njuno okupacijsko izvedbo vplivata okolje. V sledečih odstavkih je podrobneje opisano kako uporabnikovi zunanji in notranji dejavniki vplivajo na pozitivno okupacijsko izvedbo pri uporabnikih.

Iz zgoraj napisanega je razvidno, da gre pri obeh uporabnikih za prisotnost zelo pozitivnih psiholoških in čustvenih osebnostnih dejavnikov. Pri obeh je bila že med samo rehabilitacijo prisotna visoka stopnja motiviranosti. U1 – SLO to utemeljuje z besedami: *»V bistvu se življenje spremeni s tabo pa ga, ko se vrneš, lahko začneš živet naprej, ne pa da leto, dva, tri sam gledaš v zrak pa razmišljaš kaj sploh boš v življenju. In pol nas je neki takih, k mamu srečo, na primer js rečem, da smo proaktivni, pa smo si , smo se hitro vrnil v življenje, pa smo si najdl aktivnosti.«*. Uporabnik iz Nizozemske pa je delil anekdoto iz rehabilitacije, ki prav tako potrjuje visoko stopnjo motiviranosti. *»Ko sem začel s fizioterapijo in delovno terapijo sem vedno veliko prej prišel tja. Me je bilo strah, da le bom zamudil kakšen trening ne bom nikoli več hodil in se normalno premikal.«* Oba uporabnika sta tudi samoiniciativna glede raziskovanja o možnostih pripomočkov in prilagoditev.

*»Na začetku tko ful sprašuješ pa iščeš po spletu.« (U1 – SLO)*

*»Do zdaj še nisem imel takšnega, da bi rekel »to deluje« bom morda moral sam se spomniti in izumiti.« (U2 – NIZ).*

Uporabnik iz Slovenije ima veliko idej, kako bi lahko svoje trenutno znanje in vedenje o poškodbah hrbtenjače in soočanjem s procesom rehabilitacije, delil z ostalimi: *»Kot sm prej omenu, mal za šalo, bi se res mal rad vrgu v te politične vode, ker manjka nekdo ki ve, iz prve roke, kaj »invalidi« rabimo./.../Za »nove prišleke«..ta »peer to peer« program mi nujno rabmo/.../bi blo, da bi blo svetovalni program za »nove«/.../ »Sej tut zato zdej, kjer je le možno spregovorim javno o tem, zato ker vidim da majo, ne sam mladi, ampak še posebej mladi podobne težave.«.* Oba uporabnika v svoji poškodbi in rehabilitacijskem procesu vidita poslanstvo:

*»Če vem te stvari in vidim, kaj ostali rabijo... zakaj ne bi pomagal?« (U2 – NIZ)*

Pri U2 – NIZ je pomembno izpostaviti tudi informacijo, da je bil uporabnik pred nastankom poškodbe zaposlen kot zdravstveni tehnik anesteziolog in je imel o sami negi, poškodbah in rehabilitaciji več znanja, kar je dodatno pripomoglo pri psihološkem in kognitivnem soočanju s poškodbo.

*»In včasih sem delal tudi kot zdravstveni tehnik anesteziolog v bolnišnici, 8 let. In to je tudi zakaj sem vedel/.../ In to je veliko pomagalo. Ampak, hkrati je bilo pa zelo strašljivo, ker sem v bistvu...vedel sem preveč.« (U2 – NIZ).*

U1 – SLO pa se je pri psihološkem spopadanju s posledicami poškodbe zatekel k veri.

Poleg osebnostnih dejavnikov, pa je pri modelu PEOP enako pomemben del tudi okolje. Okolje v PEOP modelu sestavljajo: grajeno okolje in tehnologija, naravno okolje, kulturno okolje in vrednote ter socialni dejavniki (socio-ekonomski sistemi ter socialna podpora) (Bauman in Christiansen, 2005).

O fizičnem okolju je treba premišljati z ozirom na njegovo dostopnost in obvladljivost, hkrati pa tudi na varnost in estetiko. Oblikovalci bi tako morali upoštevati te vidike, če želijo s svojimi produkti podpirati posameznikovo izvedbo okupacije in nuditi udobje ter užitek. Za analizo fizičnega oziroma grajenega okolja sta relevantna tudi primernost posameznikovega življenjskega prostora, da zadovoljuje posameznikove edinstvene potrebe ter prenosljivost javnih površin.

Vsi ljudje uporabljajo pripomočke ali naprave, ki podpirajo njihovo vključevanje v aktivnosti. Pripomočki, ki jih uporabljajo ljudje s posebnimi potrebami pa morajo biti uporabni znotraj

posameznikovih sposobnosti in spretnosti. Skupno ime za naprave, ki dosegajo ta kriterij je »podporna tehnologija« (Bauman in Christiansen, 2005). Eden izmed pripomočkov, kateri je za življenje oseb po poškodbi hrbtenjače ključnega pomena je zagotovo invalidski voziček. Kljub temu pa sta oba uporabnika pri samem pridobivanju na invalidski voziček naletela na nekaj ovir. Pri U1-SLO je trajal nekaj tednov preden je dobil invalidski voziček, pri U2 – NIZ pa kar 9 mesecev: *»Čakal sem 9 mesecev. Bilo je čisto noro. /.../Je trajalo 9 mesecev. Od tega ko sem prišel domov.«*. Poleg čakanja, pa oba uporabnika izpostavljata, da sta bil invalidska vozička dokaj neuporabna. U1 – SLO pravi: *»Ker jaz sem dobil voziček, pa takoj ko sem dobil voziček je trajal neki cajta /.../mislil, da sem ga uporabljal par mesecov, pa sem si ga šel sam novga kupiti, ker mi je bil čist neuporaben.../...pretežek in okorn.../«*. U2-NIZ pa: *»In zdaj, ja, zgleda kot lep invalidski voziček, ampak je čisto pretežek. Je zelo zelo težek, kar je težko za mojo ženo, če greva kam. Mora ona pospraviti voziček v avto. In je čisto pretežek. Zloži se sploh se. Lahko odstraniš samo kolesa. Tako, je bila slaba odločitev.«*

*»Na začetku, so veseli z vsem kar ti dajo «o super, nov invalidski voziček« in vse to. In moja najljubša barva je oranžna in sem bil res navdušen, da sem ga dobil. In to je tista stvar – veseli si, da se lahko sploh premikaš. Ampak, potem začneš razmišljati, »oh, to je bilo veliko lažje v rehabilitacijskem centru, zakaj se pa tukaj ne morem premikati tako lahko/.../V Adelante sem imel 8 kilogramov lažjega.« (U2-NIZ)*

Uporabnikoma se je voziček zdel »neuporaben«, kar pripisujeta dejstvu, da je »testiranje« za voziček potekalo tekom same rehabilitacije, ko praktično še nihče ni čisto vedel kakšen bo končni izid rehabilitacije. Žal gre v tej situaciji za logistični zalogaj, saj je potrebno za pravočasno pridobitev invalidskega vozička (v teoriji torej ob odpustu), naročilo zanj oddati že mnogo prej. Za uporabnike bi bilo najbolj koristno, da bi se na invalidski voziček, ki ga bodo s seboj odnesli domov, začeli privajati že tekom same rehabilitacije. To bi sicer pomenilo, da bi, če bi se želeli ozirati še na to, da je voziček karseda prilagojen uporabniku, testiranje vozička še podaljšalo čas rehabilitacije, kar pa zaradi prezasedenosti in že obstoječih čakalnih vrst za sprejem na rehabilitacijsko kliniko, ni izvedljivo. V nasprotnem primeru, ki je natanko to, kar se dogaja v trenutni realni situaciji, prihaja do tega, da uporabnik izgubi velik del samostojnosti s področja mobilnosti, skrbi zase itd., ki se ga je naučil v procesu rehabilitacije. Odhod iz rehabilitacijskega centra brez (uporabnega) invalidskega vozička, izniči dovršen del napredka ter po drugi strani rezultate dela delovnih terapevtov.

Do največjega razhoda med dejavniki okolja in tehnologije pri obeh uporabnikih prihaja pri dejavniki v domačem okolju. Kot pravi že Bickenbach (2013) je odpust iz rehabilitacijskega



okolja otežen, če uporabnika v domačem okolju čakajo ovire, kot so: stopnice, majhne kopalnice in nedostopne kuhinje, kar učinkovito pomeni, da osebe postanejo »ujetniki v lastnem domu«. Kot posledica tega lahko nastane t.i. »bed blocking«, ko je pacientovo zdravstveno stanje dovolj dobro, da bi lahko odšel domov, ampak ostaja v bolnišničnem/rehabilitacijskem okolju zaradi neprimerne dostopnosti lastnega doma. To gre v največji meri moč pripisati drugačni zakonski ureditvi pri nas in na Nizozemskem, o čem bo več razloženo kasneje v razpravi. U1-SLO je namreč pri prihodu iz URI – Soča naletel na popolnoma neprilagojeno domače okolje.

*»ko prideš domov. /.../ niti v bajto ne moreš. Ko prideš v bajto, ko te prinesejo ne morš v kopalnico, ne morš v sobo...«.*

To zopet pomeni, da uporabnik ne more uporabiti tekom rehabilitacije pridobljenega znanja v domačem okolju, kar spet izniči skoraj vse delo in trud, ki ga v rehabilitacijo uporabnika vlagajo predvsem delovni terapevti. U1-SLO si je sčasoma prilagodil hišo, tako da lahko v njen sedaj brez težav opravlja ODA in ŠDA. Pri U2 – NIZ pa je bila hiša, ob prihodu domov, že prilagojena.

*»Hiša je bila k sreči prilagojena že ko sem prišel domov. Začelo se je...nekje dva meseca, mesec in pol preden sem bil odpuščen domov. Torej še v rehabilitaciji...«.*

To pomeni, da je lahko uporabnik, v primerjavi z uporabnikom iz Slovenije, v svojem domačem okolju lahko nemudoma apliciral vse znanje, ki ga je pridobil o izvajanju ODA in ŠDA. Prilagojeno okolje je tako U2-NIZ v nasprotju z U1-SLO omogočalo okupacijsko izvedbo.

Podobno se dogaja tudi pri dostopanju do javnih ustanov. Uporabnik iz Nizozemske se na vsakodnevni ravno bolj redko, če sploh kdaj sreča z neprilagojenimi javnimi površinami, kar pa ni moč reči za uporabnika iz Slovenije.

*»Seveda je še vedno razlika med urbanim pa ruralnim okoljem. Ljubljana je kar OK. Je pa neki takšnih ustanov, kot je Tobačna, k bi mogla bit velik bolj urejene, al pa na primer na Miklošičevi ZZZS. Neki takšnih bl pomembnih ustanov bi blo še treba, ampak načeloma je uredu pa se še izboljšuje.«(U1-SLO)*

Travmatska poškodba hrbtenjače je ena izmed najbolj pretresljivih nesreč, ki lahko vodi do različnih stopenj paraliz, izgube sensorike ter disfunkcije mehurja in črevesja. Posledice pusti ne le pri posamezniku, ampak predstavlja tudi velikansko ekonomsko breme za družino in družbo (Kang, 2018).

Socialna podpora vpliva na izide okupacijskih podvigov in pripomore k zdravju in dobremu počutju na več nivojih. Nekateri posamezniki se odločijo, da imajo več socialnih mrež kot ostali. Ko se pojavi invalidnost, se strategije za pridobivanje socialne podpore za omogočanje participacije izkažejo za uporabne. McColl (1997) in Thoits (1997) opisujeta 3 vrste socialne podpore: praktična podpora (instrumentalna pomoč), informacijska podpora (nasveti, vodenje, znanje, učenje veščin) in čustvena podpora. Oba uporabnika ste imela dobre izkušnje s praktično podporo znotraj svojih socialnih mrež. Edina razlika med uporabnikoma je ta, kdo je sestavljal te mreže. Pri U1 – SLO je šlo predvsem za družino in prijatelje: *»Že to, da so bli frendi sploh pripravljeni vlačiti pa tiščati v avto pa me premetavati... že to je bilo. Mislim, ker to so bili mladi fantje takrat, tko kot js in sem jim res hvaležen...pa staršem in družini pa isto. «*. U2 – NIZ pa je bil deležen pomoči predvsem žene in sosedov: *»Se spomnim, ko so sosedge prišli pomagat graditi klančino pred hišo..../Sosed je zgradil še mizo za vstajanje, da jo imam na terasi.«*

Podobno je tudi pri čustveni podpori.

*»Ne zgodi se samo tebi, vendar celotni družini./.../ Ne bom reku, da mi drugače ne bi uspel se pobrat brez njih, definitivno sem se pa velik hitreje in lažje s podporo.« (U1-SLO)*

*»Žena je že od trenutka, ko so ji povedali, da je poškodba resna in da stanje ni popolnoma ozdravljiva, začela vztrajno in brez pritoževanja delati na tem, da bo naredila vse kar lahko, da bo lažje meni, no obema.« (U2-NIZ)*

*»So res veliko vsi pomagali. Tudi sodelavci. Ravno sem začel delati na ZUYD pa so vseeno pomagali. In tudi prijatelji. Verjetno bi težko se tako hitro pozdravil, če ne bi bilo njih. (U2-NIZ)*

Je pa uporabnik iz Slovenije izpostavil, da je pogrešal čustveno podporo v samem rehabilitacijskem centru:

*»Da ne govorimo, psihične podpore ni nikakršne. Treba se je zavedati, da folk ko pride tja noter je podrt, ti morš prvo njega pripraviti do tega, da si on želi, da bo vstau, da vidi smisel v lajfu. Ker tm ti če si »sej zdej itak ne bom nič do konca lajfa delu«, nima motivacije, da vstanem./.../Se zelo počutiš nekoristnega in nesposobnega in pol od tu včasih pridejo tudi kakšne samomorilne misli in to. Kar ni potrebe, če bi bili mal bolj vodeni s te psihološke strani.«*

Poleg čustvene pa je pri rehabilitaciji v Sloveniji po mnenju uporabnika zelo slaba predvsem informacijska podpora:

*»Mal je škoda, ker nismo neki boljš vodeni čez njega. Ker nam dejansko, k vidim ker mam velik opravka s tujino, da se nam v Sloveniji življenje kr ustavi, ko se kej tazga zgodi. Se zlo počutiš nekoristnega in nesposobnega in pol od tu včasih pridejo tut kakšne samomorilne misli in to. Kar ni potrebe, če bi bli mal boljš vodeni s te psihološke stran« (U1-SLO)*

*»Za »nove prišleke«..ta »peer to peer« program mi nujno rabmo, to je, ampak so ga zavrnil zdej že nevem kokrat. To bi blo, da bi blo svetovalni program za »nove«. Vsak dobi svojega mentorja, spoznorja, kokrkol, ki je približno podobn. Na primer mene bi dal enmu 20-letniku, enga poročenga 45-letnika bi dal... To. To bi blo nujno potrebno.« (U1-SLO)*

Tako imenovani »peer to peer program« poznajo in uporabljajo na Nizozemskem, med drugim tudi v rehabilitacijskem centru Adelante, kjer je bil v program vključen tudi U2-NIZ. Tam je spoznal uporabnika, ki je v centru v sklopu prostovoljne dejavnosti v vlogi strokovnjaka z izkušnjami (ang. »experience expert«). Uporabnik je bil v času rehabilitacije U2-NIZ na vozičku že 6 let in z njim delil svojo zgodbo ter ga pogosto spremljal, podpiral in zanj navijal na terapijah.

*»Je bilo koristno imeti nekoga, ki je že šel čez podobne stvari kot ti, da ti pove, da nisi edini na svetu, ki se mu to dogaja.« (U2-NIZ)*

Kljub informacijski podpori nekdanjih uporabnikov pa se tudi na Nizozemskem pojavlja potreba po več informacijah s strani zdravstvenih delavcev tekom rehabilitacije.

*»Torej tam tudi, ne veš kakšne so možnosti, kakšne možnosti so tam. Torej, šele ko sem šel kupit avto so mi povedali kakšne možnosti so vse, ko kupiš avto.« (U2-NIZ)*

*» Ampak, posameznik bi moral biti izpostavljen vsem možnostim ki jih ima, da bi vedel kaj vse je tam zunaj. Ampak pač ne veš. In to bi bilo dobro tudi zato, da ne izbereš kar prve ponudbe in da imaš izbiro. Da potem ne dobiš 8kilogramov težji invalidski voziček kot bi ga lahko.« (U2-NIZ)*

Gre torej za globalni problem pomanjkanja informacij za ljudi, ki se naenkrat znajdejo v popolnoma novi in nepričakovani življenjski situaciji. Seveda je velik del informacij dostopen preko spleta, a je popolnoma drugače ali uporabniki informacije prejmejo iz prve roke ali posredno.

Delovni terapevti morajo tako razumeti mehanizme socialne podpore, da lahko posameznika izobrazijo o učinkoviti uporabi le-teh. Terapevti morajo vedeti o mrežah, vrstah in virih podpore in kako oceniti vzorce socialne podpore, katero koristi uporabnik.

Ekonomski pogoji in dostopnost virov je lahko tisti faktor, ki določa, ali bo oseba z invalidnostjo ali kroničnim zdravstvenim stanjem imela dostop do fiziatra ali drugih izvajalcev zdravstvenih storitev, ali se bo oseba lahko premikala znotraj svojega okolja in ali bo posameznik lahko v stikih z ljudmi iz svoje socialne mreže. Država in politika zaposlovanja pogosto določata dostopnost do virov (Baum in Christiansen, 2005).

Kot že omenjeno, prihaja na področju socialnih in ekonomskih sistemov do velikega razkoraka med Slovenijo in Nizozemsko. Prav ta dva sistema pa sta igrata praktično največjo vlogo pri tem, ali bo oseba po končani rehabilitaciji lahko nadaljevala z uspešnim in samostojnim življenjem v vseh okoljih, ali bo le-to oteženo.

Na Nizozemskem so osebe po pridobljeni invalidnosti, ki jim otežuje življenje v domačem okolju, kot so ga poznali pred pridobitvijo, postavljene pred dve možnosti. Lahko se preselijo v že prilagojena stanovanja ali pa svoje stanovanje prilagodijo. Na Nizozemskem so tako postavljene celotne manjše vasi sestavljene iz hiš, ki se imenujejo »Fokus huis«. Tovrstne hiše so praktično popolnoma prilagojene za življenje invalida ali starostnika. Hiše so pritlične in opremljene z vsemi osnovnimi pripomočki (držala, proti zdrsne podlage, po višini nastavljive delovne površine itd.). Tovrstne hiše se nahajajo v predmestjih večjih Nizozemskih mest in tako omogočajo invalidom, da ohranjajo bližino do npr. delovnega mesta in ne navsezadnje tudi socialnega življenja. Stanovalcem so brezplačno na voljo asistenti ter zdravstveni profili, ki jih posameznik morda potrebuje, predvsem pri osnovnih dnevniških aktivnostih. Stanovanja so subvencionirana s strani države, kar stanovalcem, ki so največkrat v ne najugodnejši finančni situaciji, olajša kritje stroškov. Prav tako občina v kateri se hiša nahaja, povrne stroške nakupa dodatnih podpornih tehnologij. Kljub temu pa se U2-NIZ, ni odločila za selitev v prilagojeno stanovanje.

*»Moral bi se preseliti v drug kraj. V Maastricht verjetno ja...vem da tam je tako, reče se jim »Fokus huis«, ljudje, ki so invalidi ali pa imajo posebne potrebe, tam oni živijo skupaj. Ampak jaz nisem želel živeti v okolju, kjer so vsi okoli mene invalidi. Ja, sem še premlad. No, vem, da nisem več tako mlad, ampak se mi zdi da sem še vedno premlad da bi živel v takšnem okolju. In verjetno bi se tam zelo matral, psihološko. Nikoli nisem probal, ampak mislim, da bi imel težave.«*

Namesto selitve se je uporabnik odločil, da raje prilagodi hišo v kateri je živel, vendar je, ker je z odločitvijo, da se ne preseli »zavrnik« pomoč države, vse prilagoditve v stanovanju financiral sam. O stroških uporabnik ni želel povedati več kot le to, da je imel srečo, da je bil pred poškodbo dobro plačan. Vse pripomočke, z izjemo postelje, mize za stojo in enega invalidskega vozička, si je financiral sam. Ker je hiša dvonadstropna je kupil tudi dvigalo, katerega servis mu krije država. Sama prilagoditev hiše se je pričela že skoraj 3 mesece pred odpustom iz rehabilitacije. Hišo so obiskali arhitekti, ki so oblikovali ter načrtovali prilagoditve, ki bi bile potrebne glede na uporabnikovo zdravstveno stanje. Po prihodu v domače okolje, pa je uporabnika obiskal delovni terapevt, ki je preveril ali so vse prilagoditve res smiselne in učinkovite, ter z uporabnikom preizkusil vse novosti in odgovoril na nastala vprašanja.

V Sloveniji je situacija drugačna. Lokalne samoupravne skupnosti morajo zagotoviti prilagojena neprofitna najemna stanovanja vsem tistim invalidom, ki so se prijavi na javni razpis za dodelitev neprofitnih stanovanj in so se uvrstili na prednostno listo upravičencev, katerim bodo stanovanja tudi dodeljena. Kadar za zagotovitev skrbi ne-profitna organizacija, pa občina prispeva 40%, 60% pa pride iz Javnega stanovanjskega sklada. Najemnine neprofitnih stanovanj ne smejo presegati limita, določenega kot delež vrednosti stanovanjske enote. Poleg tega, morajo novi stanovalci plačati pristojbino, razen če je njihov prihodek zelo nizek. V primeru slednjega, se najemnina razdeli med stanovalca in občinska stanovanjska uprava. (Social Housing in Europe: Slovenia, 2010). Kot v primeru nizozemskega uporabnika, se tudi uporabnik v Sloveniji ni odločil za selitev v prilagojeno neprofitno stanovanje, saj jih je v Sloveniji glede na povpraševanje premalo. Vso financiranje pa je tudi pri njem prišlo iz lastnega žepa oziroma iz donacij. Okviren celotni znesek prenove hiše je bil 30.000€.

Iz zgoraj napisanega je razvidno, da ima Nizozemska kar se tiče nastanitve oseb s posebnimi potrebami boljše politično, ekonomsko in zakonsko podlago. Kljub temu pa to ne pomeni, da je to najbolj ugodna in najprimernejša rešitev za vsakega uporabnika po poškodbi hrbtenjače. Kot pravi tudi sam uporabnik iz Nizozemske, so v takšnih prilagojenih stanovanjih večinoma starejši, kar pa bi negativno vplivalo na njegovo psiho. Stroški prilagoditev so v obeh državah še vedno visoki in si jih marsikdo ne more privoščiti. Kljub subvencijam, je za doseganje najvišje stopnje samostojnosti v lastnem okolju večkrat onemogočeno. Tukaj pomembno vlogo zopet igrajo delovni terapevti, ki bi morali na tej točki vstopiti kot posrednik med uporabnikom in npr. zavarovalnico in pomagati uporabniku razumeti in pretehtati vse možnosti, ter izbrati njemu najugodnejšo.

Glede na prisotnost teh osebnostnih in okolijskih dejavnikov lahko pri uporabnikih vključenih v študiji primera lahko govorimo o zdravi okupacijski izvedbi. O zdravi okupacijski izvedbi govorimo takrat, ko je posameznik sposoben izvesti naloge, ki so sestavni del njegovih vlog. Oseba mora imeti zadostne spretnosti in sposobnosti, kontekst pa mora hkrati zagotoviti priložnosti in nuditi vire iz katerih posameznik lahko črpa. Za izboljšanje okupacijske izvedbe se torej v rehabilitaciji poslužujemo enega izmed dveh možnih načinov; ali prilagodimo okolje, ali pa izboljšujemo posameznikove spretnosti. U1-SLO in U2-NIZ sta bila oba vključena v delovno terapevtsko obravnavo v kateri je bil pri U1-SLO večji poudarek na izboljšanju posameznikovih spretnost, pri U2-NIZ pa je imela delovna terapija veliko vlogo tudi pri kasnejšem adaptiranju okolja.

### **Vloga delovnega terapevta v procesu rehabilitacije z vidika uporabnika**

Vloga delovnega terapevta v procesu rehabilitacije v kliničnem okolju se med državama pretirano ne razlikuje.

V obeh državah delovni terapevti obravnavo začnejo z izvedbo uvodnega razgovora in ocenjevanj, ki se nato glede na izbran pristop in model obravnave izvedejo še med in po sami delovno terapevtski obravnavi. Na obeh lokacijah se v delovno terapevtski obravnavi izvaja trening izvajanja vsakodnevnih aktivnosti preko izboljšanja kognitivnih in motoričnih spretnosti. Cilj delovne terapije je na izboljšanju vzdržljivosti, ravnotežja, mišične moči na zgornjih udih in kondicije. Treningi lahko zajemajo tudi vsebine o preventivi vzdrževanja telesne vlage, razjed zaradi pritiska in okorelosti zaradi znižane telesne dejavnosti.

*»Drugače smo pa delali na stvareh kot so transferji, oblačenje, kuhanje/.../da so mi pokazali in svetovali »naredite to, mogoče poskusite raje drugače.../.../Naučili so me veliko trikov in dali napotke/.../ko sem bil v Adelante in potem že doma« (U2-NIZ)*

Delovni terapevt uporabniku svetuje o uporabi pripomočkov v domačem okolju. V proces izobraževanja glede pripomočkov in prilagoditev so v obeh državah povabljeni tudi svojci, pri čemer so na Nizozemskem vabljeni tudi k nekajdnevnom bivanju v prilagojenem stanovanju skupaj z uporabnikom.

*»..v Adelante sva imela možnost, imajo prilagojeno hišo, kjer lahko ostanejo tvoji bližnji in s tabo vadijo transferje in te stvari« (U2-NIZ)*

Prav tako so uporabniki preko delovno terapije vključeni v program zaposlitvene rehabilitacije, kjer pridobi uporabnik specifične nasvete glede delovnega mesta oziroma glede iskanja zaposlitve. Izveden je usmerjeni uvodni razgovor čemur ocenjevanje skozi aktivnost, testiranje problemskih področij, testiranje motorike, ocena vpliva utrujenosti, prilagodljivosti v simuliranih aktivnostih po zahtevnosti primerljivih z zahtevami in pričakovanji realnega delovnega okolja, izvedba obravnav in postopna integracija v delovno okolje.

Delovni terapevt prav tako sodeluje pri oblikovanju prilagoditev za vozilo, v primeru, da se uporabnik odloči še naprej voziti in je tega tudi zmožen. Naloga delovnega terapevta je, da upošteva funkcijske sposobnosti in potrebe posameznika, opravi oceno sposobnosti samostojnega izvajanja vožnje, presedanja v vozilo z zlaganjem vozička v vozilo, ocenjevanja mišične moči in gibljivosti zgornjih udov, ravnotežja, način sedenja v avtu ter kognitivnih sposobnosti.

Upošteva pa tudi dejavnike v družini in okolju, ki vplivajo na uporabo in upravljanje vozila. Na podlagi ocen svetuje prilagoditev vozila. Predelave in prilagoditve se izvajajo tako za voznike kot ne voznike (sopotnike) z zmanjšano zmožnostjo gibanja. Naloga terapevta je tudi, da uporabnika seznanji z možnimi subvencijami in financiranjem za željene prilagoditve.

*»In kot sem rekel za transfer ....in v Adelante imaš...tam imajo avto Mini Cooper v zgradbi in se naučiš kako priti v avto in iz njega.« (U2-NIZ)*

Kljub temu pa je to bolj ali manj teorija, od katere praksa lahko odstopa. Do tega je prišlo pri uporabniku iz Slovenije, po besedah katerega delovna terapija ni bila podobna ničemur zgoraj naštetemu.

*»Hja, takrat ko sem js biu program na Soči zlo slabo zastavljen. Noben ni vedu, kaj sploh delat, kdo dela, kr neki je blo./.../Nisem mel, jaz na primer niti nisem mel nekega specifičnega učenja oblačenja in teh stvari.« (U1-SLO)*

Morda gre za edinstven primer, ali le za dejstvo, da je od rehabilitacije uporabnika minilo že 13 let in so se na URI-Soča protokoli do sedaj že spremenili.

## **Vloga delovnega terapevta v procesu prehoda iz kliničnega v domače okolje z vidika uporabnika**

V Sloveniji naj bi delovni terapevt svetoval pri predpisovanju, kupovanju in uporabi pripomočkov, ki bi bili smiselni za posameznikovo domače okolje in prostor. Na URI-Soča je v obravnavo po poškodbi hrbtenjače vključen tudi ogled prilagojenega stanovanja in seznanitev z zahtevnimi medicinsko tehničnimi pripomočki v Domu Iris. Prav tako pa je delovni terapevt vključen v testiranje invalidskega vozička. Kljub tem, pa sam uporabnik, po njegovih besedah ni bil deležen v takšni meri.

*» Ne velik. Pomagal so mi vem sam pri teh ta prvih transferjih not- vn.« (U1-SLO)*

Na Nizozemskem delovni terapevt prav tako svetuje o prilagoditvah doma in potrebnih pripomočkih, s tem da se pogovor o adaptacijah bivalnega okolja začne že ob uvodnem pogovoru z uporabnikom, z namenom, da se proces obravnave (v kolikor se za to uporabnik odloči) lahko začne čim prej. V nasprotnem primeru se prenova lahko zavleče, kar pomeni, da se podaljša tudi uporabnikovo bivanje v rehabilitacijskem centru. V tednih pred odhodom domov je uporabnik lahko nameščen v prilagojeno stanovanje v okviru rehabilitacijskega centra, skupaj s člani gospodinjstva, kjer jim delovni terapevt predstavi tehnike uporabe pripomočkov. V tednih po odpustu v domače okolje, delovni terapevt pokliče uporabnika in preveri, ali je namestitev v domače okolje potekala po dogovorjenem protokolu. Po dogovoru delovni terapevt obišče uporabnika na domu, kjer uporabniku v lastnem okolju pomaga pri uporabi pripomočkov in svetuje o morebitnih dodatnih prilagoditvah. Spremembe lahko predlaga na področju izvedbe aktivnosti ali pa glede pripomočkov.

*» Potem pa prišli, ko je bilo vse že pripravljeno. Potem pa so mi pomagali, na primer z dvigalom, ki gre v višje nadstropje, kako naj zdaj jaz naredim transfer iz invalidskega vozička v sedež dvigala. In potem ja, pridejo delovni terapevti in ti povejo »morda bi to naredili tako, ali pa tako«. /.../Delovni terapevt je imel nekaj nasvetov za transfer./.../...so prišli najmanj 2 krat ali 3 krat, da so mi pokazali in svetovali »naredite to, mogoče poskusite raje drugače«.*

*(U2-NIZ)*

Delovni terapevt tudi po končanem prehodu iz kliničnega v domače okolje ostane v rednem kontaktu z uporabnikom. Uporabnikom je ponujena tudi možnost dodatnih obravnav ali obiskov v domačem okolju, poleg tega pa lahko uporabnik za nekaj časa zopet pride na kliniko v primeru, da se po nekem času življenja domačem okolju pojavijo zapleti, spremembe zdravstvenega stanja ali le vprašanja.



## Uporabniška izkušnja z delovno terapijo

Uporabnika sta bila z delovnimi terapijami zadovoljna tako na Nizozemskem, kot v Sloveniji.

*»... edina svetla točka v tisti Soči je bila delovna terapija. Način, odnos, delo zelo uredu.«*

*(U1-SLO)*

Predvsem sta bila oba uporabnika navdušena nad količino znanja, odnosom, inovativnostjo in iznajdljivostjo delovnih terapij. Tudi nasveti, ki sta jih prejela, so se jima zdeli koristni.

*»Sicer sem bil zelo zadovoljen z delovno terapijo. /.../ ... sta bila zelo uredu. Še posebej (delovna terapijka), je ogromen engagement znanja mela...« (U1-SLO)*

*»In oni vedo veliko; imajo rešitev za vse. Prav neverjetno je! Če na primer rečeš »oh, imam težave z gumbi« in oni imajo napravo za to. /.../ In še do danes uporabljam te nasvete.«*

*(U2-NIZ)*

U1-SLO je bil do same obravnave in procesa delovne terapije bolj kritičen, saj ni bil zadovoljen z slabo organizacijo dela.

*»Hja, takrat ko sem bil program na Soči zelo slabo zastavljen. Noben ni vedel, kaj sploh delati, kdo dela, kar neki je bilo. »Ja lej, zdej te bomo pa neke transferje vadili« in smo kar neki/.../Sam da se opravi. 45minut fizioterapije na dan pa ena ura delovne terapije, od tega pou ure kavo piješ in to je to./.../Efektivnega dela pa ni bilo, nek filing da bi me da greš mal tja spiti pa se pogovarjat. Bolj ta duhovna plat. Kar je takrat ful pasalo, ampak ni to to.«*

*(U1-SLO)*

Uporabnik je sicer izpostavil, da mu je po eni strani ustrezalo, da je bila delovna terapija zelo sproščena, saj je to dobro vplivalo na njegovo psiho in na duhovno plat, a to na dolgi rok ni učinkovito in ni poslanstvo delovne terapije. Po njegovih besedah, bi z boljšo organizacijo, od delovne terapije lahko odnesel več in se nato morda bolje znašel ne le v domačem ampak tudi zunanjem okolju.

Oba uporabnika sta izpostavila primanjkljaj na področju informacijske podpore s strani delovnih terapij. U2-NIZ je osvetlil problem, da so ga veliko spraševali kaj si želi v tistem trenutku in premalo o tem, kaj bi si želel na »dolgi rok«. Enak problem se je pokazal tudi pri U1-SLO.

*»Imajo veliko znanja. Večkrat sem rekel »to je moja prva poškodba hrbtenjače, zato ne vem stvari, pomagajte«. Ampak so zelo prijazni./.../... se zanašal na izkušnje delovnih terapevtov in podjetij, ki delajo vozičke. Ampak, kar ne vzamejo v razmislek in odločitev je, kaj ti dejansko želiš početi z njim.«..« (U2-NIZ)*

*»Nihče ni znal pogledat tko pol leta vnaprej. Noben se ni znal zavedat, da sem js 5 mescov po poškodbi in da to da v bistvu zdej še sploh ne znam vozička uporabljat. Da ni tolko funkcijo. Bi mogli vnaprej pogledat.« (U1-SLO)*

Delovni terapevti zagotovo ne vidijo v prihodnost, a bi morda iz večje baze podatkov o preteklih obravnavah izluščili ponavljajoče se vzorce izidov rehabilitacije in le-tim prilagodili tudi načrtovanje pripomočkov in procesa prehoda v domače okolje. Po drugi strani pa to niti ni nujno domena le delovnih terapevtov. Tu gre zagotovo za širši krog profilov, k bi s svojim znanjem in izkušnjami lahko močno izboljšali uporabniško izkušnjo.

Kljub temu, da se delovni terapevti ponašajo s svojo empatičnostjo, iznajdljivostjo in prijaznostjo, pa to v širši sliki zagotovo ni dovolj. Verjetno je njihova strokovnost večkrat manj opazna kot pa naše osebnostne značilnosti, našete zgoraj. Ne glede na to, pa je pomembno, da jih tako uporabniki kot ostali strokovni sodelavci prepoznajo kot izjemno pomembne, učinkovite in navsezadnje ključne delavce na področju rehabilitacije po poškodbi hrbtenjače.

## 6 ZAKLJUČEK

Kljub temu da je okvara hrbtenjače težko zdravstveno stanje, ki drastično spreminja življenja posameznikov to še ne pomeni, da posameznik ne more živeti dobrega in polnega življenja. Delovni terapevti imajo unikatno perspektivo, da ljudem omogočajo vključevanje v okupacije, kadar posameznikom zdravstveno stanje, socialno stanje ali invalidnost ogroža ali onemogoča, da bi počeli kar je za njih pomembno, ali ima pomen. Delo delovnega terapevta je osredotočeno na okupacijsko izvedbo in participacijo oziroma na točko v kateri se prepletajo okolje, posameznik, njegove potrebe in želje.

Kazalnik uspešne delovno terapevtske obravnave je torej ta, ali terapevt uspe doseči prilagajanje in ujemanje med uporabnikovimi osebnostnimi dejavniki, okoljskimi dejavniki in zahtevami aktivnosti.

Glede na to, da sta oba uporabnika sedaj (deloma) samostojna v ODA in ŠDA težko sodimo, kdo od njiju je bil vključen v »uspešnejšo« delovno terapevtsko obravnavo v kliničnem okolju. Zagotovo pa lahko trdimo, da je imel U2-NIZ dostop do delovne terapije dalj časa in je imel od delovno-terapevtske obravnave lahko »več koristi«.

Sicer je to, da se uporabnike v kliničnem okolju uči uporabe pripomočkov in prilagojene izvedbe aktivnosti za zagotavljanje karseda največje stopnje samostojnosti, ključnega pomena v delovno terapevtski obravnavi v kliničnem okolju, ampak lahko celotna obravnava izgubi veljavo in uporabnost v trenutku, ko se uporabnik znajde v neprilagojenem okolju. V takšnem primeru, lahko uporabnik po prihodu nazaj v domače okolje postane zopet odvisen od pomoči svojcev in prijateljev, kar negativno vpliva tako na fizično kot psihično zdravje. Na Nizozemskem je ta del obravnave veliko bolje urejen kot v Sloveniji. Nizozemska ureditev in dejansko stanje sta daleč od popolnega, ampak sta uporabniku veliko bolj prijazna. V Sloveniji se največkrat obravnava žal zaključi z odpustom iz kliničnega okolja, nato pa je uporabnik prepuščen predvsem samoiniciativnosti ter podpori s strani lastnih socialnih mrež. Sicer res drži, da količina storitev, ki jih na Nizozemskem nudijo delovni terapevti za uporabnike po poškodbi hrbtenjače, vodi v daljšo dobo rehabilitacije v kliničnem okolju, ampak hkrati zmanjšuje potrebo po kasnejših vrnitvah in ponovitvah rehabilitacije.

Na podlagi izvedenih intervjujev prihajamo do ugotovitev, da ima delovna terapija tako v Sloveniji kot na Nizozemskem približno enako vlogo v kliničnem okolju, s tem, da se na Nizozemskem le ta podaljša tudi v tretjo fazo zdravljenja, medtem ko v Sloveniji takšne vrste

obravnave še nimamo regulirane. Na Nizozemskem je delovni terapevt tako veliko bolj vključen v procesu prehoda iz kliničnega v domače okolje. V Sloveniji se to zaključuje s predpisovanjem pripomočkov in svetovanjem o prilagoditvah – Na Nizozemskem pa delovni terapevti le te skupaj z uporabnikom nato preizkusijo in preverijo njihovo smiselnost v uporabnikovem kontekstu. Na tem področju je v Sloveniji še ogromno prostora za napredek.

Izkušnja uporabnikov z delovno terapijo v obeh državah je bila predvsem pozitivna. Delovni terapevti po besedah uporabnikov izstopajo kot najbolj poslušen in empatičen profil vključen v rehabilitacijo. U1-SLO je imel po svojih besedah z delovno terapijo v smislu treninga spretnosti, skopo izkušnjo, a pravi, da mu je delovna terapija v času rehabilitacije nudila predvsem psihično oporo, ki jo je s strani zdravstvenega osebja v tistem času najbolj pogrešal in potreboval. Oba uporabnika sta sicer izrazila željo po večji informacijski podpori, pri čemer pa vse breme ne more pasti na ramena delovnih terapevtov, kar pa ne pomeni, da se delovni terapevti ne bi smeli izobraževati tudi v tej smeri. V Sloveniji se pojavlja predvsem potreba po t.i. »vrstniških« (ang. »peer-peer«) programih, s čimer bi nekdanji uporabniki svojo izkušnjo, znanje in zgodbo lahko delili s sedanjimi uporabniki. Oba uporabnika sta izrazila razočaranje nad tem, da v času rehabilitacije ni bilo v obzir dovolj vzeto njuno »maksimalno potencialno izboljšanje« zdravstvenega stanja, zaradi česar sta imela na koncu oba »slab« in neuporaben invalidski voziček. Tu sicer delovni terapevti res jo pogleda v prihodnost, ampak se na tem mestu pojavlja potencialna potreba po izvedbi širše študije in arhiviranja rezultatov in potekov obravnav. S tem bi delovni terapevti, in navsezadnje tudi ostali zdravstveni profili, dobili vpogled v to, kakšen je pričakovan kočni rezultat obravnave, glede na začetno zdravstveno stanje in normirano količino obravnav.

Delovna terapija ter njena vloga je med državama torej podobna a hkrati različna, predvsem v obsegu vključenosti v procesu prehoda uporabnika iz kliničnega v domače okolje. Kljub temu, da ureditev na Nizozemskem morda deluje veliko boljše, temu ni v vseh pogledih tako in je daleč od popolne. Ne glede na to, pa bi v Sloveniji lahko uporabili nekatere izmed smernic po katerih se ravna na Nizozemskem. Glede na to da klinika Adelante in URI-Soča že sodelujeta pri nekaterih projektih, se lahko kot predstavnici različnih držav in ureditev ena od druge veliko naučita. Predvsem bi s povečanjem vloge delovne terapije v domačem okolju, v Sloveniji deloma lahko rešili tudi perečo problematiko zaposlovanja kadra.

Z diplomskim delom so bila uspešno odgovorjena vsa raziskovalna vprašanja. Izkazalo se je, da se vlogi delovnega terapevta v procesu rehabilitacije sicer razlikujeta, a le v manjših podrobnostih. Do večjih razlik pa prihaja pri vključenosti delovnega terapevta pri procesu

prehoda uporabnika iz kliničnega v domače okolje. Pojavlja se vprašanje, ali je ugotovitve primerjave študij primera smotrno posplošiti na celotno populacijo oseb poškodbo hrbtenjače. Najverjetneje temu ni tako, saj gre le za dva primera izmed mnogih, ki se zgodijo na letni ravni. To pa ne pomeni, da rezultati niso primerljivi in uporabni. Ker imata uporabnika zelo podobni diagnozi, je lažje primerjati celoten potek rehabilitacije in procesa prehoda iz kliničnega v domače okolje. Kljub temu pa sta bila uporabnika ob nastanku poškodbe v zelo različnih obdobjih življenja, zato bi bilo za bolj kritično primerjavo morda bolj smiselno uporabiti uporabnika, ki sta si bolj podobna tudi po demografskih značilnostih.

## 7 LITERATURA IN DOKUMENTACIJA

American Occupational Therapy Association (2013). Occupational Therapy Practice Framework: Domain and Process 3rd Edition.

Baum, C.M, Christiansen, C.H. (2005). Occupational therapy: Performance, participation and well-being 3rd edition. Thorofare, NJ: SLACK incorporated.

Bickenbach, J. E. (2013). International perspectives on spinal cord injury. World Health Organization, European Observatory on Health Systems and Policies.

Društvo paraplegikov ljubljanske pokrajine: Bivanje in prilagajanje okolju.

Dostopno na: <http://www.drustvo-para-lj.si/naslovnica/socialni-programi/bivanje-in-prilagajanje-okolju> < 7. 4. 2020>

Fokus Huis.

Dostopno na: <https://www.fokuswonen.nl/>. < 30. 5. 2020>

GZ - Gradbeni zakon (Uradni list RS, št. 61/17, 72/17 – popr. in 65/20)

Hubertus JA, Van Hedel, Curt A. Fighting for each segment: estimating the clinical value of cervical and thoracic segments in SCI. J Neurotrauma 2006; 23: 1621-31.

Jug M (2019). Akutna travmatska poškodba hrbtenjače. Zdravniški Vestnik 88 (9-10): 444-57. doi: 10.6016/ZdravVestn.2911.

Kang Y et al. (2018). Epidemiology of worldwide spinal cord injury: a literature review. Journal of Neurorestoratology 18 (6): 1-9. doi: 10.2147.

Langeveld AVS et al. (2011). Contents of physical therapy, occupational therapy and sports therapy sessions for patients with a spinal cord injury in three Dutch rehabilitation centres. Disability and Rehabilitation 33(5): 412-22

Langzaam aan krijg ik mijn leven weer op de rit. Welzorg.

Dostopno na: <https://www.welzorg.nl/langzaam-aan-krijg-ik-mijn-leven-weer-op-de-rit/> <15. 5. 2020>

Osterhun R, Post MW, van Acbeck FW (2009). Characteristic, length of stay and functional outcome of patients with spinal cord injury in Dutch and Flemish rehabilitation centres. *Spinal Cord* 47: 339-44.

Post MWM, van Asbeck FWA, van Dijk AJ in Schrijvers AJP (2005). Services for spinal cord injury: availability and satisfaction. *Spinal Cord* 35: 109-115.

Post WM et al. (2017). People with Spinal Cord Injury in the Netherlands. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation* 96(2): 93-95

Puzić N (2016). Ocenjevanje bolnikov po okvari hrbtenjače od poškodbe do popolne reintegracije. *Rehabilitacija* 15(supl.1): 121-27

Rehabilitacija pacientov z okvaro hrbtenjače: (sprejemni kriteriji). Ljubljana: Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije – Soča; c2014.

Dostopno na [http://www.ir-rs.si/sl/Sprejemni\\_kriteriji/6.\\_Rehabilitacija\\_pacientov\\_z\\_okvaro\\_hrbtenjače](http://www.ir-rs.si/sl/Sprejemni_kriteriji/6._Rehabilitacija_pacientov_z_okvaro_hrbtenjače) < 24. 1. 2020>

Rigby P et al. Impact of electronic aids to daily living on the lives of persons with cervical spinal cord injuries. *Assistive Technology*, 2005, 17:89-97.

doi: <http://dx.doi.org/10.1080/10400435.2005.10132099> PMID:16392713

Rode N, Šavrin R (2014). Vpliv ravni in obsega okvare hrbtenjače na funkcijski izid rehabilitacije in trajanje hospitalizacije pri bolnikih z okvari hrbtenjače. *Rehabilitacija* 13(3): 8-16

Scouters: Autorijden.

Dostopno na: <https://www.scouters.nl/ik-wil-beter/vervoer/autorijden/> <15. 5. 2020>

Söderback I (2009): Adaptive Interventions: Overview. *International Handbook of Occupational Therapy Interventions*. Uppsala University: Uppsala, Švedska.

SZ-1 - Stanovanjski zakon (Uradni list RS, št. 69/03, 18/04 – ZVKSES, 47/06 – ZEN, 45/08 – ZVEtL, 57/08, 62/10 – ZUPJS, 56/11 – odl. US, 87/11, 40/12 – ZUJF, 14/17 – odl. US, 27/17 in 59/19)

Šavrin R (2011). Z dokazi podprta rehabilitacija pacientov po okvari hrbtenjače. *Rehabilitacija* 10(1): 116-26

- Šavrin R (2014). Klinične smernice za rehabilitacijo bolnikov po okvari hrbtenjače. *Rehabilitacija* 13(1): 69-76
- Šavrin R (2017). Etične dileme pri rehabilitaciji bolnikov po okvari hrbtenjače. *Rehabilitacija* 16(supl. 1): 127-31
- Šuc L, Grabner P, Vidmar G (2019). Prilagoditve domačega okolja – uporaba ocenjevalnega inštrumenta ocean potencialnih okvir v domačem okolju (OPODO) pri osebah z okvaro hrbtenjače. *Rehabilitacija* 18(supl.1): 95-102
- Univerzitetni inštitut za rehabilitacijo Republike Slovenije: Center za poklicno rehabilitacijo. Dostopno na: [http://www.ir-rs.si/sl/Center\\_za\\_poklicno\\_rehabilitacijo/](http://www.ir-rs.si/sl/Center_za_poklicno_rehabilitacijo/) <16. 5. 2020>
- Univerzitetni inštitut za rehabilitacijo Republike Slovenije: Laboratorij za ocenjevanje vozniških sposobnosti. Dostopno na: [http://www.ir-rs.si/sl/Rehabilitacijski\\_inzeniring\\_1/Laboratorij\\_za\\_ocenjevanje\\_vozniskih\\_sposobnosti/](http://www.ir-rs.si/sl/Rehabilitacijski_inzeniring_1/Laboratorij_za_ocenjevanje_vozniskih_sposobnosti/) <16. 5. 2020>
- Univerzitetni inštitut za rehabilitacijo Republike Slovenije: Oddelek za rehabilitacijo pacientov z okvaro hrbtenjače. Dostopno na: [http://www.ir-rs.si/sl/KFRM-Oddelek\\_za\\_rehabilitacijo\\_pacientov\\_z\\_okvaro\\_hrbtenjace/](http://www.ir-rs.si/sl/KFRM-Oddelek_za_rehabilitacijo_pacientov_z_okvaro_hrbtenjace/) <16. 5. 2020>
- van der Voordt TJM (1990). Building Adaptable Housing – From Theory to Practice Current Developments in the Netherlands. *Arch&Comport* 6 (1): 17-38
- van Loo MA et al. Care needs of persons with long-term spinal cord injury living at home in the Netherlands. *Spinal Cord*, 2010, 48:423-428.  
doi: <http://dx.doi.org/10.1038/sc.2009.142> PMID:19884896
- ZIMI - Zakon o izenačevanju možnosti invalidov (Uradni list RS, št. 94/10, 50/14 in 32/17)
- Zupan A (2010). Invalid v urbanem okolju. *Revija Vita*: 73.
- Žen Jurančič et. al (2016). Telesna dejavnost oseb z okvaro hrbtenjače po odpustu s primarne rehabilitacije. *Rehabilitacija* 15(1): 12-18



# PRILOGE

## Primer vprašanj za izvedbo pol-strukturiranega intervjuja

### INTERVJU

---

#### SPLOŠNA VPRAŠANJA

1. Bi se lahko prosim na hitro predstavil? (ime, priimek, starost, izobrazba itd.)
  2. Bi mi morda lahko prosim opisal svojo nesrečo, kaj, kje in kako se je zgodilo?
  3. Kakšna je bila uradna diagnoza?
- 

#### ZDRAVLJENJE IN REHABILITACIJA

4. Kakšen je bil potek tvojega zdravljenja? (Kdaj se je začelo, koliko časa je trajalo, v katerih ustanovah?)
  5. Ali si med rehabilitacijo sodeloval tudi z delovnimi terapevti?
  6. Če ja, kakšne aktivnosti so potekale v sklopu delovne terapije? (če morda veš podatek, tudi približno koliko časa je potekala npr. na teden?)
  7. Kakšna je bila tvoja izkušnja z delovno terapijo? Prosim opredeli.
  8. Ali imaš sedaj doma kakšne pripomočke, ki so ti bili predstavljeni v času rehabilitacije?
  9. Ali si zadovoljen z invalidskim vozičkom?
  10. Ali ti je bila ponujena možnost električnega vozička?
  11. Kaj je bil največji psihološki izziv med rehabilitacijo in kako si ga premagal?
  12. Ali meniš, da si imel tekom rehabilitacije dobro socialno podporo? Če ja, ali meniš, da je vplivala na tvoje počutje med rehabilitacijo?
- 

#### PREHOD IZ KLINIČNEGA V DOMAČE OKOLJE

13. Kako zahteven je bil prehod v domače okolje? Ali je bilo tvoje stanovanje/življenjski prostor prilagojeno novo nastalim zahtevam?
14. Katera ovira je bila najtežje premostljiva v domačem okolju?
15. Ali si nato stanovanje kaj prilagoditi oziroma se morda preseliti? Če ja, kaj in kakšni približno so bili stroški (če seveda ta podatek želiš deliti)?
16. Ali si bil deležen kakšne subvencije ali finančne pomoči tekom prenove?
17. Ko si raziskoval o prilagoditvah doma in okolice, ti je kdo pomagal, ali si vse počel sam?

18. Ali so bili delovni terapevti vključeni v tvoj proces prehoda iz kliničnega v domače okolje? Če ja, kako?
  19. Ali se je po prihodu domov zgodilo, da nisi mogel početi stvari, ki pa si jih v rehabilitacijskem centru lahko? Če ja, katere?
  20. Ali si še vedno deležen delovno terapevtske ali fizioterapevtske obravnave? Če ja, kakšne?
- 

### **SPLOŠNO (nadaljevanje)**

21. Ali si pred poškodbo vozil avtomobil? Kaj pa sedaj?
22. Ali obstajajo kakšne okolijske težave (arhitektura, družba ipd.) s katerimi se mogoče še vedno srečuješ na vsakodnevni ravni?
23. Ali imaš kdaj občutek, da so ti zaradi zdravstvenega stanja kdaj odvzete kakšne pravice?
24. Kaj si počel pred poškodbo oziroma s čim si se ukvarjal?
25. Kako so se spremenili tvoji interesi po poškodbi?
26. Si pred poškodbo imel zaposlitev? Kakšno? Si jo lahko obdržal po poškodbi?
27. Bi morda lahko primerjal zadovoljstvo s kvaliteto življenja pred in po poškodbi?
28. Sedaj pa bi vprašala zelo delovno-terapevtsko vprašanje; Ali mi lahko prosim opišeš tvoj tipičen dan? Od zjutraj, ko se zbudiš, pa do večera, ko se odpraviš spat?