
REHABILITATSIOONIPROGRAMM VANEMAEALISE (65+) ISESEISVA FUNKTSIONEERIMISE TAASTAMISEKS JA SÄILITAMISEKS PÄRAST INSULTI

Programmi haldavad asutused:

Sotsiaalkindlustusamet, SA Tartu Vaimse Tervise Hooldekeskus ja Tartu Ülikooli Rakendusüuringute keskus



Programmi autorid : Gerly Tamm, Dagmar Narusson, Aaro Nursi, Monika Palu-Laeks, Margus Ennok, Kadri Paal, Ülle Lepik, Valentina Rannikmaa, Laura Leht, Maarika Lukk, Jaanus Veemaa, Triinu Arak

Programmi haldavate asutuste kontaktisikud :

Kersti Kask (Sotsiaalkindlustusamet)

Email : kersti.kask@sotsiaalkindlustusamet.ee , Tel : 620 8350

Gerly Tamm (Tartu Ülikool, sotsiaalteaduslike rakendusüuringute keskus)

Email : gerly.tamm@u.ee , Tel : +372 53 933898

Ülle Lepik (SA Tartu Vaimse Tervise Hooldekeskus)

Email : ylle.lepik@tartuvthk.ee , Tel : +372 51 57351

ISBN : 978-9985-4-0962-6 (pdf)

2015

SISUKORD

I Kokkuvõte	3
III Programmi üldised alused	4
A. Rehabiliteerimist vajav seisund, põhjused ja kulg	5
B. Tegutsemis- ja osaluspiirangud	9
C. Keskkonnategurid	9
D. Sotsiaalmajanduslikud tegurid	10
E. Programmi peamised põhimõtted	10
F. Epidemioloogilised andmed	15
G. Sotsiaalvaldkonna teenused rehabilitatsiooniprogrammi sihtrühmale Eestis	16
H. Sotsiaalvaldkonna prioriteetid	16
IV Programmi sihtgrupp ja eesmärgid	17
A. Sihtgrupp	17
1. Programmi suunamise kriteeriumid.....	17
2. Lisainformatsioon ja täpsustused.....	18
B. Programmi eesmärgid ja tulemused	19
1. Tegutsemist ja osalemist puudutavad eesmärgid.....	20
2. Keskkonna tegureid puudutavad eesmärgid.....	22
3. Ühiskonnas osalemist puudutavad eesmärgid (elamine, õppimine, töötamine, sotsialiseerumine ja vaba aeg)	23
V Programmi keskkond	24
A. Programmi keskkond ja intensiivsus.....	24
1. Programmi kättesaadavus ja füüsilise keskkonna kirjeldus	24
2. Programmi intensiivsus	26
VI Programmi kirjeldus.....	26
A. Programmi ettevalmistamine	26
B. Hindamine ja planeerimine	27
C. Sekkumine	28
D. Tulemuste hindamine	31
E. Programmi lõpetamine, pikaajalise tagasiside planeerimine.....	33
VII Kvaliteedi täiustamine	34
A. Programmi kõige tugevamad küljed.....	34
B. Programmi riskid ja arendamist vajavad küljed	34
C. Programmi tõhususe täiustamiseks soovitatav tegevuskava	35
VIII Viited.....	36
Lisa 1. Programmi tulemuste kokkuvõte	39
1. Tegutsemist ja osalemist puudutavad eesmärgid	39
2. Keskkonna tegureid puudutavad eesmärgid	39
3. Ühiskonnas osalemist puudutavad eesmärgid (töötamine, õppimine, sotsialiseerumine) ..	39
4. Täiendav informatsioon osutatud rehabilitatsiooniprogrammi kohta	39
Lisa 2. Programmis kasutatavad hindamisvahendid	40
Lisa 3. Programmi maksumus	43
Lisa 4. Koolituse programm	44

Programmiga on kaasas: käsiraamat spetsialistile, osaleja harjutusvihik
Harjutusvihiku tõlge: OÜ Scriba ja Anneli Kann

I Kokkuvõte

1. Rehabilitatsiooniprogrammi valdkond:

- elamise valdkond
- õppimise valdkond
- suhtlemise ja vaba aja valdkond
- töötamise valdkond

2. Rehabilitatsiooniprogrammi keskkond:

- rehabilitatsiooniasutus
- kliendi keskkond
- kodu
- lasteaed
- kool
- töökoht
- muu kliendi keskkond
- muu

3. Programmi lühikirjeldus:

3.1. Sihtgrupp: insuldi läbi elanud eakad (3–6 isikut¹), kes on äsja (soovitavalt kohe, kuid mitte rohkem kui 6 kuud tagasi) naasnud statsionaarselt haiglaravilt (pärast insuldi diagnoosimist).

3.2. Probleemid ja vajadused: Programm sobib isikule, kellel on määratud taastumispotentsiaal (haiglas). Probleemid: 1) raskused enesehoolduse ja eneseväljendusega, 2) raskused tähelepanu-, mälu- ja funktsioonidega ja eneseregulatsiooniga, 3) raskused eneseväljendamisel perekonnaliikmetega, 4) raskused suhtlemisel kogukonnaliikmetega, ebapiisav kaasatus ühiskondlikesse tegevustesse. Programm sobib isikule, kes *on motiveeritud* ja soovib säilitada või parandada kognitiivseid funktsioone (sh kõne), eneseregulatsioonivõimet, suhteid perekonnas ja kogukonnas ning suurendada autonoomset toimetulekut igapäevaselt. Eeldused²: säilinud kõnest arusaamine ja/või väljendamine ja mälu- ja funktsioon piisaval määral³; tunneb ära tuttavaid kohti/inimesi/esemeid ja orienteerub õigesti ajas ja ruumis; piisavalt säilinud nägemis- ja/või kuulmisfunktsioonid, et vastu võtta infot; säilinud vähemalt ühe käe liikumisvõime; puudub raskekujuline psüühikahäire, mis takistab osalemist; vaimsed võimed on piisavad (nt tunneb numbraid, tähti ning oskab lugeda).

3.3. Programmi eesmärk: inimese funktsioneerimise, tegutsemise ja osaluse suurendamine; vajalike oskuste ning võimete arendamine. Alameesmärgiks on parema funktsioneerimise saavutamine elamise valdkonnas: koduste toimingute, enesehoolduse, suhtlemise, inimestevahelise lävimise oskuste arendamine (RFK d6, d5, d3, d7) ja keskkondliku kaasatuse suurendamine (RFK e3).

3.4. Tegevused: Programm koosneb kolmest läbipõimunud moodulist, mis on teineteist kogu protsessi vältel toetavad: 1) sotsiaalne, 2) neuropsühholoogiline, 3) igapäevategevusi toetav moodul. Tegevused lähtuvad ideest, et mitmekülgne integreeritud sekkumine on tõhusaim viis indiviidi iseseisvuse tõstmiseks⁴. Programmi rakendavad vähemalt 3 riiklikult tunnustatud erialase haridusega (soovitavalt magister) spetsialisti: psühholoog, sotsiaaltöötaja, logopeed ja tegevusterapeut⁵.

3.5. Programmi keskus ja korraldus: 18 kuud. Enne programmi algust toimub kliendi hindamine ja seatakse kliendispetsiifilised eesmärgid, mida arvestatakse programmi jooksul (18 kuud). Määratakse baastase. Erinevad moodulid on erineva intensiivsusega ja mõneti erineva ajakavaga.

3.6. Koht: Kliendi kodu (nt harjutused) kui ka rehabilitatsiooniasutus (nt kohtumine spetsialistiga).

3.7. Koostööpartnerid: Sotsiaalkindlustusamet, Tartu Ülikool ja Tartu Vaimse Tervise Hooldekeskus

3.8. Oodatav tulemus kliendi jaoks: Klient tuleb iseseisvalt toime igapäevategevustega⁶.

3.9: Lisainfo: Programmi kohta on võimalik küsida infot TÜ või VTHK spetsialistidelt (Tabel 3).

¹See on vajalik grupitööde läbiviimiseks ning motiveeriva keskkonna loomiseks. Varasemates uuringutes on näidatud, et tugirühmade meetod (nn *sarnaste grupp*) sobib hästi toimetuleku soodustamiseks.

²Soovitav on ligipääs ja oskus kasutada arvutit ja telefoni nii harjutusteks kui ekspertidega suhtlemiseks.

³ Kognitiivsed funktsioonid (sh kõne) ja liikumine peaksid olema enne programmi hinnatud eksperdi poolt.

Kliendil võib olla kuni mõõdukas kõnepuue, see ei välista programmis osalemist.

⁴ Vt Langhorne et al. (2011) Stroke rehabilitation. *The Lancet* 377, pp. 1693-1702.

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673611603255>

⁵ Või tegevusterapeudi assistent (BA kraadiga), kes on läbinud Sotsiaalministeeriumi poolt kinnitatud koolituse.

⁶ Täpsustus: suudab enda käitumist juhtida nii, et tuleb üksinda kodus toime, perekonna hoolduskoormus on vähenenud, kliendi suhted perekonnaga on positiivsed ja toetavad, suhtleb kogukonnaliikmetega.

III Programmi üldised alused

Programm on koostatud Tartu Ülikooli (TÜ) sotsiaalteaduslike rakendusuringute keskus ja Tartu Vaimse Tervise Hooldekeskuse (VTHK) spetsialistide poolt. Spetsialistide kontaktandmed on tabelis 1.

SA Tartu Vaimse Tervise Hooldekeskusel on eakatele rehabilitatsiooniteenuse osutamise kogemus alates 2000. aastast. Seega on rehabilitatsiooniteenust osutatud praeguseks 15 aastat. Rehabilitatsiooniteenuse saajate hulgast on käesoleval hetkel eakaid 10 %, kellest orienteeruvalt 1/4-l on funktsioneerimine häiritud just insuldijärgsest kahjustusest.

Tartu Ülikooli sotsiaalteaduslike rakendusuringute keskusel (RAKE) on kogemusi koolituste läbiviimisel ja teaduspõhise lähenemise rakendamisel praktiliste sotsiaal- ja tervisevaldkonda puudutavate uuringute läbiviimisel alates 2008. aastast⁷. Käesolevas projektis oli RAKE peamiseks rolliks spetsialistide ühendamine, programmi koostamisel parimate võimalike ekspertide kaasamine ning teaduspõhise lähenemise rakendamine ning korralduslike ja regionaalpoliitiliste peatükkide kirjutamine programmis ja käsiraamatus.

Tabel 1. Programmi koostanud spetsialistid ja kontaktandmed

Nimi (asutus) ja kogemus	Roll programmi koostamisel	Vastutusala (ekspertvaldkond) programmis ja tegevused
Margus Ennok (TÜ) margus.ennok@ut.ee Kogemus: töö neurospühholoogi ja teadurina TÜ kliinikumis	Ekspert-konsultant (neuropsühholoogia)	Neuropsühholoogia moodul
Gerly Tamm (TÜ) gerly.tamm@ut.ee Kogemus: töö psühholoogina haiglas ja projektijuhi ning lektorina TÛs	Projektijuht-ekspert (psühholoogia)	Koordineerimine TÜ-siseselt ja TÜ-VTHK vahendamine Neuropsühholoogia moodul
Laura Leht (TÜ) leht.laura@gmail.com Kogemus: töö neuroloogina haiglas	Konsultant (neuroloogia)	Neuropsühholoogia moodul
Triinu Arak (TÜ) triinu.arak@ut.ee Kogemus: töö assistendina TÛs	Assistent	Materjalide koondamine, vormistamine, dokumentide haldamine
Maarika Lukk (TÜ) maarika.lukk@ut.ee Kogemus: töö majanduseksperti ja projektijuhina TÛs	Analüütik-ekspert (majandus)	Eelarve koostamine, dokumendianalüüs (rahastuse valdkond)
Jaanus Veemaa (TÜ) jaanus.veemaa@ut.ee Kogemus: töö lektorina ja analüütikuna TÛs	Analüütik-ekspert (regionaalpoliitika)	Ekspertidega suhtlemine, dokumendianalüüs. Rehabilitatsiooniprogrammi regionaalpoliitilise mõju hindamine ning soovitude tegemine
Dagmar Narusson (TÜ) dagmar.narusson@ut.ee Kogemus: töö rehabilitatsioonimeeskonna sotsiaaltöötajana TÜK lastekliinikus, töö rehabilitatsiooni lektorina TÛs	Ekspert (rehabilitatsioon ja sotsiaaltöö)	Sotsiaalse rehabilitatsiooni teemal konsulteerimine, Sotsiaalne moodul

⁷ <http://www.ec.ut.ee/et/rake/teostatud-projektid>

Aaro Nursi (TÜ) aaro.nursi@ut.ee Kogemus: töö kliinilise logopeedina haiglas ja teadustöö assistendina TÜs	Konsultant (logopeedia)	Igapäevategevuste moodul
Ülle Lepik (VTHK) ylle.lepik@tartuvthk.ee Kogemus: töö rehabilitatsiooniosakonna juhatajana, psühholoogina (>5a) ja lektorina TÜs	Koordinaator (rehabilitatsioon ja psühholoogia)	Koordineerimine VTHK siseselt Sotsiaalne moodul ja igapäevategevuste moodul
Valentina Rannikmaa (VTHK) valentina.rannikmaa@gmail.com Kogemus: töö rehabilitatsioonispetsialisti-sotsiaaltöötajana	Ekspert (sotsiaaltöö)	Sotsiaalne moodul
Kadri Paal (VTHK) paal.kadri.1@gmail.com Kogemus: töö rehabilitatsioonispetsialisti-tegevusterapeudi assistendina	Ekspert (eripedagoogika ja tegevusteraapia)	Igapäevategevuste moodul

A. Rehabiliteerimist vajav seisund, põhjused ja kulg

Rehabiliteeritav seisund on käesoleva programmi raames järgmine: vanemaealisel (üle 65-aastased) inimesel on äsja esinenud insult, mille tagajärjel on tekkinud raskused enesehoolduse ja eneseväljendusega, raskused tähelepanu ja mälu funktsioonidega ning eneseregulatsiooniga, raskused eneseväljendamisel perekonnaliikmetega ning raskused ühiskondlikes tegevustes osalemisel. Järgnevalt on täpsemalt kirjeldatud rehabiliteerimise seisund, kulg ning põhjused.

Insult on ootamatu algusega neuroloogiline haigus, mille põhjuseks on ajuveresoonte oklusioonist või ruptuurist tingitud mittetraumaatiline ajukahjustus, ning tulemuseks on funktsionaalsete võimete ajutine või püsiv kaotus⁸.

Insuldi vormid: 87% ajuinsultidest on *isheemilised*, mille korral trombist või embolist põhjustatud veresoonesulguse tagajärjel tekib aju verevarustuse häirimine ja 13% on *hemorraagilised*, mille korral veresoone sein või aneurüsmi lõhkemise tõttu tekib verejooks ning ajukahjustus. Patsiendi prognoos sõltub insuldi raskusastmest, tekkemehhanismist, haigestunu vanusest, kaasuvatest haigustest ja insuldi komplikatsioonidest. Erinevate uuringute andmetel sureb esimese 30 päeva jooksul 16–23% isheemilise insuldiga patsientidest ning hemorraagilise insuldi korral on suremus isegi suurem^{9,7}.

Insuldi mõju patsiendi tervisele ja rehabilitatsiooni vajalikkus: Ligikaudu pooltel ellujäänutest jääb neuroloogiline või kognitiivne defitsiit. Ameerika Ühendriikides läbiviidud uuringu kohaselt on üle 65-aastatel inimestel 6 kuud pärast insuldi haigestumist lisaks halvatusetele ja kognitiivsele defitsiidile ka vaatevälja defekt (20%), kõnehäired (afaasia, düsartria, kõneapraksia), neelamisprobleemid ja tundlikkuse häired (15%). Depressiooni all kannatab 6 kuud hiljem kolmandik haigestunutest, ligikaudu 30% inimestest ei suuda ilma abita kõndida ja sama suurel osal esinevad probleemid sotsiaalses kohanemises. 25% vajab hooldust või abi erinevates institutsioonides.¹⁰

⁸ Uibo, K. (2007) Taastusravi kättesaadavus Tartu Ülikooli Kliinikumis ravitud insuldihaigete hinnangul. Magistritöö. Tartu: Tartu Ülikool.

⁹ Edwardson M. A & Dromerick A. W (2015) Ischemic stroke prognosis in adults. Jun 10. www.Uptodate.com

¹⁰ British Geriatrics Society (2009) Human and economic burden of stroke. *Age and Ageing* 38, pp. 4–5.

Ajuinsuldi tagajärjel tekkinud sümptomid sõltuvad konkreetsest kahjustunud ajupiirkonnast. Lisaks motoorika- ja tundlikkushäiretele on mitmeid spetsiifilisi sündroome, mis raskendavad taastusraviprotsessi ja halvendavad toimetulekut. Domineeriva ajupoolkera infarkti korral tekib sageli afaasia ehk kõnehäire, mille puhul on võimalik eristada mootorset ja sensoorset alamliiki (Broca ja Wernicke). Motoorne ja sensoorne afaasia võivad esineda korraga. Suuremal osal inimestest on vasak ajupoolkera domineeriv ja parem ajupoolkera mittedomineeriv. Mittedomineeriva ajupoolkera infarkti korral võib tekkida hemineglekti sündroom – vastaskehapoole tajumine on häiritud, esineb tähelepanematus vastaspoolelt tulevate visuaalsete, auditoorsete ja taktilsete stiimulite suhtes. Raskematel juhtudel kaasneb oma haigusseisundi täielik mitteteadvustamine ja vastaspoole kehaosade mitte enda omadeks pidamine ehk asomatognoosia. Seisundiga kaasnevad ruumitajuhäired ja näiteks oskamatus end riietada. (A) Ruumiline neglektisündroom on patsientidel erineva raskusastme ja sümptomitega. Rehabilitatsioonis on esikohal visuaal-motoorne, kognitiivne ja käitumuslik treening. Vähemoluline ei ole ka neglektiga toimetuleku õppimine, mis sisaldab patsiendi keskkonna ümberkohandamist ja hooldaja spetsiaalset nõustamist. Neglektisündroomiga patsiendi iseseisvumise taastumine on halvema prognoosiga kui esmapilgul raskema neuroloogilise defitsiidiga haigetel, kellel on näiteks poole keha halvatus ja kõnehäire. Mõnikord võib isegi spetsialistide poolt jääda patsiendi neglektisündroom tähelepanuta. Neglekt esineb erinevate uuringute andmetel 13–81% -l parema ajupoolkera infarktiga haigetest. Insuldiga võib kaasneda kõne- ja/või neelamishäire. (D)

Kuni pooltel ajuinfarktiga haigetest esineb pseudobulbaarse afekti sündroom, mis kujutab endast emotsionaalset labiilsust või inkontinentsi. Pseudobulbaarne afekt väljendub kohatu ja kontrollimatu nutmise või naermisena ebasobivas olukorras. Käitumine ei ole kooskõlas patsiendi tegeliku emotsionaalse kogemusega ning võib tekitada arusaamatusi ja piinlikkustunnet suhtlemisega seotud situatsioonides. Tagajärjeks on sotsiaalse elu piiramine ja vältimine ning veelgi suurenev haiguskoormus. Pseudobulbaarse afektiga haigetel esineb rohkem ärevust võrreldes neuroloogiliste patsientidega, kellel seda sündroomi ei ole. (E) Harva esineva kahepoolse frontaalsagara kahjustuse korral tekivad rasked käitumuslikud häired nagu tahtepuudus, kõnevõimetus, psühhomotoorne pidurdus ja võimetus rääkida ja liigutada ilma väga tugeva stiimulita. Kuklasagarate ulatusliku kahjustuse korral võivad tekkida mälulangus ja käitumuslikud häired, kaasa arvatud agiteeritud deliiriumiseisund. 2–4%-l ajuinfarktiga patsientidest tekib sümptomaatiline ehk haiguskoldest põhjustatud epilepsia. (A). Insuldist põhjustatud defitsiit seab muuhulgas piirangud autojuhtimisvõimele. „Liiklusseaduse” § 101 lõike 10 ja § 143 lõike 7 alusel kehtestatud määruse alusel ei tohi 1. grupi autojuhil olla horisontaalvaateväli alla 120 kraadi, jäsemete puude või liikumistakistuse korral on vajalik sõiduki ümberkohandamine; epilepsiaga patsient ei või autot juhtida 1 aasta jooksul viimasest hoost. 2. grupi autojuhtidele kehtivad rangemad tervisenõuded. (F)

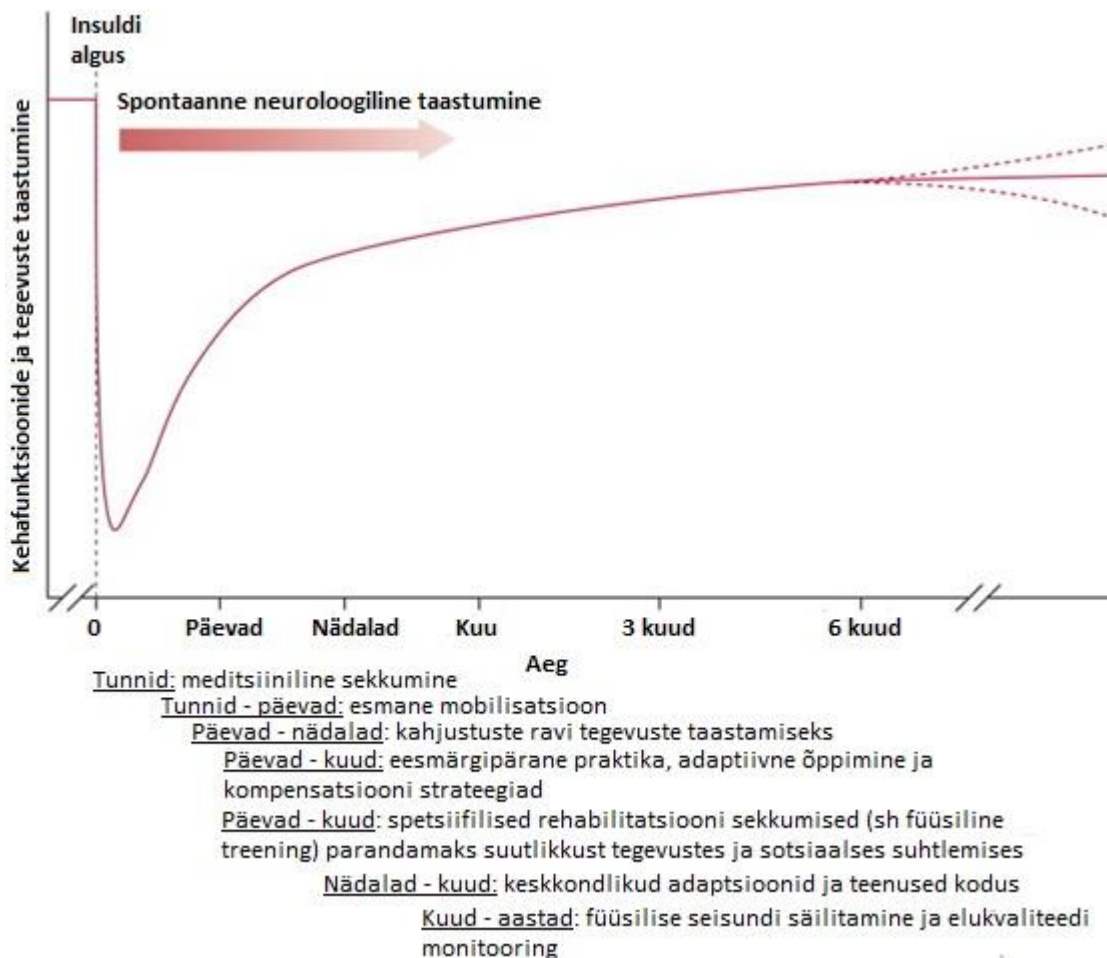
Vajadus igapäevaste tegevuste sooritamisel abi järele mõjutab oluliselt patsientide, aga ka nende lähisugulaste elukvaliteeti, kes satuvad sageli hooldaja rolli. Kodune hoolitsus ja lähedaste toetus on üks peamiseid tegureid, mis insuldi üle elanud inimestel aitab püsida ühiskonna liikmena. Seega on patsiendi lähedaste toetus ka tervishoiusüsteemidele majanduslikult oluline faktor.⁹ Tööealise inimese kojujäämine oma lähedase toetamiseks ja hooldamiseks tähendab paraku majanduslikku kahju nii perekondlikul kui riiklikul tasandil.

Ligikaudu kolmandikul patsientidest esineb insuldijärgne depressioon. Kõrgeim on esinemissagedus esimesel kuul pärast haigestumist, kuid depressioon võib püsima jääda ka pikaajaliselt. Psüühikahäirete olemasolu seostatakse suurema insuldijärgse suremusega, depressioon halvendab funktsionaalset paranemist ja põhjustab sotsiaalse isolatsiooni teket. Lisaks antidepressantravi varasele alustamisele on vaimse heaolu säilitamise jaoks vajalik ka individuaalne pikaajaline toetus. (G)

Insuldi mõjuga seotud kirjandus (viited):

- (A) Current diagnosis and treatment in neurology. John C. M. Brust. McGraw-Hill Medical, 2012.
- (C) Compliance With Secondary Prevention of Ischemic Stroke. A Prospective Evaluation
Tanja Sappok, MD; Andreas Faulstich; Erika Stuckert et al. Stroke. 2001; 32: 1884-1889, doi:
10.1161/01.STR.32.8.1884
- (B) AHA/ASA Guidelines on Prevention of Recurrent Stroke. LAMBERT M. Am Fam Physician. 2011
Apr 15;83(8):993-1001.
- (D) Spatial Neglect. A M Barrett, MD; Chief Editor: Michael Hoffmann. Medscape. Updated: May 27,
2014
- (E) Pseudobulbar affect: prevalence and management. Aiesha Ahmed and Zachary Simmons. Ther
Clin Risk Manag. 2013; 9: 483–489. Published online 2013 Nov 29. doi: 10.2147/TCRM.S53906
PMCID: PMC3849173.
- (F) Riigi Teatja. Mootorsõidukijuhi ja juhtimisõiguse taotleja ning trammijuhi ja trammi
juhtimisõiguse taotleja tervisekontrolli tingimused ja kord, tervisetõendite vormid ning
tervisenõuded, sealhulgas meditsiinilised vastunäidustused, mille puhul mootorsõiduki ja trammi
juhtimine ei ole lubatud. Avaldamismärge: RT I, 21.06.2011, 8
- (G) Post Stroke Depression. Katherine Salter, Swati Mehta, Sanjit Bhogal et al. Evidence-Based
Review of Stroke Rehabilitation (<http://www.ebrsr.com/>)

Insuldi kulg ajas: Käesolev sekkumisprogramm võtab arvesse joonisel 1 kirjeldatud insuldi potentsiaalset taastumisprotsessi ajas, eesmärgiga seda igakülgset soodustada ja toetada. Oluline on sealjuures indiviidis lootuse ja motivatsiooni säilitamine ja sotsiaalne aktiveerimine, kuna taastumine võtab aega. Programmi kestus (18 kuud) on määratud just nimelt lähtudes varasematest teadmistest insuldist taastumise ajalise kulu ja sekkumise tõhususe (erinevates faasides) põhjal.



Joonis 1. Insuldijärgse seisundi ajaline kulg. Spontaanne taastumine pärast insulti ja õigete sekkumisstrateegiate ajastamise olulisus. (Joonis on adapteeritud Langhorne et al. (2011)¹¹ artiklist.)

Programmi koostamise alused: Pakutav programm on aluseks süstemaatilisele sekkumisele. See eristub varasematest Eestis rakendatud programmidest spetsiifilise sihtrühma (insuldi läbi elanud inimesed, vanuses 65+) ning teadlaste-praktikute koostöös välja töötatud sekkumiskava spetsiifikaga (interdistsiplinaarne ajaliselt piiritletud erinevaid meetodeid rakendav sihipärane sekkumine kindlale sihtrühmale). Tegemist on integreeritud sekkumisega, ühendades tegevusteraapia, logopeedia, psühholoogia ja sotsiaaltöö. Programmi meeskond koosneb erialaspetsialistidest-praktikutest ja teadlastest ning võtab programmi koostamisel ühelt poolt aluseks varasemad teadusuuringud ja poliitikasoovitused (ning riiklikud eesmärgid) ja teiselt poolt arvestab ka üleilmsete rehabilitatsioonisuundade ning praktiliste lahendustega (koostöös praktikutega). Mõned näited dokumentidest, millega enne programmi lõplikku kokkupanekut põhjalikult tutvutakse, on:

- Aktiivsena vananemise arengukava 2013-2020:
https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/eesmargid_ja_tegevused/Sotsiaalhoolekanne/Eakatele/aktiivsena_vananemise_aren_gukava_2013-2020.pdf

¹¹ Langhorne et al. (2011) Stroke rehabilitation. *The Lancet* 377, pp. 1693-1702.
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673611603255>

- RFK (rehabilitatsiooni klassifikatsioonisüsteem, mis on aluseks rehabilitatsiooniprogrammidele mh Eestis):
<http://www.epikoda.ee/vana/include/blob.php?download=epikmain1&id=0667>
- WHO rehabilitatsiooniga seotud mõisted ning eemärgid (inimeste kaasamine ühiskonda, "sildistamise" vähendamine, võrdsed õigused, inimväärne elu jms):
http://who.int/disabilities/care/rehabilitation_guidelines_concept.pdf
- Progress in Brain Research. Stroke rehabilitation:
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0079612315000047>
- Arvutipõhise neuropsühholoogilise rehab.programmi rakendamisest ja tulemused:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4563296/>
- Insuldijärgsed virtuaalsed arvutimängud:
<http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3109/09638288.2014.934925>
- Kognitiivse rehabiliteerimise tehnoloogiatest:
<http://search.proquest.com/openview/b0018ed5a014d5ae817fe1379c77dac5/1?pq-origsite=gscholar>

B. Tegutsemis- ja osaluspiirangud

Lähtudes rahvusvahelise funktsioneerimisvõime, vaeguste ja tervise klassifikatsiooni (RFK)¹² kirjeldusest, on tegutsemise ja osaluse piirangute mõõtmiseks kaks määrajat: *soorituse määraja* ja *suutlikkuse määraja*. Neid kahte võib defineerida järgmiselt: "Soorituse määraja kirjeldab, mida indiviid oma tegelikus ümbruses teeb. Suutlikkuse määraja kirjeldab indiviidi võimet ülesannet täita või tegevust sooritada." Võimalikud tasemed: xxx.0 takistus puudub, xxx.1 kerge, xxx.2 mõõdukas takistus, xxx.3 raske takistus, xxx.4 täielik takistus. Käesolevas programmis on kõige laiemas mõistes eeldatud, et programmis osalejal võib olla takistatud nii sooritus ja suutlikkus ilma abita ja abivahendita järgmistes valdkondades (täpsemalt on defineeritud baastasemed ja eesmärgid iga programmi mooduli juures):

- õppimine (d130-d159);
- teadmiste rakendamine (d160-d179);
- suhtlemine (d310-d329 ja d330-d349, d350, d355, d360);
- inimestevaheline lävimine/suhted (d710-d729);
- käimine ja liikumine (d450-d469);
- esemete kandmine, liigutamine ja käsitsemine (d430-d449);
- majapidamistoimingute sooritamine (d630-d649);
- peresuhted (d760) .

C. Keskkonnategurid

Keskkondlikud tegurid RFK alusel, mille osas hõlbustavad ja takistavad tegurid indiviidi kohta määratletakse, on:

- tooted igapäevaseks isiklikuks kasutamiseks e115,
- eravalduses olevate hoonete kujundus e155,
- kitsas perekonnaring e310,
- laiem perekonnaring e315,
- tugiisikud ja hooldajad (toetus ja suhted) e340,
- lähedaste perekonnaliikmete isikupärased hoiakud e410,

¹² <http://www.epikoda.ee/vana/include/blob.php?download=epikmain1&id=0667>

- kaugemate perekonnaliikmete isikupärased hoiakud e440,
- sotsiaalkindlustusteenistused, -süsteemid ja -strateegiad e570,
- üldised sotsiaalteenused, -süsteemid e575

Keskondlikest teguritest, mis võivad takistada vanemaealise insuldihaige programmis osalemist, on oluline eelkõige rehabilitatsioonorganisatsiooni asukoht osaleja elukoha suhtes. Osaleja *ideaalset juurdepääsu* asukoha alusel rehabilitatsiooniteenusele iseloomustavad peamiselt kaks tingimust: 1) lähima rehabilitatsiooniasutuse kaugus teenuse saaja elukohast (mõõdetuna tinglikult ajas, mis kulub vahemaa ühekordseks läbimiseks sõiduautoga keskmisel kiirusel 70–90 km/h), ning 2) rehabilitatsiooniasutuste suhteline arv haldusüksuses elavate inimeste kohta (maakondlikul haldustasandil).

D. Sotsiaalmajanduslikud tegurid

Rehabilitatsiooni oluliseks eesmärgiks on toetada patsientide igapäevast iseseisvat toimetulekut, tagada nende sotsiaalne integreeritus ühiskonnas ning vähendada perekonna ning lähedaste hoolduskoormust. Rehabilitatsioon võimaldab kahandada ka patsiendi terviseprobleemide sagenemise tõenäosust ning ennetada seeläbi nendest tingitud sotsiaal-majanduslike probleemide tekkimist. Rehabilitatsiooniteenuse kättesaadavus vanemaealistele insuldi patsientidele aitab eelkõige leevendada patsiendi haigusseisundist tulenevaid toimetuleku ja kaasatuse probleeme. Insuldijärgse rehabilitatsiooni puudumine kahandab eakate patsientide väljavaateid naasta tööturule või kindlustada iseseisva majandustegevuse kaudu lisisissetulekuid. Patsientide võimalused säilitada heaolu ning insuldieelne elukvaliteet on seetõttu märkimisväärselt piiratumad. Rehabilitatsiooni puudumine vähendab samuti eakate patsientide võimalusi olla kaasatud ühiskondlikus tegevuses, kultuuri- ja seltsielus ning panustada kogukonna tegemistesse ja arengutesse. Sotsiaalne isolatsioon võib esile kutsuda või süvendada patsientide vaimse tervise halvenemist, mis omakorda võib põhjustada täiendavaid sotsiaalseid ning majanduslikke väljakutseid patsiendi perekonnale (sh pereliikmete aktiivsusele tööturul). Rehabilitatsiooni puudumine võib tõsta nii patsiendi kui ka tema perekonna või lähedaste majanduslikku toimetulekuriski ning nõrgestada sotsiaalseid suhteid patsiendi perekonnas (sh patsiendi elamine ja hooldamine perekonnas).

E. Programmi peamised põhimõtted

Käesoleva rehabilitatsiooniprogrammi **üldeesmärgiks on insuldi läbi elanud vanemaealise inimese võimalikult iseseisev funktsioneerimine pärast programmi läbimist**. Eesmärk on pigem siht, mille suunas liikuda, kui konkreetne seisund, mille iga klient programmi läbides saavutab. Tulenevalt kliendi tervislikust seisundist programmi sisenedes on oluline iga kliendi jaoks määrata programmi alguses individispetsiifiline/isikukeskne eesmärk (nt kas saab üksinda hakkama kodus või saab hakkama üksinda vähemalt 4 tundi päevas vms). Programmi eesmärgi, tegevusi jm täpsustatakse programmi koostamise käigus (vt Programmi koostamise ajakava Lisa 4).

Alameesmärkideks on¹³:

- 1.) suureneb kliendi iseseisev funktsioneerimine enda elukeskkonnas, mõõdik: tuleb üksinda toime riitumise, enesehooldustoimingutega ja toitumisega; võrreldes baastasemega programmi alguses, on eelmainitud toimingutega hakkamasaamine kliendi enda ja kliendi lähedaste hinnangul paranenud vähemalt 1 punkti võrra skaalal 1 (ei suuda üksinda toime tulla) 10 (suudan väga hästi üksinda toime tulla);

¹³ vt RFK järgi täpsustatud eesmärgi iga mooduli kohta spetsialisti käsiraamatust. Sekkumise efektiivsuse mõõtmisel – lähtuda eelkõige spetsialisti käsiraamatust toodud algtaseme määratlusest ja eesmärkidest.

- 2.) paraneb või säilib tähelepanu-, töömälu ja pikaajalise mälu funktsioon, mõõdik: individuaalselt suudab tähelepanu ja mälu suunata ja kontrollida piisaval määral, lähtudes uuringutes välja toodud kriteeriumidest, mis täpsustatakse programmi koostamise käigus¹⁴, testi tulemus (skoor) kliendi enda baastaseme suhtes suureneb või jääb samaks sama testi rakendamisel.
- 3.) paraneb kliendi sotsiaalne hakkamasaamine, mõõdik: kliendi perekondlikud suhted on säilinud, klient osaleb peresisestel üritustel, kliendi enda hinnangul on peresuhted skaalal 1 (väga halb) 10 (väga hea) vähemalt „5“ või suurenenud vähemalt 1 punkti võrra, võrreldes algseisundiga (st baastasemega programmi alguses); RFK määrajate järgi on kliendi funktsioneerimine d7, sh d760, d9205 valdkondades järgmine: xxx.0 probleem puudub või xxx.1 kerge või xxx.2 mõõdukas probleem
- 4.) paraneb või säilib kõnefunktsioon, mõõdik: sõnade arv, grammatika, kõne selgus ja hääldamine on paranenud võrreldes algseisundiga, algseisundi (baastaseme, st programmi alguses) ning lõppseisundi hindamiseks kasutatakse sama meetodit/testi
- 5.) pere hoolduskoormus väheneb, mõõdik: klient suudab üksinda kodus viibida vähemalt 8 tundi, kliendiga koos elavad inimesed ei ole loobunud tööl käimisest kliendi hooldamise tõttu või perekonna hinnangul on hoolduskoormus vähenenud vähemalt 1 punkti võrra võrreldes baastasemega skaalal 1 (väga suur hoolduskoormus, 8 või enam tundi päevas) 10 (hoolduskoormus puudub või on väga madal); RFK määrajate järgi on kliendi funktsioneerimine e310, e315, e440 valdkondades järgmine: xxx.0 probleem puudub või xxx.1 kerge või xxx.2 mõõdukas probleem.
- 6.) indiviidi kaasatus ühiskondlikesse tegevustesse suureneb, mõõdik: individ osaleb vähemalt ühes koduvälises tegevuses kord nädalas
- 7.) perekonna hoiak kliendi suhtes on toetav, mõõdik: perekonna hinnangul on klient täisväärtuslik pereliige, ei toimu peresisest „haigeks sildistamist“. Hoiakut hindab klient: 1 (hoiak negatiivne, sildistatakse igapäevaselt)...10 (hoiak positiivne, puudub sildistamine); RFK määrajate järgi on kliendi funktsioneerimine e410, e415, e425 valdkondades järgmine: xxx.0 probleem puudub või xxx.1 kerge või xxx.2 mõõdukas probleem

Programmiks vajalikud spetsialistid, vahendid ja keskkond

Programmi läbiviimise eelduseks on, et eesmärkide saavutamist toetab rehabilitatsioonimeeskond, mis koosneb vähemalt kolmest erialaspetsialistist (riiklikult tunnustatud magistrakraadiga, v.a. tegevusterapeut, minimaalse kriteeriumiga bakalaureusekraad): psühholoog, logopeed, tegevusterapeut või tegevusterapeuti assistent, sotsiaaltöötaja. Kolme valdkonna esindajad töötavad ühtse meeskonnana ning integreerivad enda tegevusi kogu programmi vältel.

Programmi läbiviimiseks on tarvilik, et rehabilitatsiooniasutusel oleksid **ruumid, et kliendiga individuaalselt töötada** (nt psühholoogi vastuvõtuks või logopeedi vastuvõtuks) ja tugirühma (3-6 inimest) ja rehabilitatsioonimeeskonna liikmetega kohtuda. Sealjuures peaks ka ratastooliga inimestel olema võimalus ruumidesse pääseda (st soovitatavalt eeldab lifti või kaldteede olemasolu).

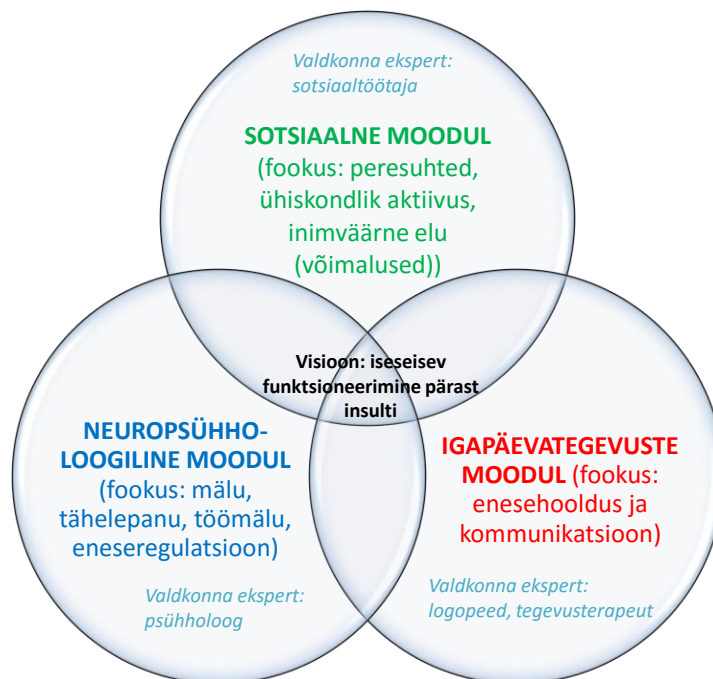
Programmis kasutatavad **vahendid** on moodulispetsiifilised (nt peenmootorika treenimiseks mõeldud pusled või kognitiivsete funktsioonide treeninguks mõeldud mälukaardid), kuid programmis ei eeldata lisavahendite soetamist kliendi enda poolt. Põhiliseks töövahendiks saab olema harjutuste kogumik. Lisavahendid, mille olemasolu programmis eeldatakse, on suuresti kliendi kodused igapäevased objektid (nt söögiriistad, raamatud või kirjutusvahendid). Võimalusel on soovitatav kasutada tugigrupis harjutuste läbiviimisel arvuteid (3-6), aga käsiraamatus kirjeldatud harjutusi on võimalik

¹⁴ Robertson, I. H. & O'Connell (2014) Rehabilitation of Attention Functions, pp. 1081-1092, (Eds. A. C. Nobre & S. Kastner) The Oxford Handbook of Attention. Oxford: Oxford University Press. <https://professorianrobertson.files.wordpress.com/2013/10/robertson-oconnell-rehab-attention-oxford-handbook.pdf>

rakendada ka ilma tehniliste vahenditeta (st programmi koostamisel kirjeldatakse mõlemat võimalust: arvutipõhist ja paberkandjal läbiviidavat harjutamist).

Programmi struktuur ja läbiviimine

Programm koosneb kolmest erinevast moodulist (joonis 2), kuid kõik moodulid on omavahel integreeritud ning mõjutavad teineteist: neuropsühholoogiline, sotsiaalne ja igapäevategevustega seotud moodulid. Näiteks neuropsühholoogilise mooduli fookuseks on tähelepanu- ja (töö)mälufunktsiooni¹⁵ säilitamine ja parandamine erinevate töömälu strateegiaid õpetavate ning kinnistavate harjutuste abil. Kui kliendi võimekus infot omandada (nt jätta meelde enda telefoni number, enda maja number või sõbra maja number) paraneb, väheneb perekonnasiseselt vajadusel kliendile meenutada või üle kontrollida, kas klient teab, millisesse majja siseneda, kui käib näiteks väljas jalutamas. See vähendab pere hoolduskoormust. Samuti toetab näiteks logopeediline abi (kõnefunktsiooni treening) indiviidi suhteid enda sõprade ja perekonnaga – kliendil on võimalus end väljendada ning seeläbi vähendada negatiivseid emotsioone ning olukordi, mis võivad tekkida arusaamatusest suheldes lähedaste inimestega. Seega, ühe funktsiooni arendamine toetab teist. Sotsiaalse mooduli osas on oluliseks fookuseks just inimese kogukonda kaasatuse hoidmine ja inimestevaheliste suhete säilitamine ning kliendi aktiivsuse hoidmine või tõstmine (ühiskondlikus mõttes). Kui klient tunnetab, et ta suudab kontrollida enda elu (teha ennast puudutavaid otsuseid), kontrollida mälu (jätta meelde olulist infot), suudab alustada ja hoida üleval vestlust, siis on kliendil olemas kommunikatsiooni baasvõimekus ka väljaspool kodu, nt poes või hobirühmades käimiseks.



Joonis 2. Rehabilitatsiooniprogrammi moodulid. Iga mooduli eest vastutab vähemalt üks erialaspetsialist. Sekkumine on läbipõimunud, st mooduleid ei saa rakendada eraldi.

¹⁵ Töömälu on multimodaalne mälusüsteem, mis aitab informatsiooni lähiajaliselt säilitada, et seda eesmärgipäraselt kasutada. Nt. Baddeley, A. (1992). Working memory. *Science* 255, pp. 556-559; Cowan, N. (2008). What are the differences between long-term, short-term, and working memory? *Progress in Brain Research* 169, pp. 323-338.

Meetodid

Alljärgnevalt on kirjeldatud moodulite kaupa rakendatavaid meetodeid üldisel tasemel. Harjutusprogrammide kokkupanekul kasutatakse teaduspõhist lähenemist ja varasemalt kirjeldatud efektiivseid sekkumismeetodeid.

Neuropsühholoogilise mooduli eksperdi roll ja meetodid

Psühholoogi roll käesoleva rehabilitatsiooniprogrammi läbiviimisel on eelkõige hinnata individipõhiseid võimeid ja oskusi fookusega tähelepanu ja töömälu ning pikaajalise mälu funktsioonidel. Psühholoog peab läbi viima sekkumise, mis aitaks mainitud funktsioone taastada või hoida stabiilsena. Spetsialist peab tegema oma kolleegidega sealjuures koostööd nõnda, et funktsioonide treening oleks ka keskkonnas üldistuv ning aitaks kliendil paremini päriselus (mitte ainult harjutusi tehes) toime tulla. Psühholoogi roll on selles programmis kognitiivsete funktsioonide hindamine ja võimekuse arendamine (baasmehhanismid), rõhuasetus on strateegiate õpetamisel ja treenimisel.

1. Kognitiivsed harjutused

Töömälu ja pikaajalise mälu strateegiate õpetamine. Tähelepanu säilitamist ja suunamist treenivad harjutused. Töömälu ja pikaajalise mälu harjutused.

Psühholoog õpetab kliendile 12 kuu jooksul mälustrateegiaid ning iganädalaselt tehakse koos rehabilitatsioonikeskuses harjutusi (kuni 30 minutit korraga¹⁶). Kokku psühholoogil kliendiga 33 kohtumist. 13.–18.kuul toimub harjutuste tegemine kodus iseseisvalt ning psühholoogiga võetakse ühendust kord kuus telefonitsi või psühholoogi kodukülastustel.

2. Kognitiivne stimulatsioon (muusika)

Esimesel kohtumisel annab psühholoog kliendile soovitusi kognitiivse stimulatsiooni suurendamiseks kodustes tingimustes. Sealjuures on mitmetest varasematest uuringutest teada, et muusika kuulamine või muusikaga tegelemine on insuldist taastumisel üheks soodustavaks teguriks. Psühholoogiga koos arutatakse esimesel kohtumisel läbi muusika kuulamise võimalused ning määratakse strateegia, kuidas klient hakkab edaspidi ise kodus kognitiivset stimulatsiooni läbi viima. Stimulatsiooni kestus on soovitatavalt vähemalt 15-30 minutit päevas.

Sotsiaalse mooduli eksperdi roll ja meetodid

Sotsiaaltöötaja roll on pakkuda kliendile ja tema jaoks olulistele isikutele rehabilitatsiooni protsessis psühhosotsiaalset toetust.

Sotsiaaltöötaja sekkumise esimese etapi eesmärk on tutvustada kliendile rehabilitatsiooni ja panna klienti tundma kindlamalt ja mugavamalt ning demüstifitseerida rehabilitatsiooni protsessi.

Järgnevalt hinnatakse kliendi igapäevaelu situatsiooni, samuti pere ja kliendi sotsiaalse elu situatsiooni, kliendi oskusi ja ootusi rehabilitatsiooniks.

¹⁶ Lähtudes sellest, tegemist on vanemaealistega, kellel on keskendumisraskuseid ning probleeme võib olla ka kiire väsimisega, siis on seansi pikkuseks 1 h asemel soovitatav rakendada pigem 30 min. Juhul, kui klient on valmis rohkemaks ja rehabilitatsiooniasutusel on võimalus teenust pikemalt pakkuda, võivad seansid olla pikemad.

Sotsiaaltöötaja toob hindamise protsessis välja tervise olukorra ja tegevusvõime piirangute psühhosotsiaalsed mõjud ja selle aspektid, et saada tervikpilt “klient keskkonnas” interaktsioonist. Sotsiaaltöötaja pakub erilist toetust kliendi olulistele isikutele, et neid abistada kliendi uue olukorraga kohanemisel ja viia kurssi põhimõtetega, millest rehabilitatsioonispetsialistid kliendi individuaalsekkumistes lähtuvad.

Sotsiaaltöötaja korraldab kliendi ja rehabilitatsiooni meeskonna liikmete, samuti pere, kliendi kolleegide ja organisatsioonide-vahelist suhtlust.

Sotsiaaltöötaja informeerib klienti ja peret sotsiaalse kohanemise ja integreerumise võimalustest, nagu näiteks uue elukoha leidmine.

1. Grupitöö (klubitööd)

Grupitöö viiakse läbi kõigi klientidega. Eesmärk on kogu protsessi vältel kliente orienteerida programmis toimuvast ja anda klientidele võimalus programmi kujunemises kaasa rääkida (eesmärk kaasatuse suurendamine ja partnerluse suurendamine, omavaheliste suhete arendamine grupis). Klubitöö formaadis osalevad kliendid, ja võivad osaleda ka nende lähedas ja olulisi teemasid käsitlevate külalistega. Programmi kokkupanemisel on kasutatud praktilise töö ja hoolduskoormuse teemalisest projektist¹⁷ saadud kogemusi. Lisaks individuaalsele tegevusele tehakse programmi raames omaste hooldajatele rühmatöid ja kasutatakse integreeritud klubitöö mudelit¹⁸. Fookuseks on sotsiaalse aktiivsuse tõstmine, hoidmine kogukonnas (arutelud, rekreatiivsed tegevused, kutsuda külalisi, kogemusnõustaja interpersonaalsed oskused, et aktiivsust hoida).

2. Individuaalne töö iga kliendiga

Eesmärk on arendada inimese inimestevahelist suhtlemist tema elukeskkonnas (suhted lähedastega, tema jaoks oluliste inimestega ja kogukonnas suhtlemise säilitamine), toetuse pakkumine (kohtumiste arv, varieerub) ja leida lahendused iga kliendi igapäevaelu korraldust ja enesehoolduse ja/või teisi toiminguid puudutavatele küsimustele. Fookuses on inimese interaktsioon tema sotsiaalse keskkonnaga, st elementaarne inimestevaheline lävimine (d710), komplitseeritud inimestevaheline lävimine (d720) (RFK e3). Töömeetodina kasutatakse sotsiaalnõustamist, psühhosotsiaalse rehabilitatsiooni metoodikat.¹⁹ Nimetatud metoodikast kasutatakse programmis orientatsiooni, sotsiaalnõustamise ja juhtumikorralduse meetodeid. *Orientatsioon* kui meetod on aluseks kliendi, lähedase ja programmimeeskonna koostöö kujunemisel. Sekkumine on kliendipõhine, enamasti individuaalne samm-sammuline kinnitatud tegevus konkreetse funktsiooni parandamiseks või säilitamiseks. Juhtumikorraldus on ressursside koordineerimine programmis osalejale ja hoolduskoormusega lähedastele keskkonna võimaluste tagamiseks. Juhtumikorralduse käigus seostatakse klient järk-järgult vajalike teenustega, et programmi lõppemisel oleks kliendi elu võimalikult iseseisev.

3. Infogrupid

Eesmärk on tõsta teadlikkust sotsiaalse keskkonna võimalustest igapäevaelus ettetulevate probleemide lahendamiseks. Programmi raames toimuvad infotunnid nii kliendile kui kliendi lähedastele, et selgitada kliendi seisundi olemust ja tähendust kliendi ja pere jaoks laiemas mõttes; selgitatakse võimalusi, kuidas kliendi aktiivsust ühiskonnas säilitada või tõsta; jagatakse informatsiooni erinevate hobirühmade kohta, toetatakse perekonda kogu 18 kuu

¹⁷ <http://pehit.tartuvthk.ee/>

¹⁸ <http://pehit.tartuvthk.ee/>

¹⁹ <http://cpr.bu.edu/wp-content/uploads/2011/11/Preview-Psychiatric-Rehabilitation-2nd-edition.pdf>

vältel. Ühelt poolt on kohtumiste eesmärk info jagamine, teiselt poolt aga ka informatsiooni kogumine kliendi arengu, seisundi, peresuhete ja kliendi rahulolu ning emotsioonide kohta. Sotsiaaltöötaja vahendab informatsiooni ka teistele spetsialistidele kogu protsessi vältel 18 kuu jooksul.

Igapäevategevuste mooduli meetodid

1. Kõneteraapia (kõnepuudega kliendile) ja neelamisalane nõustamine (varasemalt on neelamishäire diagnoositud)

Keeleliste ja pragmaatiliste oskuste treenimine individuaal- ja/või rühmatöös. Eelnevalt põhjalik kõne hindamine. Vajadusel alternatiivsete suhtlusvahendite tutvustamine ja nende kasutamise õpetamine. Rehabilitatsiooniasutuses toimuvad individuaaltunnid iganädalaselt. Kliendile antakse ka kodus lahendamiseks ülesandeid. Efektive suhtlemise meetodite õpetamine kõnepuudega kliendi lähedastele, hooldajatele ja rehabilitatsioonimeeskonna liikmetele. Vajadusel viib logopeed läbi neelamisalase nõustamise.

2. Enesehooldusega seotud harjutused

Tegevusterapeudi või tegevusterapeudi assistendi roll on hinnata ja aredada kliendi sensomotoorseid, kognitiivseid ja psühhosotsiaalseid tegevuseeldusi enesehooldustoimingute (*ADL – Activities of Daily Living*) ning igapäeva elu toimingute (*IADL – Instrumental Activities of daily Living*) sooritamiseks. Tegevuseelduste hindamine toimub kliendi elukeskkonnas ning edasine töö toimub rehabilitatsiooniasutuses. Kord kuus teeb tegevusterapeut koduvisiidi kliendi elukeskkonda, et fikseerida iseseisvuse areng ADL ja IADL tegevuste sooritamisel.

Paralleelselt tegevuseelduste arendamisele:

- hindab tegevusterapeut kliendi elukeskkonda ning teeb ettepanekuid keskkonna kohendamiseks;
- hindab abivahendi vajadust ning juhendab ja abistab vajalike abivahendite hankimisel ning kasutama õppimisel.

(Tegevusjuhendaja käsiraamat.2010.Tervise Arengu Instituut)

F. Epidemioloogilised andmed

Insuldi esinemine maailmas. Ajuinsult on väga levinud ja tõsiseid sotsiaalseid ja majanduslikke tagajärgi põhjustav haigus. Maailma Tervise Organisatsiooni andmetel on ajuinsult Euroopas südame isheemiatõve järel kõige enam invaliidsust põhjustavate haiguste hulgas teisel kohal. Seoses vanemaealiste inimeste osakaalu kasvuga tõuseb järgnevatel aastakümnetel eeldatavalt ka insuldi haigestunute arv²⁰. 2009. aastal avaldatud andmetel (British Geriatrics Society, 2009) ulatuvad EL 27 liikmesriigis ajuinsuldist põhjustatud otsesed ja kaudsed kulutused kokku hinnanguliselt 27 miljardi euronile aastas²¹.

Eestis haigestub esmakordsesse insuldi ühe aasta jooksul ligikaudu 4000 inimest. Vanemaealiste puhul on haigestumise sagedus vastavalt 65-74-aastaste hulgas iga sajakahekümne viies, 75-84-aastaste hulgas iga viiekümnes ning üle 85-aastaste hulgas iga kolmekümne viies²².

²⁰ Priority medicines for Europe and the World (2013) Geneva: WHO. www.Uptodate.com

²¹ British Geriatrics Society (2009) Human and economic burden of stroke. *Age and Ageing* 38, pp. 4–5.

²² <http://www.kliinikum.ee/narvikliinik/sagedasemad-haigused/11-insult>

G. Sotsiaalvaldkonna teenused rehabilitatsiooniprogrammi sihtrühmale Eestis

Insuldi rehabilitatsioon Eestis. Rehabilitatsioon moodustab olulise osa insuldijärgsest ravist. Eestis on insuldi haigestumise järgselt tagatud haigekassa poolt statsionaarse taastusravi teenus, mille kestus on piiratud Vabariigi Valitsuse määruse nr 188 (27.12.13) „Eesti Haigekassa tervishoiuteenuste loetelu“ § 14 alusel. Akutravahaiglast suunatakse taastusravile patsient, kelle elutähtsate organite funktsioon on stabiliseerunud ning kes suudab taastusravi läbiviimiseks vajalikul määral koostööd teha. Taastusravi protsessis kasutatakse erinevaid meetodikaid. Lisaks patsiendi liikumisfunktsiooni parandavatele meetodikatele võib näiteks tegevusteraapia soodustada igapäevaste toimingutega hakkamasaamist. Kognitiivsete funktsioonide ja kõnepuute rehabilitatsioon on samuti oluline, kuigi vastavate ravistrateegiate kasutamise kliinilisest efektist on saadaval vähem informatsiooni²³.

Teadaolevalt ei ole Eesti rehabilitatsioonikeskustes käesoleval hetkel kasutusel ühtegi insuldi läbi elanud vanemaealistele suunatud valiidset programmi. On mõningaid programme, mida on erinevad rehabilitatsiooniasutused rakendanud, aga mitte süstemaatiliselt. Samuti puudub info mitmete kasutatavate meetodite valiidsuse ja efektiivsuse kohta (Eesti valimil). Üheks programmiks (Eestis), mis on muuhulgas insuldi läbi elanud inimestele suunatud, on "Ajukahjustusega inimeste tugigrupp"²⁴ (Astangu), ka Adeli Rahvusvaheline Rehabilitatsioonikeskus pakub insuldijärgseid rehabilitatsiooniteenuseid. Peamiseks erinevuseks käesoleva programmi ning eelmainitute puhul on sihtrühma täpsem määratlus (vanemaealised insuldi läbi elanud inividid, vt osaluskriteeriume tabel 4 ja tabel 5), programm on süstemaatiline ja teaduspõhiseid meetodeid rakendav sekkumine 18 kuu jooksul ning on valdkondadeüleselt integreeritud (paralleelselt on fookuses mitu valdkonda).

H. Sotsiaalvaldkonna prioriteedid

Rehabilitatsiooniprogramm pakub riikliku tellimuse raames eakatele inimestele võimalust iseseisva toimetuleku ja sotsiaalse aktiivsuse soodustamiseks. Rehabilitatsiooniprogramm ühildub järgmiste riiklike strateegiliste dokumentidega:

- Rahvastiku tervise arengukava 2009-2020 (eeldatava eluea pikenemine, suurenenud sotsiaalne sidusus ja vähenenud ebavõrdsus tervises, kõikidele abivajajatele on kindlustatud kvaliteetsete tervishoiuteenuste kättesaadavus ning elanikkonna kehaline aktiivsus on suurenenud),
- Erihoolekande arengukava aastateks 2014-2020 (võrdsete võimaluste tagamine psüühiliste erivajadustega täiskasvanud inimestele ning kvaliteetsed ja deinstitutionaliseerimise põhimõtteid järgivad erihoolekandeteenused),
- Hooldusravivõrgu arengukava 2004-2015 (nii ambulatoorse kui ka statsionaarse hooldusravi teenuste kättesaadavuse ja kvaliteedi parandamine)
- Eesti regionaalarengu strateegia 2005-2015 (tervishoiuteenuste parem kättesaadavus, piirkondlikud erisused sissetulekutes kajastuvad vähem tervishoiuteenuste kättesaadavuses).

Rehabilitatsiooniprogramm täidab samuti KOV sotsiaalhoolekande arengukavades (sh eakate hoolekanne ja sotsiaalteenuste korraldamine) ning maakonna ja KOVi terviseprofiilides püstitatud tervise paikkondliku edendamise eesmäärke.

²³ Langhorne et al. (2011). Stroke rehabilitation. *The Lancet* 377, pp. 1693-1702.

²⁴ <http://www.astangu.ee/reha/programmid/ajuk-tugigrupp.html>

IV Programmi sihtgrupp ja eesmärgid

A. Sihtgrupp

1. Programmi suunamise kriteeriumid

Tabel 1. Sihtgrupp

Sihtgrupi kriteeriumid	Lapsed	Tööealine isik (16-65-aastased)	Eakas	Kommentaar
Puudespetsiifiline:				
• psüühikahäire (v.a. vaimupuue)			x	Programm sobib isikutele, kellel on RFK vaimsete funktsioonide skaalal puue hinnatud kriteeriumitele xxx.0 ja xxx.1
• vaimupuue			x	Programm sobib isikutele, kellel on RFK vaimsete funktsioonide valdkonnas b117 hinnatud kriteeriumitele xxx.0 ja xxx.1
• keele- ja kõnepuue			x	Programm sobib isikutele, kellel on RFK hääle- ja kõnefunktsioonide valdkonnas keele- ja kõnepuue hinnatud kriteeriumitele xxx.0, xxx.1,xxx.2,xxx3
• kuulmispuue			x	Programm sobib isikutele, kellel on RFK sensoorsete funktsioonide valdkonnas kuulmispuue hinnatud kriteeriumitele xxx.0 ja xxx.1
• nägemispuue			x	Programm sobib isikutele, kellel on RFK sensoorsete funktsioonide valdkonnas nägemispuue hinnatud kriteeriumitele xxx.0 ja xxx.1
• liikumispuue			x	Programm sobib isikutele, kellel on RFK närvide, lihaste, luustiku ja liikumisega seotud funktsioonide valdkonnas liikumispuue hinnatud kriteeriumitele xxx.0, xxx.1, xxx.2, xxx3 ja xxx.4
• liitpuue				Programm ei sobi nimetatud sihtrühmale.
Haiguspetsiifiline: INSULT			X	Insuldijärgne (koheselt peale statsionaarset haiglaravi) sekkumisprogramm taastumispotentsiaaliga vanemaealistele isikutele.

2. Lisainformatsioon ja täpsustused

Tabelis 5 on kirjeldatud sihtgruppi, kellest on soovitatav moodustada 3-6 liikmeline grupp programmi sisenemisel.

Tabel 2. Sihtgrupi kriteeriumid

Programm sobib eelkõige kliendile, kes:

1. On **äsja väljunud haiglast** (statsionaarselt ravilt) insuldi diagnoosiga ja on määratletud kui on taastumispotentsiaaliga. Haiglast väljumisest on möödas **mitte enam kui 6 kuud**.
2. On **vanemaealine**: alates 65ndast²⁵ eluaastast.
3. On piisavalt määral **motiveeritud** programmis osalema ning omab valmidust (sh füüsilist ja vaimset) programmis osalemiseks. Mõõdikuks on insuldi rehabilitatsiooni motivatsiooniskaala²⁶ skoor: varasemates uuringutes on näidatud, et äralõikeskooriks lühikesel (7 küsimust) versioonis on **21 punkti** ja pikas versioon (28 küsimust) **84 punkti**.
4. On **säilinud vähemalt ühe käe funktsioon**, et on võimeline kirjalikult suhtlema või käega viipama. Või abivahendit kasutama.
5. On **säilinud vähemalt ühe silma nägemisfunktsioon** piisaval määral, et suudab eristada visuaalselt end ümbritsevaid objekte.
6. Omab vähemalt **ühte toetavat kontaktisikut**, kes on nõus kliendiga rehabilitatsiooniprogrammi vältel suhtlema ning vajadusel vahendama kliendi huve rehabilitatsioonimeeskonnale ning tegema koostööd programmi raames kliendile määratud tugisikuga.
7. Omab **elukohta**: elab kodus, lähedaste juures või hooldekodus.
8. On säilinud **kuulmisfunktsioon** piisaval määral, et saab vastu võtta infot või suudab suhelda viipekeeles (sh omab viipekeelt kõnelevat kontaktisikut).
9. On **nõus osalema programmi kõigis kolmes moodulis** (sotsiaal-, neuropsühholoogiline ja igapäevategevusi toetav moodul): kuna kolm moodulit on teineteist toetavad ning täiendavad on vajalik, et klient läbiks programmi tervikuna, et saaks toimida programm maksimaalse efektiivsusega.
10. Klient **saab aru enda isikust ning enamasti orienteerub õigesti ajas ja ruumis** (Kes? Kus? Millal? Näiteks teab enda nime, teab kus viibib, suudab hinnata piisavalt õigesti enda vanust)
11. Programmi saab rakendada inimesel, kellel on eelnevalt läbi viidud erialaspetsialistide poolt **rehabilitatsiooni vajalikkuse hindamine** (st on koostatud rehabilitatsiooniplaan või on suunatud programmi Sotsiaalkindlustusameti juhtumiskorraldaja poolt või muul moel, mis on kooskõlas Sotsiaalkindlustusameti ajakohaste nõuetega).
12. Säilinud on **kõnefunktsioon vähemalt minimaalsel määral** (suudab ennast väljendada üksikute sõnadega, täidab lihtsaid korraldusi). On hinnatud logopeedi poolt: kerge kuni mõõduka kõnehäirega.

²⁵ PS! Programmi sihtgrupp on 65+ aasta vanused inimesed. Mõningatel juhtudel võib programm sobida aga ka mõni aasta alla 65 vanustele inimestele, see sõltub inimese enda subjektiivsest enesetundest ja hinnangust enda vanusele, sellest milline on tema elukorraldus ja eesmärgid. Kuna mõned programmi tegevused on suunatud just sarnastele vanemaealistele – näiteks tugigrupid, siis on eeldatud, et tugigrupi kuulujate **vanused on sarnased**, et saaks tekkida „minusarnaste“ tunne.

²⁶ White, G. H. et al. (2012) Validation of the stroke rehabilitation motivation scale: a pilot study. *Asian Journal of Gerontology & Geriatrics* 7, pp. 80-87. <http://www.ajgg.org/AJGG/V7N2/2011-99.pdf> Skaala on eestistanud: Palu-Laeks, M., Tamm, G., Ennok, M. (2015).

Programm ei sobi kliendile, kes (vastunäidustused programmis osalemiseks):

1. Omab **raskekujulist kroonilist psüühikahäiret või puuet**, mis takistaks programmis osaleda (nt ülekehaline halvatus, raske depressioon, raske dementsus vm)
2. Ei oma püsivat **elukohta**.
3. **Ei ole motiveeritud** programmis osalema (motivatsiooniküsimustiku skoor esimesel testimisel enne programmi algust on alla määratud äralõikepunkti)
4. **Puudub toetav kontaktisik**, kellega tugiisikul oleks võimalik koostööd teha ja kliendiga suhelda.
5. **Ei ole säilinud nägemis-, kuulmis- ja vähemalt ühe käe liikumisfunktsioon piisaval määral**, et klient saaks minimaalselt suhelda end ümbritsevate inimestega.
6. Klient, kes **ei orienteeru õigesti ajas, kohas ja enda isikus** ja ei oma potentsiaali enda isiku, aja ja koha tunnetamise taastamiseks (st vajalik on hinnata, kas enda vanuse või koha tunnetamine on häiritud dementsuse vm haiguse tõttu või on tegemist lühiajalise insuldijärgse potentsiaalselt taastuva seisundiga?)
7. **Ei ole nõus osalema kõigis kolmes moodulis**. Mõningatel juhtudel võib vajalik olla kliendi esmane motiveerimine – seega, programmi tasub rakendada alles siis, kui kliendi motivatsioon on piisav, et klient nõustub programmis kaasa tegema. Motivatsiooni saavutamiseks on soovitatav näiteks nõustamine – motiveeriv intervjuerimine²⁷.
8. **On nooremaealine** (nt laps, noor täiskasvanu, keskealine), kuna programm keskendub vanusespetsiifiliselt vanemaalise inimese aktiveerimisele ning iseseisvuse taastamisele ja programmis rakendatavad hindamisvahendid (nt motivatsiooniskaala) ja tegevused saavad olema vanusespetsiifilised.
9. **Puudub vajadus rehabilitatsiooniteenuste (psühholoogi-, logopeedi/tegevusterapeudi või sotsiaaltöötaja) järele** või puudub seisundi hindamine (rehabilitatsiooniplaan). Kui kliendil puudub rehabilitatsiooniplaan (nt soovib enda teenuse eest tasuda ise vm), siis on vajalik, et erialaspetsialistid viiksid läbi põhjaliku seisundi hindamise enne programmi sisenemist (vajalik on hinnata: kognitiivseid võimeid, suhteid, hakkamasaamist, enesehooldusvõimet, kõnefunktsiooni, sotsiaalset aktiivsust, sotsiaalse tugisüsteemi olemasolu, motivatsiooni muutusteks, ühiskondlikku aktiivsust ja hobisid, indiviidi peresiseseid suhteid ja perekonna hoolduskoormust).
10. **Kõnefunktsioon puudub täielikult**.
11. Kliendil on **kolm kuud peale insuldi** läbi elamist programmi sisenemisel igapäeva elu toimingute sooritamisel jätkuvalt TÄIELIK probleem (RFK skaalal enesehooldus ja koduste toimingute tase kodeeritud xxx.4). (Kui probleem on xxx.4 tasemel pärast 1-2 kuud – on võimalik xxx.4 probleemiga klienti siiski kaasata).

B. Programmi eesmärgid ja tulemused

Programmi üldeesmärgiks on: insuldi läbi elanud eakas tuleb iseseisvalt toime koduses keskkonnas (või kohandatud koduses keskkonnas) enesehooldustoimingutega, suudab olla üks kodu. Lähedastele ei teki/väheneb hoolduskoormus (nt saavad jätkata töötamist). Isikul ja perel on suurenenud teadlikkus toetavate teenuste võimalustest. Peresiselt on säilinud head suhted.

²⁷ Laj, K. (2014) Motiveeriva intervjuu kasutamise vajadus psühhosotsiaalses rehabilitatsioonis. Lõputöö. TÜ

1. Tegutsemist ja osalemist puudutavad eesmärgid

Järgnevalt on tabelis 6 kirjeldatud iga tegutsemise ja osalusega seotud eesmärki (mh ka mälu ja tähelepanufunktsioonidega seotud eesmäärke), mille osas programmi jooksul soovitakse parandada kliendi suutlikkust/sooritust. Täpsemalt on baastase ja eesmärgid selgitatud spetsialisti käsiraamatus. Tabelis on esialgne loetelu eesmärkidest (RFK koodidega), mida täpsustatakse programmi koostamise käigus (oktoober-detsember 2015).

Tabel 3. Eesmärgid (RFK määratluses)

RFK kood ²⁸	Tegutsemine/osalus	Algtase	Eesmärk
D510	Enda pesemine	D510.0 D510.1, D510.2 D510.3 D510.4	D510.0 D510.0 D510.1 D510.2 D510.3
D520	Kehaosade hooldus	D520.0, D520.1 D520.2 D520.3 D520.4	D520.0, D520.0 D520.1 D520.2 D520,3
D530	Tualettruumi toimingud	D530.0 D530.1 D530.2, D530.3 D530.4	D530.0, D530.0 D530.1 D530,2 D530.3
D540	Riietumine	D540.0 D540.1 D540.2 D540.3 D540.4	D540.0 D540.0 D540.1 D540.2 D540.3
D550	Söömine	D550.0 D550.1 D550.2 D550.3 D550.4	D550.0 D550.0 D550.1 D550,2 D550.3
D560	Joomine	D560.0 D560.1 D560.2 D560.3 D560.4	D560.0 D560.0 D560.1 D560,2 D560.3
D570	Oma tervise eest hoolitsemine	D570.0 D570.1 D570.2 D570.3 D570.4	D570.0 D570.0 D570.1 D570.2 D570.3
D620	Kaupade ja teenuste hankimine	D620.0 D620.1 D620.2 D620.3 D620.4	D620.0 D620.0 D620.1 D620.2 D620.3
D6300	Lihtsate toitude valmistamine	D6300.0	D6300.0

²⁸ <http://www3.who.int/icf/onlinebrowser/icf.cfm>

		D6300.1 D6300.2 D6300.3 D6300.4	D6300.0 D6300.1 D6300.2 D6300.3
D640	Kodutööde tegemine	D640.0 D640.1 D640.2 D640.3 D640.4	D640.0 D640.0 D640.1 D640.2 D640.3
D650	Koduse vara hooldus	D650.0 D650.1 D650.2 D650.3 D650.4	D650.0 D650.0 D650.1 D650.2 D650.3
B144	Mälufunktsioonid	B144.0 B144.1 B144.2 B144.3	B144.0 B144.0 B144.1 B144.2
B140	Tähelepanufunktsioonid	B140.0 B140.1 B140.2 B140.3	B140.0 B140.0 B140.1 B140.2
B164	Kõrgemad kognitiivsed funktsioonid	B164.0 B164.1 B164.2 B164.3	B164.0 B164.0 B164.1 B164.2
167	Keele vaimsed funktsioonid	B167.0 B167.1 B167.2 B167.3	B167.0 B167.0 B167.1 B167.2
b310	Häälefunktsioonid	B310.0 B310.1 B310.2 B310.3	B310.0 B310.0 B310.1 B310.2
b320	Häälamis- e artikulatsioonifunktsioonid	B320.0 B320.1 B320.2 B320.3	B320.0 B320.0 B320.1 B320.2
b330	Kõne ladususe ja rütmi funktsioonid	B330.0 B330.1 B330.2 B330.3	B330.0 B330.0 B330.1 B330.2
b340	Muude hääleliste väljenduste funktsioonid	B340.0 B340.1 B340.2 B340.3	B340.0 B340.0 B340.1 B340.2
b398	TT hääle- ja kõnefunktsioonid	B398.0 B398.1 B398.2 B398.3	B398.0 B398.0 B398.1 B398.2
b399	Tta hääle- ja kõnefunktsioonid	B399.0 B399.1 B399.2 B399.3	B399.0 B399.0 B399.1 B399.2

b510	Toidu manustamise funktsioonid	B510.0 B510.1 B510.2 B510.3	B510.0 B510.0 B510.1 B510.2
d310	Suuliste sõnumite vastuvõtmine	D310.0 D310.1 D310.2 D310.3	D310.0 D310.0 D310.1 D310.2
d315	Mitteverbaalsete sõnumite vastuvõtmine	D315.0 D315.1 D315.2 D315.3	D315.0 D315.0 D315.1 D315.2
d325	Kirjutatud sõnumite vastuvõtmine	D325.0 D325.1 D325.2 D325.3	D325.0 D325.0 D325.1 D325.2
d330	Rääkimine	D330.0 D330.1 D330.2 D330.3	D330.0 D330.0 D330.1 D330.2
d335	Mitteverbaalsete sõnumite edastamine	D335.0 D335.1 D335.2 D335.3	D335.0 D335.0 D335.1 D335.2
d345	Kirjalikud sõnumid	D345.0 D345.1 D345.2 D345.3	D345.0 D345.0 D345.1 D345.2
d350	Vestlus	D350.0 D350.1 D350.2 D350.3	D350.0 D350.0 D350.1 D350.2
d355	Arutelu	D355.0 D355.1 D355.2 D355.3	D355.0 D355.0 D355.1 D355.2
d360	Kommunikatsioonivahendite ja -tehnikate kasutamine	D360.0 D360.1 D360.2 D360.3	D360.0 D360.0 D360.1 D360.2

2. Keskkonnategureid puudutavad eesmärgid

Eesmärgid, mis kliendiga koos seatakse, puudutavad suuresti kogu RFK e3 peatükki. Sealjuures on mõned näited keskkonnaga seotud eesmärkidest välja toodud tabelis 7.

Tabel 4. Eesmärgid (RFK määratluses)

RFK kood	Keskkonnategur	Algtase	Eesmärk
E1151	Abivahendid ja -tehnoloogiad igapäevaseks isiklikuks kasutamiseks	E1151.0 E1151.1	E1151.0 E1151.0

		E1151.2 E1151.3	E1151.1 E1151.2
E1201	Abivahendid ja -tehnoloogiad isiklikuks liikumiseks ning transpordiks siseruumides ja väljas	E1201.0 E1201.1 E1201.2	E1201.0 E1201.0 E1201.1

3. Ühiskonnas osalemist puudutavad eesmärgid (elamine, õppimine, töötamine, sotsialiseerumine ja vaba aeg)

Tabel 5. Eesmärgid (RFK valdkondade järgi)

Rehabilitatsiooniprogrammi tulemused neljas valdkonnas: elamine, õppimine, töötamine, sotsialiseerumine/vaba aeg	Prognoositav tulemuse saavutamise indikaator (klientide protsent)
<i>Programmi läbimise tulemusel kasutab eakas igapäevase eluga toimetulekuks abivahendeid (märkmik, liikumisabivahendid, enda verbaalseks väljendamiseks abivahendid vms).</i>	90%
<i>Programmi läbimise tulemusel hakkab eakas osalema 1 kord nädalas koduvälises tegevuses (nt käib poes, hobirühmas, väljas jalutamas/ratastooliga sõitmas, lähedastel külas vms).</i>	80%
<i>Programmi läbimise tulemusel suudab eakas päevasel ajal üksi kodus olla (kuni 8 tundi järjest).</i>	50%
<i>Programmi läbimise tulemusel naaseb eakas tööturule (sh ka vabatahtlik töö ning osaline tööaeg).</i>	10%

V Programmi keskkond

A. Programmi keskkond ja intensiivsus

Tabel 6. Keskkond ja intensiivsus

Keskkond	JAH	EI	Täpsustus
Spetsiaalne programmikeskkond, nt rehabilitatsiooni(programmi)asutus	X 2 h nädalas, 1 aasta jooksul		Mõningad programmi tegevused (nt kognitiivsete funktsioonide harjutused, tugigrupi kohtumised jm) leiavad aset rehabilitatsiooniasutuses.
Rehabilitatsiooniprogramm kliendi keskkonnas (kliendi kodus, haridusasutuses, töökohas või muus sobivas kogukonna paigas, näiteks spordikeskuses, kliendi huvikeskkonnas jms)	X 1 tund päevas harjutuste tegemist		Klient saab kaasa harjutuste kogumiku, mida on väga soovitatav teha igapäevaselt kodus keskkonnas või enda hobide või tööga seotud keskkonnas.
a) kodu	X		
b) lasteaed		X	
c) kool		X	
e) töökoht	X		
f) muu kliendi keskkond (nt huvikeskkond vm)	X		Sotsiaalse mooduli üks osa on erinevate ühiskondliku aktiivsuse võimaluste tutvustamine (mh kohaleminek).
Muu keskkond (näiteks koostööpartnerite (Töötukassa) juures, avalikus ruumis jms)		X	

1. Programmi kättesaadavus ja füüsilise keskkonna kirjeldus

Programm viiakse läbi rehabilitatsiooniasutuse juures ja kliendi kodus. Rehabilitatsiooniasutuses peab olema võimalik ekspertidel kliendiga suhelda individuaalselt selleks ettenähtud ruumis. Programmi läbiviimiseks on vajalik, et klient pääseks rehabilitatsiooniasutusse ka siis, kui on ratastoolis. Tugigruppide läbiviimiseks on vajalik ruum, mis mahutaks 3-6 inimest korraga. Kuna klient peab järjepidevalt sooritama harjutusi, on vajalik, et rehabilitatsiooniasutus paikneks võimalikult kodu lähedal.

Vanemaealiste insuldihaigete rehabilitatsiooniprogrammi läbi viivateks asutusteks sobivad kõik need vastavat tegevusluba omavad teenuse pakkujad, kes tegelevad täisealiste puudega inimeste rehabilitatsiooniga ning kelle rehabilitatsioonimeeskond vastab kehtestatud kvalifikatsiooninõuetele. 2015. aasta seisuga on selliseid asutusi Eestis 109. Enim on rehabilitatsiooniasutusi Tallinnas - 24 ja Tartus - 22. Teenuse potentsiaalne kättesaadavus asutuste paiknemise alusel on maakonna tasandil suhteliselt hea. Vähemalt üks antud sihtgrupile suunatud rehabilitatsiooniteenuse pakkuja asub igas maakonnas. Erandiks on vaid Hiiumaa, mille elanikele lähim rehabilitatsiooniasutus asub Haapsalus. Valdav enamik rehabilitatsiooniasutusi on koondunud linnadesse ja maakonnakeskustesse või nende lähiümbrusesse. Jõgeva, Lääne, Saare, Pärnu ja Võru maakondades asuvad kõik rehabilitatsiooniteenuse pakkujad maakonnakeskustes või keskuste vahetus naabruses. Rohkem kui kaks kolmandikku rehabilitatsiooniasutustest paikneb maakonnakeskustes ka Harju ja Tartu

maakonnas. Ida-Viru, Lääne-Viru ja Järva maakondades on teenust pakkuvad asutused paremini kättesaadavad ka halduskeskusest kaugemal asuvatest asulates/linnades. Programmi läbiviimisel tuleb arvestada, et maapiirkondades elavatel inimestel võib lähimasse teenust pakkuvasse asutusse jõudmiseks kuluda sõiduautoga kuni 1,5 tundi, teatud juhtudel ka mõnevõrra rohkem (eriti väikesaared ning Hiiumaa).

Rahvastiku suhtelise paiknemise alusel on rehabilitatsiooniteenus potentsiaalselt kõige paremini kättesaadavam Tartu ja Põlva maakonnas elavatele inimestele (ligikaudu 5000 inimest ühe asutuse kohta). Suhteliselt hea (alla 10 000 inimese asutuse kohta) kättesaadavus on ka Saare, Valga ja Võru maakonnas. Kõige raskem on teenusele juurdepääs Hiiu ja Lääne maakonnas, mille elanikkonda teenindab vaid üks teenuse pakkuja. Rahvastiku suhtelise paiknemise erinevaid jaotusi ei saa teenuse kättesaadavuse takistustena siiski käsitleda absoluutsete näitajatena. Oluline on seejuures arvestada ka potentsiaalsete rehabilitatsiooniteenuse saajate ebaühtlast ruumilist paiknemist (nende suhteliselt madala koguarvu tõttu) ning naabermaakondades asuvate rehabilitatsiooniteenuse pakkujate lähedust.

Osaleja *suhtelist juurdepääsu* asukoha alusel rehabilitatsiooniteenusele iseloomustavad: 1) osaleja sõltumatus elukohale lähimast teenuse pakkuja asukohast, ning 2) rehabilitatsiooniteenuse osutajate erinev võimekus teenust osutada. Kuna riiklik rehabilitatsiooniteenus ei ole elukohapõhine teenus, siis on inimesel võimalik valida, millisesse rehabilitatsiooniasutusse ta teenusele läheb. Ideaalis võiks ta valida oma elukohale kõige lähedasema või ajaliselt kõige kättesaadavama teenuse osutaja. Erinevatest põhjustest tingituna ei ole inimesel siiski sageli võimalik valida teenust elukohale lähimast asutusest. Oluliseks takistuseks võib osutada asjaolu, et inimese elukohale lähemal asuvatel teenuse osutajatel puudub kohustus pakkuda teenust eelisjärjekorras kas samas omavalitsusüksuses või samas maakonnas elavatele isikutele. Teenuse kättesaadavus ei sõltu seetõttu sageli mitte niivõrd inimese konkreetsest soovist, kus teenust saada ega ka vabade kohtade olemasolust teenuse osutaja rehabilitatsiooniprogrammides, vaid kogu laiemat sihtrühma hõlmava rehabilitatsiooniteenuse nõudlusest inimese elukohalähedastes asutustes ning teenuse osutajate võimekusest riigi poolt finantseeritavas mahus rehabilitatsiooniteenuseid osutada. Teenuse finantseerimisraha piirmäärad on riigi poolt teenuse osutajatele määratletud perioodipõhiselt sihtrühmade kaupa. Juhul kui inimese elukohalähedastel teenuse pakkujatel on vastavale sihtrühmale mõeldud rehabilitatsiooniteenuse maht täidetud, jääb ta järjekorda ootele. Järjekorra loomisel ei ole seadusega fikseeritud kohustust arvestada kliendi puudest või haigusest tingitud asjaoludega (nt kohese rehabilitatsiooni vajadus jms). Seega saab riik järjekorra koostajana teha inimestele vaid soovitusliku ettepaneku, millise teenuse osutaja juures pääseb teenust kasutama varem kui teistes.

Kuna insuldihaike rehabilitatsiooniprogrammi esimeses pooles on oluline regulaarne (iganädalane) rehabilitatsiooniasutuse külastamine (või kliendi kodu külastamine), siis on soovitatav, et kliendi alaline elukoht ei oleks rehabilitatsiooniasutusest ülemääraselt kaugel. Võttes arvesse eelistingimuste puudumise teenuse järjekordade koostamisel, võib selle tingimuse täitmine mõningatel juhtudel osutada siiski probleemseks. Juhul, kui vähemalt maakonna keskses on teenusele ligipääs olemas (järjekorrad ei ületa 2 nädalat) ning kui kohalik omavalitsus või rehabilitatsiooniasutus on valmis pakkuma regulaarset sotsiaaltranspordi teenust või on muul moel nõustunud kliendile transpordi osas tuge osutama, on võimalik asukohast tingitud piirangut ületada ning võimaldada kliendile programmis osalemine. Rehabilitatsiooniprogrammis osalemiseks on võimalik taotleda riigilt sõidukulude hüvitamist vastavalt ministri määruses ette nähtud piirmääradele. Ka kohalikud omavalitsused võivad, kuid ei ole kohustatud omavalitsusüksuse territooriumil asuvatesse rehabilitatsiooniasutustesse ja tagasi sõitmiseks tekkivad sõidukulud eraldi sotsiaaltoetuste kaudu kompenseerida.

Insuldihaike rehabilitatsiooniprogrammi läbimisel võib teatud juhtudel osutada vajalikuks ka isiku viibimine teenuse saamise asukohas või selle vahetus läheduses kauem kui üks tööpäev korraga (nt

juhul kui programmis osalev isik elab teenuse pakkujast piisavalt kaugel). Programmis osaleva isiku majutuskulud on kehtestatud määrade ulatuses hüvitatud riigi poolt.

Osaleja juurdepääsu teenusele asukoha alusel võivad vanemaealiste insuldihaigete puhul piirata ka kodulähedaste rehabilitatsiooniasutuste meeskonna kvalifikatsioon. Sotsiaalhoolekande seaduse järgi peab tegevusloa saamiseks teenuse osutaja meeskonnas olema vähemalt 5 erialaspetsialisti seaduses nimetatud 7-st. Selle tõttu võib mõnedes tegevusloa omavates asutustes puududa erialaspetsialist, kes peaks läbi viima vanemaealiste insuldihaigete programmi erialamoodulites ettenähtud tegevusi. Samuti tuleb silmas pidada, et seaduses määratletud kvalifikatsiooni tingimused seoses spetsialistide erialase haridusega lubavad rehabilitatsiooni meeskonda palgata ka nõutule lähedasel erialal diplomit omavaid isikuid.

2. Programmi intensiivsus

Tabel 7. Intensiivsus

Intensiivsus	JAH	EI	Täpsustus (milline mõjus sellega tagatakse)
Statsionaarne rehabilitatsiooniprogramm / klient on rehabilitatsiooniasutuses programmi vältel ööpäevaringselt		X	
Rehabilitatsioon päevaprogrammina (klient on kaasatud programmitegevustesse tööpäeva vältel aga ei ööbi asutuses)	X		Selleks, et kliendil tekiks uued mõtteskeemid ning õpitud oskused muutuksid harjumusteks, on vajalik programmi esimeses pooles (1 aasta) regulaarselt (st iganädalaselt) külastada eksperte või kohtuda ekspertidega väljaspool rehabilitatsiooniasutust (nt kliendi kodus või hobitegevusega seotud asukohas) ning osaleda tugigrupis.
Madala intensiivsusega rehabilitatsiooniprogramm (klient on kaasatud programmitegevustesse 5 – 10 tundi nädalas/1-2 tundi päevas/1-2 päeva nädalas jne)	X		Kuna eesmärgiks on kliendi iseseisvuse suurendamine ning hoolduskoormuse vähendamine (sh riikliku hoolduse), siis on parim viis tagada õpitud oskuste praktiseerimine iseseisvalt, mistõttu on vajalik programmi edenedes ajas vähendada kohtumisi ekspertidega, et üle minna iseseisvale toimetulekule. Ekspertide tugi (nt telefonitsi) on vajadusel olemas 18 kuu vältel, kuid kliendi viibimise aeg rehabilitatsiooniasutuses väheneb ajas.
Hajusintensiivsusega programm – kliendi tegevused programmis on hajutatud pikemale perioodile, toimuvad määratud graafiku alusel vms.	X		

VI Programmi kirjeldus

A. Programmi ettevalmistamine

Programmis osalevad 65+ aastased insuldi läbi elanud inimesed. Grupi komplekteerimisel on soovitatav võtta võimalusel arvesse inimeste omadusi ja eripärasid, et moodustada võimalikult

homogeenne rühm, mis toimiks tugisüsteemina ning motiveeriks indiviidi osalema tugirühmas ja sooritama koduseid harjutusi. Karakteristikud, millega võiks grupi moodustamisel arvestada, on vanus, kognitiivse võimekuse tase, keelefunktsiooni tase, psüühikahäire olemasolu ja sellest tingitud eripärad jms. Soovitav on moodustada „sarnaste grupp“.

Meeskonna komplekteerimisel on oluline arvestada, et esindatud oleks kolm moodulit, mille eest vastutavad kolm või neli erinevat eriharidusega spetsialisti: psühholoog, tegevusterapeut ja logopeed ja sotsiaaltöötaja. Meeskond läbib **8-tunnise koolituse** (vt **koolituskava lisa 5**) enne programmi rakendamist.

B. Hindamine ja planeerimine

Vanemaealise insuldihaige sobilikkuse üle programmi sisenemiseks otsustatakse vastavalt soorituse määra ja suutlikkuse määra alusel, hinnates kliendi võimekust õppimises, teadmiste rakendamises, suhtlemises, inimestevahelises lävimises/suhetes, käimises ja liikumises, esemete kandmises, liigutamises ja käsitlemises, majapidamistoimingute sooritamises ja peresuhete hoidmises.

Klienti hindavad enne programmi sisenemist erialaspetsialistid, võttes sealjuures arvesse kliendi raviarsti kirjeldust kliendi seisundist ja soovitusi ning kliendi olemasolevas rehabilitatsiooniplaanis ära toodud soovitusi (kui plaan on juba varasemalt koostatud). **Programmi saab rakendada inimesel, kelle rehabilitatsiooni vajalikkust on erialaspetsialistid varem hinnanud (nt koostatud on rehabilitatsiooniplaan)**. Hinnangus (rehabilitatsiooniplaanis) peab olema soovitatud kognitiivsete võimete, kõnefunktsiooni, enesehoolduse, sotsiaalsete suhete reguleerimise, peresuhete reguleerimise, sotsiaalse aktiivsuse tõstmise programmide rakendamist või üldisemalt psühholoogi, tegevusterapeudi, logopeedi ja sotsiaaltöötaja teenuseid. Kliendi hindamiseks kasutatakse erinevaid vahendeid, mida on soovitatud erialakirjanduses, ja sealjuures lähtutakse teaduspõhistest meetoditest (lisa 2). Hindamismeetodite valikul on kasutatud järgmiseid kriteeriumeid: suunatud sihtrühmale, valiidset ning täpsustatud ja toetatud teadusalases kirjanduses või praktikute kogemuste põhjal efektiivseteks hinnatud.

Kliendi lõpphindamine toimub 18. kuul. Selle käigus testitakse kliendi arengut kõigis kolmes valdkonnas, mille osas programmi rakendati. Mõõdikud, mida rakendatakse, on samad, mis olid programmi alguses baastaseme hindamisel, kuna nõnda on võimalik võrrelda tulemusi.

Kõigis kolmes programmi moodulis kasutatakse hindamisvahenditena kvantitatiivseid mõõtevahendeid. Hindamisi on programmi vältel kokku 6: alghindamine, 4 vahehindamist ning lõpphindamine.

C. Sekkumine

Tabelis 11 on kirjeldatud spetsialistide vastutusvaldkondi, tegevusi ajakava lõikes, meeskonnatöösid, baas-, vahe- ning lõpphindamisi.

Tabel 8. Tegevused ja ajakava.

KUUD (1.-18.)	Sotsiaalne moodul (sotsiaaltöötaja) (n-nädal)	Neuropsühholoogiline moodul (psühholoog) (n-nädal)	Igapäevategevuste moodul (logopeed/tegevusterapeut) (n-nädal)
1.sh hindamine	1.n.1h Meeskonnas: kontakti loomine kliendiga. Seisundi hindamine. Sobivuse hindamine. Orientatsioon. 2.n.1h Baastaseme hindamine Kohtumine kliendiga kahel korral. 3.n. 30 min Individuaalne töö kliendiga. Eesmärkide seadmine koos kliendiga. Juhtumikorraldus.	1.n. 1h Meeskonnas: kontakti loomine kliendiga. Seisundi hindamine. Sobivuse hindamine. 2.n.2h Baastaseme hindamine. 3.30min Individuaalne töö kliendiga. Informatsioon. Eesmärkide seadmine koos kliendiga.	1.n. 1h Meeskonnas: kontakti loomine kliendiga. Seisundi hindamine. Sobivuse hindamine. 2.n.30 min Baastaseme hindamine. Kodukülastus (2 h) 3. 30 min Individuaalne töö kliendiga. Informatsioon. Eesmärkide seadmine koos kliendiga.
	4.n. 1h Infogrupp: klientide peredega grupitöö ja konsulteerimine: osaleb mitu spetsialisti (protsessi juhivad sotsiaaltöötaja)		
1. MKT (tähistab siin ja edaspidi meeskonnatööd):	4.n. 30 min MEESKONNATÖÖ: eesmärgiga vahetada infot, määrata üldised kliendist lähtuvad eesmärgid, määratleda baastase, arutleda kliendi programmi sobivust.		
PÕHJENDUS:	Esimese kuu eesmärgiks on määratleda kliendi seisund, valmidus ja sobivus programmis osalemiseks. Baastaseme määratlemine – selleks, et jälgida kõigi kolme mooduli osas kliendi seisundi muutuseid ajas programmi vältel ja programmi lõppedes. Esimesel kuul algab ka sisuline töö kliendiga esimesel võimalusel: individuaalne ja grupitööd. Igal nädalal kohtub klient erialaspetsialistidega ning saab koju kaasa harjutusi igapäevaseks tegemiseks, selleks, et tagada kõige kiirem ning efektiivsem taastumine/funktsioonide säilitamine. Igapäevaselt raporteerib klient enda seisundit ning edasiminekut sotsiaaltöötajale telefonitsi (2 min kõne igapäevaselt), kus hindab enda emotsioone ning harjutuste tegemise protsenti (kui palju suudab ära teha päevas sellest, mis on soovitatud). Sotsiaaltöötaja vahendab informatsiooni kuu lõpus ka teistele spetsialistidele. Oluline on selline jälgimine programmi alguses intensiivselt (igapäevaselt, nädalapäeviti, st E-R) selleks, et tagada kliendi „sisseelamine“ programmi ning algatada harjumus kodus harjutusi teha ning monitoorida ka kliendi arengut ja võimekust regulaarselt protsessis edasi liikuda.		
2.	1.n.30min Individuaalne töö kliendiga ja kontakt perega. 2.n.30min Individuaalne töö kliendiga ja kontakt perega. 3.n.30min Individuaalne töö kliendiga ja kontakt perega.	1.n.30min individuaalne töö kliendiga 2.n.30min individuaalne töö kliendiga. 3.n.30min individuaalne töö kliendiga	1.n.30min individuaalne töö kliendiga 2.n.30min individuaalne töö kliendiga 3.n.30min individuaalne töö kliendiga
	4.n. 1h Infogrupp: klientide peredega grupitöö ja konsulteerimine: osaleb mitu spetsialisti (protsessi juhivad sotsiaaltöötaja)		
3. sh hindamine	1.n. 30min Individuaalne töö kliendiga ja kontakt perega. 2.n. 30min Individuaalne töö kliendiga ja kontakt perega.	1.n.30min individuaalne töö kliendiga 2.n.30min individuaalne töö kliendiga.	1.n.30min individuaalne töö kliendiga 2.n.30min individuaalne töö kliendiga

	3.n. 30min Individuaalne töö kliendiga ja kontakt perega. 4.n. Vahehindamine 1 (30 min). 1.5 h Klubitöö	3.n.30min individuaalne töö kliendiga 4.n. Vahehindamine 1 (30 min).	3.n.30min individuaalne töö kliendiga 4.n. Vahehindamine 1 (30 min).
4. MKT:	1.n.30min MEESKONNATÖÖ: Iga 2-3 kuu järel toimub meeskonnatöö eesmärgiga vahetada infot, arutada sekkumise edukust ning vajadusel kohandada programmi materjalidele kliendi seisundist lähtuvalt. Otsustatakse, kas jätkatakse programmiga, kas klient on jätkuvalt motiveeritud ning kuivõrd on kõigi kolme mooduli rakendamine toimunud.		
4.	1.n. 30min Individuaalne töö kliendiga ja kontakt perega. 2.n.30min Individuaalne töö kliendiga ja kontakt perega. 3.n. 30min Individuaalne töö kliendiga ja kontakt perega 4n. 30min Individuaalne töö kliendiga ja kontakt perega	1.n.30min individuaalne töö kliendiga 2.n.30min individuaalne töö kliendiga 3.n.30min individuaalne töö kliendiga 4.n.30min individuaalne töö kliendiga.	1.n.30min individuaalne töö kliendiga 2.n.30min individuaalne töö kliendiga 3.n.30min individuaalne töö kliendiga 4.n.30min individuaalne töö kliendiga
5.	1.n. 30min Individuaalne töö kliendiga ja kontakt perega 2.n. 30min Individuaalne töö kliendiga ja kontakt perega 3.n. 30min Individuaalne töö kliendiga ja kontakt perega	1.n.30min individuaalne töö kliendiga 2.n.30min individuaalne töö kliendiga. 3.n.30min individuaalne töö kliendiga	1.n.30min individuaalne töö kliendiga 2.n.30min individuaalne töö kliendiga 3.n.30min individuaalne töö kliendiga
	4.n. 1h Infogrupp: klientide peredega grupitöö ja konsulteerimine: osaleb mitu spetsialisti (protsessi juhivad sotsiaaltöötaja)		
6.	1.n. 30min Individuaalne töö kliendiga. 2.n. 30min Individuaalne töö kliendiga 3.n. 30min Individuaalne töö kliendiga. 4.n. 1.5 h klubitöö	1.n.30min individuaalne töö kliendiga 2.n.30min individuaalne töö kliendiga 3.n.30min individuaalne töö kliendiga	1.n.30min individuaalne töö kliendiga 2.n.30min individuaalne töö kliendiga 3.n.30min individuaalne töö kliendiga
7.	1.n. 30min Individuaalne töö kliendiga.	1.n.30min individuaalne töö kliendiga 2.n.30min individuaalne töö kliendiga. 3.n.30min individuaalne töö kliendiga	1.n.30min individuaalne töö kliendiga 2.n.30min individuaalne töö kliendiga 3.n.30min individuaalne töö kliendiga. 4. n. Kodukülastus (2 h)
8. sh hindamine	1.n.30 min Individuaalne töö kliendiga. 4.n. 30 min. Individuaalne töö kliendiga ja kontakt perega. Vahehindamine 2 (30 min).	1.n.30min individuaalne töö kliendiga 2.n.30min individuaalne töö kliendiga. 3.n.30min individuaalne töö kliendiga 4.n. Vahehindamine 2 (30 min).	1.n.30min individuaalne töö kliendiga 2.n.30min individuaalne töö kliendiga 3.n.30min individuaalne töö kliendiga 4.n. Vahehindamine 2 (30 min).
9.	1.n. 30 min. Individuaalne töö kliendiga ja kontakt perega. 4.n. 1.5 h klubitöö	1.n.30min individuaalne töö kliendiga 2.n.30min individuaalne töö kliendiga. 3.n.30min individuaalne töö kliendiga	1.n.30min individuaalne töö kliendiga 2.n.30min individuaalne töö kliendiga 3.n.30min individuaalne töö kliendiga
10. MKT:	1.n.30 min MEESKONNATÖÖ: Iga mõne kuu järel toimub meeskonnatöö eesmärgiga vahetada infot, arutada sekkumise edukust ning vajadusel kohandada programmi materjalidele kliendi		

	seisundist lähtuvalt. Otsustatakse, kas jätkatakse programmiga, kas klient on jätkuvalt motiveeritud ning kuivõrd on kõigi kolme mooduli rakendamine toimunud.		
10.	1.n. 30 min. Individuaalne töö kliendiga ja kontakt perega. 3. 30 min. Individuaalne töö kliendiga ja kontakt perega.	1.n.30min individuaalne töö kliendiga 2.n.30min individuaalne töö kliendiga. 3.n.30min individuaalne töö kliendiga	2.n.30min individuaalne töö kliendiga 4.n.30min individuaalne töö kliendiga
11.	1.n. 30 min. Individuaalne töö kliendiga ja kontakt perega. 3. 30 min. Individuaalne töö kliendiga ja kontakt perega.	1.n.30min individuaalne töö kliendiga 3.n.30min individuaalne töö kliendiga	2.n.30min individuaalne töö kliendiga 4.n.30min individuaalne töö kliendiga
12. <i>sh hindamine</i>	1.n. 30 min Individuaalne töö kliendiga. 3.n. Vahehindamine 3 (30 min). 4.n. 1.5 h klubitöö	1.n.30min individuaalne töö kliendiga 2.n.30min individuaalne töö kliendiga. 3.n. Vahehindamine 3 (30 min).	1.n.30min individuaalne töö kliendiga 2.n.30min individuaalne töö kliendiga 3.n. Vahehindamine 3 (30 min).
PÕHJENDUS:	2.-12.kuu eesmärgiks on järjepidev harjutuste ning sotsiaalsete tegevuste läbiviimine, funktsioonide treening. Ekspertid panustavad sel perioodil ka muuhulgas aega kliendi kaasamisele ja motiveerimisele. Sotsiaaltöötaja kohtub kliendiga 1 x kuus ja võtab kliendiga ühendust telefonitsi kliendi enda või tema esindajaga 1 x kuus (5 min), et monitoorida kliendi hakkamasaamist, seisundit, rahulolu ja arengut. Seda informatsiooni jagab sotsiaaltöötaja ka teiste spetsialistidega. Tegevusterapeudi, logopeedi ja psühholoogiga toimuvad kokkusaamised 1 kord nädalas, regulaarselt. Vajalik on see kognitiivsete funktsioonide (sh kõne) arendamiseks, selleks, et saaks toimuda muutus või säilitada funktsioone.		
13. MKT:	1.n.30min MEESKONNATÖÖ: Iga mõne kuu järel toimub meeskonnatöö eesmärgiga vahetada infot, arutada sekkumise edukust ning vajadusel kohandada programmi materjalidele kliendi seisundist lähtuvalt. Otsustatakse, kas jätkatakse programmiga, kas klient on jätkuvalt motiveeritud ning kuivõrd on kõigi kolme mooduli rakendamine toimunud.		
13.	1.n. 1h Infogrupp: klientide peredega grupitöö ja konsulteerimine: osalevad kõik spetsialistid (protsessi juhivad sotsiaaltöötaja)		
13.	1.n. 30min Individuaalne töö kliendiga. 4.n. 1.5 h klubitöö	3.n. 15min Telefonitsi kontakt kliendi või lähedasega.	1.n. Kodukülastus (2 h) 3.n. 15min Telefonitsi kontakt kliendi või lähedasega.
14. MKT:	1.n.30min MEESKONNATÖÖ: Iga mõne kuu järel toimub meeskonnatöö eesmärgiga vahetada infot, arutada sekkumise edukust ning vajadusel kohandada programmi materjalidele kliendi seisundist lähtuvalt. Otsustatakse, kas jätkatakse programmiga, kas klient on jätkuvalt motiveeritud ning kuivõrd on kõigi kolme mooduli rakendamine toimunud.		
14.	2.n. 30min Individuaalne töö kliendiga.	3.n. 15min Telefonitsi kontakt kliendi või lähedasega.	3.n. 15min Telefonitsi kontakt kliendi või lähedasega.
15.	2. n. 30min Individuaalne töö kliendiga.	3.n. 15min Telefonitsi kontakt kliendi või lähedasega.	3.n. 15min Telefonitsi kontakt kliendi või lähedasega.
16. MKT:	1.n.30min MEESKONNATÖÖ: Iga mõne kuu järel toimub meeskonnatöö eesmärgiga vahetada infot, arutada sekkumise edukust ning vajadusel kohandada programmi materjalidele kliendi seisundist lähtuvalt. Otsustatakse, kas jätkatakse programmiga, kas klient on jätkuvalt motiveeritud ning kuivõrd on kõigi kolme mooduli rakendamine toimunud.		

16. sh hindamine	3.n. 15.min. telefonitsi kontakt kliendiga. Vahehindamine 4 (30 min) 4.n. 1.5 h klubitöö	3.n. 15min Telefonitsi kontakt kliendi või lähedasega. Vahehindamine 4 (30 min)	3.n. Vahehindamine 4 (30 min)
17.	3. n. 15.min. telefonitsi kontakt kliendiga ja kontakt perega.	3.n. 15min Telefonitsi kontakt kliendi või lähedasega.	3.n. Kodukülastus (2 h)
18. MKT:	1.n.1h MEEKONNATÖÖ: Lõpphindamise kavandamine. Kliendi progressi arutelu.		
18. sh hindamine	3.n. 1 h LÕPPHINDAMINE	3.n. 2 h LÕPPHINDAMINE	3.n. 1 h LÕPPHINDAMINE
	4.n. 2h TAGASISIDE kliendile ja perele. Edasised soovitusel. Osalevad kõik spetsialistid, klient ja kliendi lähedased.		
PÕHJENDUS:	13.-18.kuu eesmärgiks on kliendi iseseisvumine. Klient sooritab harjutusi kodus, kohtumine eksperdiga toimub ainult 1 kord kuus (sotsiaaltöötajaga) ning teiste spetsialistidega telefonitsi või kodukülastuse kaudu. Eesmärk on kliendi valmisoleku suurendamine üksinda hakkamasaamiseks (et ei ole nn „sõltuvust“ ekspertide abist). Lõpphindamine toimub samuti 18ndal kuul. Selle käigus testitakse kliendi arengut kõigis kolmes valdkonnas, mille osas programmi rakendati. Mõõdikud, mida rakendatakse on samad, mis olid programmi alguses baastaseme hindamisel, kuna nõnda on võimalik võrrelda tulemusi.		

D. Tulemuste hindamine

Tabel 9. Tulemuste hindamine²⁹

KUUD (alates programmi algusest)	Sotsiaalvaldkonna hindamine - sotsiaaltöötaja	Neuropsühholoogiline hindamine - psühholoog	Igapäevategevuste (sh kommunikatsiooni) hindamine – logopeed, tegevusterapeut
1. ALGTASE	Näide mõõdikust: kliendi enda hinnangul on peresuhted skaalal 1 (väga halb) 10 (väga hea). Näide mõõdikust: perekonna hinnang hoolduskoormusele skaalal 1 (väga suur hoolduskoormus, 8 või enam tundi päevas) 10 (hoolduskoormus puudub või on väga madal).	Näide mõõdikust: visuaalses töömälutestis meenutatavate objektide arv. Näide mõõdikust: tähelepanutesti sooritamise kiirus sekundites	Näide mõõdikust: tuleb üksinda toime riietumise, enesehooldustoimingutega ja toitumisega. Skaala: 1 (ei suuda üksinda toime tulla) 10 (suudan väga hästi üksinda toime tulla) Näide mõõdikust: nimetamisülesannetes õigesti nimetatud piltide arv
3. Vahehindamine I	Näide mõõdikust: kliendi enda hinnangul on peresuhted skaalal 1 (väga halb) 10 (väga hea). Näide mõõdikust: perekonna hinnang hoolduskoormusele skaalal 1 (väga suur hoolduskoormus, 8 või enam tundi päevas)	Näide mõõdikust: visuaalses töömälutestis meenutatavate objektide arv. Näide mõõdikust: tähelepanutesti sooritamise kiirus sekundites	Näide mõõdikust: tuleb üksinda toime riietumise, enesehooldustoimingutega ja toitumisega. Skaala: 1 (ei suuda üksinda toime tulla) 10 (suudan väga hästi üksinda toime tulla)

²⁹ Kõik skaalad on võimalik teisendada %-skaalale ning hiljem võrrelda muutuseid ka valdkondade vahel. Mõõdikud töötatakse täpsemalt välja programmi koostamise käigus (okt-dets 2015).

	10 (hoolduskoormus puudub või on väga madal).		Näide mõõdikust: nimetamisülesannetes õigesti nimetatud piltide arv
8. Vahehindamine II	Näide mõõdikust: kliendi enda hinnangul on peresuhted skaalal 1 (väga halb) 10 (väga hea). Näide mõõdikust: perekonna hinnang hoolduskoormusele skaalal 1 (väga suur hoolduskoormus, 8 või enam tundi päevas) 10 (hoolduskoormus puudub või on väga madal).	Näide mõõdikust: visuaalses töömälutestis meenutatavate objektide arv. Näide mõõdikust: tähelepanutesti sooritamise kiirus sekundites	Näide mõõdikust: tuleb üksinda toime riietumise, enesehooldustoimingutega ja toitumisega. Skaala: 1 (ei suuda üksinda toime tulla) 10 (suudan väga hästi üksinda toime tulla) Näide mõõdikust: nimetamisülesannetes õigesti nimetatud piltide arv
12. Vahehindamine III	Näide mõõdikust: kliendi enda hinnangul on peresuhted skaalal 1 (väga halb) 10 (väga hea). Näide mõõdikust: perekonna hinnang hoolduskoormusele skaalal 1 (väga suur hoolduskoormus, 8 või enam tundi päevas) 10 (hoolduskoormus puudub või on väga madal).	Näide mõõdikust: visuaalses töömälutestis meenutatavate objektide arv. Näide mõõdikust: tähelepanutesti sooritamise kiirus sekundites	Näide mõõdikust: tuleb üksinda toime riietumise, enesehooldustoimingutega ja toitumisega. Skaala: 1 (ei suuda üksinda toime tulla) 10 (suudan väga hästi üksinda toime tulla) Näide mõõdikust: nimetamisülesannetes õigesti nimetatud piltide arv
16. Vahehindamine IV	Näide mõõdikust: kliendi enda hinnangul on peresuhted skaalal 1 (väga halb) 10 (väga hea). Näide mõõdikust: perekonna hinnang hoolduskoormusele skaalal 1 (väga suur hoolduskoormus, 8 või enam tundi päevas) 10 (hoolduskoormus puudub või on väga madal).	Näide mõõdikust: visuaalses töömälutestis meenutatavate objektide arv. Näide mõõdikust: tähelepanutesti sooritamise kiirus sekundites	Näide mõõdikust: tuleb üksinda toime riietumise, enesehooldustoimingutega ja toitumisega. Skaala: 1 (ei suuda üksinda toime tulla) 10 (suudan väga hästi üksinda toime tulla) Näide mõõdikust: nimetamisülesannetes õigesti nimetatud piltide arv
18. LÕPPHINDAMINE	Näide mõõdikust: kliendi enda hinnangul on peresuhted skaalal 1 (väga halb) 10 (väga hea). Näide mõõdikust: perekonna hinnang hoolduskoormusele skaalal 1 (väga suur hoolduskoormus, 8 või enam tundi päevas) 10 (hoolduskoormus puudub või on väga madal).	Näide mõõdikust: visuaalses töömälutestis meenutatavate objektide arv. Näide mõõdikust: tähelepanutesti sooritamise kiirus sekundites	Näide mõõdikust: tuleb üksinda toime riietumise, enesehooldustoimingutega ja toitumisega. Skaala: 1 (ei suuda üksinda toime tulla) 10 (suudan väga hästi üksinda toime tulla) Näide mõõdikust: nimetamisülesannetes õigesti nimetatud piltide arv

E. Programmi lõpetamine, pikaajalise tagasiside planeerimine

Programmi läbimise kriteeriumiks on **aeg (18 kuud)**. Kuna insuldi kulgemisel on aeg väga oluline (kuni 2 aastat võib toimuda ka spontaanne taastumine), on vajalik lähtuda ajalisest kriteeriumist, et toetada maksimaalselt taastumisprotsessi. Tulemuste hindamine toimub kogu protsessi vältel, aga ka alguses ning lõpus. Lõpphindamisel võetakse arvesse nii toimunud kõikumisi vahehindamistel (ei võrrelda ainult algust ja lõppu), kuna protsessi jooksul võib keskmine funktsioneerimise tase olla tõusnud, isegi kui lõpphindamisel (ühekordsel hindamisel) skoorid on madalamad kui baastase.

Vastavalt vahetulemustele, alg- ja lõpptaseme tulemustele ning arvestades ka kliendi motivatsiooni, järjepidevust ning perekonnalt saadud infot, otsustab meeskond, kas programmi pikendada või lõpetada programm varem kui planeeritud (eesmärgiga katkestada). Programmi saab pidada edukaks siis, kui programm on kestnud 18 kuud, läbitud on 3 moodulit ning kliendi tulemused vastavad eesmärkidele (kliendispetsiifilised, st iga kliendi puhul võib algskoor ja ka lõppskoor olla erinev).

Programmi läbimisel teostab meeskond lisaks kvantitatiivsele analüüsile ka kvalitatiivse analüüsi. 18. kuul toimub meeskonnatöö, kus arutatakse lõpptulemusi ning üldiselt kliendi arengut programmi vältel. Vajadusel kogutakse lisainfot perekonnalt või kliendilt endalt, et hinnata seda, kuivõrd edukaks programm kliendi jaoks kujunes.

Soovitav on 1,5 a. pärast programmi lõppu (st 3 a pärast insuldidiagnoosi) hinnata tulemuste püsivust. Hilisem hindamine ei kuulu käesolevasse programmi, kuid on programmi koostanud meeskonna poolt soovitatud rehabilitatsiooniasutusele, kes programmi rakendab.

VII Kvaliteedi täiustamine

A. Programmi kõige tugevamad küljed

Sisemised tegurid:

- + programm saab olema koostatud nõnda, et kolm erinevat valdkonda on omavahel tugevalt läbi põimunud (psühholoogiline-tegevusterapeutiline-logopeediline-sotsiaaltöölane valdkond), mis on aluseks indiviidi igakülgsel edasisele iseseisvale toimetulekule.
- + regulaarse ja hästi planeeritud sekkumise käigus on võimalik kaasata kliente efektiivsemal moel kui ebaregulaarsete sekkumiste (nt tugirühmade) rakendamise korral. Kliendi kaasatus on aluseks programmi efektiivseks toimimiseks, eesmärkideni jõudmiseks.
- + programmi koostamisel osalevad mitmed erialaspetsialistid teaduritest (TÜ) praktikuteni (VTHK), kelle pikaajalised kogemused aitavad programmi kokku panna kõige paremal moel nii, et kasu indiviidile oleks maksimaalne. Samuti on programmi koostamisel võetud arvesse riiklikke rahalisi piiranguid.
- + programmis kasutatavad meetodid valitakse nõnda, et lähtutakse teaduspõhistest ja praktilistest kaalutlustest, et tagada programmide efektiivsus. Programmi meeskonnal on olemas erialaspetsiifilised teadmised, et panna kokku efektiivne programm.

Välised tegurid:

- + rehabilitatsiooniasutuste abi kasutamine selleks, et vähendada inimeste hoolduskoormust, on oluline, et vähendada töölt koju jäävate inimeste arvu ja seeläbi toetada ka töötajate efektiivsust (nt ei pea muretsema ja kontrollima kodus oleva vanemaealise seisundit tööajal).
- + kohalikud omavalitsused saavad kasu vanemaealiste iseseisvast hakkamasaamisest nõnda, et väheneb samaaegselt vajadus sotsiaaltöötaja või koduõe rakendamise järele, kui vanemaealine on kaasatud programmi. Seeläbi on võimalik vähendada hooldamisega seotud kulutusi kohalike omavalitsuste tasemel.
- + laiemalt, ühiskondlikul tasemel on vananeva rahvastikuga riigis oluline väärtustada igat indiviidi ning toetada inimeste hakkamasaamist ka vananedes (võimaldada nt osalist töötamist vms). Selleks, et inimene oleks võimeline ühiskonda panustama, on vajalik, et tema seisund oleks stabiilne, et puuduks vajadus pideva järelevalve järele ning võimalusel, et inimene panustaks kultuuri- või sotsiaalelu arendamisse ka vananedes ning ka siis, kui on näiteks läbi elanud insuldi. Seltside, hobigruppide ja vabauhenduste tegevust saab suurendada selle kaudu, et suunata inimesi tagasi nende tegevuste juurde, milles nad on tugevad. Paljudel insuldi läbi elanud inimestel on mitmeid väga spetsiifilisi andeid, oskuseid ja tugevusi, mille rakendamisel ühiskonda tervikuna võidab rohkem just siis, kui inimene „ei kao ära“ pärast insuldi läbielamist.

B. Programmi riskid ja arendamist vajavad küljed

- Üheks riskiks on, et programmi rakendatakse indiviidil, kes ei vasta programmi sisenemiseks vajalikele kriteeriumidele, nt on vales vanusegrupis. Sellisel juhul ei pruugi programm toimida efektiivselt, kuna koostamise käigus lähtutakse just nimelt eespool defineeritud sihtrühmast (meetodid, vahendid, hindamine, tegevused jm saab olema kavandatud sihtrühmale).
- Teiseks riskiks on programmi kokkupanekul ajaline piirang (okt-dets 2015). Sekkumisprogramme ja testide ning meetodite adapteerimist tehakse ekspertide sõnul üldjuhul aastaid enne, kui see võetakse ravimeetodina kasutusele. Käesolevalt on programmi koostamiseks (sh sekkumise) aega 2-3 kuud, mistõttu on ekspertide töökoormus sel perioodil suur ning juhul, kui mõni ekspert nt haigestub või muul põhjusel ei saa panustada

maksimumiga programmi kokkupanekusse, on võimalik, et ajakava võib paigast nihkuda või on programmi mõne komponendi osas vajalik hiljem teha muudatusi.

- Programmi rakendamise riskiks on ka see, kui programmi rakendajad ei ole erialaspetsialistid, st kui täitmata on kriteerium, et igat moodulit viivad läbi vastava mooduli alaste teadmistega isikud (tegevusterapeut, logopeed, psühholoog ja sotsiaaltöötaja). Programmis on eeldatud, et spetsialist on iseseisev ning ei vaja programmi käigus superviseerimist (st suudab langetada otsuseid hindamisvahendite rakendamise kohta, on teadlik üldistest teaduspõhistest võtetest enda valdkonnas jms). Kui programmi kasutavad inividid, kellel puuduvad erialaspetsiifilised teadmised, ei pruugi klient saada piisavat kasu.
- Programmi läbiviimisel on oluline, et toimuks regulaarne koostöö kliendiga. Oluline on täita kõik kolm moodulit ning ajas hajutatult viisil, mis on programmis kirjeldatud. See aitab hiljem erinevate asutuste tulemusi ja indiviide võrrelda ning programmi üldist efektiivsust hinnata. Vastasel juhul ei ole võimalik anda hinnangut programmi edukusele, kui programmi pole rakendatud tervikuna. Kuna programmi koostamisel lähtutakse insuldijärgse seisundi ajalisest kulust (sh iseeneslik taastumine), siis on vajalik, et programmi tegevusi viiakse läbi õiges järjekorras.

C. Programmi tõhususe täiustamiseks soovitatav tegevuskava

Programmi tõhusust saab täiendada pärast programmi läbiviimist. Näiteks: kaasates eksperte, kes hindavad programmi toimimist, analüüsivad võimalikke kitsaskohti, pakuvad välja alternatiivseid lahendusi.

VIII Viited

- Aktiivsena vananemise arengukava 2013-2020. Tallinn: Sotsiaalministeerium.
https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/eesmargid_ja_tegevused/Sotsiaalhoolekanne/Eakatele/aktiivsena_vananemise_arengukava_2013-2020.pdf
- Anthony, W., Cohen, M., Farkas, M. & Gagne, C. (2002) Psychiatric Rehabilitation. Boston: Centre for Psychiatric Rehabilitation. <http://cpr.bu.edu/wp-content/uploads/2011/11/Preview-Psychiatric-Rehabilitation-2nd-edition.pdf>
- Baddeley, A. (1992) Working memory. *Science* 255, pp. 556-559.
- British Geriatrics Society (2009). Human and economic burden of stroke. *Age and Ageing* 38, pp. 4–5.
- Carey, T. A. & Mullan, R. J. (2004) What is Socratic questioning? *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training* 41, pp. 217-226.
- Cowan, N. (2008) What are the differences between long-term, short-term, and working memory? *Progress in Brain Research* 169, pp. 323-338.
- Edwardson M. A & Dromerick A. W (2015) Ischemic stroke prognosis in adults. Jun 10. www.Uptodate.com
- Foster, J. L., Shipstead, Z., Harrison, T. L., Hicks, K. L., Redick, T. S., & Engle, R. W. (2014). Shortened complex span tasks can reliably measure working memory capacity. *Memory & Cognition* 43, pp. 226-236.
- Gamito, P., Oliveira, J., Coelho, C., Morais, D., Lopes, P., Pacheco, J., Brito, R., Soares, F., Santos, N. & Barata, A. F. (2015). Cognitive training on stroke patients via virtual reality-based serious games. *Disability & Rehabilitation* (0), 1-4.
- ICF Browser: <http://www3.who.int/icf/onlinebrowser/icf.cfm>
- Insult (2015) Tartu: Tartu Ülikooli Kliinikum. <http://www.kliinikum.ee/narvikliinik/sagedasemad-haigused/11-insult>
- Kessels, R. P., Van Zandvoort, M. J., Postma, A., Kappelle, L. J., & De Haan, E. H. (2000). The Corsi block-tapping task: standardization and normative data. *Applied neuropsychology*, 7(4), 252-258.
- Lai, K. (2014). Motiveeriva intervjuu kasutamise vajadus psühhosotsiaalses rehabilitatsioonis. Lõputöö. Pärnu: Tartu Ülikooli Pärnu Kolledž.
- Langhorne, P., Bernhardt, J. & Kwakkel, G. (2011). Stroke rehabilitation. *The Lancet* 377, pp. 1693-1702.
- Marin, A. G., Seiciu, P. L., Popescu, A. M., Bighea, A. & Berteanu, M. (2015). Technology for post-stroke cognitive rehabilitation. *International Journal of Pharma Medicine and Biological Sciences* 4, p. 146.

Marra, C., Gainotti, G., Scaricamazza, E., Piccininni, C., Ferraccioli, M. & Quaranta, D. (2013). The Multiple Features Target Cancellation (MFTC): an attentional visual conjunction search test. Normative values for the Italian population. *Neurological Sciences*, 34(2), 173-180.

Mathuranath PS, Nestor PJ, Berrios GE, et al. 2000. A brief cognitive test battery to differentiate Alzheimer's disease and frontotemporal dementia. *Neurology* 55(11): 1613–1620. <https://www.neura.edu.au/frontier/research/test-downloads/>

Nakase-Thompson R., Manning E., Sherer M., Yablon S.A., Gontkovsky S.T., Vickery C. (2005). Brief assessment of severe language impairments: Initial validation of the Mississippi Aphasia Screening Test. *Brain Injury*,19:685-691.

Nasreddine, Z. S., Phillips, N. A., Bédirian, V., Charbonneau, S., Whitehead, V., Collin, I., ... & Chertkow, H. (2005). The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53(4), 695-699.

Palu – Laeks, M. (2015). Rumeerimise ja depressiivsuse seosed töömälu sooritusega ning töömälu oleva info teadvustamisega. Bakalaureusetöö. Tartu: Tartu Ülikool.

Priority medicines for Europe and the World (2015). Geneva: WHO. www.Uptodate.com

Rahvusvaheline funktsioneerimisvõime, vaeguste ja tervise klassifikatsioon (2015) Geneva: WHO. <http://www.epikoda.ee/vana/include/blob.php?download=epikmain1&id=0667>

Redick, T. S., Broadway, J. M., Meier, M. E., Kuriakose, P. S., Unsworth, N., Kane, M. J. & Engle, R. W. (2015). Measuring working memory capacity with automated complex span tasks. *European Journal of Psychological Assessment* 28, pp. 164-171.

Rehabilitatsiooniprogramm „Ajukahjustusega inimeste tugigrupp“ (2014) Tallinn: Astangu Kutserehabilitatsiooni Keskus“. <http://www.astangu.ee/reha/programm/ajuk-tugigrupp.html>

Richards, C. L., Malouin, F., & Nadeau, S. (2015). Stroke rehabilitation: clinical picture, assessment, and therapeutic challenge. *Progress in Brain Research* 218, pp. 253-280.

Robertson, I. H. & O'Connell (2014). Rehabilitation of Attention Functions, pp. 1081-1092, (Eds. A. C. Nobre & S. Kastner) *The Oxford Handbook of Attention*. Oxford: Oxford University Press.

Tartu Vaimse Tervise Hooldekeskus (2015). <http://pehit.tartuvthk.ee/>

Teenuste hinnakiri: Sotsiaalkindlustusamet. http://www.sotsiaalkindlustusamet.ee/public/rehabilitatsioon/Rehabilitatsiooniteenuste_hindade_tabel.pdf

Teostatud projektid (2015) Tartu: Tartu Ülikool. <http://www.ec.ut.ee/et/rake/teostatud-projektid>

Tervise Aarengu Instituut. (2010). Tegevusjuhendaja käsiraamat. Kättesaadav: <http://www.tai.ee/et/valjaanded/trukised-ja-infomaterjalid/download/74>

Uibo, K. (2007). Taastusravi kättesaadavus Tartu Ülikooli Kliinikumis ravitud insuldihaigete hinnangul. Magistritöö. Tartu: Tartu Ülikool.

Weaver, B., Bédard, M., & McAuliffe, J. (2013). Evaluation of a 10-minute version of the Attention Network Test. *The Clinical Neuropsychologist* 27, pp. 1281-1299.

White, G. H., Gordato, D. J., Ó'Rourke, F., Mendis, R. L., Ghia, D. & Chan, D. K. J. (2012). Validation of the stroke rehabilitation motivation scale: a pilot study. *Asian Journal of Gerontology & Geriatrics* 7, pp. 80-87.

WHO Guidelines on Health Related Rehabilitation (2014) Geneva: WHO.
http://who.int/disabilities/care/rehabilitation_guidelines_concept.pdf

Yoo, C., Yong, M. H., Chung, J. & Yang, Y. (2015). Effect of computerized cognitive rehabilitation program on cognitive function and activities of living in stroke patients. *Journal of Physical Therapy Science* 27, p. 2487.

Lisa 1. Programmi tulemuste kokkuvõte

Koostatakse programmi vältel ja esitatakse Sotsiaalkindlustusametile koos arvega. Programmi tulemuste kokkuvõte põhineb rehabilitatsiooniprogrammis kirjeldatud programmi eesmärkidel ja iga kliendi individuaalsel alghindamisel.

Kokkuvõte koostatakse järgmiste punktide alusel:

- Igat klienti hinnatakse rehabilitatsiooniprogrammi alguses ja tulemus märkida lahtrisse „seis programmi alguses“; RFK-koodid peavad olema samad, mis on toodud programmi eesmärkide peatükis (vt ptk IV B)
- Kliendi hindamise etapis määratakse kliendi eesmärk, mis märkida lahtrisse „eesmärk“;
- Programmi lõppedes hinnatakse saavutatud tulemust ja tulemus märkida lahtrisse „tegelik tulemus programmi lõpus“;
- Peale kõikide klientide tulemuste hindamisi koostatakse koondülevaade rehabilitatsiooniprogrammi keskmiste tulemuste kohta.

Programmi läbiviimise käigus täidavad läbiviijad järgmised tabelid ja analüüsivad täpsemalt tegelikke tulemusi ja nende vastavust eesmärkidele programmi läbiviimise järgselt.

1. Tegutsemist ja osalemist puudutavad eesmärgid

<i>RFK kood</i>	<i>Tegutsemine/osalus</i>	<i>Seis programmi alguses</i>	<i>Eesmärk</i>	<i>Tegelik tulemus programmi lõpus</i>

2. Keskkonnategureid puudutavad eesmärgid

<i>RFK kood</i>	<i>Keskkonnategur</i>	<i>Seis programmi alguses</i>	<i>Eesmärk</i>	<i>Tegelik tulemus programmi lõpus</i>

3. Ühiskonnas osalemist puudutavad eesmärgid (töötamine, õppimine, sotsialiseerumine)

Töölesaamist toetavate rehabilitatsiooniprogrammide hanke raames programmi tulemuslikkuse määratlemise indikaatorid	Märkida klientide arv
Programmi läbimise tulemusel tööle rakendunud kliente	
Programmi läbimise tulemusel töö säilitanud kliente	
Programmi läbimise tulemusel aktiivsetele tööturuteenustele suunatud kliente	

4. Täiendav informatsioon osutatud rehabilitatsiooniprogrammi kohta

Lisa 2. Programmis kasutatavad hindamisvahendid

Hindamisvahendeid rakendatakse **kokku kuuel korral**: programmi sisenemisel, neljal korral programmi läbiviimisel vältel ning lõpus. Hindamisvahendite eesmärgiks on hinnata sekkumismeetodite tõhusust. Sekkumismeetodid on kirjeldatud täpsemat käesoleva dokumendi peatükis VI C „Sekkumine“. Eespool ptk III E „Programmi peamised põhimõtted“ alamlõigus on ära toodud mõned näited konkreetsete eesmärkide mõõdikute kohta. Hindamisvahendeid on kirjeldatud täpsemalt spetsialistidele suunatud **käsiraamatus**, mis on selle programmi lisa.

Siinkohal loetletud hindamisvahendite üheks probleemiks on õppimiseefekt, mis on igal uuel hindamiskorral. Eeldatud on, et tulemuste interpreteerimisel peab ekspert võtma arvesse õpiefekti, Näiteks küsides tagasisidet kliendilt, kuivõrd vastas klient küsimustele varasemate mälestuste põhjal või sooritas ülesannet mälu põhjal (teadis, millistest ülesannetest test koosneb jms). Implitsiitset õpiefekti saab antud disaini juures arvestada ainult ekspert ise. Ökoloogilise valiidsuse tagab hindamisel see, kui ekspert uurib lisaks informatsiooni perekonnalt või vaatlleb klienti muul moel, et saada tagasisidet kliendi funktsioneerimisvõime (kliendi enda igapäevases keskkonnas) paranemisest/halvenemisest. **Seega, lisaks loetletud hindamisvahenditele on eeldatud, et ekspert kasutab ka kvalitatiivseid hindamisvahendeid, mis on aga kliendispetsiifiliselt kokku lepitavad (nt kodukülastus või perekonnalt info hankimine intervjuu käigus).**

Neurospühholoogilised hindamisvahendid:

Vahendi nimetus: **intervjuu kliendiga (eraldi, mitte koos lähedastega)**

Kirjeldus: vaba struktuur, eesmärgiks koguda subjektiivset infot kognitiivsete funktsioonide kohta (tähelepanu, mälu ja eneseregulatsiooni) ja hakkamasaamise kohta igapäevategevustes. Lähedaste ja koduste võimaluste piiride osas info kogumine (nt muusikakuulamisvõimaluse olemasolu kodus, lähedaste tugi, kliendi ja lähedaste motivatsioon harjutusi sooritada, transpordivõimalused, kodused harjumuspärased tegevused). Hinnata kliendi eneseseire võimet (kuivõrd suudab tajuda enda haigusseisundit ja hinnata enda toimetulekut õigesti). Kaardistada hetkeseis indiviidi enda subjektiivse hinnangu järgi.

Vahendi nimetus: **intervjuu kliendi perega/lähedasega (eraldi, mitte koos kliendiga)**

Kirjeldus: vaba struktuur, eesmärgiks koguda kõrvaltvaatajate infot kliendi kognitiivsete funktsioonide kohta (tähelepanu, mälu ja eneseregulatsiooni) ja hakkamasaamise kohta igapäevategevustes. Lähedaste ja koduste võimaluste piiride osas info kogumine (nt muusikakuulamisvõimaluse olemasolu kodus, lähedaste tugi, motivatsioon kliendil ja lähedastel harjutusi sooritada, transpordivõimalused, kodused harjumuspärased tegevused). Kaardistada hetkeseis lähedase hinnangu alusel.

Vahendi nimetus: **motivatsiooniküsimustik** (adapteerinud eesti keelde M.Palu-Laeks, G.Tamm ja M.Ennok, 2015)

Viide: White, G. H. et al. (2012). Validation of the stroke rehabilitation motivation scale: a pilot study. *Asian Journal of Gerontology & Geriatrics* 7, pp. 80-87.

<http://www.ajgg.org/AJGG/V7N2/2011-99.pdf>

Vahendi nimetus: **mitme tunnuse jälgimise test** (adapteerinud eesti keelde G. Tamm, M.Ennok ja M.Palu-Laeks, 2015)

Viide: Marra, C., Gainotti, G., Scaricamazza, E., Piccininni, C., Ferraccioli, M. & Quaranta, D. (2013). The Multiple Features Target Cancellation (MFTC): an attentional visual conjunction search test. Normative values for the Italian population. *Neurological Sciences*, 34(2), 173-180.

Vahendi nimetus: **Addenbrooke'i kognitiivsete funktsioonide miniuuring (ACE-III)** (adapteerinud eesti keelde M.Ennok, G.Tamm, M.Palu-Laeks)

Viide: Mathuranath PS, Nestor PJ, Berrios GE, et al. 2000. A brief cognitive test battery to differentiate Alzheimer's disease and frontotemporal dementia. *Neurology* 55(11): 1613–1620. <https://www.neura.edu.au/frontier/research/test-downloads/>

Vahendi nimetus: **Montreali kognitiivsete funktsioonide hindamise lühitest (MOCA)**

Viide: Nasreddine, Z. S., Phillips, N. A., Bédirian, V., Charbonneau, S., Whitehead, V., Collin, I., ... & Chertkow, H. (2005). The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53(4), 695-699.

Vahendi nimetus: **Corsti ruumitöömälu test**

Viide: Kessels, R. P., Van Zandvoort, M. J., Postma, A., Kappelle, L. J., & De Haan, E. H. (2000). The Corsi block-tapping task: standardization and normative data. *Applied neuropsychology*, 7(4), 252-258.

Logopeedilised ja tegevustega seotud hindamisvahendeid (näiteid, lõplik nimekiri pannakse kokku programmi koostamise käigus):

Logopeedilised hindamisvahendeid:

Vahendi nimetus: logopeediline uuring

Kirjeldus: Eestis puuduvad standardiseeritud hindamisvahendid insuldihaigete kõne hindamiseks. Logopeedid kasutavad standardiseerimata originaalseid testmaterjale kliendi keeleliste ja pragmaatiliste oskuste (kommunikatsiooni), samuti kõnemotoorika hindamiseks. Samuti on nende vahenditega võimalik määrata kõnepuude raskusastet ja hinnata selle dünaamikat. Lisaks originaalsetele testmaterjalidele kasutavad logopeedid patsiendi kõne ja kommunikatsiooni hindamiseks intervjuud/vestlust kliendi või tema lähedastega, spontaanse kõne näidiste, sh vestluse analüüsi, vaatlust (nt igapäevaelu suhtlussituatsioonides). Logopeedilisel hindamisel uuritakse kliendi kõnemotoorikat, spontaanset kõnet, kõnemõistmist, nimetamisoskust, järelkõnet, kirjalikku kõnet (lugemist, kirjutamist) ja pragmaatilisi oskusi. Hinnatakse toimetulekut igapäevastes (isikule olulistes) suhtlusolukordades (nt poeskäigu ühine planeerimine, abikaasale oma päevast jutustamine) – nii suhtlemise kvantiteeti kui suhtluseesmärkide saavutatust (sõltumatult keelevahendite valdamisest).

Tegevusteraapia hindamisvahendid:

Vahendi nimetus: enesehooldusega toimetuleku mõõdikud: Kenny skaala (Kenny Self - Care Evaluation Scale) ja/või Katz'i indeks (Katz Index of Activities of Daily Living) ja/või Barthel'i indeks või/ja funktsionaalse sõltumatuse mõõdik FIM (Functional Independence Measure).

Viide: Uibo, K. Taastusravi kättesaadavus Tartu Ülikooli Kliinikumis ravitud insuldihaigete hinnangul. Tartu: Tartu Ülikool. lk 12

Sotsiaaltöö mooduli hindamisvahendid:

Vahendi nimetus: sokraatiline küsitlemine: eesmärgiga koguda kliendilt infot tema seisundi, arusaamiste, soovide, ootuste ja edasiminekuga kohta.

Viide (näide): Carey, T. A. & Mullan, R. J. (2004). What is Socratic questioning?. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training* 41, pp. 217-226.

Vahendi nimetus: (suunatud) intervjuu

Viide (koostaja): Sotsiaaltöös laialt rakendatav meetod kliendi seisundi ja soovide kohta informatisooni saamiseks (nii kliendilt endalt kui perekonnalt).

Vahendi nimetus: küsimustik ja harjutuslehed (CARE metoodika)

Viide (koostaja): Sotsiaalvaldkonnas üldlevinud meetod, mille abil on võimalik kvantitatiivselt hinnata indiviidi rahulolu, motivatsiooni jm. Sageli kasutatakse skaalat 1...10. Tegemist on introspektiivse meetodiga, mis võimaldab uurida kliendi enda seisundit ja arvamusi, aga ka teiste arvamusi ja hoiakuid kliendi seisundist (nt perekonna hinnang kliendi hakkamasaamisele 1 (ei suuda toime tulla iseseisvalt päevasel ajal kodus) ... 10 (saab hakkama iseseisvalt päevasel ajal kodus)).

Lisa 3. Programmi maksumus

Programmi koostamisel on lähtutud, et programmi raames osutavate teenuste maksumus indiviidi kohta ei ületa Vabariigi Valitsuse 20.detsembril 2007. a. määruse nr 256 „Rehabilitatsiooniteenuse raames osutatavate teenuste loetelu, teenuste hindade ja teenuse maksimaalse maksumuse kehtestamine³⁰“ toodud hindu. Programmi piirsummaks on **1000 EUR kalendriaastas**, mis on võetud ka aluseks programmi esialgse plaani koostamisel. Piirsumma aluseks on sama määruse paragrahv 3 ja lõige 3. Programmi kestuseks on 18 kuud, seega on kokku maksimaalseks rakendatavaks võimalikuks summaks invidiid kohta kahe aasta peale kokku 2000 EUR. Lisa 3 tabelis 1 on kirjeldatud teenuste koodid ja hinnad.

Tabelis 11 on kirjeldatud sekkumiskava ning tegevused (sh teenused ja tunnid 18 kuu lõikes) täpsemalt. Teenuste hindade aluseks on võetud eelpool nimetatud määruse lisa 2st³¹ (sama hinnakiri on kättesaadav ka Sotsiaalkindlustusameti kodulehelt). Tegemist on optimaalse lahendusega piiratud indiviidi kohta määratud eelarve korral. Eelarve koostamisel on lähtutud, et isik siseneb programmi kalendriaasta alguses. Kui isik siseneb programmi kalendriaasta kestel, siis üldjuhul jääb teenuste kogukulu kalendriaasta piirmäära. Kui eelarve läheb isiku rehabilitatsiooniplaani planeerides üle 1000 euro kalendriaastas, siis on soovitatav kokku hoida jättes ära näiteks ühe vahehindamise või vähendades meeskonnatööd.

³⁰ <https://www.riigiteataja.ee/akt/117122010035>

³¹ https://www.riigiteataja.ee/akt/lisa/1171/2201/0035/VVm_256_lisa2.pdf#

10. kuu	individuaalne	2004	1	15,90	2010	1,5	23,85	2003/2013	1	19,46				59,21
	meeskonnagrupp										1002	0,5	7,58	7,58
11. kuu	individuaalne	2004	1	15,90	2010	1	15,90	2003/2013	1	19,46				51,26
12. kuu	individuaalne	2004	0,5	7,95	2010	1	15,90	2003/2013	1	19,46				43,31
	hindamine	1003	0,5	7,58	2010	0,5	7,95	1003	0,5	7,58				23,10
	grupitöö	2006	1,5	7,95										7,95
KOKKU			22,5	293,03		21	325,95		23	409,84		3,5	53,03	1081,84
2. aasta	tüüp	sotsiaalne moodul			neuropsühholoogiline moodul			igapäevategevuste moodul			ühistööde moodul			Kokku
		teenuse kood	aeg (h)	hind (€)	teenuse kood	aeg (h)	hind (€)	teenuse kood	aeg (h)	hind (€)	teenuse kood	aeg (h)	hind (€)	summa (€)
13. kuu	individuaalne	2004	0,5	7,95	2010	0,25	3,98	2003/2013	0,25	4,87				16,79
	hindamine							1001	2	30,30				30,30
	meeskonnagrupp										1002	0,5	7,58	7,58
	grupitöö	2006	1,5	7,95										7,95
	infogrupp										1002	1	15,15	15,15
14. kuu	individuaalne	2004	0,5	7,95	2010	0,25	3,98	2003/2013	0,25	4,87				16,79
	meeskonnagrupp										1002	0,5	7,58	7,58
15. kuu	individuaalne	2004	0,5	7,95	2010	0,25	3,98	2003/2013	0,25	4,87				16,79
16. kuu	individuaalne	2004	0,25	3,98	2010	0,25	3,98							7,95
	hindamine	2004	0,5	7,95	2010	0,5	7,95	1003	0,5	7,58				23,48
	grupitöö	2006	1,5	7,95										7,95
	meeskonnagrupp										1002	0,5	7,58	7,58
17. kuu	individuaalne	2004	0,25	3,98	2010	0,25	3,98							7,95
	hindamine							1001	2	30,30				30,30
18. kuu	hindamine	1003	1	15,15	1003	2	30,30	1003	1	15,15				60,60
	individuaalne										1002	3	45,45	45,45
	meeskonnagrupp										1002	1	15,15	15,15
KOKKU			6,5	70,80		3,75	58,13		6,25	97,92		6	90,90	317,75

Lisa 4. Koolituse programm

Koolituse aluseks saab olema programmi käsiraamat ja harjutusvihik. Koolitusele tulijalt eeldatakse *eelnevat põhjalikku tutvumist käsiraamatuga* ning pärast koolitust eeldatakse iseseisvat tööd programmi materjalidega (nt hindamise läbiviimise harjutamine), enne kui spetsialist asub programmi kliendil rakendama.

Ajakava: 15.12.2015	Teema	Läbiviija(d)
9:00 – 11:00 LOENG (1.osa)	KÕIGILE SUUNATUD TEEMAD: 1.osa. (kõigile) Rehabilitatsiooniprogrammi ülevaade: mis on insult? Kellele on programm suunatud? Mis on kriteeriumid?	Kõigi kolme mooduli eksperdid
11:00-11:45 LÕUNA		
11:45 – 13:45 LOENG-SEMINAR (2.osa)	2. osa. (kõigile) Kuidas hinnata klienti (meeskonnas)? Kuidas hinnata tulemusi (meeskonnas)? Kuidas toimub suhtlus meeskonnas omavahel programmi jooksul? Kuidas tagada integreeritud sekkumine? Iga meeskonnaliikme roll programmis?	
13:45 – 14:00 KOHVIPAUS	Vastutuse jagamine meeskonnasiseselt ja kliendi ning kliendi perekonna vahel?	
14:00 – 16:00 LOENG-SEMINAR (3.osa)	ERIALASPETSIIFILISED TEEMAD: 3.osa. (erialaspetsiifiline: 3 valdkonda eraldi ruumides) Hindamine, kliendi kaasamine programmi, kliendi orienteerimine, kliendi motivatsiooni hindamine, programmis kasutatavad vahendid ja meetodid, käsiraamatu ja harjutuskogumi kasutamine.	Erialaspetsiifilised moodulid eraldi ruumides (vastavalt moodulile, igas 1 koolitaja)
16:00 – 16:15 KOHVIPAUS		
16:15-17:45 LOENG-SEMINAR (4.osa)		
17:45 – 18:00 TEST (kogu koolituse materjal)	4.osa. (erialaspetsiifiline: 3 valdkonda eraldi ruumides) Tulemused ja tõlgendamine, lõpphindamine, kliendile tagasiside andmine, kliendi edasine suunamine pärast programmi. Küsimused-arutelu.	
18:00 – 18:15 TAGASISIDE		