Rehabilitatsiooniprogramm vanemaealise (65+) iseseisva funktsioneerimise taastamiseks ja säilitamiseks pärast insulti

Rehabilitatsiooniprogrammi nimetus

Sotsiaalkindlustusamet

Rehabilitatsiooniprogrammi esitav organisatsioon

2018

Käesolev rehabilitatsiooniprogrammi vorm on väljatöötatud Astangu Kutserehabilitatsiooni Keskuse poolt koostöös Sotsiaalministeeriumi, Sotsiaalkindlustusameti, Eesti Töötukassa ja rehabilitatsiooniteenuse osutajatega. Programmi vormi algne struktuur tugineb UEMSi (ingl European Union of Medical Specialists, Lisainfo http://www.euro-prm.org/) rehabilitatsiooniprogrammi vormile.

Vormi väljatöötamine on toimunud TAT „Tööturul osalemist toetavad hoolekandeteenused 2014-2020“ ja ESF meetme „Töölesaamist toetavate rehabilitatsiooniprogrammide pakkumine 2010-2013“ raames.

SISUKORD

1. PROGRAMMI ESITAJA ANDMED 4

1.1. Organisatsiooni andmed 4

1.2. Programmi eest vastutava isiku andmed 4

1.3. Programmi koostanud meeskonnaliikmete andmed 4

2. KOKKUVÕTE 6

3. **ÜLDISED ANDMED PROGRAMMI KOHTA** 7

3.1. Rehabilitatsiooni alaliik 7

3.2. Rehabilitatsiooni valdkond 7

3.3. Rehabilitatsiooniprogrammi vorm ja kestus 7

3.4. Rehabilitatsiooni programmi osutamise piirkond 7

3.5. Rehabilitatsiooniprogrammi elluviimise keskkond 7

3.6. Peamised koostööpartnerid ja tugivõrgustik programmi elluviimisel 7

3.7. Rehabilitatsiooniprogrammi sihgrupp 7

3.8. Lisainformatsioon sihtgrupi kohta 8

3.9. Muu oluline rehabilitatsiooniprogrammi puudutav info 9

4. REHABILITATSIOONIPROGRAMMI EESMÄRGID JA TEGEVUSED 11

4.1. Rehabilitatsiooniprogrammi eesmärgid 11

4.2. Peamised programmis kasutatavad hindamisvahendid 13

4.3. Peamised programmis kasutatavad meetodid 16

4.4. Peamised programmis kasutatavad metoodikad 18

4.5. Asutuse varasem kogemus metoodika kasutamisel 18

4.6. Rehabilitatsiooniprogrammi osutamise ettevalmistamine 19

4.7. Rehabilitatsiooniprogrammi raames osutatavad teenused ja kaasatavad spetsialistid 21

4.8. Rehabilitatsiooniprogrammi oodatavad tulemused ja tulemuste hindamine 25

4.9. programmi tugevad küljed 26

4.10. programmi riskid ja arendamist vajavad küljed ning riskide maandamine 27

4.11. Pika-ajalise tagasiside kogumine ja programmi tegevuste täiendamine 27

5. KASUTATUD KIRJANDUS 28

6. LISAD (hindamisvahendid) 28

1. PROGRAMMI ESITAJA ANDMED

1.1. ORGANISATSIOONI ANDMED

TABEL 1 ORGANISATSIOONI ANDMED

Organisatsiooni nimi	Sotsiaalkindlustusamet
Organisatsiooni tegutsemise alus (tegevusloa olemasolu ja kehtivus)	
E-post, koduleht	info@sotsiaalkindlustusamet.ee www.sotsiaalkindlustusamet.ee
Aadress	Endla 8
Postiindeks	15092
Linn	Tallinn
Riik	Eesti

1.2. PROGRAMMI EEST VASTUTAVA ISIKU ANDMED

TABEL 2 PROGRAMMI EEST VASTUTAVA ISIKU ANDMED

Perekonnanimi	KRUUSMAA
Eesnimi	Elin-Külliki
Ametinimetus	Arendusspetsialist
Telefon	5855 7544
E-post	Elin-kylliki.kruusmaa@sotsiaalkindlustusamet.ee

1.3. PROGRAMMI KOOSTANUD MEESKONNALIIKMETE ANDMED

TABEL 3 PROGRAMMI KOOSTANUD MEESKONNALIIKMETE ANDMED

Spetsialisti nimi, ametinimetus	Roll programmi koostamisel
Margus Ennok, neuropsühholoog ja teadur, Tartu Ülikool Kliinikum (TÜK)	Ekspert-konsultant (neuropsühholoogia)
Gerly Tamm, psühholoog, projektijuht, lektor, Tartu Ülikool (TÜ)	Projektijuht-ekspert (psühholoogia)
Laura Leht, neuroloog, TÜ	Konsultant (neuroloogia)
Triinu Arak, assistent, TÜ	Assistent
Maarika Lukk, majandusekspert ja projektijuht, TÜ	Analüütik-ekspert (majandus)
Jaanus Veemaa, lektor, analüütik, TÜ	Analüütik-ekspert (regionaalpoliitika)
Dagmar Narusson, rehabilitatsioonimeeskonna sotsiaaltöötaja, TÜK lastekliinik, lektor, TÜ	Ekspert (rehabilitatsioon ja sotsiaaltöö)
Aaro Nursi, kliiniline logopeed, TÜ	Konsultant (logopeedia)
Ülle Lepik, psühholoog, TÜ	Koordinaator (rehabilitatsioon ja psühholoogia)

Valentina Rannikmaa, rehabilitatsioonispetsialist-sotsiaaltöötaja, VTHK	Ekspert (sotsiaaltöö)
Kadri Paal, rehabilitatsioonispetsialist-tegevusterapeudi assistent, VTHK	Ekspert (eripedagoogika, tegevusteraapia)
Monika Palu-Laeks	Ekspert (psühholoogia)

2. KOKKUVÕTE

Programmi lühikirjeldus:
Sihtgrupp, programm, osalejate arv: Insuldi läbi elanud eakad (3-6 inimest), kes on äsja (soovitavalt kohe, kuid mitte rohkem kui 5 kuud) naasnud statsionaarselt haiglaravilt. Tegemist on grupiprogrammiga, et rakendada tugirühmade meetodit toimetuleku soodustamiseks ja motiveeriva keskkonna loomiseks.
Probleemid ja vajadused: Programm sobib isikule, kellel on määratud taastumispotentsiaal (haiglas). Probleemid: 1) raskused enesehoolduse ja eneseväljendusega, 2) raskused tähelepanu-, mälufunktsioonidega ja eneseregulatsiooniga, 3) raskused eneseväljendamisel perekonnaliikmetega/tugivõrgustikuga, 4) raskused suhtlemisel kogukonnaliikmetega, ebapiisav kaasatus ühiskondlikesse tegevustesse.
Programm sobib inimesele, kes on motiveeritud ja soovib säilitada või parandada kognitiivseid funktsioone (sh kõne), eneseregulatsioonivõimet, suhteid perekonnas/lähivõrgustikus ja kogukonnas ning suurendada autonoomset igapäevast toimetulekut.
Eeldused[1]: säilinud kõnest arusaamine ja/või väljendamine ja mälufunktsioon piisaval määral[2]; tunneb ära tuttavaid kohti/inimesi/esemeid ja orienteerub õigesti ajas ja ruumis; piisavalt säilinud nägemis- ja/või kuulmisfunktsioonid, et infot vastu võtta; säilinud vähemalt ühe käe liikumisvõime; puudub raskekujuline psüühikahäire, mis takistab osalemist; vaimsed võimed on piisavad (nt tunneb numbreid, tähti ning oskab lugeda).
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).
Tegevused: Programm koosneb kolmest läbipõimunud moodulist, mis toetavad teineteist kogu protsessi vältel: 1) sotsiaalne, 2) neuropsühholoogiline, 3) igapäevategevusi toetav moodul. Tegevused lähtuvad põhimõttest, et mitmekülgne integreeritud sekkumine on tõhusaim viis kliendi iseseisvuse tõstmiseks[3].
Programmi rakendavad vähemalt 3 riiklikult tunnustatud erialase haridusega (magister) spetsialisti: psühholoog, sotsiaaltöötaja, logopeed ja tegevusterapeut.
Programmi kestus ja korraldus: 18 kuud. Enne programmi algust toimub kliendi hindamine ja seatakse kliendispetsiifilised eesmärgid, mida arvestatakse programmi jooksul (18 kuud). Määratakse baastase. Tegemist on madala ja hajusintensiivsusega rehabilitatsiooniprogrammiga, kuid erinevad moodulid on erineva intensiivsusega ja mõneti erineva ajakavaga. Tegemist on päevaprogrammiga, st ilma majutuseta. Tundide kogumaht on 92,5 tundi
Programmi läbiviimise keskkond: Kliendi kodu (nt harjutused) kui ka rehabilitatsiooniasutus (nt kohtumine spetsialistiga).
Koostööpartnerid: Sotsiaalkindlustusamet, Tartu Ülikool ja Tartu Vaimse Tervise Hooldekeskus
Oodatav tulemus kliendi jaoks: Klient tuleb iseseisvalt toime igapäevategevustega.[4]
Muu oluline info: Programmi kohta on võimalik küsida infot sotsiaalkindlustusameti arendusspetsialistilt.

[1] Soovitav on ligipääs ja oskus kasutada arvutit ja (nuti)telefoni nii harjutusteks kui ekspertidega suhtlemiseks.
[2] Kognitiivsed funktsioonid (sh kõne) ja liikumine peaksid olema enne programmiga liitumist hinnatud eksperdi poolt.
[3] Vt Langhorne et al. (2011) Stroke rehabiltation. *The Lancet 377, pp. 1693-1702.*
https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673611603255
[4] Täpsustus: suudab enda käitumist juhtida nii, et tuleb üksinda kodus toime, perekonna hoolduskoormus on vähenenud, kliendi suhted perekonnaga on positiivsed ja toetavad, suhtleb kogukonnaliikmetega.

3. ÜLDISED ANDMED PROGRAMMI KOHTA

3.1. REHABILITATSIOONI ALALIIK

Sotsiaalne rehabilitatsioon

3.2. REHABILITATSIOONI VALDKOND

Elamine

3.3. REHABILITATSIOONIPROGRAMMI VORM JA KESTUS

Grupiprogramm (osalejate arv grupis 3-6 inimest)
Majutuseta
18 kuud (kestus kalendrikuudes)
2 tundi nädalas rehabilitatsiooniasutuses ja 1 tund päevas kliendi kodus (tegevuste intensiivsus nädalas/kalendrikuus)

3.4. REHABILITATSIOONI PROGRAMMI OSUTAMISE PIIRKOND

Üle Eesti

3.5. REHABILITATSIOONIPROGRAMMI ELLUVIIMISE KESKKOND

Kliendi kodu
Rehabilitatsiooniteenuse osutaja asukoht

3.6. PEAMISED KOOSTÖÖPARTNERID JA TUGIVÕRGUSTIK PROGRAMMI ELLUVIIMISEL

Perekond (sugulased)
Kohalik omavalitsus
Tugiisik
Muu, nt naabrid/sõbrad

3.7. REHABILITATSIOONIPROGRAMMI SIHGRUPP

TABEL 4 REHABILITATSIOONIPROGRAMMI SIHTGRUPP

Sihtgrupp	Laps (vajadusel täpsusta vanus)	Tööealine (vajadusel täpsusta vanus)	Eakas (vajadusel täpsusta vanus)	Kommentaar
Puudespetsiifiline (täpsusta)				
• psüühikahäire (v.a.intellektipuue)			X	Programm sobib isikule, kellel on RFK vaimsete funktsioonide (I ptk) skaalal puue hinnatud kriteeriumitele 0-1
• intellektipuue			X	Programm sobib isikule, kellel on RFK vaimsete funktsioonide valdkonnas hinnatud kriteeriumitele b117.0 ja b117.1
• keele- ja kõnepuue			X	Programm sobib isikule, kellel on RFK hääle- ja kõnefunktsioonide (III ptk) valdkonnas keele- ja

				kõnepuue hinnatud kriteeriumitele 0-3
• kuulmispuue			X	Programm sobib isikule, kellel on RFK sensoorsete funktsioonide valdkonnas kuulmispuue hinnatud kriteeriumitele b230.0 ja b230.1
• nägemispuue			X	Programm sobib isikule, kellel on RFK sensoorsete funktsioonide valdkonnas nägemispuue hinnatud kriteeriumitele b210.0 ja b210.1
• liikumispuue			X	Programm sobib isikule, kellel on RFK närvide, lihaste, luustiku ja liikumisega seotud funktsioonide(VII ptk) valdkonnas liikumispuue hinnatud kriteeriumitele 0-4
• liitpuue			X	Programm ei sobi nimetatud sihtrühmale
MUU (INSULT)			**X**	**Insuldijärgne (koheselt pärast statsionaarset haiglaravi) sekkumisprogramm taastumispotentsiaaliga vanemaealistele isikutele.**

3.8. LISAINFORMATSIOON SIHTGRUPI KOHTA

TABEL 5 LISAINFORMATSIOON SIHTGRUPI KOHTA

Programm sobib kliendile, kes:
1. **On äsja väljunud haiglast** (statsionaarselt ravilt) insuldi diagnoosiga ja on määratletud kui taastumispotentsiaaliga. Haiglast väljumisest on möödas **2-5 kuud**.
2. On **vanemaealine**: alates 65-ndast eluaastast (mõningatel juhtudel võib programm sobida ka 55-65 eluaastates inimestele, see sõltub inimese enda hinnangust enda vanusele, sellest milline on tema elukorraldus ja eesmärgid. Kuna mõned programmi tegevused on suunatud just sarnastele vanemaealistele – nt tugigrupid, siis on eeldatud, et tugigruppi kuulujate vanused on sarnased, et saaks tekkida „minu-sarnaste“ tunne).
3. On piisavalt määral **motiveeritud** programmis osalema ning omab valmidust (sh füüsilist ja vaimset) programmis osalemiseks. Mõõdikuks on insuldi rehabilitatsiooni motivatsiooniskaala[5] skoor: varasemates uuringutes on näidatud, et äralõikeskooriks madala ning keskmise/kõrge vahel on 21 punkti.
4. On **säilinud vähemalt ühe käe funktsioon**, et on võimeline kirjalikult suhtlema või käega viipama. Või kasutama abivahendit.
5. On **säilinud vähemalt ühe silma nägemisfunktsioon** piisaval määral, et suudab eristada visuaalselt end ümbritsevaid objekte.

5 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. Skaala on eestistanud: Palu-Laeks, M., Tamm, G., Ennok, M. (2015).

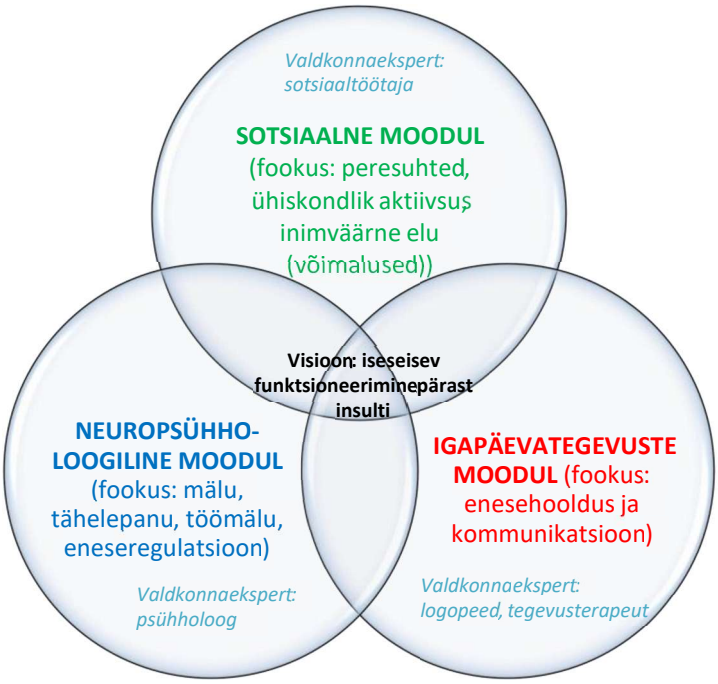
6. Omab vähemalt **ühte toetavat kontaktisikut**, kes on nõus kliendiga rehabilitatsiooniprogrammi vältel suhtlema, vajadusel vahendama kliendi huve rehabilitatsioonimeeskonnale ning tegema koostööd programmi raames kliendile määratud tugiisikuga.
7. Omab **elukohta**: elab kodus, lähedaste juures või 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 programm saaks toimida maksimaalse efektiivsusega.
10. Klient **saab aru enda isikust ning enamasti orienteerub õigesti ajas ja ruumis** (Kes? Kus? Millal? Nt 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 (**rehabilitatsiooniplaan**).
12. Säilinud on **kõnefunktsioon vähemalt minimaalsel määral** (suudab ennast väljendada üksikute sõnadega, täidab lihtsaid korraldusi). On hinnatud logopeedi poolt: kerge kuni mõõduka kõnehäirega.
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 intervjueerimine[6]).
8. **On nooremaealine** (nt laps, noor täiskasvanu, keskealine), kuna programm keskendub vanusespetsiifiliselt vanemaealise 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 juhtumikorraldaja/teenuste konsultandi poolt. Kui klient pole juhtumikorraldaja/teenuste konsultandi poolt hinnatud või 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, kliendi peresiseseid/lähivõrgustiku suhteid ja perekonna/võrgustiku hoolduskoormust).
10. **Kõnefunktsioon puudub täielikult.**

3.9. MUU OLULINE REHABILITATSIOONIPROGRAMMI PUUDUTAV INFO
(sh seos riiklike prioriteetide ja piirkondlike vajadustega, viitega konkreetsele dokumendile)

Programm koosneb kolmest erinevast moodulist (joonis 2), kuid kõik moodulid on omavahel integreeritud ning mõjutavad teineteist: neuropsühholoogiline, sotsiaalne ja igapäevategevustega seotud moodulid.

6 Lai, K. (2014) Motiveeriva intervjuu kasutamise vajadus psühhosotsiaalses rehabilitatsioonis. Lõputöö. TÜ

Neuropsühholoogilise mooduli fookuseks on tähelepanu- ja (töö)mälufunktsiooni[7] 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/lähivõrgustiku vajadus kliendile meenutada või üle kontrollida, kas klient teab, millisesse majja siseneda väljas jalutamas käies. Sellega väheneb pere hoolduskoormus.
Logopeediline abi (kõnefunktsiooni treening) toetab inimese suhteid oma 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 oma 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.

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 peab olema tagatud ligipääsetavus teenuseosutaja juurde.

Programmis kasutatavad **vahendid** on moodulispetsiifilised (nt peenmotoorika 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 rakendada ka ilma tehniliste vahenditeta (st programmi koostamisel kirjeldatakse mõlemat võimalust: arvutipõhist ja paberkandjal läbiviidatavat harjutamist).

7 Töömälu on multimodaalne mälusüsteem, mis aitab informatisooni lähiajaliselt sälilitada, 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.

Kõigi moodulite rakendamisel on oluline arvestada ka Eesti insuldijärgse taastusravi juhendis [8] antud soovitustega.

4. REHABILITATSIOONIPROGRAMMI EESMÄRGID JA TEGEVUSED

4.1. REHABILITATSIOONIPROGRAMMI EESMÄRGID

TABEL 6 REHABILITATSIOONIPROGRAMMI ÜLDEESMÄRK, ALAEESMÄRGID NING SEOSED RFK-GA

Üldeesmärk: Insuldi läbi elanud vanemaealine inimene tuleb iseseisvalt toime koduses keskkonnas (või kohandatud koduses keskkonnas) enesehooldustoimingutega ning suudab terve päeva üksi kodus hakkama saada. Lähedastele ei teki/väheneb hoolduskoormus (nt saavad jätkata töötamist). Isikul ja perel/võrgustikuliikmetel on suurenenud teadlikkus toetavate teenuste võimalustest. Peresiseselt/lähivõrgustikus on säilinud head suhted. Isik on kaasatud vähemalt ühel korral nädalas koduvälis(t)esse tegevu(te)sse.			
Alaeesmärk 1: Insuldi läbi elanud eakas tuleb iseseisvalt toime koduses keskkonnas (või kohandatud koduses keskkonnas) riietumise, enesehooldustoimingutega ja söömisega ning suudab vähemalt 8 tundi üksi kodus viibida.			
RFK Kood	Nimetus (funktsioon, tegutsemine, osalus, keskkonnategur)	Algtase	Soovitud lõpptase
D510	Enda pesemine	D510.4-D510.0	D510.3-D510.0
D520	Kehaosade hooldus	D520.4-D520.0	D520.3-D520.0
D530	Tualettruumi toimingud	D530.4-D530.0	D530.3-D530.0
D540	Riietumine	D540.4-D540.0	D540.3-D540.0
D550	Söömine	D550.4-D550.0	D550.3-D550.0
D560	Joomine	D560.4-D560.0	D560.3-D560.0
D570	Oma tervise eest hoolitsemine	D570.4-D570.0	D570.3-D570.0
D620	Kaupade ja teenuste hankimine	D620.4-D620.0	D620.3-D620.0
D6300	Lihtsate toitude valmistamine	D6300.4-D6300.0	D6300.3-D6300.0
D640	Kodutööde tegemine	D640.4-D640.0	D640.3-D640.0
D650	Koduse vara hooldus	D650.4-D650.0	D650.3-D650.0
E155	Eravalduses olevate hoonete kujundus, konstruktsioon, ehitusmaterjalid ja tehnoloogiad	E155.4-E155.0	E155.3-E155.0
Alaeesmärk 2: Insuldi läbi elanud eakal paraneb või säilib tähelepanu, töömälu, pikaajalise mälu ja kõnefunktsioon ning ta suudab tähelepanu ja mälu suunata ja kontrollida piisaval määral ning on võimeline ennast verbaalselt ja/või mitteverbaalselt teistele mõistetavalt väljendama.			
RFK Kood	Nimetus (funktsioon, tegutsemine, osalus, keskkonnategur)	Algtase	Soovitud lõpptase
B140	Tähelepanufunktsioonid	B140.3-B140.0	B140.2-B140.0
B144	Mälufunktsioonid	B144.3-B144.0	B144.2-B144.0

[8] Eesti insuldijärgse taastusravi juhend https://www.ravijuhend.ee/uploads/userfiles/file/INSULDI_TR/insuldi-taastusravijuhis-2017.pdf

B164	Kõrgemad kognitiivsed funktsioonid	B164.3-B164.0	B164.2-B164.0
B310	Häälefunktsioonid	B310.03-B310.0	B310.02-B310.0
B320	Hääldamis- e artikulatsioonifunktsioonid	B320.03-B320.0	B320.02-B320.0
B330	Kõne ladususe ja rütmi funktsioonid	B330.03-B330.0	B330.02-B330.0
Alaeesmärk 3: Insuldi läbi elanud eakal ja perel/lähivõrgustikul on suurenenud teadlikkus toetavate teenuste võimalustest ning vajalikud abivahendid ja kohandused inimese tegutsemiseks ja osalemiseks on olemas.			
RFK Kood	Nimetus (funktsioon, tegutsemine, osalus, keskkonnategur)	Algtase	Soovitud lõpptase
E115	Tooted ja tehnoloogiad igapäevaseks isiklikuks kasutamiseks	E115.3-E115.0	E115.2-E115.0
E120	Tooted ja tehnoloogiad isiklikuks liikumiseks ning transpordiks siseruumides ja väljas	E120.2-E120.0	E120.1-E120.0
E570	Sotsiaalkindlustusteenused, -süsteemid ja –strateegiad	E570.3-E570.0	E570.2-E570.0
E575	Üldised sotsiaalteenused, -süsteemid	E575.3-E575.0	E575.2-E575.0
Alaeesmärk 4: Paraneb insuldi läbi elanud eaka sotsiaalne hakkamasaamine, peresiseselt/lähivõrgustikus on säilinud või taastatud head suhted, klient osaleb peresisestel/lähivõrgustiku üritustel. Perekonna/võrgustikuliikmete hoiak kliendi suhtes on toetav.			
D310	Suuliste sõnumite vastuvõtmine	D310.3-D310.0	D310.2-D310.0
D330	Rääkimine	D330.3-D330.0	D330.2-D330.0
D350	Vestlus	D350.3-D350.0	D350.2-D350.0
D710	Elementaarne inimeste vaheline läbimine	D710.3-D710.0	D710.2-D710.0
D760	Perekondlikud suhted	D760.3-D760.0	D760.2-D760.0
E310	Kitsas perekonnaring	E310.3-E310.0	E310.2- E310.0
E315	Laiem perekonnaring	E315.3-E315.0	E315.2- E315.0
E410	Lähedaste pereliikmete isikupärased hoiakud	E410.3-E410.0	E410.2-E410.0
E415	Kaugemate pereliikmete isikupärased hoiakud	E415.3-E415.0	E415.2-E415.0
E425	Tuttavate, omasuguste, kolleegide, naabrite ja teiste kaaslaste isikupärased hoiakud	E425.3-E425.0	E425.2- E425.0
Alaeesmärk 5: Insuldi läbi elanud eakas on kaasatud koduvälisesse tegevusse kas vahetu osalemisena või infotehnoloogia vahendusel ühel korral nädalas			
RFK Kood	Nimetus (funktsioon, tegutsemine, osalus, keskkonnategur)	Algtase	Soovitud lõpptase
E325	Tuttavad, omasugused, kolleegid, naabrid ja teised kaaslased	E325.3-E325.0	E325.2-E325.0
D360	Kommunikatsioonivahendite ja –tehnikate kasutamine	D360.3-D360.0	D360.2-D360.0
D750	Mitteametlikud sotsiaalsed suhted	D750.3-D750.0	D750.2-D750.0

D9205	Seltskondlik elu	D9205.3-D9205.0	D9205.2-D9205.0

4.2. PEAMISED PROGRAMMIS KASUTATAVAD HINDAMISVAHENDID

TABEL 7 REHABILITATSIOONIPROGRAMMIS KASUTATAVAD HINDAMISVAHENDID

Hindamisvahendi nimetus koos viitega autorile	Spetsialist, kes seda kasutab	Hindamisvahendi sisu lühikirjeldus	Hindamisvahendi kasutamise põhjendus (sh asja- ja eakohasus), hindamisvahendi kasutamise seos programmi (ala)eesmärkidega.
Neuropsühholoogilised hindamisvahendid			
Intervjuu kliendiga (eraldi, mitte koos lähedastega)	Meeskond	Vaba struktuuriga intervjuu, eesmärgiks koguda subjektiivset infot kognitiivsete funktsioonide kohta (tähelepanu, mälu ja eneseregulatsiooni) ja hakkamasaamise kohta igapäevategevustes.	Lähedaste ja koduste võimaluste piiride osas info kogumine (nt muusika kuulamise võimaluse olemasolu kodus, lähedaste tugi, kliendi ja lähedaste motivatsioon harjutusi sooritada, transpordivõimalused, kodused harjumuspärased tegevused). Hinnata kliendi eneseseire võimet (kuivõrd suudab tajuda enda terviseolukorda ja hinnata enda toimetulekut õigesti). Kaardistada hetkeseis kliendi enda subjektiivse hinnangu järgi. Seotud kõigi alaeesmärkide jaoks sisendi saamisega.
Intervjuu kliendi perega/lähedasega (võrgustikuliikmega) (eraldi, mitte koos kliendiga)	Meeskond	Vaba struktuuriga intervjuu, 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 muusika kuulamise võimaluse olemasolu kodus, lähedaste tugi, motivatsioon kliendil ja lähedastel harjutusi sooritada, transpordivõimalused, kodused harjumuspärased tegevused). Kaardistada hetkeseis lähedase hinnangu alusel. Seotud kõigi alaeesmärkide jaoks sisendi saamisega.
Motivatsiooniküsimustik (SRMS-28) (adapteerinud eesti keelde M.Palu-Laeks, G.Tamm ja M.Ennok, 2015)[9]	Psühholoog	Küsimustikuga hinnatakse programmi eel, vältel ja lõpus kliendi motivatsiooni.	Küsimustiku tulemus on aluseks programmi sisenemisel (skoor peab olema üle küsimustiku objektiivse keskmise skoori) ja programmi jätkamisel. Eestikeelne küsimustik ja küsimustiku juhis on lisatud käsiraamatule. Seotud eelkõige alaeesmärkidega 1 ja 2.
Mitme tunnuse jälgimise test (MTJT) (adapteerinud eesti keelde G. Tamm,	Psühholoog	Kliendi tähelepanu ja mälufunktsioonide hindamiseks.	Testi korduvtäitmise põhjal saab hinnata kliendi tähelepanu ja mälu paranemist. Seotud eelkõige alaeesmärkidega 1 ja 2. Eestikeelne küsimustik ja küsimustiku juhis on lisatud käsiraamatule.

[9] 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.

M.Ennok ja M.Palu-Laeks, 2015) [10]			
Addenbrooke`i kognitiivsete funktsioonide miniuuring (ACE-III) (adapteerinud eesti keelde M.Ennok, G.Tamm, M.Palu-Laeks) [11]	Psühholoog	Viie kognitiivse valdkonna hindamiseks: tähelepanu, mälu, verbaalne voolavus, keelelised võimed ja nägemis-ruumitaju	Eestikeelne küsimustik ja küsimustiku juhis on lisatud käsiraamatule.
Montreali kognitiivsete funktsioonide hindamise lühitest (MOCA)[12]	Psühholoog	Kognitiivsete võimete hindamiseks: nägemis-ruumitaju, nimetamine, mälu, tähelepanu, keelelised võimed, üldistusvõime, orientatsioon	Testi korduvtäitmise põhjal saab hinnata kliendi tähelepanu ja mälu ning erinevate võimete paranemist. Seotud alaeesmärkidega 1, 2 ja 4. Eestikeelne küsimustik ja küsimustiku juhis on lisatud käsiraamatule.
Corsi ruumitöömälu test [13]	Psühholoog	Visuaal-ruumilise lühimälu hindamine	Kliendi ruumilise lühimälu hindamiseks. Seotud eelkõige alaeesmärkidega 1 ja 5. Testi läbiviimise ja skoorimise eestikeelsed juhised ja testi materjalide kasutamise ja koostamise juhendid on lisatud.
Järjestikuse otsustamise töömäluülesanne (SOPT)	Psühholoog	Hinnatakse kliendi võimekust reguleerida plaanide ja strateegiate abil oma käitumist	Hinnatakse kliendi võimet luua endale vastuste järjestus, hoida oma vastuseid meeles ja jälgida oma sooritust. Ülesanne nõuab töömälu efektiivset kasutamist, sest vastaja peab pidevalt võrdlema juba antud vastuseid nendega, mis tuleb veel anda. Seotud eelkõige alaeesmärkidega 1, 4 ja 5. SOPT juhised ja testmaterjalid on lisatud.
Logopeedilised ja tegevustega seotud hindamisvahendeid (näiteid, lõplik nimekiri pannakse kokku programmi koostamise käigus)			
Logopeediline uuring	Logopeed	Eestis puuduvad standardiseeritud hindamisvahendid insuldihaigete kõne hindamiseks. Logopeedid kasutavad standardiseerimata originaalseid testmaterjale kliendi	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

[10] 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.

[11] 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.

[12] 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.

[13] 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.

		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 kliendi kõne ja kommunikatsiooni hindamiseks intervjuud/vestlust kliendi või tema lähedastega, spontaanse kõne näidiste, sh vestluse analüüsi, vaatlust (nt igapäevaelu suhtlussituatsioonides).	suhtlemise kvantiteeti kui suhtluseesmärkide saavutatust (sõltumatult keelevahendite valdamisest).
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) [14]	Tegevusterapeut	Insuldihaige elukvaliteedi hindamiseks igapäevategevuste sooritamist hindavad mõõdikud (tegevusterapeudi valikul)	Hinnatakse kliendi enesehooldustoimingute ja igapäevaelu toimingute sooritamiseks vajalike tegevuseelduste määra, elukeskkonna kohandamise vajalikkust ning kõrvalabi määra. Oluline on anda hinnang järgmistele funktsioonidele: - pesemine D510 - kehaosade hooldus D520 - liikumine D450 - siirdumine D420 - tualettruumi toimingud D530 - söömine D550 - joomine D560 - oma tervise eest hoolitsemine D570 - lihtsate toitude valmistamine D6300 - kodutööde tegemine D640 - kaupade ja teenuste hankimine D620 - koduse vara hooldus D650
Sotsiaaltöö mooduli hindamisvahendid			
Sokraatiline küsitlemine	Sotsiaaltöötaja		Eesmärk koguda kliendilt infot tema seisundi, arusaamiste, soovide, ootuste ja edasimineku kohta.
Suunatud intervjuu	Sotsiaaltöötaja		Sotsiaaltöös laialt rakendatav meetod kliendi seisundi ja soovide kohta informatsiooni saamiseks (nii kliendilt endalt kui perekonnalt/võrgustikuliikme(te)lt).

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

Küsimustikud ja harjutuslehed (Bostoni ja CARe metoodika)	Sotsiaaltöötaja	Sotsiaalvaldkonnas üldlevinud meetodid, mille abil on võimalik kvantitatiivselt hinnata kliendi rahulolu, motivatsiooni jm. Sageli kasutatakse skaalat 1...10.	Küsimustike näol on tegemist introspektiivsete meetoditega, mis võimaldab uurida kliendi enda seisundit ja arvamusi, aga ka teiste arvamusi ja hoiakuid kliendi seisundist (nt perekonna/võrgustikuliikme hinnang kliendi hakkamasaamisele 1 (ei suuda toime tulla iseseisvalt päevasel ajal kodus) ... 10 (saab hakkama iseseisvalt päevasel ajal kodus).

4.3. PEAMISED PROGRAMMIS KASUTATAVAD MEETODID

TABEL 8 REHABILITATSIOONIPROGRAMMIS KASUTATAVAD MEETODID

Meetodi nimetus	Spetsialist, kes seda kasutab	Meetodi valiku põhjendus
Neuropsühholoogilises moodulis kasutatavad meetodid		
Kognitiivsed harjutused	Psühholoog	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 korraga[15]). Kokku toimub psühholoogil kliendiga 33 kohtumist. 13.–18.kuul toimub harjutuste tegemine kodus iseseisvalt ning psühholoogiga võetakse ühendust kord kuus telefonitsi või psühholoogi kodukülastustel.
Kognitiivne stimulatsioon (muusika)	Psühholoog	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.
Sotsiaalses moodulis kasutatavad meetodid		
Grupitöö (klubitöö)	Sotsiaaltöötaja	Grupitöö viiakse läbi kõigi klientidega. Eesmärk on kogu protsessi vältel kliente orienteerida programmis toimuvast ja anda klientidele võimalus programmi kujunemises kaasa rääkida (eesmärk kaasatuse ja partnerluse suurendamine, omavaheliste suhete arendamine grupis). Klubitöö formaadis osalevad kliendid, kuid võivad osaleda ka nende lähedased ja olulisi teemasid käsitlevad külalised. Programmi kokkupanemisel on kasutatud praktilise töö ja hoolduskoormuse teemalisest projektist [16]saadud kogemusi. Lisaks individuaalsele tegevusele tehakse programmi raames omaste hooldajatele rühmatöid ja kasutatakse integreeritud klubitöö

15 Lähtudes sellest, et tegemist on vanemaealistega, kellel on keskendumisraskusi 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.

16 http://pehit.tartuvthk.ee/

		mudelit[17]. Fookuseks on sotsiaalse aktiivsuse tõstmine, suhete hoidmine kogukonnas (arutelud, rekreatiivsed tegevused, kutsutud külalised, võib kasutada kogemusnõustaja interpersonaalseid oskusi, et aktiivsust hoida).
Individuaalne töö kliendiga	Sotsiaaltöötaja	Eesmärk on arendada kliendi inimestevahelist suhtlust tema elukeskkonnas (suhted lähedastega, tema jaoks oluliste inimestega ja kogukonnas suhtlemise säilitamine), toetuse pakkumine (kohtumiste arv, võib varieeruda) 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.[18] 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. Rakendatakse Bostoni ja CARe meetodite põhimõtteid.
Infogrupid	Sotsiaaltöötaja	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/võrgustikuliikme(te) jaoks laiemas mõttes; selgitatakse võimalusi, kuidas kliendi aktiivsust ühiskonnas säilitada või tõsta; jagatakse informatsiooni erinevate hobirühmade kohta, toetatakse perekonda/võrgustikuliikmeid kogu 18 kuu vältel. Ühelt poolt on kohtumiste eesmärk info jagamine, teiselt poolt aga ka informatsiooni kogumine kliendi arengu, seisundi, pere-/võrgustikusuhete ja kliendi rahulolu ning emotsioonide kohta. Sotsiaaltöötaja vahendab informatsiooni ka teistele spetsialistidele kogu protsessi vältel 18 kuu jooksul.
Igapäevategevuste mooduli meetodid		
Kõneteraapia (kõnepuudega kliendile) ja neelamisalane nõustamine (varasemalt on neelamishäire diagnoositud)	Logopeed	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. Efektiivse suhtlemise meetodite õpetamine kõnepuudega kliendi lähedastele, hooldajatele ja rehabilitatsioonimeeskonna liikmetele. Vajadusel viib logopeed läbi neelamisalase nõustamise.
Enesehooldusega seotud harjutused	Tegevusterapeut	Tegevusterapeudi roll on hinnata ja arendada kliendi sensomotoorseid, kognitiivseid ja psühhosotsiaalseid tegevuseeldusi enesehooldustoimingute (ADL – Activities of Daily Living) ning igapäevaelu toimingute (IADL – Instrumental Activities

17 http://pehit.tartuvthk.ee/

18 https://cpr.bu.edu/app/uploads/2011/11/Preview-Psychiatric-Rehabilitation-2nd-edition.pdf

		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 kohandamiseks; • hindab abivahendi vajadust ning juhendab ja abistab vajalike abivahendite hankimisel ning kasutama õppimisel[19].

4.4. PEAMISED PROGRAMMIS KASUTATAVAD METOODIKAD

TABEL 9 REHABILITATSIOONIPROGRAMMIS KASUTATAVAD METOODIKAD

Metoodika nimetus	Spetsialist, kes seda kasutab	Metoodika lühikirjeldus ja valiku põhjendus
CARe metoodika	Sotsiaaltöötaja	Metoodika abil on võimalik kvantitatiivselt hinnata kliendi rahulolu, motivatsiooni jm. Sageli kasutatakse skaalat 1...10. Küsimustike näol on tegemist on introspektiivsete meetoditega, mis võimaldab uurida kliendi enda seisundit ja arvamusi, aga ka teiste arvamusi ja hoiakuid kliendi seisundist (nt perekonna/võrgustikuliikme(te) hinnang kliendi hakkamasaamisele 1 (ei suuda toime tulla iseseisvalt päevasel ajal kodus) ... 10 (saab hakkama iseseisvalt päevasel ajal kodus). CARe (ingl A Comprehensive Approach of Rehabilitation) metoodika on kõikehõlmav rehabilitatsioonikäsitlus, mis pakub inimestele toetust elukvaliteedi parandamiseks ja suunab isiklikule taastumisele, kuid samas lähtub inimeste võimalustest ja tugevustest ning tõstab enesehinnangut.
Bostoni psühhosotsiaalse rehabilitatsiooni metoodika	Sotsiaaltöötaja	Nimetatud metoodikast kasutatakse programmis orientatsiooni, sotsiaalnõustamise ja juhtumikorralduse meetodeid. *Vt Kasutatud meetodite alt: Individuaalne töö kliendiga* Lisaks rehabilitatsioonivajaduse hindamisele, hinnatakse valmisolekut muutuseks, personaalset lähedust, eneseteadlikkust ja keskkonnast teadlikkust. Esmase hindamise tulemuste põhjal valmib skaala, mille alusel on võimalik selgitada programmis osaleja tugevad ja arendamist vajavad valdkonnad.

4.5. ASUTUSE VARASEM KOGEMUS METOODIKA KASUTAMISEL

CARe metoodika eestikeelne käsiraamat anti välja 2014, kuid vastavad koolitused toimuvad alates 2003. aastast. CARe metoodikat rakendavad tänaseks väga paljud rehabilitatsiooni- ja erihoolekandeasutused. Nii Bostoni kui CARe metoodika küsimustikud ja harjutuslehed on sotsiaalvaldkonnas üldlevinult kasutuses, et kvantitatiivselt hinnata kliendi rahulolu, motivatsiooni jm. CARe metoodikat on kasutatud nii Töötukassa kui Sotsiaalkindlustusameti töös klientidega, sh vähenenud töövõimega inimestega.
Bostoni metoodikat on rakendatud nt Lõuna-Eesti Erihooldusteenuste Keskuse psüühilise erivajadusega ja/või puuetega inimeste töölesaamist toetavas programmis. Programmi sisenemisel toimus kliendi esmane hindamine Bostoni psühhosotsiaalse rehabilitatsiooni metoodika alusel. Hinnati rehabilitatsiooni vajadust, valmisolekut muutuseks, personaalset lähedust, eneseteadlikkust ja keskkonnast teadlikkust. Metoodika töölehti kasutati samuti vahe- ja lõpphindamisel.

19 Lisa vaata: Tegevusjuhendaja käsiraamat.2010.Tervise Arengu Instituut

Varasem kogemus põhineb SA Tartu Vaimse Tervise Hooldekeskuse ja Tartu Ülikooli Rakendusuuringute Keskuse pikaajalisel teoreetilisel ja praktilisel metoodika kohandamisel ja juurutamisel. Samuti programmi piloteerijate Benita Kodu AS, Ida-Viru Keskhaigla, AS WASA, Värska Sanatooriumi ja Lõuna-Eesti Erihooldusteenuste Keskuse praktikal.

4.6. REHABILITATSIOONIPROGRAMMI OSUTAMISE ETTEVALMISTAMINE

Programm viiakse läbi rehabilitatsiooniasutuse juures ja kliendi kodus. Rehabilitatsiooniasutuses peab ekspertidel olema võimalik 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 mahutab 3-6 inimest korraga. Kuna klient peab järjepidevalt sooritama harjutusi, on vajalik, et rehabilitatsiooniasutus paikneks võimalikult kodu lähedal.

Programmist osavõtuks ei ole üldjuhul kliendile vaja erilisi tingimusi ega vahendid. Kliendi osalemine programmis nõuab kliendilt eelkõige piisavat füüsilise/ vaimse funktsioneerimise võimekust ning valmisolekut kasutada transporti regulaarseteks sõitudeks elukoha ning rehabilitatsiooniasutuse vahel. Lisaks on oluline ka mõningate programmis kasutatavate töövahendite omamine. Nende tingimuste täpsem määratlemine on oluline eelkõige lihtsustamaks rehabilitatsiooniasutuse tööd programmi läbiviimisel. Programmi rakendamine ei nõua erilisi tingimusi ka rehabilitatsiooniasutuselt ning kliendi kodult.

Järgnevalt on välja toodud eeldatavad tingimused ja vahendid (nii rehabilitatsiooniasutusele kui ka klientidele), mis on programmi tõhusaks elluviimiseks tingimata vajalikud (nimekiri ei ole lõplik ja seda võib asutus loovalt muuta ja täiendada):

- rehabilitatsiooniasutustele:
  - ruumid ja mööbel kliendi vastuvõtmiseks, grupitöö, infogrupi ja meeskonnatöö läbiviimiseks;
  - vahend muusika mängimiseks (nt makk, muusikakeskus, kõlarid arvutil);
  - metafoorkaardid, Corsi hindamislaud, käsiraamatu lisas toodud hindamistestid ning muud hindamisvahendid;
  - tegevusvõime taastamiseks eeldatakse:
    - kööki/ kööginurka, kus on olemas põhilised köögis kasutatavad majapidamismasinad ja esemed nt veekeedukann, mikrolaineahi, pliit, keedupott, pann, lauanõud;
    - kohandatud wc-d ja dušširuum enesehooldus- ja igapäevatoimingute osaoskuste omandamiseks (enesehooldustoimingute osaoskuste omandamisel on vajalik sobiva keskkonna olemasolu, enesehooldusvahendid võtab iga programmis osaleja ise kaasa);
  - harjutuste sooritamiseks vajalikud lisavahendid on toodud harjutuskogumikus (sh üks pakk mängukaarte);
- klient, lähedased ja tugisikud:
  - märkmik/ päevik enda tegevuste ülesmärkimiseks;
  - mapp/ kaustik/ kiirköitja harjutuse jaoks;
  - telefon;
  - vahend muusika mängimiseks (nt makk, muusikakeskus, kõlarid arvutil);
  - harjutuste sooritamiseks vajalikud lisavahendid on toodud harjutuskogumikus;

- lähedased ja tugiisikud peavad kindlasti arvestama, et klient vajab pidevalt järelevalvet, kannatlikkust ning palju lähedaste ja tugiisikute aega.

Kuna insuldihaige rehabilitatsiooniprogrammi esimeses pooles on oluline regulaarne (iganädalane) rehabilitatsiooniasutuse külastamine (või kliendi kodu külastamine), siis on soovitatav, et kliendi alaline elukoht ei oleks rehabilitatsiooniasutusest ülemäära kaugel. Juhul, kui vähemalt maakonna keskuses on teenusele ligipääs olemas ning kui kohalik omavalitsus või rehabilitatsiooniasutus pakub invatakso teenust või on muul moel nõustunud kliendile transpordi osas tuge osutama, on võimalik asukohast tingitud piirangut ületada ning võimaldada kliendile programmis osalemine.

Insuldihaige rehabilitatsiooniprogrammi läbimisel võib teatud juhtudel osutuda 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.

Kuigi programm on mõeldud 65+ aastastele insuldi läbi elanud inimestele, siiski on grupi komplekteerimisel soovitatav võtta võimalusel arvesse inimeste omadusi ja eripärasid, et moodustada võimalikult homogeenne rühm, mis toimiks tugisüsteemina ning motiveeriks inimest 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. Soovitatav 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 ning sotsiaaltöötaja. Meeskond läbib **8-tunnise koolituse** (vt **koolituskava lisa 5**) enne programmi rakendamist.

4.7. REHABILITATSIOONIPROGRAMMI RAAMES OSUTATAVAD TEENUSED JA KAASATAVAD SPETSIALISTID.

TABEL 10 HINDAMINE, SEKKUMINE JA TULEMUSTE HINDAMINE

Hindamine ja planeerimine. Kestus: 2 nädalat - 1 kuu		
Rehabilitatsiooniteenuse nimetus, kood	**Tegevused, teemad; teenust osutavad spetsialistid**	**Orienteeruv maht***
Rehabilitatsioonivajaduse hindamine, 1001	Elluviijad: SOTSIAALTÖÖTAJA, PSÜHHOLOOG, FÜSIOTERAPEUT, LOGOPEED • funktsioneerimisvõime algtaseme hindamine RFK alusel • võrgustiku teadlikkuse kaardistamine, klientide peredega/võrgustikuliikmetega grupitöö ja konsulteerimine • alaeesmärkide seadmine ja tegevuskava täpsustamine • tegevusterapeudi kodukülastus (2 tundi) • Esimesel kuul kohtub klient igal nädalal erialaspetsialistidega ning saab koju kaasa harjutusi igapäevaseks tegemiseks, et tagada kiireim ning efektiivseim taastumine/funktsioonide säilitamine. Samuti raporteerib klient enda seisundist ning edasiminekust igapäevaselt sotsiaaltöötajale telefonitsi (2 min kõne igapäevaselt), kus hindab enda emotsioone ning harjutuste tegemise protsenti (kui palju suudab soovitatust päevas teha). Sotsiaaltöötaja vahendab informatsiooni kuu lõpus teistele spetsialistidele. Oluline on selline jälgimine programmi alguses intensiivselt (igapäevaselt, tööpäeviti, st E-R) selleks, et tagada kliendi „sisse-elamine“ programmi, algatada harjumus kodus harjutusi teha ja monitoorida kliendi arengut ja võimekust regulaarselt protsessis edasi liikuda.	3 h
Sotsiaaltöötaja individuaalteenus, 2004	Elluviija: SOTSIAALTÖÖTAJA Individuaalne töö kliendiga ja kontakt perega/võrgustikuliikme(te)ga. Eesmärkide seadmine koos kliendiga. Juhtumikorraldus	1 h
Psühholoogi individuaalteenus, 2010	Elluviija: PSÜHHOLOOG Individuaalne töö kliendiga. Informatsioon. Eesmärkide seadmine koos kliendiga.	1 h
Tegevusterapeudi individuaalteenus, 2003	Elluviija: TEGEVUSTERAPEUT Individuaalne töö kliendiga. Informatsioon. Eesmärkide seadmine koos kliendiga (vajadusel koos logopeediga)	2,5 h
Logopeedi individuaalteenus, 2013	Elluviija: LOGOPEED Individuaalne töö kliendiga. Informatsioon. Eesmärkide seadmine koos kliendiga (vajadusel koos tegevusterapeudiga)	0,5 h
Füsioterapeudi individuaalteenus, 2001	Elluviija: FÜSIOTERAPUT Individuaalne töö kliendiga. Informatsioon. Eesmärkide seadmine koos kliendiga.	0,5 h
Sotsiaaltöötaja grupiteenus, 2006	Elluviija: SOTSIAALTÖÖTAJA Sotsiaaltöötaja juhendatud grupitöö (klubitöö), vabamas sotsiaalses vormis	1 h
	Orienteeruv maht kokku:	9,5 tundi
Programmi elluviimine. Kestus: 16-17 kuud		
Rehabilitatsiooniteenuse nimetus, kood	**Teemad, teenust osutavad spetsialistid**	**Orienteeruv maht***
	2.-12.kuu eesmärgiks on järjepidev harjutuste ning sotsiaalsete tegevuste läbiviimine, funktsioonide treening. Eksperdid 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, et saaks toimuda muutus või säilitada funktsioone.	
Sotsiaaltöötaja individuaalteenus, 2004	Elluviija: SOTSIAALTÖÖTAJA SOTSIAALNE MOODUL – fookuses pere/võrgustikusuhted, ühiskondlik aktiivsus, inimväärne elu (võimalused) Individuaalne töö kliendiga ja kontakt perega/võrgustikuliikme(te)ga 1 kord nädalas 30 minutit • pakub kliendile ja tema jaoks olulistele isikutele rehabilitatsiooni protsessis psühhosotsiaalset toetust • tutvustab kliendile rehabilitatsiooni, et panna klienti tundma end kindlamalt ja mugavamalt ning demüstifitseerida rehabilitatsiooni protsessi • hindab kliendi igapäevaelu situatsiooni, samuti pere/võrgustikuliikme(te) ja kliendi sotsiaalse elu situatsiooni, kliendi oskusi ja ootusi rehabilitatsiooniks • toob hindamise protsessis välja tervise olukorra ja tegevusvõime piirangute psühhosotsiaalsed mõjud ja selle aspektid, et saada tervikpilt “klient keskkonnas” interaktioonist • pakub erilist toetust kliendi olulistele isikutele, et neid abistada kliendi uue olukorraga kohanemisel ja viia kurssi põhimõtetega, millest rehabilitatsioonispetsialistid kliendi individuaalsekkumistes lähtuvad • korraldab kliendi ja rehabilitatsioonimeeskonna liikmete, samuti pere/võrgustikuliikmete, kliendi kolleegide ja organisatsioonide-vahelist suhtlust • informeerib klienti ja peret/võrgustikuliikmeid sotsiaalse kohanemise ja integreerumise võimalustest, nagu näiteks uue elukoha leidmine	Indiv.vastuvõtud 29 x 0,5 h = 14,5 h Vahehind. 4 x 0,5 h = 2 h Telefonikontakt 2 x 0,25 h = 0,50 h KOKKU 17 h
Sotsiaaltöötaja grupiteenus, 2006	Elluviija: SOTSIAALTÖÖTAJA Sotsiaaltöötaja juhendatud grupitöö (klubitöö), vabamas sotsiaalses vormis	1,5 h x 6 = 9 h
Sotsiaaltöötaja grupiteenus, 2006	Elluviijad: SOTSIAALTÖÖTAJA, vajadusel PSÜHHOLOOG, LOGOPEED, TEGEVUSTERAPEUT Sotsiaaltöötaja juhendatud grupitöö ja konsulteerimine klientide lähedalseisvatele ja teda igapäevaselt toetavatele inimestele − peredele/ KOV sotsiaaltöötajale/ naabritele/ lähedastele (infogrupp)	1 h x 4 = 4 h
Meeskonnatöö (kodeerimata ja eraldi ei tasustata)	Elluviijad: SOTSIAALTÖÖTAJA, PSÜHHOLOOG, LOGOPEED, TEGEVUSTERAPEUT Meeskonnatöö: toimub iga 2-3 kuu järel eesmärgiga vahetada infot, määrata üldised kliendist lähtuvad eesmärgid, määratleda baastase, arutleda kliendi programmi sobivust, arutada sekkumise edukust ning vajadusel kohandada programmi materjalidele kliendi seisundist lähtuvalt. Otsustatakse, kas	6 x 0,5 h = 3 h 1 x 1 h = 1 h

	jätkatakse programmiga, kas klient on jätkuvalt motiveeritud ning kuivõrd on kõigi kolme mooduli rakendamine toiminud. Lõpphindamise kavandamine. Kliendi progressi arutelu.	
Psühholoogi individuaalteenus, 2010	Elluviija: PSÜHHOLOOG NEUROPSÜHHOLOOGILINE MOODUL – fookuses mälu, tähelepanu, töömälu, eneseregulatsioon Individuaalne töö kliendiga 1 kord nädalas 30 minutit • Sotsiaalsete oskuste arendamine: mina, minu soovid ja vajadused; enesehinnang, tugevused ja nõrkused. • Motivatsiooni hindamine ja motiveerimine • Soovitused ja harjutused kliendi ja tema pere / lähedase/ (KOV sotsiaaltöötaja/naabri) toimetulekuks kliendi kognitiivse defitsiidiga • Süstemaatiline sekkumine vastavalt kliendi eesmärkidele • Suhtlemisoskuste arendamine • Kliendi ja tema perekonna/tugivõrgustiku (naaber/lähedane/ KOV sotsiaaltöötaja vm) toetamine programmi vältel	Indiv.vastuvõtud 32 x 0,5 h = 16,5 h Vahehind. 4 x 0,5 h = 2 h Telefonikontakt 5 x 0,25 h = 1,25 h KOKKU 19,75 h
Tegevusterapeudi individuaalteenus, 2003	Elluviija: TEGEVUSTERAPEUT IGAPÄEVATEGEVUSTE MOODUL – fookuses enesehooldus Individuaalne töö kliendiga 1 kord nädalas 30 minutit või kombineerituna logopeediga 1 kord üle nädala • Hindab ja arendab kliendi sensomotoorseid, kognitiivseid ja psühhosotsiaalseid tegevuseeldusi enesehooldustoimingute (ADL, Activities of Daily Living) ning igapäevaelu toimingute (IADL, Instrumental Activities of Daily Living) sooritamiseks • hindab kliendi elukeskkonda ning teeb ettepanekuid keskkonna kohandamiseks • hindab kõrvalabi määra ning selgitab välja, millised abivahendid on enese hooldamise või kodu eest hoolitsemisel toeks; juhendab ja abistab vajalike abivahendite hankimisel ning kasutama õppimisel • kodukülastus (2 h) eesmärgiga hinnata ja vaadelda klienti kodustes tingimustes (3 korda – 7-, 13- ja 17-ndal kuul)	Indiv.vastuvõtud 13 x 0,5 h = 6,5 h Vahehind. 4 x 0,15 h = 1 h Kodukülastus 3 x 2 h = 6 h Telefonikontakt 2-3 x 0,25 h = 0,5 h
Logopeedi individuaalteenus, 2013	Elluviija: LOGOPEED IGAPÄEVATEGEVUSTE MOODUL – fookuses kommunikatsioon Individuaalne töö kliendiga 1 kord nädalas 30 minutit või kombineerituna logopeediga 1 kord üle nädala • verbaalse (suulise, kirjaliku) kõne taastamine ja/või alternatiivse kommunikatsiooni arendamine • kommunikatsioonialase abivahendi vajaduse hindamine, sobiva abivahendi soovitamine ja kasutama õpetamine • kliendi ja/või tema võrgustikuliikmete nõustamine kommunikatsioonioskuste taastamist toetava keskkonna kujundamise osas • neelamishäirega kaasnevate probleemide alane nõustamine	Indiv.vastuvõtud 12 x 0,5 h = 6 h 1 x 0,25 h Vahehind. 4 x 0,25 h = 1 h
Füsioterapeudi individuaalteenus, 2001	Elluviija: FÜSIOTERAPEUT IGAPÄEVATEGEVUSTE MOODUL – fookuses liigutusvõimekuse taastamine Individuaalne töö kliendiga 1 kord kuus 30 minutit • Hindab ja arendab kliendi liigutusvõimekust igapäevaelu toimingute sooritamiseks	3,5 h (7 x 0,5 h)

Logopeedi grupiteenus, 2015	Elluviija: LOGOPEED • kliendi ja/või tema võrgustikuliikmete nõustamine kommunikatsioonioskuste taastamist toetava keskkonna kujundamise osas	vajadusel
	13.-18.kuu eesmärgiks on kliendi iseseisvumine. Klient sooritab harjutusi kodus, kohtumine eksperdiga toimub ainult 1 kord kuus (sotsiaaltöötajaga) ning teiste spetsialistidega telefonitsi või kodukülastusel. Eesmärk on kliendi valmisoleku suurendamine üksinda hakkamasaamiseks (et ei tekiks „sõltuvust" ekspertide abist). Lõpphindamine toimub 18ndal kuul. Selle käigus testitakse kliendi arengut kõigis kolmes valdkonnas. Rakendatavad mõõdikud on samad, mida kasutati programmi algul baastaseme hindamisel, et tulemused oleksid võrreldavad.	
	Orienteeruv maht kokku:	88,5 tundi
Sekkumiste lõpetamine, tulemuste hindamine ja jätkutegevustega seostamine. Kestus: 2 nädalat - 1 kuu		
Teenus, kood	**Teemad**	**Orienteeruv maht***
Sotsiaaltöötaja individuaalteenus, 2004	Elluviija: SOTSIAALTÖÖTAJA Kliendi funktsioneerimisvõime kordushindamine RFK alusel (tulemuste saavutamine, rehabilitatsiooniplaani D-osa täitmine)	2 h
Psühholoogi individuaalteenus, 2010	Elluviija: PSÜHHOLOOG Kliendi funktsioneerimisvõime kordushindamine RFK alusel (tulemuste saavutamine, rehabilitatsiooniplaani D-osa täitmine)	3 h
Tegevusterapeudi individuaalteenus, 2003 ja/või logopeedi individuaalteenus, 2013 Ja/või füsioterapeudi individuaalteenus, 2001	Elluviija: TEGEVUSTERAPEUT, LOGOPEED, FÜSIOTERAPEUT Kliendi funktsioneerimisvõime kordushindamine RFK alusel (tulemuste saavutamine, rehabilitatsiooniplaani D-osa täitmine)	2 h
Sotsiaaltöötaja grupiteenus, 2006	Elluviija: SOTSIAALTÖÖTAJA Programmis osalemisega seotud kogemuste vahetus grupis: kasutegurid, raskused, soovitused edasiseks; tagasisideankeetide täitmine.	2 h
	Orienteeruv maht kokku:	9 tundi

REHABILITATSIOONIPROGRAMMI LÕPETAMINE JA TULEMUSED

4.8. REHABILITATSIOONIPROGRAMMI OODATAVAD TULEMUSED JA TULEMUSTE HINDAMINE

TABEL 11 PROGRAMMI OODATAVAD TULEMUSED

Rehabilitatsiooniprogrammi tulemused	**Prognoositav tulemuse saavutamise indikaator (%, klientide arv kogugrupist)**	**Tulemuste saavutamise hindamiseks kasutatav hindamisvahend/meetod**
Programmi läbimise tulemusel suudab eakas päevasel ajal üksi kodus olla (kuni 8 tundi järjest) ja saab hakkama riietumise,	50%	Tagasiside küsimustik perele (/lähedasele/ naabrile/ KOV töötajale)

enesehooldustoimingute ja söömisega.		
Programmi läbimise tulemusel paraneb eaka tähelepanu, töömälu, pikaajaline mälu ja kõnefunktsioon.	60%	RFK-le tuginev hindamisküsimustik enne ja pärast sekkumiste elluviimist
Programmi läbimise tulemusel kasutab eakas igapäevase eluga toimetulekuks abivahendeid (märkmik, liikumisabivahendid, enda verbaalseks väljendamiseks abivahendid vms).	90%	RFK-le tuginev hindamisküsimustik enne ja pärast sekkumiste elluviimist
Programmi läbimise tulemusel paraneb eaka sotsiaalne hakkamasaamine ja peresisesed/lähivõrgustiku (naaber/ lähedane/KOV töötaja) suhted on head või paranenud.	80%	Tagasiside küsimustik perele (/lähedasele/ naabrile/ KOV töötajale)
Programmi läbimise tulemusel hakkab eakas osalema 1 kord nädalas koduvälises tegevuses (nt käib poes, hobirühmas, väljas jalutamas/ratastooliga sõitmas, lähedastel külas vms).	80%	RFK-le tuginev hindamisküsimustik enne ja pärast sekkumiste elluviimist
Programmi läbimise tulemusel naaseb eakas tööturule (sh ka vabatahtlik töö ning osaline tööaeg).	10%	RFK-le tuginev hindamisküsimustik enne ja pärast sekkumiste elluviimist

Palun kirjeldage, kuidas toimub programmi lõppedes kliendi seostamine tema vajadustele vastavate sekkumistega?

Klient saab kaasa harjutuste kogumiku, mida on väga soovitatav teha igapäevaselt koduses keskkonnas või enda hobide või tööga seotud keskkonnas. Täiendavate teenuste vajadusest teavitatakse pereliiget/-liikmeid/ lähivõrgustikku (lähedane/ naaber/ KOV töötaja) individuaalselt. Vajadusel aitab rehabilitatsioonimeeskond luua esmase kontakti teenuseosutajaga täiendavate teenuste saamiseks.

4.9. PROGRAMMI TUGEVAD KÜLJED

Sisemised tegurid:

+ programm on koostatud nii, et kolm erinevat valdkonda on omavahel tugevalt läbi põimunud (psühholoogiline-tegevusterapeutiline-logopeediline-sotsiaaltööalane valdkond), mis on aluseks kliendi igakülgsele 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 ja eesmärkideni jõudmiseks.
+ programmi koostamisel osalesid mitmed erialaspetsialistid teaduritest (TÜ) praktikuteni (VTHK), kelle pikaajalised kogemused aitasid programmi koostada nii, et kasu kliendile oleks maksimaalne. Samuti on programmi koostamisel võetud arvesse riiklikke rahastusvõimalusi.
+ programmis kasutatavad meetodid on valitud lähtudes teaduspõhistest ja praktilistest kaalutlustest, et tagada programmide efektiivsus. Programmi meeskonnal on erialaspetsiifilised teadmised efektiivse programmi koostamiseks.

Välised tegurid:

+ rehabilitatsiooniasutuste abi kasutamine, et vähendada pereliikmete/lähedaste (/naabrite/ KOV töötajate) hoolduskoormust. Oluline on vähendada erivajadusega inimese tõttu töölt koju jäävate hooldajate arvu ja seeläbi

toetada ka töötajate efektiivsust (nt ei pea tööl olles muretsema ja kontrollima kodus oleva vanemaealise seisundit).
+ kohaliku omavalitsuse kasu vanemaealise iseseisvast toimetulekust – vanemaealise programmis osalemise ajal ja järel väheneb inimese vajadus sotsiaaltöötaja või koduõe teenustele. Seega vähenevad kohaliku omavalitsuse kulutused hooldusteenustele.
+ ühiskondlikul tasemel laiemalt 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 ja puuduks vajadus pideva järelevalve järgi ning et võimalusel panustaks inimene kultuuri- või sotsiaalelu arendamisse ka vananedes (isegi kui on läbi elanud insuldi). Seltside, hobigruppide ja vabaühenduste 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 ühiskond tervikuna võidab rohkem juhul, kui inimene „ei kao ära“ pärast insuldi läbielamist.

4.10. PROGRAMMI RISKID JA ARENDAMIST VAJAVAD KÜLJED NING RISKIDE MAANDAMINE

- Programmi rakendatakse kliendil, 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).
- Programmi koostamise ja rakendamise periood ei pruugi olla piisav, et osata prognoosida kõiki võimalikke kitsaskohti. Sekkumisprogramme ja testide ning meetodite adapteerimist tehakse ekspertide sõnul üldjuhul aastaid enne, kui need võetakse meetodina kasutusele. Seega võib programmi mõne komponendi osas olla vajalik teha hiljem muudatusi.
- Riskiks võib kujuneda, kui programmi rakendavad mitte-erialaspetsialistid, st kui täitmata jääb kriteerium, et iga moodulit viib läbi vastavate erialaste teadmistega isik (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 rakendavad spetsialistid, kellel puuduvad erialaspetsiifilised teadmised, ei pruugi klient saada piisavat kasu.
- Riskiks võib kujuneda ebapiisav koostöö kliendi ja tema lähedastega, samuti moodulite mittetäielik rakendamine. Programmi läbiviimisel on oluline, et toimuks regulaarne koostöö kliendi, tema lähedaste ja KOV sotsiaaltöötajaga. 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.

4.11. PIKA-AJALISE TAGASISIDE KOGUMINE JA PROGRAMMI TEGEVUSTE TÄIENDAMINE

Programmis osalenud klientide ja võrgustikuliikmete (iga kliendi kohta vähemalt üks võrgustikuliige) seas viib SKA arendusspetsialist läbi tagasisideküsimustiku rahulolu ja tegevuste tulemuslikkuse hindamiseks. Programmi pikaajalist mõju hinnatakse 1 aasta möödudes programmi tegevuste lõppemisest. Individuaalse mõjususe (kliendi funktsionaalses seisundis toimunud muutused, edusammud jm) hindamiseks viiakse kliendiga läbi küsitlus (vastavalt asjakohasusele ning varasemale kokkuleppele) kas telefoni või interneti teel.

Soovitatav on 1,5 a. pärast programmi lõppu (st 3 aastat pärast insuldidiagnoosi) hinnata tulemuste püsivust. Hilisem hindamine ei kuulu käesolevasse programmi, kuid on programmi koostanud meeskonna poolt soovitatud rehabilitatsiooniasutusele, kes programmi rakendab.
Programmi tõhusust saab täiendada pärast programmi tagasisidet, nt kaasates eksperte, kes hindavad programmi toimimist, analüüsivad võimalikke kitsaskohti, pakuvad välja alternatiivseid lahendusi.

5. KASUTATUD KIRJANDUS

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 Psychatric Rehabilitation. https://cpr.bu.edu/wp-content/uploads/2011/11/Preview-Psychiatric-Rehabilitation-2nd-edition.pdf

Baddeley, A. (1992) Working memory. *Science* 255, pp.556-559.

Britisch 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? *Psychotheraphy: Theory, Research, Practice, Tarining* 41, pp. 217-226.

6. LISAD (HINDAMISVAHENDID)