

TALLINNA TERVISHOIU KÕRGKOO



Tervisehariduse keskus

Tegevusterapeudi õppekava

Karina Toome

**TEGEVUSTERAPEUTIDE JA HOOLDUSTÖÖTAJATE KOOSTÖÖ VÕIMALUSED
INSULDIJÄRGSETE PATSIENTIDE ISESEISVA TOIMETULEKU TOETAMISEL**

Lõputöö

Tallinn 2024

Olen koostanud lõputöö iseseisvalt. Kõik töö koostamisel kasutatud teiste autorite töödest, kirjandusallikatest ja mujalt pärinevad andmed on viidatud. Luban Tallinna Tervishoiu Kõrgkoolil avalikustada oma lõputöö PDF-versiooni raamatukoguprogrammis.

Lõputöö autori allkiri

/allkirjastatud digitaalselt/

/kuupäev digitaalallkirjas/

Lubatud kaitsmisele.

Juhendaja

Ida Joao-Hussar, MA

/allkirjastatud digitaalselt/

/kuupäev digitaalallkirjas/

KOKKUVÕTE

Tegevusteraapia on pikaajalise taastumisprotsessi oluline osa, mis aitab insuldi üle elanud inimestel naasta igapäevaelu rutiini ja parandada nende elukvaliteeti. Oluline on, et tegevusterapeutid viiksid läbi põhjaliku hindamise, et mõista igakülgset patsiendi vajadusi ja väljakutseid ning seaksid koos nendega realistlikud rehabilitatsioonieesmärgid. Seejärel töötavad nad välja personaalse rehabilitatsiooniplaani, mis sisaldab erinevaid sekkumisi, alates ülesandepõhisest lähenemisviisist kuni kognitiivsete funktsioonide parendamise ja abivahendite kasutamise õpetamiseni. Lisaks füüsilisele taastumisele pakuvad tegevusterapeutid ka haridust ja tuge insuldi ennetamise ja elustiili muutmise osas, tagades seeläbi patsientidele ja nende peredele vajalikud teadmised ja oskused tervislikuks eluks pärast taastusravi.

Uuringu meetodika hõlmas kvalitatiivset sisuanalüüsi, mille eesmärk oli hinnata hooldustöötajate rolli insuldijärgsete patsientide taastusravis. Küsitlus viidi läbi aprillis 2024 Haapsalu neuroloogilise rehabilitatsiooni keskuse neurorehabilitatsiooni osakonna hooldustöötajate seas. Kokku osales 12 inimest, kellest enamus olid naised keskmise vanusega 45 aastat ja keskmise töökogemusega 15 aastat. Osalejate valik põhines neurorehabilitatsiooni osakonna töötajate nimekirjal ning välistati isikud, kes olid puhkusel või töövõimetuslehel. Uuringu eetilisi aspekte järgiti hoolikalt, tagades osalejate anonüümsuse ja konfidentsiaalsuse ning saades nende informeeritud nõusoleku. Andmete kogumisel kasutati anonüümset küsitlusankeeti, mis hõlmas mitmeid teemasid, nagu tegevusterapeuti ja hooldustöötaja rolli jagunemine, koostöö kitsaskohad ja ettepanekud koostöö parendamiseks. Andmete analüüs viidi läbi kvalitatiivse sisuanalüüsi meetodil, kus tuvastati korduvaid teemasid ja mustreid vastustes, kasutades avatud kodeerimise meetodit.

Töö empiirilises uurimuses tuvastati suhtlusprobleemid kui oluline takistus tõhusale koostööle. Teiseks leiti, et teadlikkuse puudumine teraapia eesmärkidest ja meetoditest on kitsaskoht, mille lahendamiseks soovitati selgitada hooldustöötajatele tegevusterapeutide tööd ja meetodikaid. Kolmandaks rõhutati varajase ja regulaarse koostöö olulisust tõhusale taastusravile, soovitudes varajast hommikust hindamist ja pidevat teabevahetust.

Märksõnad: ADL, hooldustöötaja, insult, meeskonnatöö, tegevusteraapia, tegevusterapeut.

SUMMARY

Occupational therapy is an important part of the long-term recovery process, helping stroke survivors to get back into a routine and improve their quality of life. It is important that occupational therapists carry out a thorough assessment to fully understand the needs and challenges of the patient and set realistic rehabilitation goals with them. They will then develop a personalised rehabilitation plan that includes a range of interventions, from a task-based approach to improving cognitive function and teaching the use of assistive devices. In addition to physical rehabilitation, occupational therapists also provide education and support on stroke prevention and lifestyle modification, thus ensuring that patients and their families have the knowledge and skills they need for a healthy life after rehabilitation.

The study methodology included a qualitative content analysis to assess the role of care workers in the rehabilitation of post-stroke patients. The survey was conducted in April 2024 among the nursing staff of the neurorehabilitation department of the Haapsalu Neurological Rehabilitation Centre. A total of 12 people participated, most of whom were women with an average age of 45 years and an average work experience of 15 years. The selection of the participants was based on the list of the staff of the neurorehabilitation department and excluded persons on leave or disability leave. Ethical aspects of the study were carefully followed, ensuring the anonymity and confidentiality of participants, and obtaining their informed consent. An anonymous questionnaire was used to collect data, covering a range of topics such as the division of roles between the occupational therapist and the care worker, bottlenecks in collaboration and suggestions for improving collaboration. Data analysis was conducted using a qualitative content analysis method, identifying recurring themes and patterns in the responses using an open coding method.

The empirical study identified communication problems as a major barrier to effective collaboration. Secondly, a lack of awareness of the goals and methods of therapy was found to be a bottleneck, which was suggested to be addressed by explaining the work and methodologies of occupational therapists to care workers. Thirdly, the importance of early and regular collaboration for effective rehabilitation was stressed, with early morning assessment and ongoing communication recommended.

Keywords: ADL, care worker, occupational therapy, occupational therapist, stroke, teamwork.

SISUKORD

KOKKUVÕTE.....	3
SUMMARY	4
SISSEJUHATUS.....	7
1. TEGEVUSTERAPEUDI JA HOOLDUSTÖÖTAJA KOOSTÖÖ INSULDIJÄRGSETE PATSIENTIDE TAASTUSRAVIS	12
1.1. Tegevusterapeudi roll insuldijärgse patsiendi taastusravis	12
1.1.1. Hindamine ja eesmärkide seadmine	12
1.1.2. Terapeutiliste sekkumiste rakendamine	13
1.1.3. Haridus ja tugi pikaajaliseks juhtimiseks	14
1.2. Hooldustöötaja roll insuldijärgse patsiendi taastusravis	15
1.3. Meeskonna töö taastusravis.....	16
1.4. Koostöö hooldustöötaja ja tegevusterapeudi vahel	17
2. METOODIKA	19
2.1. Uuringukava ja meetodi kirjeldus	19
2.2. Osalejad	19
2.2.1. Osalejate valiku ja värbamise meetod	19
2.2.2. Osalejate kaasamis- ja välistamis kriteeriumid	20
2.3. Eetilised aspektid.....	20
2.4. Andmete kogumine	20
2.4.1. Andmete analüüs	20
3. TULEMUSED	21
3.1. Tegevusterapeudi ja hooldustöötaja koostöö insuldijärgsete patsientide taastusravis	21
3.2. Tegevusterapeutide ja hooldustöötajate koostöö kitsaskohad.....	22
3.3. Tegevusterapeutide ja hooldustöötajate koostöövõimalused	25
4. ARUTELU	27
JÄRELDUSED.....	29
KASUTATUD KIRJANDUS	30

LISAD:

LISA 1. Ankeetküsimustik: „Tegevusterapeutide ja hooldustöötajate koostöö võimalused insuldijärgse patsiendi ADL-tegevuste sooritamise toetamisel“

LISA 2. Tabel 1 – Avatud kodeerimise kategooriad

SISSEJUHATUS

Insult on kogu maailmas teine peamine surmapõhjus ja täiskasvanutel peamine raske pikaajalise puude põhjus (Katan & Luft, 2018). Umbes pooled ellujäänutest vajavad pool aastat pärast insulti igapäevaelu toimetulekuks teiste abi (Campbell & Khatri, 2020). Maailma Terviseorganisatsiooni andmetel oli 2023. aastal 85% täiskasvanute mittenakkushaigustest tingitud surmajuhtumitest seotud insuldiga (World Health Organization, 2023). Igal aastal tabab insult umbes 15 miljonit inimest (Loft et al., 2018). Statistika kohaselt sureb esimese aasta jooksul umbes kolmandik patsientidest ja sama suur osa paraneb täielikult. Ülejäänud kolmandik vajab aga erineval määral kõrvalist abi (Lukmann et al., 2019).

Insuldi tagajärjel tekkinud funktsionaalsete häirete taastamine on pikaajaline protsess, mis nõuab kompleksset lähenemist. Füsioteraapia ja tegevusteraapia on selle protsessi kaks olulist tugisammast, millel on tõestatud efektiivsus patsientide elukvaliteedi parandamisel ja iseseisvuse taastamisel (Harris & Carr, 2016).

Maailma Terviseorganisatsiooni andmed rõhutavad insuldi ulatuslikku mõju, sest ligikaudu 80% insulti haigestunutest vajab igapäevaelu toimetulekuks oma pereliikmete või hooldajate abi pärast haiglast lahkumist (Goudarzian et al., 2018). Lisaks tabab igal aastal insult Eestis umbes 4000 inimest, kellest 60% vajab insuldijärgset taastusravi (Lukmann et al., 2019).

Taastusravi protsess algab juba esimesel päeval pärast insuldi (Lukmann et al., 2019). Põhieesmärkideks on patsiendi optimaalse funktsionaalse võime taastamine, iseseisvuse saavutamine ja elukvaliteedi parandamine (Cramer et al., 2017; McAdam et al., 2013). Samuti püütakse vähendada puudeastet, vältida tüsistusi ja leevendada lähedaste koormust (Lukmann et al., 2019).

Uurimusprobleem: Eestis ei ole varem läbi viidud uuringuid tegevusterapeutide ja hooldustöötajate koostööst insuldijärgsete patsientidega tehtavas töös. Tegevusterapeudi ülesanne on hinnata ja õpetada igapäevaelu tegevusi (ADL), samas kui hooldustöötaja vastutab patsiendi igapäevase juhtimise ja toetamise eest (Harris & Carr, 2016). Seetõttu on ülioluline luua koostöösuhe tegevusterapeudi ja hooldustöötaja vahel. Siiski napib kirjandust, mis käsitleks konkreetset hooldustöötaja rolli rehabilitatsioonimeeskonnas. Esimene aasta pärast insulti on taastumise jaoks kõige kriitilisem periood, kuna sel ajal toimuvad kiireimad taastumisprotsessid (Campbell & Khatri, 2020). Parima võimaliku tulemuse tagamiseks on

oluline võimalikult varakult kaasata rehabilitatsiooniprotsessi patsiendi lähedased või hooldajad (Clarke, 2013; Luker et al., 2015; Winstein et al., 2016). Patsiendi perele ja hooldajatele juhendamise ja toe pakkumine on seetõttu ülimalt oluline (Lukmann et al., 2019).

Antud lõputöö eesmärgiks on uurida tegevusterapeudi ja hooldustöötaja koostööd Haapsalu neuroloogilise rehabilitatsiooni keskuse neurorehabilitatsiooni osakonnas. Uurimine selgitab välja kitsaskohad koostöös ja aitab leida lahendusi, mis aitaksid parendada insuldijärgsete patsientide ADL sooritamist raviperioodi jooksul.

Sellest lähtuvalt on lõputöö ülesanneteks:

1. Tegevusterapeudi ja hooldustöötaja koostöö insuldijärgsete patsientide taastusravis.
2. Tegevusterapeutide ja hooldustöötajate koostöö kitsaskohad.
3. Tegevusterapeutide ja hooldustöötajate koostöövõimalused.

Antud lõputöö kuulub Tallinna Tervishoiu Kõrgkooli tervishariduse keskuse tegevusterapeudi õppekava „Tegevusterapeudi kompetentsid ja professionaalne areng“ uurimissuuna alla.

Lõputöö kesksed mõisted:

Insult (*stroke*) on ajuvereringehäire, mis tekib siis, kui ajusse jõudev veri on piiratud või katkestatud, põhjustades ajurakkude hapnikupuuduse ja kiire kahjustuse (Campbell & Khatri, 2020). Professor Bruce C. V. Campbell ja professor Pooja Khatri (2020) defineerivad insuldi kaks peamist tüüpi: isheemiline insult ja hemorraagiline insult. Isheemiline insult tekib siis, kui aju jõudev veri on blokeeritud, näiteks ajuveresooneid on ummistunud trombiga. Hemorraagiline insult tekib aga siis, kui ajus lekib veri kas ajuveresoonte rebenemise tõttu või ajukelme all olevaid veresoonte purunemise tõttu (Campbell & Khatri, 2020; Tong et al., 2020). Insult võib põhjustada erinevaid sümptomeid ja tagajärgi, sõltuvalt sellest, milline ajuosa on kahjustatud ja kui suur on kahjustus (Lukmann et al., 2019). Tüüpilised sümptomid võivad hõlmata näiteks äkilist nõrkust või halvatus ühel kehapoolel, kõne- ja nägemishäireid, tasakaalu kaotust ning tugevat peavalu (Harris & Carr, 2016; Lukmann et al., 2019).

Insulti peetakse meditsiiniliseks hädaolukorraks ja kiire reageerimine on äärmiselt oluline, et minimeerida kahjustusi ja parendada taastumisvõimalusi (Cramer et al., 2017; Lukmann et al., 2019; McAdam et al., 2013). Insuldi ravi võib hõlmata erakorralist meditsiinilist sekkumist, ravimeid, füsioteraapiat, kõneteraapiat ja teisi rehabilitatsioonimeetmeid, et aidata inimesel

taastuda ja taastuda ajukahjustusest (Cramer et al., 2017; Lukmann et al., 2019; Winstein et al., 2016).

Taastusravi (*rehabilitation*) on protsess, mille eesmärk on taastada ja arendada inimese füüsilist, kognitiivset, emotsionaalset ning sotsiaalset funktsioneerimist pärast vigastust, haigust või muud tervisehäiret (Cramer et al., 2017; Lukmann et al., 2019; Winstein et al., 2016; World Health Organization, 2024). See võib hõlmata erinevaid meditsiinilisi, terapeutilisi, psühholoogilisi ja sotsiaalseid meetmeid, et aidata inimesel taastada või arendada nende võimeid ning tagada nende iseseisvus ja osalus ühiskonnas (Cramer et al., 2017; World Health Organization, 2024).

Taastumise või kohanemise hõlbustamiseks ja elukvaliteedi tõstmiseks hõlmab rehabilitatsiooniprotsess erinevate ekspertide koostööd, sealhulgas füsioterapeudid, tegevusterapeudid, logopeedid, psühholoogid, sotsiaaltöötajad ja täiendavad spetsialistid, mida nõuavad inimese konkreetset vajadused ja eesmärgid (Clarke, 2013; Lukmann et al., 2019; World Health Organization, 2024). Taastusravi oluline aspekt hõlmab kohandatud tegevuskavade ja tehnikate rakendamist (Lukmann et al., 2019; World Health Organization, 2024).

ADL (*Activities of Daily Living*) ehk igapäevaelu tegevused on põhilised igapäevaelus vajalikud tegevused, mida inimene peab suutma iseseisvalt või abistatult sooritada (McAdam et al., 2013). Nende hulka kuuluvad näiteks isikliku hügieeni eest hoolitsemine (nt pesemine, riietumine), söömine, joomine, liikumine, tualetis käimine ning kodu ja enda eest hoolitsemine (Lukmann et al., 2019). ADL-tegevused on olulised inimese iseseisvuse ja toimetuleku hindamisel ning nende toetamisel, eriti kui inimene on mingil põhjusel piiratud või vajab abi nende tegevuste sooritamisel (Winterbottom et al., 2023). Tegevusteraapia võib aidata inimestel parendada oma võimet sooritada igapäevaelu tegevusi ja seeläbi suurendada nende elukvaliteeti (Harris & Carr, 2016; Winterbottom et al., 2023).

Tegevusteraapia (*occupational therapy*) on tervishoiuala, mis tegeleb inimeste funktsiooni ja heaolu parendamisega läbi eesmärgipäraste tegevuste kasutamise. See keskendub inimeste võimele osaleda nendes tegevustes, mis on neile tähenduslikud ja millega nad soovivad oma igapäevaelus tegeleda. (Reitz & Scaffa, 2020) Tegevusterapeudid keskenduvad igapäevaelu tegevuste nagu hommikune riietumine, söömine, pesemine, potil käimine ja majapidamistööde tegemine; töötegevustele nagu tööülesanded ja töökeskkonnaga kohanemine; vaba aja

tegevustele nagu hobide ja huvialade nautimine; sotsiaalsetele osalemisvõimalustele nagu suhtlemine teiste inimestega ja kogukonnaelu (Reitz & Scaffa, 2020; World Federation of Occupational Therapists, 2018).

Tegevusterapeut (*occupational therapist*) hindab inimese füüsilisi, meelelisi, sotsiaalseid ja psühholoogilisi võimeid ning seda, kuidas need võimed mõjutavad tema igapäevaelu tegevusi. Seejärel töötab terapeut koos inimesega välja tegevuste programmi, mis aitab tal saavutada oma eesmärgid. (Harris & Carr, 2016; World Federation of Occupational Therapists, 2018) Tegevusterapeutilised sekkumised võivad hõlmata harjutusi igapäevaelu tegevuste sooritamise parendamiseks, abivahendite ja tehnoloogia kasutamise õpetamist, keskkonna kohendamist inimese vajadustele vastavaks, valu ja spastilisuse vähendamise meetodite õpetamist, meeleoskuste treenimist (Winterbottom et al., 2023). Tegevusteraapia aitab inimestel saavutada suuremat iseseisvust, osalust ja heaolu oma igapäevaelus (Reitz & Scaffa, 2020).

Hooldustöötaja (*care worker*) on inimene, kes töötab hoolekande valdkonnas ning pakub hoolt ja abi eakatele, haigetele, puuetega inimestele või teistele abivajajatele. Hooldustöötajad võivad töötada erinevates asutustes nagu hooldekodud, haiglad, koduõenduse teenused või erakliinikud (Kraanvelt et al., 2019; Valdeko, 2009). Hooldustöötaja ülesanded võivad hõlmata igapäevaste põhihooldusteenuste osutamist, nagu isikliku hügieeni eest hoolitsemine, toitlustamine, riietumise abistamine, abistamine liikumisel ja muud igapäevased toimingud (Kraanvelt et al., 2019). Lisaks võivad hooldustöötajad pakkuda emotsionaalset tuge, suhtlust ja seltskonda abivajajatele, jälgida nende tervislikku seisundit ning vajadusel teha koostööd teiste tervishoiutöötajatega (Clarke, 2013; Kraanvelt et al., 2019). Hooldustöötajad peavad olema kannatlikud, empaatiavõimelised, hoolivad ja mõistvad, et pakkuda parimat võimalikku abi ja toetust abivajajatele. Nende töö aitab parandada elukvaliteeti ja heaolu nendele, kes vajavad abi igapäevaste toimingute tegemisel ning hooldusteenuste osutamisel (Kraanvelt et al., 2019; Valdeko, 2009).

Meeskonnatöö (*team work*) rehabilitatsioonis viitab erinevate spetsialistide, nagu füsioterapeudid, tegevusterapeudid, logopeedid, psühholoogid ja sotsiaaltöötajad, koostööle ja koordineeritud pingutustele, et aidata inimesel saavutada oma taastumise ja rehabilitatsiooni eesmärgid (Winstein et al., 2016). Meeskonnatöö rehabilitatsioonis on oluline, sest erinevad spetsialistid toovad erinevad oskused ja teadmised, mis kokku aitavad luua tervikliku ja tõhusa taastumiskava (Clarke, 2013; Winstein et al., 2016). Meeskond annab inimesele tegevussuuna, olulisuse tunde. Kõik liikmed teavad enda rolle, tunnevad vastutusala, toetavad üksteist.

Tervishoius on meeskonna liikmetel tähtis roll olla patsiendi jaoks partneriks see tähendab võimu ja vastutuse jagamist, vajaliku õpetuse ja toetuse pakkumist, suhtumist patsienti kui eksperti ning arvestades patsiendi ainulaadseid väärtusi (Rollnick et al., 2022).

1. TEGEVUSTERAPEUDI JA HOOLDUSTÖÖTAJA KOOSTÖÖ INSULDIJÄRGSETE PATSIENTIDE TAASTUSRAVIS

1.1. Tegevusterapeudi roll insuldijärgse patsiendi taastusravis

1.1.1. Hindamine ja eesmärkide seadmine

Insuldijärgse patsiendi rehabilitatsiooniprotsessi esimene samm tegevusterapeudi poolt hõlmab patsiendi füüsilise, kognitiivse ja emotsionaalse seisundi igakülgset hindamist. See hinnang on kriitiline, kuna paneb aluse kogu rehabilitatsiooniteekonnale (World Federation of Occupational Therapists, 2018). Vastavalt Eesti insuldi taastusravi juhendile peab hindamine hõlmama erinevaid funktsionaalseid piirkondi, et tagada terviklik arusaam patsiendi seisundist (*Insuldijärgne Taastusravi*, 2020). See põhjalik hindamine aitab kindlaks teha patsiendi konkreetset vajadused ja väljakutsed, mis võivad üksikisikute lõikes väga erineda. (Lukmann et al., 2019) Hindamisvaldkonnad hõlmavad tavaliselt motoorseid oskusi ja liikuvust, sensoorseid funktsioone, kognitiivseid võimeid, emotsionaalset ja psühholoogilist heaolu (Sotsiaalkindlustusamet, 2020). See üksikasjalik hindamine on ülioluline rehabilitatsiooniplaani kohandamisel vastavalt isiku ainulaadsetele vajadustele, suurendades seeläbi sekkumiste tõhusust. (Winterbottom et al., 2023)

Pärast igakülgset hindamist alustab tegevusterapeut koostööprotsessi nii patsiendi kui ka tema perekonnaga, et seada realistlikud rehabilitatsioonieesmärgid (Harris & Carr, 2016). See koostöö on võtmetähtsusega tagamaks, et eesmärgid pole mitte ainult saavutatavad, vaid ka vastavuses patsiendi isiklike püüdluste ja elustiiliga. Realistlike eesmärkide seadmine on ülioluline patsiendi motivatsiooni säilitamiseks kogu rehabilitatsiooniprotsessi vältel (Reitz & Scaffa, 2020). See hõlmab delikaatset tasakaalu patsiendi saavutatavate piiride nihutamise ja insuldi seatud piirangute tunnustamise vahel. Terapeut, patsient ja perekond teevad koostööd, et määrata kindlaks rehabilitatsiooni prioriteedid (Edmans, 2010: 37).

Tuginedes esialgsele hinnangule ja ühiselt seatud eesmärkidele, töötab tegevusterapeut seejärel välja personaalse rehabilitatsiooniplaani (Winterbottom et al., 2023; World Federation of Occupational Therapists, 2018). See plaan on hoolikalt koostatud, võttes arvesse hindamisfaasis tuvastatud ainulaadseid väljakutseid ja vajadusi. Selles kirjeldatakse konkreetseid sekkumisi ja ravimeetodeid, mida kasutatakse patsiendi puudujääkide kõrvaldamiseks ja seatud eesmärkide saavutamiseks. Isikupärastatud rehabilitatsiooniplaan on dünaamiline dokument, mis areneb

patsiendi edenedes, võimaldades pidevatel hinnangutel ja tagasisidel põhinevaid muudatusi (Harris & Carr, 2016; Lukmann et al., 2019; Rollnick et al., 2022). Rehabilitatsiooniplaani põhikomponendid võivad hõlmata sihipäraseid harjutusi motoorsete oskuste ja liikuvuse parendamiseks, kognitiivsete funktsioonide parendamiseks mõeldud tegevusi, emotsionaalsete ja psühholoogiliste väljakutsetega toimetulemise strateegiad, soovitusi adaptiivsete seadmete ja kodu muutmise kohta. Esmasel hinnangul põhineva personaliseeritud rehabilitatsiooniplaani koostamine tagab, et terapeutilised sekkumised on väga asjakohased ning keskenduvad patsiendi taastumisele ja võimalikult normaalsesse ellu naasmisele (Winstein et al., 2016; World Health Organization, 2024).

1.1.2. Terapeutiliste sekkumiste rakendamine

Tegevusterapeutid mängivad otsustavat rolli ülesandele orienteeritud lähenemisviiside kasutamisel, et parendada insuldijärgsete patsientide igapäevaelu oskusi. See meetod keskendub patsiendi kaasamisele päriselu tegevustesse, mis on nii tähenduslikud kui ka tema igapäevaeluks vajalikud (Winterbottom et al., 2023). Jaotades ülesanded juhitavateks komponentideks, aitavad tegevusterapeutid patsientidel ümber õppida olulisi oskusi, nagu riietumine, toiduvalmistamine ja isiklik hügieen. Selline lähenemine mitte ainult ei aita kaasa füüsilisele taastumisele, vaid suurendab ka enesekindlust ja motivatsiooni, julgustades patsiente taastama iseseisvust ja parendama oma elukvaliteeti (Edmans, 2010: 37).

Kognitiivsete ja tajutavate sekkumiste rakendamine on insuldijärgse taastusravi tegevusteraapia teine oluline aspekt. Kognitiivsed häired, sealhulgas mälu-, tähelepanu- ja probleemide lahendamise probleemid, on pärast insulti tavalised ja võivad oluliselt mõjutada patsiendi võimet täita igapäevaseid ülesandeid (Benzing et al., 2016; Gibson et al., 2022; Harris & Carr, 2016). Tegevusterapeutid hindavad neid kognitiivseid puudujääke ja kavandavad individuaalseid sekkumisi, mis on suunatud konkreetsetele vajadustele (Gibson et al., 2022). Kognitiivseid funktsioone stimuleerivate tegevuste ja kaotatud võimete kompenseerimiseks mõeldud strateegiate kaudu on nende sekkumiste eesmärk parandada vaimset funktsioneerimist ja toetada igapäevaste eluoskuste uuesti omandamist (Gibson et al., 2022; Lukmann et al., 2019; Winterbottom et al., 2023).

Adaptiivsete tehnikate ja abivahendite kasutuselevõtt on tegevusterapeutide põhistrateegia, et suurendada insuldijärgsete patsientide iseseisvust (Egan et al., 2024; Legg et al., 2017). Need tööriistad ja tehnikad on loodud füüsiliste ja kognitiivsete häirete kompenseerimiseks,

võimaldades patsientidel hõlpsamini ja ohutumalt ülesandeid täita (Gibson et al., 2022; Li & Xu, 2021). Näiteks spetsiaalsed nõud kergemaks söömiseks, vannitoa ohutuse tagamiseks libisemiskindlad matid. Kohandades neid abivahendeid vastavalt iga patsiendi konkreetsetele vajadustele, tagavad tegevusterapeutid, et inimesed saavad oma keskkonnas tõhusamalt liikuda, edendades suuremat autonoomiatunnet ja parandades üldisi rehabilitatsioonitulemusi (Egan et al., 2024; Legg et al., 2017).

1.1.3. Haridus ja tugi pikaajaliseks juhtimiseks

Tegevusterapeutide roll ulatub palju kaugemale pelgalt insuldijärgsete patsientide füüsilisest rehabilitatsioonist. See hõlmab patsientide ja nende perekondade harimist insuldi ennetamise ja elustiili muutmise kohta (Pastore et al., 2022). See hariv aspekt on ülioluline, kuna see käsitleb insuldi algpõhjuseid ja võimalikku kordumist, eesmärgiga juurutada pikaajalisi tervisepraktikaid, mis võivad märkimisväärselt vähendada tulevaste insultide riski (Edmans, 2010: 37). Tegevusterapeutid võivad anda näiteks kohandatud nõuandeid kehalise aktiivsuse kohta, mis vastavad patsiendi võimetele ja mille eesmärk on parandada südame-veresoonkonna tervist. Selline ennetav haridus on kooskõlas tervikliku lähenemisega taastusravile, mis võtab arvesse insuldi etioloogiat, raskusastet ja lokaliseerimist, samuti patsiendi vanust ja sugu (Pastore et al., 2022; Winterbottom et al., 2023). See kõikehõlmav strateegia tagab, et nii patsiendid kui ka nende perekonnad on varustatud teadmiste ja vahenditega, mida on vaja tõhusaks insuldi ennetamiseks ja tervislikumaks elustiiliks pärast taastusravi (Pastore et al., 2022).

Abivahendite kasutamise koolituse integreerimine igapäevasesse rutiini on teine kriitiline aspekt tegevusterapeuti rollis insuldijärgsete patsientide taastusravis. Abiseadmed, alates lihtsatest tööriistadest, nagu haaratsid ja libisemiskindlad matid, kuni keerukamate seadmeteni, nagu ratastoolid ja sidevahendid, võivad oluliselt suurendada insuldi üle elanud inimeste iseseisvust ja ohutust (Egan et al., 2024; Gibson et al., 2022; Legg et al., 2017; Li & Xu, 2021).

Lisaks abivahendite kasutamise koolitusele ja integreerimisele pakuvad tegevusterapeutid emotsionaalset tuge ja nõustamist, et aidata patsientidel toime tulla insuldijärgsete muutustega. Insuldi tagajärjed toovad sageli kaasa olulisi emotsionaalseid ja psühholoogilisi väljakutseid, sealhulgas ärevust, depressiooni ja frustratsiooni uute piirangute tõttu (Winstein et al., 2016). Tegevusterapeutid võivad pakkuda näiteks toetusrühmasid, mis ühendavad insuldi üle elanud eakaaslasi, kes seisavad silmitsi sarnaste väljakutsetega, edendades kogukonnatunnet ja

vastastikust toetust, tehnikad ja strateegiad, mis aitavad patsientidel ja nende peredel elustiili muutustega kohaneda ja toimetulekumehhanisme välja töötada (Gbiri et al., 2015). See emotsionaalne tugi on rehabilitatsiooniprotsessi lahutamatu osa, kuna see käsitleb patsiendi vaimset ja emotsionaalset heaolu, mis on optimaalsete rehabilitatsioonitulemuste saavutamiseks sama oluline kui füüsiline taastumine. Kaastundlikku kõrva ja professionaalset juhendamist pakkudes tagavad tegevusterapeutid, et patsiendid ei pea üksinda silmitsi heidutava taastumise teekonnaga, suurendades nende vastupidavust ja üldist heaolu (Gbiri et al., 2015; McAdam et al., 2013; Winstein et al., 2016).

1.2. Hooldustöötaja roll insuldijärgse patsiendi taastusravis

Hooldustöötajad on insuldijärgse patsiendi taastusravis olulisel kohal. Nad pakuvad patsientidele otsest hooldust ja tuge ning aitavad neil saavutada oma taastuseesmärke (Clarke, 2013; Valdeko, 2009). Hooldustöötajate rollid ja ülesanded varieeruvad olenevalt patsiendi individuaalsetest vajadustest ja taastumise staadiumist (Kraanvelt et al., 2019). Hooldustöötajad aitavad patsientidel ADL toimingute sooritamisel nagu riietumine, söömine, tualeti kasutamine ja pesemine. Lisaks võivad hooldustöötajad aidata patsientidel liigutada ja tugevdada oma lihaseid. Samuti aitavad nad patsientidel parandada oma tasakaalu ja koordineerimist. Nad jälgivad patsientide ohutust ja aitavad neil vältida vigastusi. Samuti pakuvad nad patsientidele emotsionaalset tuge ja teevad tihedat koostööd teiste meeskonnaliikmetega, nagu füsioterapeutid, tööterapeut ja õed, et tagada patsientidele parim võimalik hooldus (Kraanvelt et al., 2019; Valdeko, 2009).

Lisaks neile ülesannetele võivad hooldustöötajad aidata patsientidel osaleda taastusraviprogrammides, toeta patsiente oma eesmärkide seadmisel ja saavutamisel, aidata patsientidel kohaneda insuldijärgse eluga, pakkuda patsientidele ressursse ja teavet (Clarke, 2013; Kraanvelt et al., 2019). Hooldustöötajad on insuldijärgse patsiendi taastusravi meeskonna väärtuslikud liikmed (Kraanvelt et al., 2019). Nad pakuvad patsientidele otsest hooldust ja tuge ning aitavad neil saavutada oma taastuseesmärke. Hooldustöötajatel on oluline olla kannatlik ja empaatiline patsientide suhtes, kes võivad olla frustratsiooniga ja vajada abi. Lisaks peavad neil olema head suhtlemisoskused, et nad saaksid patsientidega selgelt ja tõhusalt suhelda ja head probleemide lahendamise oskused, et nad saaksid leida loominguilisi lahendusi patsientide vajadustele. Samuti peab hooldustöötajatel olema hea füüsiline vorm, et nad saaksid patsiente igapäevaelu tegevustega aidata (Clarke, 2013; Kraanvelt et al., 2019; Valdeko, 2009).

Insuldijärgse patsiendi hooldamine võib olla nõudlik ja emotsionaalselt kurnav (Gbiri et al., 2015; Luker et al., 2015). Hooldustöötajatel on oluline enda eest hoolitseda, et nad suudaksid oma tööd jätkusuutlikult teha. See hõlmab piisavalt puhkust, tervislikku toitumist ja stressi maandamise tehnikate harjutamist. (Valdeko, 2009) Hooldustöötajate heaolu uuringus tuuakse esile hooldajate ees seisvad probleemid, nagu ettevalmistuse ja toetuse puudumine, ning mõju nende füüsilisele ja vaimsele tervisele (Luker et al., 2015).

1.3. Meeskonna töö taastusravis

Interdistsiplinaarsete meeskondade roll igakülgse hoolduse pakkumisel on rehabilitatsioonivaldkonnas ülimalt oluline. Need meeskonnad koondavad erinevate erialade spetsialiste, igäiks panustades oma ainulaadsete oskuste ja väljavaadetega ühtse eesmärgi nimel (Clarke, 2013). Spetsialistide meeskonnatöö võimaldab integreerida erinevaid lähenemisviise ja sekkumisi, mis arvestavad kliendi individuaalseid vajadusi ja eesmäärke (Dutta et al., 2017; Langhorne et al., 2017). Nad saavad koos planeerida ja ellu viia rehabilitatsiooniplaani, jälgida kliendi arengut ning vajadusel teha vajalikke kohandusi ja muudatusi (Dutta et al., 2017). Lisaks võivad erinevad spetsialistid vahetada omavahel informatsiooni ja kogemusi, mis aitab tagada tõhusa ja tervikliku lähenemise kliendi taastumise toetamiseks (Clarke, 2013). Meeskonnatöö rehabilitatsioonis suurendab omavahelist suhtlust ja koostööd erinevate spetsialistide vahel, mis omakorda võib aidata saavutada paremaid tulemusi ja tagada kliendile parima võimaliku toe ja abi taastumiseks (Winstein et al., 2016).

Patsiendi tulemuste parendamine ühiste jõupingutuste kaudu rõhutab meeskonnatöö olemust rehabilitatsioonis. Kui interdistsiplinaarsed meeskonnaliikmed teevad koostööd, jagavad teadmisi ja kooskõlastavad hooldusplaane, saavad patsiendid tõenäolisemalt sidusa ja tõhusa rehabilitatsiooniprogrammi (Lukmann et al., 2019). Selline koostööpõhine lähenemine mitte ainult ei kiirenda taastumisprotsessi, vaid parandab oluliselt ka patsiendi elukvaliteeti. Näiteks võib meeskonnaliikmete järjepidev ja avatud suhtlemine viia raviplaani kiiremate kohandamiseni patsiendi edenemise või tagasiside põhjal. See dünaamiline kohanemisvõime tagab, et rehabilitatsiooniprotsess jääb patsiendikeskseks, parendades seeläbi selliseid tulemusi nagu suurenenud liikuvus, valu vähenemine ning parem üldine füüsiline ja vaimne tervis. (Lukmann et al., 2019; Winstein et al., 2016; World Health Organization, 2024).

Meeskonnaliikmete vahelise tõhusa suhtluse mõju rehabilitatsiooni õnnestumisele ei saa üle hinnata. Selge, õigeaegne ja lugupidav suhtlus soodustab positiivset töökeskkonda, julgustab teadmiste jagamist ja hõlbustab konfliktide lahendamist, mis toob kaasa tõhusama ja harmoonilisema töö meeskonnas (Lukmann et al., 2019; Winstein et al., 2016; World Health Organization, 2024). Veelgi enam, tõhus suhtlemine patsiendiga, kaasates tema tagasiside, kogemused ja ootused hooldusplaani, tõhustab oluliselt rehabilitatsiooniprotsessi. Kaasates patsienti aktiivselt enda hooldusesse, saavad meeskonnad tagada, et rehabilitatsiooniprogramm pole mitte ainult meditsiiniliselt põhjendatud, vaid ka vastavuses patsiendi eesmärkide ja eelistustega, optimeerides seeläbi eduka paranemise võimalusi. Selline patsiendikeskne lähenemine taastusravile, mida toetab tõhus meeskonnasuhtlus, viib lõpuks rahuldavamate ja püsivamate tulemusteni (Edmans, 2010; Reitz & Scaffa, 2020; Rollnick et al., 2022; Winstein et al., 2016).

Taastusravi võib hõlmata erinevaid eluvaldkondi, nagu füüsiline rehabilitatsioon, tööalane rehabilitatsioon, sotsiaalne rehabilitatsioon jne. Selle eesmärk on aidata inimesel võimalikult iseseisvalt ja terviklikult naasta igapäevaelu ja ühiskonna aktiivsesse osalusse pärast tervisealast väljakutset või piirangut (Clarke, 2013; Lukmann et al., 2019; World Health Organization, 2024).

1.4. Koostöö hooldustöötaja ja tegevusterapeudi vahel

Tegevusterapeudid ja hooldustöötajad mängivad insuldijärgsete patsientide taastusravis mõlemad olulist rolli (Winstein et al., 2016; World Health Organization, 2024). Nende edukaks koostööks on vaja ühiseid eesmärke, avatud suhtlust ja pidevat koordineerimist. Nendeks ühisteks eesmärkideks on patsiendi funktsionaalse võime taastamine ja iseseisvuse edendamine, igapäevaelu tegevustega toimetuleku parandamine, elukvaliteedi parandamine, patsiendi ja pereliikmete toetamine (Kraanvelt et al., 2019; Lukmann et al., 2019).

Tegevusterapeudid ja hooldustöötajad peaksid regulaarselt omavahel suhtlema, et arutada patsiendi edusamme, väljakutseid ja plaane. Suhtlus peaks olema avatud ja aus, et tagada mõlema osapoole arusaamine ja toetus (Langhorne et al., 2017; Winstein et al., 2016). Lisaks tuleks kaasata suhtlusesse patsient ja tema pereliikmeid, et tagada nende vajaduste ja ootuste arvestamine (Kraanvelt et al., 2019; Lukmann et al., 2019). Tegevusterapeudid ja hooldustöötajad peaksid omavahel koordineerima patsiendile pakutavat hooldust. See hõlmab

raviplaanide jagamist, ülesannete delegeerimist ja ühiste eesmärkide saavutamiseks koostööd. Oluline on vältida dubleerimist ja tagada, et patsient saaks terviklikku ja koordineeritud hooldust (Pastore et al., 2022).

Lisaks eelnevale on oluline märkida, et hooldustöötajatel on vaja olla kursis insuldi ja taastusraviga, et nad saaksid patsiente paremini toetada. Tegevusterapeudid võivad hooldustöötajatele pakkuda koolitusi ja juhiseid, et parandada nende oskusi insuldijärgsete patsientide hooldamisel (Pastore et al., 2022; Winterbottom et al., 2023). Tegevusterapeudid ja hooldustöötajad mängivad insuldijärgsete patsientide taastusravis olulist rolli, nõudes ühiseid eesmärke, avatud suhtlust ja pidevat koordineerimist. Suhtlus peaks olema regulaarne, hõlmates ka patsiente ja nende pereliikmeid ning pakkudes hooldustöötajatele vajalikke teadmisi ja koolitusi insuldi ja taastusravi kohta.

2. METOODIKA

2.1. Uuringukava ja meetodi kirjeldus

Uuring on kvalitatiivne sisuanalüüs, mille eesmärk on hinnata hooldustöötajate rolli insuldijärgsete patsientide taastusravis. Kvalitatiivset sisuanalüüsi kasutatakse tekstide sisu ja/või kontekstiliste tähenduste uurimiseks, kusjuures keelt kui kommunikatsioonivahendit uuritakse intensiivselt, piirdumata sõnade pelga loendamisega (Laherand, 2008). Kvalitatiivse sisuanalüüsi lähtekoht on selles, et mitte ei loendata sõnu tekstis, vaid uuritakse tekste süvitsi tekstiandmete sisu subjektiivseks (st uurija vaates) tõlgendamiseks (Tallinna Ülikool, 2021).

Küsitlus viidi läbi 2. aprillist 28. aprillini 2024. Andmeid koguti e-posti teel saadetud Google'i vormi abil. Enne küsimustiku täitmist selgitas uurija küsimused hooldustöötajatele suuliselt, et tagada põhjalik arusaamine ja vältida valesti tõlgendamist. Andmete analüüsimiseks kasutas autor avatud kodeerimist, luues indikaatoreid vastavalt intervjuude tulemustele. Tekkinud koodiraamat *Tabel 1. Avatud kodeerimise kategooriad* on lisatud antud töö Lisa 2. Inglise keelse kirjanduse paremaks mõistmiseks ja inglise keelse kokkuvõtte kirjutamiseks on kasutatud tõlkeprogrammi DeepL.com ning ChatGPT abi.

2.2. Osalejad

Uurimistöös osalevad Haapsalu neuroloogilise rehabilitatsiooni keskuse neurorehabilitatsiooni osakonna hooldustöötajad. Osalejate arv on 12, kellest 10 on naised ja 2 meest. Osalejate vanus on keskmiselt 45 aastat ja töökogemus 15 aastat. Enne uurimistöö alustamist saadi kõikidelt osalejatelt positiivne vastus uurimuse läbiviimiseks. Osalejad olid teadlikud uurimise eesmärkidest ja andsid oma nõusoleku küsimustikule vastamiseks.

2.2.1. Osalejate valiku ja värbamise meetod

Osalejad valiti neurorehabilitatsiooni osakonna hooldustöötajate nimekirjast, kus on 15 inimest. Valimi suuruseks määrati 12, mis on piisav, et saada usaldusväärseid tulemusi kvalitatiivses uuringus.

2.2.2. Osalejate kaasamis- ja välistamis kriteeriumid

Uuringusse kaasati Haapsalu neuroloogilise rehabilitatsiooni keskuse neurorehabilitatsiooni osakonnas töötavad hooldustöötajad, kes on vähemalt 18-aastased, oskavad eesti keelt ja on nõus osalema uuringus. Uuringust välistati hooldustöötajad, kes viibisid puhkusel või töövõimetuslehel, ei olnud tol hetkel patsientidega otseselt töös.

2.3. Eetilised aspektid

Uuring läbiviimisel järgiti kõiki eetilisi standardeid, lisaks ei kogutud e-maili aadresse ning küsitlusele vastanut ja vastuseid ei saanud seetõttu kokku viia ja läbi selle tagati vastamise anonüümsus ja konfidentsiaalsus. Enne uuringuga liitumist saadi kõikidelt osalejatelt informeeritud nõusolek. Uuringu protokoll kiitis heaks Haapsalu neuroloogilise rehabilitatsiooni keskuse juhatuse kabinet ning teenuste juht.

2.4. Andmete kogumine

Andmed koguti anonüümse küsitlusankeedi abil. Küsimustiku koostamisel arvestati eelnevalt tehtud intervjuude ja fookusgruppide tulemustega. Küsimustiku sisu hõlmas järgmisi teemasid:

- Tegevusterapeudi ja hooldustöötaja rolli jagunemine insuldijärgsete patsientide taastusravis
- Koostöö kitsaskohad ja takistused
- Ettepanekud koostöö parendamiseks

Lisaks oli võimalus avaldada arvamust ka muudel teemasse puutuvatel mõtisklustel koostöö parendamiseks.

2.4.1. Andmete analüüs

Andmed analüüsiti kvalitatiivse sisuanalüüsi meetodil. Analüüsi eesmärk oli tuvastada korduvaid teemasid ja mustreid vastustes. Analüüsi viis läbi uurija iseseivalt. Analüüsimiseks kasutas uurija avatud kodeerimise meetodit, kus avatud vastuste mitmekordsel läbilugemisel moodustas erinevad kategooriad, mis võimaldasid vastuseid paremini süstematiseerida ja leida erinevaid omavahelisi seoseid.

3. TULEMUSED

3.1. Tegevusterapeudi ja hooldustöötaja koostöö insuldijärgsete patsientide taastusravis

Märkimisväärne osa hooldustöötajatest ei mõista täielikult tegevusterapeudi töö spetsiifikat insuldijärgsete patsientide taastusravis, mis osutab vajadusele suurendada nende teadlikkust tegevusteraapia rollist. Tegevusterapeudid keskenduvad individuaalsetele vajadustele ja funktsionaalsetele võimetele, pakkudes spetsiifilisi töövõtteid iseseisvuse taastamiseks ja elukvaliteedi parendamiseks. Hooldustöötajate ootused sisaldavad selget juhendamist tegevusterapeudilt, kuid mõned neist kasutavad juba tegevusteraapia elemente oma igapäevatoos. Kuigi hooldustöötajate arusaam võib olla ebaselge, on nende motivatsioon insuldijärgsete patsientide parimaks abistamiseks suur ning valmidus tihedaks koostööks on olemas.

Uuringu tulemused näitavad, et kolm vastanut kaheteistkümnest ei mõista tegevusterapeudi töö spetsiifikat. See viitab vajadusele parendada hooldustöötajate teadlikkust tegevusteraapia rollist insuldijärgsete patsientide taastusravis.

Tegevusterapeudid keskenduvad patsientide funktsionaalsetele võimetele ja piirangutele igapäeva elu tegevuste sooritamisel. Selle asemel, et tegeleda otseste tegevuste, nagu riietumine või habeme ajamine, abistamisega, hindavad nad individuaalseid vajadusi ning pakuvad spetsiifilisi töövõtteid ja soovitusi, mis võimaldavad patsientidel taastada iseseisvust ja parendada nende elukvaliteeti. Nende lähenemisviis põhineb individuaalsel hindamisel ja kohandatud terapeutilistel meetoditel, et toetada iseseisvat toimetulekut ja igapäevaoskuseid. Hooldustöötaja ootab tegevusterapeudilt juhendamist. Seda illustreerib kõige paremini vastaja nr.4 vastus, kus ta toob välja selged ootused tegevusterapeudiga koostöö osas.

„Soovin, et tegevusterapeut õpetaks patsiendile igapäeva elu toiminguid. Ma soovin et tegevusterapeut selgitaks mulle lihtsamaid võtteid patsiendi abistamiseks.“ (Vastaja 4)

On ka näiteid, kus hooldustöötaja on teadlik, kuidas oma töös kasutada tegevusteraapia elemente (näiteks abivahendite kasutamine riietumisel või siirdumisel). Laua taga harjutuste sooritamine ja pöidla ja sõrmede oponeerimisele keskenduvad tegevused on osa tegevusteraapiast, kuna need aitavad parendada peenmotoorseid oskuseid, koordinatsiooni ja

tasakaalu. Need oskused on vajalikud igapäevaelu tegevuste edukaks sooritamiseks. Vastaja nr.7 näide on:

„Tegevused peaksid võiksid olla patsienti toetavad. Võimalusel õpetada patsiendil kasutama ja arvestama oma nn halvatud poolt. Kui ei ole võimalik halvatud poolt kasutada siis kuidas kasutada tervet poolt oma igapäevaste tegevuste käigus. Loomulikult ka peenmotoorika harjutamine on oluline.“ (Vastaja 7)

Kuigi hooldustöötajate arusaam tegevusteraapiast oli pigem ebaselge, siis näitasid tulemused, et motivatsioon oma tööd teha nii, et insuldijärgne patsient sellest maksimaalset kasu saaks, oli väga suur. Puudu on vaid teadmistest, mida terapeuditöö sisaldab, aga ollakse valmis igakülgselt koostööks.

3.2. Tegevusterapeutide ja hooldustöötajate koostöö kitsaskohad

Uuringu tulemused tuvastavad mitmeid kitsaskohti tegevusterapeutide ja hooldustöötajate koostöös insuldijärgsete patsientide taastusravis:

Suhtlusprobleemid:

- Neljal korral ei saanud hooldustöötaja küsimusest aru.
- Vaid neli vastanut kaheteistkümnest tundsid tegevusterapeudi toetust igapäevatoos insuldijärgsete patsientidega.
- Üheksa vastanut kaheteistkümnest arvasid, et info liikumine terapeudi ja hooldustöötaja vahel on vähene.
- Seitsmest küsimusest viiel oli probleemiks puudulik kommunikatsioon, vähene tagasiside ja näpunäidete saamise soov.

Esialgne küsimuste sõnastus oli hooldustöötajatele liiga keeruline. Uurija selgitas iga küsimust vastajatele, et tagada asjakohased vastused. See näitab samas, et hooldustöötajate teadlikkus tegevusterapeutide tööst ja meetodikatest on niivõrd madal, et juhul kui kasutatakse erialast kõneviisi või räägitakse tegevusterapeudi tööst, siis hooldustöötaja ei saa aru, mis kasu on pealtnäha väikelastele mõeldud tegevuste läbiviimisest tema igapäevase toimetuleku parendamiseks. Näiteks on arusaamatud terminid lateraalne koostöö (kahe käe koostöö) või ekstensioon-fleksioon (sirutus-painutus).

Hooldustöötajad tunnevad, et kasin kommunikatsioon ja suhtlemine vähendab võimalust efektiivseks koostööks. Samas toovad nad välja, et koostööd ei saa teha alati kõikide patsientide puhul. Hooldajal on ootus, et initsiatiiv suhtlemise osas tuleb ennekõike tegevusterapeudilt ja eeldatakse, et pöördumine oleks terapeudi algatusel.

„Tihti ei tule terapeut meile rääkima patsiendi reaalsest võimekusest või mitte-võimekusest toimetulekul. Mõningate patsientide puhul tuleks ka kõne alla koostöö tegevusterapeudi ja hooldaja vahel. Suhtlemine on kõige alus.“ (Vastaja 7)

Vastajad toovad välja, et info ei liigu ning tegemist on mõlemapoolse puudujäägiga. Seda peetakse kõige suuremaks probleemiks. Hooldajad mõistavad, et ka nemad peavad andma informatsiooni, aga samas eeldavad, et teine osapool peab olema valmis infot vastu võtma. See selgub ka vastaja nr.11 vastusest:

„Kõige rohkem minu arust probleemiks mõlemapoolne info vähene liikuvus.“ (Vastaja nr. 11)

Vastajad toovad ka välja ajapuuduse ning suure töökoormuse. Seda eriti just taastusravikeskuses. Kodustes tingimustes on aega rohkem. Ajapuudus raskendab kommunikatsiooni, sest infovahetamiseks ei ole piisavalt aega. Kogu tähelepanu läheb patsiendile.

„Võib-olla see, et tegevusterapeut on patsiendiga aega 45 minutit, meil aga sellist aega pole, ja kui 45 min on möödas siis lõpu aitab ikka hooldaja. Kodus olles saab teha kuni kolm tundi siin aga ajagraafik ei võimalda on ka patsient, kes ootavad kuni hooldaja paneb riidesse.“ (Vastaja 4)

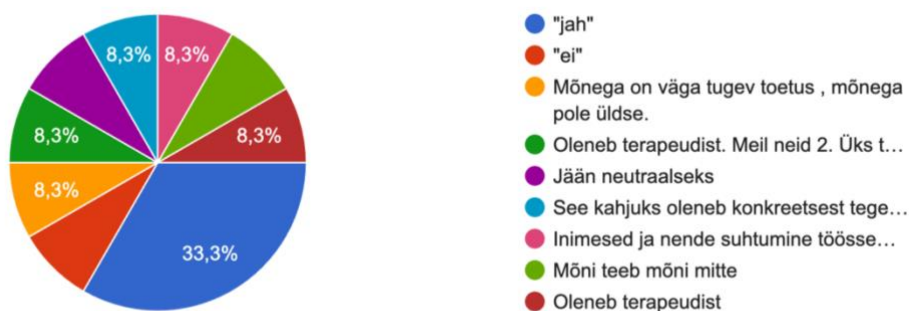
Hooldustöötajad ise näevad, et nende teadlikkus on puudulik. Kümme vastanut kaheteistkümnest pidasid kitsaskohaks teadmatust raviperioodil viibimise teraapia eesmärgist. See viitab vajadusele parandada hooldustöötajate teadlikkust tegevusteraapia rollist ja eesmärkidest insuldijärgsete patsientide taastusravis.

Hooldustöötajad ei mõista tegevusterapeudi meetodite kasulikkusest. Vastaja nr. 3 viitab, et samal ajal kui tegevusterapeut tegeleb vaid peenmotoorika arendamisega, siis hooldustöötaja roll on õpetada ja toetada just igapäevategevustes. Hooldustöötaja tunneb vajadust, et tegevusterapeut just neid oskusi rohkem arendaks.

„Meie teeme ühte asja (riietame, peseme jne). Tegevusterapeut õpetab klotse kokku laduma, nupukesi tõstma jne. Sooviks, et terapeut õpetaks neid samu asju mida IGAPÄEVAELUKS just vaja.“ (Vastaja 3)

Kaheksa vastanut peavad oluliseks, et tegevusterapeutid peaksid rohkem tähelepanu pöörama patsiendi iseseisva toimetuleku tõstmisele. Ühelt poolt võib järeldada, et hooldustöötajad ei mõista tegevusterapeutide tööd, kuid teiselt poolt tasub kaaluda hooldustöötajate ettepanekut ADL tegevuste parendamise osas.

Kolmandik vastajatest tunnetas tegevusterapeuti toetust enda töös. Samas tuuakse välja, et see sõltub väga palju terapeudist ning võib oletada, et probleemiks on see, et puuduvad selged reeglid või tavad, kuidas suhtlemine tegevusterapeuti ja hooldustöötaja vahel peaks olema. Nii on kommunikatsiooni õnnestumine pigem juhuslikku laadi.



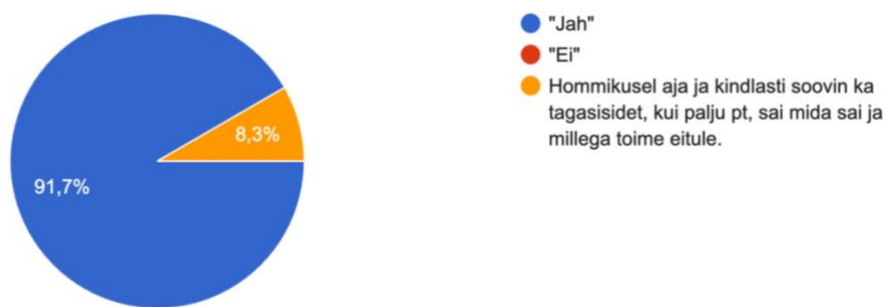
Joonis 1. Tegevusterapeuti toetuse tajumine

Uuring näitab mitmeid väljakutseid tegevusterapeutide ja hooldustöötajate koostöös insuldijärgsete patsientide taastusravis. Suhtlusprobleemid, nagu arusaamatused küsimustes ja puudulik tagasiside, takistavad tõhusat koostööd. Hooldustöötajad tunnevad, et info liikumine terapeudi ja nende vahel on ebapiisav ning ootavad rohkem algatust suhtluses tegevusterapeutidelt. Väljendatakse vajadust, et tegevusterapeutid keskenduksid rohkem igapäeva elu oskuste õpetamisele, mitte ainult peenmotoorika arendamisele. Kuigi osa hooldustöötajaid tunnetab tegevusterapeutide toetust, sõltub see suuresti individuaalsetest suhetest ning selged suhtluseskirjad võiksid parendada koostööd oluliselt.

3.3. Tegevusterapeutide ja hooldustöötajate koostöövõimalused

Uuringu tulemused toovad esile mitmeid võimalusi tegevusterapeutide ja hooldustöötajate koostöö parendamiseks insuldijärgsete patsientide taastusravis:

Kümme vastanut rõhutasid voodikesksete patsientide esmahindamise vajalikkust hommikul. See aitab hooldustöötajatel saada adekvaatset infot patsiendi seisundi ja vajaduste kohta loomulikus ärkamise keskkonnas. See omakorda annab parema ettekujutuse patsiendi kognitiivsest ja füüsilisest võimekusest ning haiguskriitikast.



Joonis 2 – Vastaja eelistused voodikeskse patsiendi hommikuse hindamise osas.

Teabevahetuse efektiivsuses nähakse, et initsiatiiv peaks olema tegevusterapeudi käes. Üheksa vastanut soovisid teada saada patsiendi seatud eesmärgid ja taastusravi plaani, et nad saaksid teraapiavälisel ajal rakendada terapeudi soovitatud meetmeid. See parandab koostööd ja tagab, et patsient saab järjepidevat tuge nii teraapiate ajal kui ka vahepeal. Vastajad toovad välja, et koostöö paremaks sujumiseks oleks oluline planeerida ühist aega graafikutesse.

Lisaks raskendab kommunikatsiooni keelebarjäär. Seda toovad välja mitu vastajat. On tegevusterapeute (ja ka füsioterapeute), kes on rahvusvahelised kolleegid ning hooldustöötajad ei valda inglise keelt. Siingi oma vastustes viitavad kommunikatsiooni parendamisest rääkides, et endiselt oodatakse initsiatiivi ja lahendusi tegevusterapeudilt endalt.

„Puudub aeg, et koos arutleda patsiendi seisundi ja tegevusvõime üle. Graafikus peaks olema aega arutlemiseks ja näpunäidete jaoks. Efektiivsuse tõstmiseks on vaja füüsilist. Murekohaks on veel keelebarjäär. Tähtsaim on õpetada patsiendile kodus hakkama saamist seega pean tegevusteraapiat tähtsaimaks.“ (Vastaja 12)

Oluliseks peeti ka tagasiside ja motiveerimist. Kaks hooldustöötajat soovisid tagasisidet patsiendi võimekuse kohta, kuna nad kahtlustasid, et osa patsiente kasutab hooldustöötajate abi enda mugavuse pärast, mitte tingituna tegelikust abivajadusest. Tegevusterapeutid saavad hooldustöötajatele pakkuda regulaarset tagasisidet patsiendi edusammude ja motivatsiooni taseme kohta. See aitab hooldustöötajatel paremini toetada patsiente iseseisvuse saavutamisel.

„Kahju on sellest et tagasiside on nõrk, sest patsient võib hooldajat ära kasutada kui me ei tea tegelikke võimeid.“ (Vastaja 12)

Uuringu tulemused pakuvad mitmeid võimalusi taastusravikeskustes tegevusterapeutide ja hooldustöötajate koostöö parendamiseks insuldijärgsete patsientide taastusravis. Esiteks, hommikune voodikesksete patsientide hindamine võimaldab hooldustöötajatel saada olulist teavet patsiendi seisundi ja vajaduste kohta ning annab parema ettekujutuse nende võimekusest. Teiseks, parem teabevahetus patsiendi seatud eesmärkide ja taastusravi plaani osas võimaldab hooldustöötajatel toetada patsiente järjepidevalt nii teraapiaseansside ajal kui ka nende vahelisel ajal. Lisaks peavad vastajad väga oluliseks tagasisidet ja motiveerimist, mis aitab hooldustöötajatel paremini toetada patsiente iseseisvuse saavutamisel ning vähendada võimalikku hooldustöötajate aja ja oskuste ärakasutamist patsientide poolt. Kokkuvõttes aitaks lihtsad parendused luua tihedamat ja tõhusamat koostööd teraapia ja igapäevase hoolduse vahel, mis omakorda võib parendada insuldijärgsete patsientide taastumist ja elukvaliteeti.

4. ARUTELU

Antud lõputöö eesmärgiks oli uurida tegevusterapeudi ja hooldustöötaja koostööd Haapsalu neuroloogilise rehabilitatsiooni keskuse neurorehabilitatsiooni osakonnas. Käesolev peatükk annab ülevaate käesoleva töö sissejuhatuses püstitatud ülesannetest tulenevalt tehtud järeldustest.

Tegevusterapeudi ja hooldustöötaja koostöö insuldijärgsete patsientide taastusravis on äärmiselt oluline, kuna see võimaldab pakkuda patsientidele terviklikku ja individuaalselt kohandatud abi (World Federation of Occupational Therapists, 2018). Esiteks, tegevusterapeudi rolli hindamine ja eesmärkide seadmine on oluline samm, mis loob aluse rehabilitatsiooni plaanile (Winterbottom et al., 2023). Hindamine hõlmab mitmeid valdkondi, nagu motoorsed oskused, kognitiivsed võimed ja emotsionaalne heaolu (Sotsiaalkindlustusamet, 2020) Koostöös patsiendi ja tema perekonnaga seatakse realistlikud eesmärgid, mis võimaldavad säilitada patsiendi motivatsiooni ja vastavust tema isiklikele vajadustele.

Koostöö jätkub terapeutiliste sekkumiste rakendamisel, kus tegevusterapeutid keskenduvad ülesandele orienteeritud lähenemisviisidele, mis aitavad patsientidel taastada igapäevaelu oskusi (Gibson et al., 2022; Lukmann et al., 2019; Winterbottom et al., 2023). Selline lähenemine, mis hõlmab reaalse elu tegevusi nagu riietumine ja toiduvalmistamine, mitte ainult ei paranda füüsilist taastumist, vaid suurendab ka enesekindlust ja motivatsiooni. Lisaks rakendatakse kognitiivseid ja tajutavaid sekkumisi, mis on suunatud kognitiivsete funktsioonide parendamisele ja igapäevaste eluoskuste taastamisele. Samuti tutvustatakse adaptiivseid tehnikaid ja abivahendeid, et suurendada patsientide iseseisvust ja ohutust igapäevaelus (Gibson et al., 2022; Li & Xu, 2021).

Meeskonnatöö ja suhtlus hooldustöötajate ning tegevusterapeutide vahel on võtmetähtsusega, et tagada patsientidele parim võimalik hooldus. Regulaarne suhtlus, ühised eesmärgid ja koordineeritud tegevus aitavad tagada tervikliku lähenemise patsientide taastumisele. Lisaks on oluline, et hooldustöötajatel oleksid vajalikud teadmised insuldijärgse hoolduse ja taastusravi kohta, mida tegevusterapeutid saavad neile pakkuda koolituste ja juhendamise kaudu. Kokkuvõttes võimaldab see tihedalt integreeritud koostöö insuldijärgsete patsientidele parimat võimalikku abi ja toetust (Edmans, 2010; Reitz & Scaffa, 2020; Rollnick et al., 2022; Winstein et al., 2016).

Antud uuringu tulemused pakuvad mitmeid olulisi järeldusi selle koostöö tugevdamiseks ja parandamiseks.

Esiteks, suhtlusprobleemid on oluline takistus tõhusale koostööle. Hooldustöötajate arusaamatused küsimustes ja vähene tagasiside nende tööle võib viia ebatõhusa suhtluseni, mis omakorda mõjutab patsientide ravitulemusi. Seega on oluline pakkuda täiendavat koolitust ja selgitust tegevusterapeutide rolli ja meetodite osas.

Teiseks, teadlikkuse puudumine teraapia eesmärkidest ja meetoditest on veel üks oluline kitsaskoht. Hooldustöötajate arusaam tegevusterapia eesmärkidest ja meetoditest on sageli ebapiisav, mis võib piirata nende võimet patsiente tõhusalt toetada. Seega on vaja paremat haridust ja selgitust hooldustöötajatele, et suurendada nende teadlikkust ja arusaamist tegevusterapia olulisusest.

Kolmandaks, varajane ja regulaarne koostöö on võtmeks tõhusale taastusravile. Varajane hommikune hindamine võimaldab hooldustöötajatel saada olulist teavet patsiendi seisundi kohta, mis omakorda võib parandada nende võimekust toetada patsiente igapäevaelu toimingutes. Lisaks on oluline tagada pidev teabevahetus ja tagasiside patsiendi seatud eesmärkide ja taastusravi plaani osas, mis võimaldab hooldustöötajatel toetada patsiente järjepidevalt nii teraapiaseansside ajal kui ka nende vahelisel ajal.

Kokkuvõttes, tegevusterapeutide ja hooldustöötajate koostöö tugevdamine nõuab täiendavat haridust, paremat suhtlust ja varajast ning regulaarset koostööd. Need meetmed võivad parandada insuldijärgsete patsientide taastumist ja elukvaliteeti, tagades neile tõhusa ja järjepideva toetuse nii teraapiaseansside ajal kui ka nende vahelisel ajal.

Seega saab tuua välja, et uurimistöö eesmärgist ja ülesannetest lähtuvalt võib uurimistöö põhjal teha järgmised järeldused:

1. On vaja parendada hooldustöötajate teadlikkust tegevusterapia rollist insuldijärgsete patsientide taastusravis.
2. On vaja tekitada võimalus vahetuks info jagamiseks tegevusterapeutide ja hooldustöötajate vahel (töögraafikus kindel aeg igal terapeudil info vahetuseks hooldustöötajaga tekkinud probleemide lahendamiseks).

Antud lõputöö eesmärk ning ülesanded on täidetud.

JÄRELDUSED

Tegevusteraapias kasutatakse erinevaid mudeleid, viiteraame, standardiseeritud teste intervjuerimist ja nende omavahelist kombinatsiooni ehk sekkumiste kohandamist. Mina oma igapäevatöös kasutan sekkumiste kohandamist, mis annab lühiajalise kiire tulemuse nende patsientide puhul, kellel esineb motivatsiooni langus ja meeleolu alanemine. Lühiajaliste tulemuste nägemine aitab patsiendil teadvustada temale tähenduslikke tegevusi on võimalik edukalt sooritada. Selline sekkumine toetab patsiendi motivatsiooni tõusmist, meeleolu paranemist. Motiveeritud patsiendiga saavad ka teised interdistsiplinaarsesse meeskonda kuuluvad spetsialistid paremini seatud eesmärgi saavutada. Hooldustöötajal on lihtsam (ADL) tegevusi juhendada kui tal on teadmine, et patsient on saanud eelnevalt eduelamuse.

Tulenevalt tööst teeb autor järgmised ettepanekud:

1. Lõputöö tulemuste põhjal valmib HNRK hooldustöötajatele sisekoolitus, mille eesmärgiks õpetada ADL-tegevustega seotud toiminguid vastavalt patsiendi tähenduslikele tegevustele.
2. Tegevusterapeut kaasab edaspidi hooldustöötaja, et läbi arutada ja ka füüsiliselt teha kõik toimingud, mis on konkreetse patsiendi probleemiks.
3. Parendada suhtlust tegevusterapeutide ja hooldustöötajate vahel, regulaarsete kohtumiste ja avatud suhtluse abil.
4. Korraldada koolitusi hooldustöötajatele tegevusteraapia kohta, et parendada nende teadlikkust rollist ja eesmärkidest.
5. Luua selged raviplaanid, mis hõlmavad nii tegevusterapeudi kui ka hooldustöötaja ülesandeid ja eesmärgi.
6. Kasutada kommunikatsioonivõimalusi, näiteks ühiseid elektroonilisi tervisekirjeid, et parendada teabevahetust.
7. Julgustada hooldustöötajaid küsima küsimusi ja otsima tagasisidet tegevusterapeutidelt.

KASUTATUD KIRJANDUS

- Benzing, V., Heinks, T., Eggenberger, N., & Schmidt, M. (2016). Acute cognitively engaging exergame-based physical activity enhances executive functions in adolescents. *PLoS ONE*, *11*(12), 15. APA PsycInfo®. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0167501>
- Campbell, B. C. V., & Khatri, P. (2020). Stroke. *The Lancet (British Edition)*, *396*(10244), 129–142. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31179-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31179-X)
- Clarke, D. J. (2013). The role of multidisciplinary team care in stroke rehabilitation. *Progress in Neurology and Psychiatry*, *17*(4), 5–8. <https://doi.org/10.1002/pnp.288>
- Cramer, S. C., Wolf, S. L., Adams, H. P., Chen, D., Dromerick, A. W., Dunning, K., Ellerbe, C., Grande, A., Janis, S., Lansberg, M. G., Lazar, R. M., Palesch, Y. Y., Richards, L., Roth, E., Savitz, S. I., Wechsler, L. R., Wintermark, M., & Broderick, J. P. (2017). Stroke Recovery and Rehabilitation Research: Issues, Opportunities, and the National Institutes of Health StrokeNet. *Stroke*, *48*(3), 813–819. <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.116.015501>
- Dutta, D., Hellier, K., Obaid, M., & Deering, A. (2017). Evaluation of a single centre stroke service reconfiguration – the impact of transition from a combined (acute and rehabilitation) stroke unit to a hyperacute model of stroke care. *Future Healthcare Journal*, *4*(2), 99–104. <https://doi.org/10.7861/futurehosp.4-2-99>
- Edmans, J. (2010). *Occupational therapy and stroke* (2. ed.). Wiley-Blackwell.
- Egan, M., Kessler, D., Gurgel-Juarez, N., Chopra, A., Linkewich, E., Sikora, L., Montgomery, P., & Duong, P. (2024). Stroke rehabilitation adaptive approaches: A theory-focused scoping review. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, *31*(1), 1–13. <https://doi.org/10.1080/11038128.2023.2257228>

- Gbiri, C. A., Olawale, O. A., & Isaac, S. O. (2015). Stroke management: Informal caregivers' burdens and strains of caring for stroke survivors. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, 58(2), 98–103. <https://doi.org/10.1016/j.rehab.2014.09.017>
- Gibson, E., Gibson, E., Koh, C.-L., Eames, S., Bennett, S., Scott, A. M., & Hoffmann, T. C. (2022). Occupational therapy for cognitive impairment in stroke patients. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2022(3), CD006430–CD006430. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006430.pub3>
- Goudarzian, M., Fallahi-Khoshknab, M., Dalvandi, A., Delbari, A., & Biglarian, A. (2018). Effect of telenursing on levels of depression and anxiety in caregivers of patients with stroke: A randomized clinical trial. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 23(4), 248–252. https://doi.org/10.4103/ijnmr.IJNMR_242_16
- Harris, R., & Carr, P. (2016). Stroke and stroke rehabilitation, 4: Occupational therapy. *British Journal of Healthcare Assistants*, 10(2), 67–69. <https://doi.org/10.12968/bjha.2016.10.2.67>
- Insuldijärgne taastusravi.* (2020). Eesti Haigekassa. <https://www.ravijuhend.ee/patsiendivarav/juhendid/166/insuldijargne-taastusravi>
- Katan, M., & Luft, A. (2018). Global Burden of Stroke. *Seminars in Neurology*, 38(02), 208–211. <https://doi.org/10.1055/s-0038-1649503>
- Kraanvelt, T., Kask, K., Kravets, M., Kärp, M., Luus, J., Meristo, I., & Pärnala, E. (2019). *Kutsestandardid: Hooldustöötaja, tase 4. Sihtasutus Kutsekoda.* <https://www.kutseregister.ee/ctrl/et/Standardid/vaata/10810675>
- Laherand, M.-L. (2008). *Kvalitatiivne uurimisviis [Qualitative research method]*. Infotrükk.
- Langhorne, P., Baylan, S., & Langhorne, P. (2017). Early supported discharge services for people with acute stroke. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2017(7), CD000443–CD000443. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000443.pub4>

- Legg, L. A., Legg, L. A., Lewis, S. R., Schofield-Robinson, O. J., Drummond, A., & Langhorne, P. (2017). Occupational therapy for adults with problems in activities of daily living after stroke. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2023(3), CD003585. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003585.pub3>
- Li, W., & Xu, D. (2021). Application of intelligent rehabilitation equipment in occupational therapy for enhancing upper limb function of patients in the whole phase of stroke. *Medicine in Novel Technology and Devices*, 12, 100097. <https://doi.org/10.1016/j.medntd.2021.100097>
- Loft, M. I., Esbensen, B. A., Kirk, K., Pedersen, L., Martinsen, B., Iversen, H., Mathiesen, L. L., & Poulsen, I. (2018). Nursing staffs self-perceived outcome from a rehabilitation 24/7 educational programme—A mixed-methods study in stroke care. *BMC Nursing*, 17(1), 17–17. <https://doi.org/10.1186/s12912-018-0285-z>
- Luker, J. A., Bernhardsson, S., Lynch, E., Murray, C., Hill, O. P., & Bernhardt, J. (2015). Carers' experiences, needs and preferences during inpatient stroke rehabilitation: A protocol for a systematic review of qualitative studies. *Systematic Reviews*, 4(1), 108. <https://doi.org/10.1186/s13643-015-0097-0>
- Lukmann, A., Kansil, H., Koit, K., Kompus, T., Kõrv, J., Männik, E., Palatu, R., Pettai, R., Piilberg, H., Sinirand, A., Tammik, T., & Uriko, A. (2019). *Insuldijärgne taastusravi*. Ravijuhend. <https://www.ravijuhend.ee/tervishoiuvarav/juhendid/181/insuldijargne-taastusravi>
- McAdam, J. J., Leathley, M. J., Crichton, M. S., Dickens, J., Jack, C. I. A., & Watkins, C. L. (2013). Evaluation of a rehabilitation support service after acute stroke: Feasibility and patient/carer benefit. *Health*, 05(07), 1124–1131. <https://doi.org/10.4236/health.2013.57152>

- Pastore, E., Ryan, D., & Knecht-Sabres, L. J. (2022). Occupational Therapists' Perspectives on Caregiver Education of Stroke Survivors. *The Open Journal of Occupational Therapy*, *10*(1), 1–16. <https://doi.org/10.15453/2168-6408.1881>
- Reitz, S. M., & Scaffa, M. E. (2020). Occupational therapy in the promotion of health and well-being. *The American Journal of Occupational Therapy*, *74*(3), 7403420010p1-7403420010p14. <https://doi.org/10.5014/ajot.2020.743003>
- Rollnick, S., Miller, W. R. (William R., & Butler, C. (2022). *Motivational interviewing in health care: Helping patients change behavior* (Second edition). The Guilford Press.
- Sotsiaalkindlustusamet. (2020). „RFK-kasutamine meditsiinilises, sotsiaalses ja töölases rehabilitatsioonis ning abivahendi vajaduse hindamisel“ KOKKUVÕTE PILOOTPROJEKTIST ja ETTEPANEKUD JÄRGMISTEKS TEGEVUSTEKS. Sotsiaalkindlustusamet.
- Tallinna Ülikool. (2021). *Avalik poliitika III. 3: Avaliku poliitika teooriad ja analüüsi meetodid* (K. Leif, G. Sootla, & I. Saar, Eds.). Tallinna Ülikooli kirjastus.
- Tong, T. Y. N., Appleby, P. N., Key, T. J., Dahm, C. C., Overvad, K., Olsen, A., Tjønneland, A., Katzke, V., Kühn, T., Boeing, H., Karakatsani, A., Peppas, E., Trichopoulou, A., Weiderpass, E., Masala, G., Grioni, S., Panico, S., Tumino, R., Boer, J. M. A., ... Perez-Cornago, A. (2020). The associations of major foods and fibre with risks of ischaemic and haemorrhagic stroke: A prospective study of 418 329 participants in the EPIC cohort across nine European countries. *European Heart Journal*, *41*(28), 2632–2640. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehaa007>
- Valdeko, P. (Ed.). (2009). *Hooliva hooldaja käsiraamat*. EV Sotsiaalministeerium, Tervise Arengu Instituut. <https://www.digar.ee/arhiiv/et/download/113161>
- Winstein, C. J., Stein, J., Arena, R., Bates, B., Cherney, L. R., Cramer, S. C., Deruyter, F., Eng, J. J., Fisher, B., Harvey, R. L., Lang, C. E., MacKay-Lyons, M., Ottenbacher, K. J.,

- Pugh, S., Reeves, M. J., Richards, L. G., Stiers, W., & Zorowitz, R. D. (2016). Guidelines for Adult Stroke Rehabilitation and Recovery: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*, 47(6). <https://doi.org/10.1161/STR.0000000000000098>
- Winterbottom, L., Geller, D., Goldberg, C., Nilsen, D. M., Mahoney, D., & Gillen, G. (2023). Occupational Therapy and Activities of Daily Living Interventions to Improve Performance in Activities of Daily Living for Adults With Stroke (2012–2019). *The American Journal of Occupational Therapy*, 77(Suppl 1). <https://doi.org/10.5014/ajot.2023.77S10007>
- World Federation of Occupational Therapists. (2018). *DEFINITIONS OF OCCUPATIONAL THERAPY*. World Federation of Occupational Therapists. <https://wfot.org/resources/definitions-of-occupational-therapy-from-member-organisations>
- World Health Organization. (2023). *World health statistics 2023 – Monitoring health for the SDGs, Sustainable Development Goals*. World Health Organization. https://cdn.who.int/media/docs/default-source/gho-documents/world-health-statistic-reports/2023/world-health-statistics-2023_20230519_.pdf
- World Health Organization. (2024, April 22). *Rehabilitation*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/rehabilitation>

Lisa 1. Ankeetküsimustik: „Tegevusterapeutide ja hooldustöötajate koostöö võimalused insuldijärgse patsiendi ADL-tegevuste sooritamise toetamisel“

1. Milline peaks olema koostöö tegevusterapeutiga, et töö insuldijärgse patsiendiga oleks tõhusam? Kas tegevused, mida koos teha või nõuanded või muud sellist.
2. Mida peaks tegevusterapeut tegema ADL-tegevuste (söömine, joomine, üla-ja alakeha riietamine, sokkide jalga panemine, hügieeniga seotud tegevused) rakendamiseks voodikeskse patsiendiga?
3. Kas tunnete tegevusterapeudi toetust oma igapäevatoös insuldijärgse patsiendiga?
4. Millest kõige rohkem puudust tunnete tegevusterapeudi ja hooldustöötaja koostöös?
5. Kas te eelistate, et tegevusterapeut hindaks voodikeskseid patsiente hommikul ajal kui on ärkamine, hügieenitoimingud, riietumine, söömine?
6. Kas vajaksite keerulisemate patsientide puhul individuaalset aega tegevusterapeutiga arutlemaks patsiendi ADL-tegevuste efektiivsemaks muutmist?
7. Millised on teie tähelepanekud puudustest tegevusterapeudi ja hooldustöötaja omavahelises koostöös insuldijärgsete patsientidega?

Lisa 2. Tabel 1 – Avatud kodeerimise kategooriad

Tegevusterapeutide ja hooldustöötajate koostöö võimalused insuldijärgse patsiendi ADL-tegevuste sooritamise toetamisel	
Tegevusterapeudi ja hooldustöötaja koostöö insuldijärgsete patsientide taastusravis	Ootused paremaks kommunikatsiooniks
	Ootused meetodika paremaks mõistmiseks
	Rohkem aega vaja
	Rohkem tähelepanu vaja
	Üksteise töö parem jälgimine
	Muu
ADL-tegevuste rakendamine	Hügieeniga seotud tegevuste õpetamine
	Esmatähtis joomine ja söömine
	Muu
Kitsaskohad tegevusterapeudi ja hooldustöötaja vahelises koostöös	Vähene toimetulekuoskuste õpetamine
	Kasin kommunikatsioon
	Vähene tagasiside
	Ootus hooldajate suuremaks kaasatuseks.
	Muu