

TARTU ÜLIKOOL
Sporditeaduste ja füsioteraapia instituut

Kristjan Kadakas

**KROONILISE KESKNÄRVISÜSTEEMI KAHJUSTUSEGA PATSIENTIDE
TAASTUSRAVI VAJADUSED HAAPSALU NEUROLOOGILISE
REHABILITATSIOONIKESKUSE NÄITEL: KVALITATIIVNE UURING**

**Rehabilitation needs among patients with chronic central nervous system damage in Haapsalu
Neurological Rehabilitation Centre setting: A qualitative study**

Magistritöö

füsioteraapia õppekava

Juhendajad:

HN RK juhatus e esimees, füsioterapeut (MSc), Mari-Liis Ööpik-Loks

skeleti-lihassüsteemi füsioteraapia lektor (PhD), Doris Vahtrik

Tartu 2026

SISUKORD

Töö lühiülevaade.....	4
Abstract.....	5
1. KIRJANDUSE ÜLEVAADE	6
1.1 Kroonilised kesknärvisüsteemi kahjustused: seljaajukahjustus ja insult	6
1.2 Kesknärvisüsteemi kahjustusega patsientide taastusravi vajadused	7
1.3 Taastusravi korraldus Eestis.....	8
1.3.1 Kohaliku omavalitsuse poolt pakutavad teenused	8
1.3.2 Taastusravi korralduse näited Ühendkuningriigist ja Hollandist	9
1.4 Taastusravi korraldus Haapsalu Neuroloogilises Rehabilitatsioonikeskuses	9
2. TÖÖ EESMÄRK JA ÜLESANDED	11
3. METOODIKA	12
3.1 Uuringu korraldus	12
3.2 Uuringus osalejad.....	12
3.3 Andmete kogumine	13
3.4 Andmete analüüs.....	14
3.5 Tehisaru kasutamine käesolevas magistritöös	15
4. TULEMUSED	16
4.1 Ülevaade magistritöö tulemustest	16
4.2 Taastusravi	16
4.2.1 Mitmekesisus ja individuaalsus	16
4.2.2 Ravikorraldus ja keskkond.....	17
4.2.3 Roll kroonilises faasis	18
4.3 Taastusravi kättesaadavus	19
4.3.1 Ambulatoorse taastusravi takistused	19
4.3.2 Taastusravi järjepidevus.....	20
4.3.3 Teenuste korraldus	20
4.4 Iseseisvus	21
4.4.1 Iseseisvus kui eesmärk	21
4.4.2 Toimetulek ja enesejuhtimine	22
4.4.3 Iseseisvuse piirangud	23
4.4.4 Tugivõrgustik ja teenused	23
4.5 Keskkond	24

4.5.1 Kodukohanduste kättesaadavus	24
4.5.2 Väliskeskkonna ligipääsetavus	25
4.5.3 Üritustele ligipääs	26
5. ARUTELU	27
5.1 Töö olulisemad tulemused	27
5.2 Kroonilise kesknärvisüsteemi kahjustusega patsientide taastusravi vajadused	27
5.3 Kroonilise KNS kahjustusega patsientide takistused taastusravi saamisel	29
5.4 Kroonilise KNS kahjustusega patsientide iseseisvust toetavad tegurid	30
5.5 Töö piirangud ja tugevused	31
5.6 Tulemuste praktikasse rakendatavus ja soovitusel edaspidisteks uurimistöödeks	32
6. JÄRELDUSED	34
KASUTATUD KIRJANDUS	35
LISA 1. Intervjuu küsitluskava	39
Lihtlitsents lõputöö reprodutseerimiseks ja üldsusele kättesaadavaks tegemiseks	41

Töö lühiülevaade:

(Kroonilise kesknärvisüsteemi kahjustusega patsientide taastusravi vajadused Haapsalu Neuroloogilise Rehabilitatsioonikeskuse näitel: kvalitatiivne uuring)

Eesmärk: Käesoleva magistritöö eesmärk oli selgitada kroonilises faasis kesknärvisüsteemi (edaspidi KNS) kahjustusega patsientide taastusravi vajadused ning Haapsalu Neuroloogilise Rehabilitatsioonikeskusesse (edaspidi HNRK) korduvale statsionaarsele taastusravile tagasituleku põhjused.

Metoodika: Kvalitatiivses intervjuu-uuringus osales 14 kroonilises faasis KNS kahjustusega patsienti, kes viibisid HNRK statsionaarsel taastusravil: 7 insuldi ning 7 seljaajukahjustuse diagnoosiga uuritavat. Andmeid koguti poolstruktureeritud individuaalintervjuude abil ning analüüsi induktiivse kvalitatiivse sisuanalüüsi meetodil.

Tulemused: Kroonilises faasis vajavad KNS kahjustusega patsiendid mitmekesisest, individuaalset ja järjepidevat taastusravi. Taastusravi kättesaadavust mõjutasid mitmed füüsilised tegurid, sealhulgas transpordi puudumine, tervisehoiuasutuse kaugus ja piiratud liikumisvõime, ning taastusravi korraldusega seotud tegurid, sealhulgas teenuste vähene kättesaadavus ja maht, ebaühtlane kvaliteet ning info puudus. Taastusravi on oluline iseseisva toimetuleku säilitamiseks ning funktsionaalse võimekuse suurendamiseks, perioodiliseks hindamiseks, individuaalse nõustamise saamiseks ja motivatsiooni hoidmiseks. Patsientide igapäevast toimetulekut kujundasid nii füüsiline kui ka sotsiaalne keskkond.

Kokkuvõte: Kroonilise KNS kahjustusega patsientide naasmine HNRK statsionaarsele taastusravile seostub mitmekesise, individuaalse ja järjepideva taastusravi ning perioodilise hindamise, nõustamise ja motivatsiooni toetamisega. Taastusravi järjepidevuse tagamine eeldab selle kättesaadavuse suurendamist sotsiaaltranspordi võimaldamise, kodulähedaste taastusravivõimaluste arendamise, koduteenuste laialdasema rakendamise ning proaktiivse info jagamise kaudu. Perioodilise hindamise ja nõustamise vajaduse katmiseks võib sobida karusellimudel, mis hõlmab endas regulaarselt koordineeritud spetsialistide vastuvõtte. Taastusravi mitmekesisuse suurendamiseks on põhjendatud grupipõhised sekkumised ja sarnase kogemusega patsientide kaasamine, toetades oskuste omandamist, motivatsiooni ja sotsiaalset osalust. Edasised uuringud on vajalikud kroonilise KNS kahjustusega patsientide taastusravi vajaduste selgitamiseks mitmekesisemas valimis, kaasates ka patsiente, kes ei viibi HNRK statsionaarsel taastusravil.

Märksõnad: insult; seljaajukahjustus; iseseisvus; osalus; patsiendikogemus

Abstract:

(Rehabilitation needs among patients with chronic central nervous system damage in Haapsalu Neurological Rehabilitation Centre setting: A qualitative study)

Aim: The aim of this master's thesis was to identify the rehabilitation needs of patients with central nervous system (CNS) injury in the chronic phase and explore the reasons for their repeated readmission to inpatient rehabilitation at Haapsalu Neurological Rehabilitation Centre (HNRC).

Methods: This qualitative interview study included 14 patients with chronic CNS injury undergoing inpatient rehabilitation at HNRC: 7 participants diagnosed with stroke and 7 with spinal cord injury. Data were collected through semi-structured individual interviews and analyzed using an inductive qualitative content analysis approach.

Results: Patients with CNS injury need diverse, individualized and continuous rehabilitation in the chronic phase. Access to rehabilitation was affected by several physical factors, including lack of transportation, distance from healthcare facilities and limited mobility, and service-related factors such as limited availability and volume of services, inconsistent quality and lack of information. Rehabilitation was considered important for maintaining independence and functional capacity, periodic assessment, receiving individual counseling and sustaining motivation. Patients' daily functioning was shaped by both physical and social environmental factors.

Conclusions: Repeated return to inpatient rehabilitation at HNRC among patients with chronic CNS injury was associated with the need for diverse, individualized and continuous rehabilitation, periodic assessment, counseling and motivational support. Ensuring continuity of rehabilitation requires accessibility improvement through making social transport more available, development of community-based rehabilitation services, wider implementation of home-based services and proactive information sharing. A carousel model involving regularly coordinated specialist consultations may support the need for periodic assessment and counseling. Group-based interventions and involvement of individuals with similar lived experiences may increase the diversity of rehabilitation while supporting skill acquisition, motivation and social participation. Further research is needed to explore the rehabilitation needs of patients with chronic CNS injury in more diverse samples, including individuals not receiving inpatient rehabilitation at HNRC.

Keywords: stroke; spinal cord injury; independence; participation; patient experience

1. KIRJANDUSE ÜLEVAADE

1.1 Kroonilised kesknärvisüsteemi kahjustused: seljaajukahjustus ja insult

Kroonilise kesknärvisüsteemi (edaspidi KNS) kahjustusega patsientide all mõistetakse käesolevas magistritöös kroonilises ravifaasis olevaid seljaajukahjustusega ning insuldiga patsiente. Kuigi seljaajukahjustuse esinemissagedus on väiksem kui insuldil (üldmaailmselt aastas seljaajukahjustusega 0,9 miljonit ning insuldiga 12 miljonit haigusjuhtu), siis on mõlemad kahjustused pikaajalise puude ning märkimisväärsete toimetulekuraskuste põhjused (Ding *et al.*, 2022; eClinicalMedicine, 2023).

Seljaajukahjustuse ulatus sõltub vigastuse raskusastmest ja asukohast seljaajus. Kahjustuse kõrgusest allpool esineb seljaajus täielik või osaline sensoorsete ja motoorsete funktsioonide kaotus. Parapleegia korral ülajäsemete funktsioon säilib, tetrapleegia korral on ka ülajäsemed haaratud. Sageli ei tulene seljaajukahjustusega patsientide tegevus- ja osalusprobleemid otseselt haigusest, vaid puudulikkust ja ebaadekvaatsest arstiabist, piiratud juurdepääsust taastusravile ja abivahenditele, suurest majanduslikust koormusest või sotsiaalsetes, poliitilistes ja füüsilistes keskkondades olevatest takistustest (WHO, 2024). Terminit “krooniline seljaajukahjustus” kasutatakse üldiselt ühe aasta möödudes alates kahjustuse algusest, mil närvisüsteemi täielik taastumine on ebatõenäoline ja tulemus sõltub taastusravi edukusest ja maksimaalsest funktsiooni tasemest (BMJ, 2026). Kroonilises faasis võivad püsida motoorsed ja sensoorsed funktsioonihäired ning autonoomse regulatsiooni häired, millele lisanduvad sageli sekundaarsed probleemid nagu valu, lamatised, põie- ja soolefunktsioonihäired ning kardiorespiratoorsed tüsistused (Eriks-Hoogland *et al.*, 2024).

Peaaju kahjustus põhjustatuna insuldist on peamine puude tekkepõhjus, millega seotud sotsiaalne ja majanduslik koormus ühiskonnale on maailmas järjest kasvamas (Platz, 2021). Insult on aju verevarustuse häire tõttu äkiliselt tekkiv neuroloogiline kahjustus, mis jaguneb isheemiliseks ja hemorraagiliseks insuldiks. Isheemilise insuldi korral on aju verevarustus blokeeritud, mistõttu ajukude ei saa piisavalt hapnikku ega toitaineid ning ajurakud hakkavad minutite jooksul kahjustuma. Hemorraagilise insuldi korral põhjustab ajuveresoone lõhkemine verejooksu, mille tagajärjel kahjustub ajukude nii verevarustuse häire kui ka verejooksust tingitud surve tõttu. Insuldist taastumine võib kesta nädalaid, kuid või isegi aastaid. Mõned inimesed taastuvad täielikult, kuid teistel jääb püsiv funktsioonihäire või puue (NHLBI, 2023). Peaaju kahjustusega seotud funktsioonihäired sõltuvad insuldi raskusastmest ning selle tekkekohast, aga ka patsiendi taastumisvõimest, mis erineb akuutses, subakuutses ning kroonilises faasis (Li *et al.*, 2024). Insuldi puhul peetakse patsiendi krooniliseks ravifaasiks seda, kui kahjustuse algusest on möödunud rohkem kui 6 kuud (Bernhardt *et al.*, 2017). Kroonilises faasis võivad insuldi järel püsida motoorikahäired (nt

spastilisus), kognitiivsed häired, afaasia, düsfaagia, valu, väsimus, epilepsia ja meeleoluhäired (Chen *et al.*, 2024).

1.2 Kesknärvisüsteemi kahjustusega patsientide taastusravi vajadused

Kroonilise seljaajukahjustusega patsientide elukvaliteeti mõjutavad tegurid muutuvad ajas, elukvaliteedi säilitamisel on olulised kohanemine, vastupidavus, enese aktsepteerimine ja toetav keskkond (Roth *et al.*, 2024). Seljaajukahjustusega patsiendid tõdevad haigestumise järgselt, et nende tööalane positsioon muutub ning juurdepääs haridusele on piiratud. Nende hinnangul on riigi- ja meditsiinasutuste ning heategevusorganisatsioonide rahalised ning sotsiaalsed toetused ebapiisavad. Lisaks on toodud esile kõrgeid ravikulusid ning piiratud ligipääsu ühistranspordile ja avalikule ruumile. Poliitikakujundajatelt oodatakse praktiliste ja tõhusate lahenduste arenguid, mis toetaksid seljaajukahjustusega patsientide enesetõhusust, suurendaksid abi kättesaadavust ja aitaksid säilitada psühholoogilist turvatunnet (Mohammadi *et al.*, 2022). Seljaajukahjustusega patsientide rehabilitatsioonis on oluline robotikat hõlmav taastusravi, psühholoogiline tugi ning seljaajukahjustusele spetsialiseerunud teenuste ja ambulatoorsete terviseasutuste olemasolu (Atasoy *et al.*, 2025). Kogukonda integreerimisel on olulisteks komponentideks eesmärkide seadmine, enesejuhtimise edendamine ja sarnase kogemusega inimeste kaasamine taastusravisse (Barclay *et al.*, 2021). Enesejuhtimise suurendamiseks on seljaajukahjustusega patsientide jaoks oluline omandada enesehooldusoskused läbi praktiliste kogemuste, mille arendamisel on tähtis osa taastusravimeeskonnal (van Diemen *et al.*, 2021a).

Temehy *et al* (2022) ja Guo *et al* (2024) leidsid, et insuldipatsientide probleemideks taastusravi teenuste saamisel on informatsiooni kättesaadavuse, taastusravivõimaluste ja kvaliteedi puudulikkus. Insuldipatsientide jaoks on oluline taastusravi järjepidevus ja kättesaadavus erinevates ravietappides. Lisaks sellele on vanemaealistele insuldipatsientidele oluline tagada psühholoogiline tugi, majandusliku koormuse vähendamine ning võimaldada neile aktiivset suhtlust ja raviprotsessi kaasatust (Guo *et al.*, 2024). Pikaajaliste taastusravitulemuste saavutamist toetavad individuaalsed ja tõenduspõhised harjutusprogrammid, terapeutilised suhted, sisemise motivatsiooni hoidmine ning pikaajaline professionaalne tugi koos kogukonnapõhise taastusravi ja tehnoloogiliste lahenduste parema kättesaadavusega (Chau *et al.*, 2022; Schnabel *et al.*, 2023; Sun *et al.*, 2025; van Dongen *et al.*, 2021). Samas jäävad insuldipatsientide vajadused sageli rahuldamata piiratud liikumisvõimaluste, kõrvalise abi puuduse ja teenuste vähese kättesaadavuse tõttu (Chau *et al.*, 2022). Insuldijärgsed füüsilised piirangud mõjutavad eelkõige igapäevategevuste sooritamist, millega kaasnevad keskendumisraskused, ebakindlus oma keha võimekuse suhtes, depressioonisümptomitega kohanemine ja raskused varasemate rollide ja identiteedi säilitamisel (van Dongen *et al.*, 2021).

Kokkuvõtvalt võib väita, et kroonilise KNS kahjustusega patsientide kesksedeks vajadusteks on taastusravi järjepidevus ja kättesaadavus, individuaalne ning psühholoogiline tugi, enesetõhususe toetamine ja kogukonnas toimetulekut võimaldav teenuste ning keskkonna kohandamine.

1.3 Taastusravi korraldus Eestis

Eestis tasub kindlustatud isikute taastusraviteenuste eest Tervisekassa oma lepingupartnerite juures, kui see on meditsiiniliselt näidustatud. Taastusravi osutatakse ambulatoorselt ja statsionaarselt ning selle vajaduse ja sobiva käsitlemise otsustab tavaliselt taastusarst (Tervisekassa, 2024b) või perearst. Esmatasandil kuuluvad ambulatoorse taastusravi alla patsiendile kodulähedased tervishoiuteenused, mida pakuvad perearst koos pereõe ja teiste spetsialistidega, eesmärgiga lahendada patsiendi sagedasemaid terviseprobleeme (Sotsiaalministeerium, 2025). Ambulatoorse taastusravi hulka kuuluvad ka füsioterapeudi, logopeedi või kliinilise psühholoogi iseseisvad teenused, mida osutatakse perearsti või nimistuga töötava üldarsti saatekirja alusel. Saatekirjale peab olema märgitud tervishoiuspetsialisti juurde suunamise põhjus (Tervisekassa, 2024a).

Akuutse KNS kahjustusega patsiendile võimaldab Tervisekassa sõltuvalt funktsioonihäire raskusest funktsioone taastavat statsionaarset taastusravi ravikoodidega 8028 ja 8029. Ravikoodiga 8028 on kuni ühe aasta jooksul pärast vajaduse tekkimist võimalik saada 14-päevast statsionaarset taastusravi kuni kaks korda aastas ning vajadusel võib ühe perioodi kestust kahekordistada 28 päevani. Ravikoodiga 8029 on kuni 1,5 aasta jooksul pärast vajaduse tekkimist võimalik saada 21-päevast statsionaarset taastusravi maksimaalselt kolm korda, kusjuures vajadusel võib ka selle perioodi kestust kahekordistada 42 päevani. Pärast seda, olenemata funktsioonihäirete taastumisest, võimaldab Tervisekassa vastava näidustusega patsientidele, sealhulgas kroonilise KNS kahjustusega patsientidele, 10-päevast statsionaarset taastusravi ravikoodi 8030 alusel. Nende raviperioodide hulk aasta lõikes ei ole Tervisekassa poolt piiratud (Riigi Teataja, 2024).

1.3.1 Kohaliku omavalitsuse poolt pakutavad teenused

Eestis on kohaliku omavalitsuse (edaspidi KOV) tugi abivajaduspõhine, mistõttu on selle roll näiteks kroonilise KNS kahjustusega inimese toetamisel abivajaduse hindamine ja sellele vastava sotsiaalabi korraldamine. KOV saab toetada inimest näiteks koduteenuse, isikliku abistaja teenuse ning sotsiaaltransporditeenusega, et suurendada igapäevast toimetulekut, turvalisust ja ligipääsu vajalikele tegevustele ja teenustele. Seejuures ei ole nende teenuste maht riiklikult üheselt fikseeritud, vaid kujuneb KOV abivajaduse hindamise ning kehtestatud tingimuste alusel (Riigi Teataja, 2025). Näiteks Tallinnas on sotsiaaltransporditeenus korraldatud eri teenuseliikidena. Kui liiniveoteenus on mõeldud regulaarseteks sõitudeks erivajadustega inimesele töö- või õppeasutusse, siis juhuveoteenuse kasutajal on võimalik teha üksiksõitudeks tervishoiuasutusse või avalikele teenustele

kuni 12 tasuta sõitu kalendriaastas ja 4 osaliselt tasulist sõitu kalendrikuus. Taksoveoteenuse kasutamise piirmäär on 190 eurot kalendrikuus ning teenuse kasutaja omaosalustasu on 25% sõidu maksumusest. Täistasuliste sõitude arv ei ole piiratud (Tallinn, n.d). Lisaks on omavalitsusel oluline roll eluruumi kohandamisel või sobiva eluruumi tagamisel (Sotsiaalkindlustusamet, 2023).

1.3.2 Taastusravi korraldus Ühendkuningriigi ja Hollandi näitel

Ühendkuningriigi (edaspidi ÜK) näitel käsitletakse insuldijärgset taastusravi järjepideva raviteekonnana, mis hõlmab haigla- ja kogukonnapõhist taastusravi. Nende riikliku tervise ja hooldusinstituudi (*National Institute of Health and Care Excellence – NICE*) poolt koostatud juhendi järgi tuleb insuldipatsientidele pakkuda vajaduspõhist multidistsiplinaarset taastusravi vähemalt 3 tundi päevas 5 päeval nädalas ning taastusravi vajadused tuleb algselt üle vaadata 6 kuu möödudes ja seejärel kord aastas. Kerge kuni mõõduka puudega patsientidele soovitatakse varajast toetatud kojuminekut ning neile peab haiglast üleminekul olema ligipääs kogukonnapõhisele insuldijärgsele taastusraviteenusele (NICE, 2023). ÜK näitel on ka seljaajukahjustuse järgselt korraldatud taastusravi haigla- ja kogukonnapõhise järjepideva raviteekonnana, kuid võrreldes insuldiga on see enam spetsialiseerunud ja tugineb eluaegsele jälgimisele seljaajukahjustuse keskuse poolt, toimides koostöös kogukonnapõhiste teenustega (NHS England, 2020). Võrreldes Eestiga on ÜK taastusravi maht, sagedus ja korraldus täpsemalt reguleeritud ning suuremal määral kogukonnapõhine, mistõttu on statsionaarsete ja ambulatoorsete taastusraviperioodide kõrval enam rõhutatud patsientide toetamist kogukonda integreerumisel. Seljaajukahjustusega patsientide taastusravi korraldus on osaliselt võrreldav Eesti süsteemiga, kui kõrvutada HNRK-d ÜK-s tegutsevate seljaajukahjustuse keskustega, kuid ka siin on ÜK kogukonnapõhiste teenustega lõimumine ulatuslikum.

Hollandi tervisekeskuses Sint Maartenskliniek on rakendatud kroonilise seljaajukahjustusega patsientide taastusravis interdistsiplinaarset järelkontrolli, mida tehakse nn karusellimudeli alusel. Mudel tähendab, et patsient läbib üks kuni kaks korda aastas ühe päeva jooksul viis 30-minutilist vastuvõttu arsti, erioe, füsioterapeudi, tegevusterapeudi ning sotsiaaltöötaja või psühholoogi juures, kus käsitletakse peamisi kaasnevaid terviseprobleeme. Järelkontrolli tulemusel saavad nii patsient kui ka tema perearst personaalse info ja soovitusel edasiseks. Kirjeldatud taastusravi korraldus võib aidata kaasnevate terviseprobleemide varajast märkamist ja ennetamist ning toetada seljaajukahjustusega patsientide elukestva järelravi vajadust (van Diemen *et al.*, 2021b). Enne järelkontrolli täidetav lisaküsimustik võib suurendada spetsialistide poolt antud soovitude hulka kaasnevate terviseprobleemide kohta ning võimaldada patsientidel tõstatada nende jaoks olulisi teemasid (Tijssen Klasen *et al.*, 2023).

1.4 Taastusravi korraldus Haapsalu Neuroloogilises Rehabilitatsioonikeskuses

Haapsalu Neuroloogiline Rehabilitatsioonikeskus (edaspidi HNRK) on Läänemaal asuv ambulatoorset ja statsionaarset taastusraviteenust osutav taastusravihaigla, kus on kolm kliinilist osakonda: spinaalse rehabilitatsiooni osakond, neurorehabilitatsiooni osakond ning laste taastusravi ja tugi-liikumiselundkonna taastusravi osakond. HNRK puhul on tegemist Eesti ainsa monoprofiilse ehk vaid taastusravi teenuseid osutava haiglaga, mistõttu on HNRK patsientuur üle-Eestiline. Tervisekassa lepingupartnerina on HNRK oma tegevuses spetsialiseerunud peamiselt neuroloogiliste probleemidega laste ning täiskasvanute taastusraviteenuste osutamisele, kellest suure osa moodustavad just kroonilises faasis kesknärvisüsteemi kahjustusega patsiendid (HNRK, 2026).

Käesoleva uuringu autorile teadaolevalt ei ole Eestis varasemalt kroonilises faasis olevate kesknärvisüsteemi kahjustusega patsientide vajadusi kvalitatiivselt uuritud, kuid Temehy *et al.* (2022), Guo *et al.* (2024), Mohammadi *et al.* (2022), van Diemen *et al.* (2021a) uuringud kinnitavad, et patsientide vajadusteks on ligipääs tervishoiuteenustele, taastusraviga jätkamine ning tugi taastusravi meeskonnalt. HNRK sisehindamine (märts, 2025) näitas, et keskmiselt ootasid seljaajukahjustusega patsiendid ravijärjekorras 212 päeva (neist kõige kauem 351 päeva) ning peaaegu kahjustusega patsiendid 189 päeva (neist kõige kauem 322 päeva). Vaatamata ambulatoorse taastusravi võimaluste olemasolule Eestis ootavad kroonilise KNS kahjustusega patsiendid keskmiselt kuni 1 aasta ravijärjekorras, et saada HNRK-s statsionaarset taastusravi. Eelöeldust lähtuvalt on vajadus selgitada HNRK-s statsionaarsel taastusravil viibivate kroonilise KNS kahjustusega patsientide taastusravi vajadused ning nende HNRK-sse korduva statsionaarsele taastusravile tagasituleku põhjused.

2. TÖÖ EESMÄRK JA ÜLESANDED

Magistritöö eesmärk oli selgitada kroonilises faasis kesknärvisüsteemi kahjustusega patsientide taastusravi vajadused ning Haapsalu Neuroloogilisse Rehabilitatsioonikeskusesse korduvale statsionaarsele taastusravile tagasituleku põhjused.

Uurimistöö ülesanded on järgmised:

1. Selgitada kroonilise kesknärvisüsteemi kahjustusega patsientide taastusravi vajadused haiguse kroonilises faasis.
2. Selgitada kroonilise kesknärvisüsteemi kahjustusega patsientide taastusravi kättesaadavust mõjutavad tegurid.
3. Selgitada kroonilise kesknärvisüsteemi kahjustusega patsientide taastusravi mõju iseseisvusele.
4. Selgitada keskkonna roll kroonilise kesknärvisüsteemi kahjustusega patsientide iseseisvusele.
5. Selgitada kroonilise seljaajukahjustuse ja insuldiga patsientide taastusravi vajaduste erinevused.

3. METOODIKA

3.1 Uuringu korraldus

Magistritöö eesmärgi ja ülesannete lahendamiseks viidi läbi empiiriline kvalitatiivne intervjuu-uuring, mis võimaldas analüüsida kroonilise KNS kahjustusega patsientide taastusravi teenustega seotud kogemusi, ootusi, vajadusi või kogetud takistusi teenuste kasutamisel, peegeldades andmeid, mida standardiseeritud funktsiooni- või elukvaliteedi näitajad ei pruugi piisavalt avada (Laherand, 2010). HNRK statsionaarsel taastusravil viibiva 14 patsiendiga viidi läbi poolstruktureeritud individuaalintervjuud, mille kestus varieerus vahemikus 15-56 minutit. Käesolev magistritöö kooskõlastati Tartu Ülikooli inimuuringute eetika komitee poolt (dokumendi nr 399/T-8; 17.03.2025).

3.2 Uuringus osalejad

Uuringus osales 14 kroonilise KNS kahjustusega patsienti: 7 insuldi ja 7 seljaajukahjustuse diagnoosiga patsienti (tabel 1 ja 2).

Tabel 1. Uuritavate individuaalsed demograafilised ja kliinilised põhiandmed

Kood	Sugu	Vanus (a)	Diagnoosirühm	Aeg tervisekahjustuse algusest (a)*	Intervjuu kestus (min)
P1	N	34	Insult	2	23
P2	N	80	Insult	2	50
P3	M	46	Insult	2	20
P4	N	72	Insult	8	20
P5	N	79	Insult	2	15
P6	M	65	Insult	3	17
P7	M	64	Insult	3	20
S1	M	50	Seljaajukahjustus	30	30
S2	N	55	Seljaajukahjustus	3	40
S3	N	36	Seljaajukahjustus	5	30
S4	M	34	Seljaajukahjustus	10	20
S5	M	53	Seljaajukahjustus	31	17
S6	N	50	Seljaajukahjustus	19	56
S7	M	53	Seljaajukahjustus	3	24

*Aeg tervisekahjustuse algusest on esitatud täisaastates ümardatuna lähima aastani

Tabel 2. Uuritavate kirjeldavate näitajate võrdlus diagnoosirühmade vahel (keskmine $\pm$ SD)

	Insult (n=7)	Seljaajukahjustus (n=7)
Vanus (a)	62,9 $\pm$ 17,3	47,3 $\pm$ 8,2
Aeg kahjustusest (a)	3,1 $\pm$ 2,2	14,4 $\pm$ 12,0
Intervjuu kestus (min)	23,6 $\pm$ 11,9	31,0 $\pm$ 13,4

Uuritavate arv valiti andmete küllastumise põhimõttest. Valim hõlmas kaht diagnoosirühma, et võimaldada kogemuste varieeruvuse analüüsimist (Laherand, 2010). Uuritavate leidmiseks tutvustas magistr töö autor HNRK spinaalse rehabilitatsiooni ja neurorehabilitatsiooni osakonna juhatajatele uuringu eesmärgi, sisu ning patsientide uuringusse kaasamise kriteeriume, palvega selekteerida uuringusse sobivad uuritavad ning edastada info magistr töö autorile. Valik põhines kaasamiskriteeriumitel ning uurija kinnitas patsientide sobivuse uuringusse. Seejärel tutvustas magistr töö autor uuringus osalejatele uuringu eesmärgi ja meetodit. Kui uuritav oli nõus osalema uuringus, siis ta täitis ja allkirjastas uuritava informeerimise ja teadliku nõusoleku vormi.

Uuringus osalemise kaasamiskriteeriumid:

- 1) patsient mõistab uuringu eesmärgi ning on võimeline allkirjastama uuritava informeerimise ja teadliku nõusoleku vormi;
- 2) patsiendi füüsiline seisund võimaldab aktiivset osalust individuaalintervjuus;
- 3) patsiendi võimalik kõnehäire ei takista osalust individuaalintervjuus;
- 4) patsient saab aru ja räägib eesti keeles;
- 5) patsiendi tervisekahjustusest on möödas rohkem kui 1,5 aastat (ravikood 8030);
- 6) patsient on vähemalt 18 aastat vana.

3.3 Andmete kogumine

Intervjuud tehti HNRK-s privaatses ruumis patsientide statsionaarse raviperioodi ajal päeva teises pooles, mil teraapiad olid lõppenud. Probleemikeskne poolstruktureeritud intervjuuvorm võimaldas uurijal juhtida vestlust teemade piires, jättes uuritavatele võimaluse küsimust põhjalikumalt analüüsida (Laherand, 2010). Intervjuude läbiviija ei olnud seotud uuritavate ravitööga.

Intervjuu läbiviimisel kasutati küsitluskava (LISA 1), mille koostamisel tugineti Guo *et al.* (2024), Mohammadi *et al.* (2022), Temehy *et al.* (2022) ja van Diemen *et al.* (2021a) uuringutele, magistr töö eesmärkidele ning HNRK ravitööga seotud spetsialistide kliinilisele kogemusele. Sisuliste ja põhjalike vastuste saamiseks esitati lisaks sondeerivaid küsimusi (Laherand, 2010).

Pilootintervjuu viidi füsioterapeudist kolleegiga, et hinnata intervjuukava arusaadavust ja küsimuste sõnastust, kuid mitte insuldi või seljaajukahjustusega patsiendiga.

Intervjuud lindistati, transkribeeriti ja analüüsiti uuritavate konfidentsiaalsuse garanteerimiseks pseudonüümitult. Transkribeerimiseks kasutati Tallinna Tehnikaülikooli kõnetehnoloogia labori poolt loodud avalikku kõnetuvastusteenust (Olev & Alumäe, 2024).

3.4 Andmete analüüs

Intervjuudest saadud andmete analüüsimiseks kasutati induktiivset kvalitatiivset sisuanalüüsi (Laherand, 2010), mille eesmärk oli tuvastada uuringus osalejate kogemustes ja vajadustes korduvad mustrid, tähendused ja teemad (Graneheim & Lundman, 2004). Juhtumiülene analüüs võimaldas võrrelda erinevate uuritavate kirjeldusi ning tuua esile nii sarnasusi kui ka eripärasid (Baxter & Jack, 2008).

Andmetest ülevaate saamiseks algas analüüsiprotsess intervjuude transkriptsioonide korduva läbilugemisega, et andmetega terviklikult tutvuda (Graneheim & Lundman, 2004; Braun & Clarke, 2006). Seejärel sooritati esmane avatud kodeerimine, mille käigus märgiti tekstilõikudele tähenduslikud koodid. Sarnase sisuga koodid koondati koondkoodideks ja seejärel laiemateks alateemadeks (tabel 3). Nende põhjal kujunesid läbivad peateemad, mis kirjeldasid uuringus osalejate taastusraviga seotud kogemusi ja vajadusi (Braun & Clarke, 2006).

Tabel 3. Näide koondkoodide loomisest ning rühmitamisest pea- ja alateema all

Peateema	Alateema	Koondkood	Tsitaat
Taastusravi	Ravi-	HNRK taastusravi	<i>“siin on see rütm selline sees, et ta on küll raske,</i>
	korraldus	motiveeriv mõju	<i>aga ta on nii hullult edasiviiv”</i>
	ja	HNRK personali	<i>“tugi on väga-väga tugev [...] seda oli kohe</i>
	keskkond	mõju taastumisele	<i>algusest peale tunda, et siin nagu toetatakse”</i>
		HNRK taastusravi	<i>“Enda soov ikka. Et noh, siin on see ravi kõige,</i>
		eelistamine	<i>kõige parem.”</i>
		HNRK ravikorraldus	<i>“mul ei ole isegi ei seda viite, kümnet minutitki,</i>
		piirab teenuse	<i>et siis see nagu tekitab nagu lisastressi</i>
		kasutamist	<i>natukene”</i>
		HNRK taastusravi	<i>“selle asutusega ma ilmselt ei oleks vist isegi</i>
		olulisus	<i>ratastoolis [...] elukvaliteedi tõus on tohutu”</i>

Analüüsi käigus käsitleti esmalt kõikide intervjuude transkriptsioone ühtse andmekogumina (Baxter & Jack, 2008). Kodeerimine toimus Tartu Ülikoolide infosüsteemide OneDrive Wordi ja

Exceli keskkonnas, kasutades tekstilõikude esiletõstmist ja grupeerimist. Kodeerimisprotsessi käigus peeti analüüsipäevikut, kuhu dokumenteeriti kodeerimismärkmed ning analüüsi käigus tekkinud mõtted ja refleksioonid. Sarnase sisuga koodid koondati koondkoodideks. Alateemade ja peateemade kujundamisel kasutati nn “pika laua meetodit”, s.t koodide visuaalset ja füüsilist grupeerimist, mis võimaldas tuvastada mustreid ja seoseid andmestikus. Analüüs oli iteratiivne ehk koodide, kategooriate ja teemade sõnastust täpsustati analüüsi käigus korduvalt, liikudes andmete ja tõlgenduste vahel edasi-tagasi (Laherand, 2010).

3.5 Tehisaru kasutamine käesolevas magistritöös

Käesoleva magistritöö varajases etapis kasutati OpenAI poolt loodud tehisaru ChatGPT ideede genereerimiseks ning teaduskirjanduse otsingu toetamiseks. Tehisaru abil täpsustati otsingu- ja märksõnu teadusartiklite leidmiseks, esitades sisend, mis sisaldas pealkirja, magistritöö eesmärki ning seonduvaid märksõnu. Tehisarult saadud otsingusõnu kasutati otsingute täiendamiseks teadusandmebaasides EBSCO Discovery, Google Scholar, Scopus, PubMed ning Web of Science. Tehisaru ei kasutatud andmeanalüüsi teostamisel ega töö sisulise teksti koostamisel.

4. TULEMUSED

4.1 Ülevaade magistritöö tulemustest

Andmeanalüüsi tulemusena moodustus 4 peateemat ning 13 alateemat. Peateemadeks kujunesid taastusravi, taastusravi kättesaadavus, iseseisvus ning keskkond. Alateemad kirjeldavad vastava uuritud peateema sisu täpsemalt (tabel 4).

Tabel 4. Andmeanalüüsist moodustunud peateemad ja alateemad

Kroonilise KNS kahjustusega patsientide vajadused kroonilises faasis	
Taastusravi • Mitmekesisus ja individuaalsus • Ravikorraldus ja keskkond • Roll kroonilises faasis	Taastusravi kättesaadavus • Ambulatoorse taastusravi takistused • Taastusravi järjepidevus • Teenuste korraldus
Iseseisvus • Iseseisvus kui eesmärk • Toimetulek ja enesejuhtimine • Iseseisvuse piirangud • Tugivõrgustik ja teenused	Keskkond • Kodukohanduste kättesaadavus • Väliskeskkonna ligipääsetavus • Üritustele ligipääs

4.2 Taastusravi

Kroonilises faasis vajavad KNS kahjustusega patsiendid individuaalselt kohandatud, mitmekesist ja piisavalt intensiivset taastusravi, mille keskne osa on füsioteraapia, kuid mille väärtus tõuseb koosmõjus teiste sekkumiste ja igapäevaelu seotusega. Patsientide taastusravi vajadus hõlmab lisaks teenustele ka sellist ravikorraldust ja toetavat keskkonda, mis vähendab koormust patsientidele ja toetab osalemist. Uuritavad kinnitasid, et kahjustuse kroonilises faasis taastusravi vajadus ei kao, vaid muutub sisult ehk esile tõusevad perioodiline hindamine, individuaalsete juhiste täpsustamine, motivatsiooni hoidmine ning sotsiaalne tugi.

4.2.1 Mitmekesisus ja individuaalsus

Uuritavate kirjeldustest ilmnes, et enamasti vajavad nad mitmekesist taastusravi, mis on individuaalselt kohandatud. Kuigi füsioteraapiat hinnati taastusravi keskse osana, siis peeti oluliseks ka tegevusteraapiat, massaažiteenust, füüsilist ravi ning erinevaid teraapiavorme tipp tehnoloogiliste seadmetega. Taastusravi väärtust hinnati erinevate sekkumiste koosmõju kaudu, mitte otseselt üksikute teenuste olemasolu põhjal.

S3: *“kõik need tegelikult erinevad... grupiteraapiad ja... on olulised. Kindlasti ujumine ja siis... no massaaž, muidugi, ja Lokomat ka. Tegelikult kõik on, mulle tundub, et vajalikud, mis ma seni nagu olen siin saanud.”*

Teenuste olulisus erines lähtuvalt uuritavate funktsionaalsest võimekusest ning toetust vajavatest tegevustest. Vaatamata sellele, et teenuste mitmekesisuse keskmes nähakse vajadustele vastavat, praktilise suunitluse ja arendava koormusega individuaalset taastusravi, rõhutati ka taastusravi intensiivsust, mis võib kompenseerida mõne teenuse puudumist.

S1: *“kord aastas Haapsalus, kus on nagu ikkagi intensiivne selline noh, tegu on nagu treeninglaagriga [...] see annab selle toonuse sulle sisse, on ju, seda on vaja.”*

4.2.2 Ravikorraldus ja keskkond

Uuritavad väärtustasid toimivat ravikorraldust ja toetavat keskkonda. Taastusravi peeti tulemuslikumaks, kui keskkond on turvaline, teenus hästi korraldatud ning personal heatahtlik, pakkudes nii professionaalset abi kui ka vaimset toetust, eesmärgiga säilitada motivatsioon kehaliseks treeninguks ka väljaspool taastusraviperioodi.

S2: *“kahest miljardist sõnast jääb väheks selleks, et kirjeldada HNRK inimeste pühendumist. [...] alustame koristajast, lõpetades juhatajaga [...] eranditult kõik [...] on nii pühendunud. Mina ei ole näinud siin mitte ühtegi vingus nägu [...] siin füsioterapeudi sära silmades [...] see kõik annab nii palju jõudu, see inimeste pühendumine”*

Uuritavate kohaselt on nende vaimne ja füüsiline koormus paremini toetatud, kui taastusravi teenust osutatakse statsionaarselt, mitte ambulatoorselt.

S6: *“minu plussiks on veel see, et see kõik on ühes majas ööbimisega [...] oma kodukohas ma peaksin käima nagu kodust ja see ei tule mul üldse kõne alla, sest see sahmerdamine [...] väsitab mu juba nii ära ja kurnab nii ära [...] ma ei teeks kodus ei mitte midagi enam ja tegelikult ma ei suuda ka endast seal ravil anda, sest see kõik on mulle liiga kurnav.”*

Seljaajukahjustusega uuritavad viitasid HNRK taastusravi teenuste ajagraafiku paindlikkuse vähesusele, mis tekitas lisastressi, raskendas osalemist mõnel teenusel ega arvestanud piisavalt uuritavate individuaalse koormustaluvuse ja tegutsemisaktiivsusega.

S4: *“Näiteks basseinis käik, et siin majas on mu jaoks, [...] nii raske, keeruline ja nagu pikk ettevõtmine [...] seal majas näiteks võimaldatakse mulle 2 aega jutti ja saab nagu nautida ka asja, ei pea kiirustama [...] saan aru, siin majas on oma nii-öelda kord ja see üks aeg on üks aeg [...] aga lihtsalt ei saa kiiremini. [...] sellepärast siin majas ei käigi näiteks basseinis”*

4.2.3 Roll kroonilises faasis

Uuritavad nägid kahjustuse kroonilises faasis taastusravi kui perioodilise hindamise ja individuaalse nõustamise võimalust. Ajakohased terapeutilised soovitusel ja funktsionaalse võimekuse võrdlus varasema taastusraviperioodiga võimaldasid toetada uuritava igapäevast toimetulekut.

S3: *“me saame võrrelda seda eelmise korraga, seda progressi. [...] kui ma siia tulen, siis ma saan aru nagu, kuidas läinud on. Muidu ei pane tähele väga. Aga see on nagu sihuke pidepunkt”*

P5: *“kõike õpetati... trepist käima. Nüüd ma läksin ise palatisse, nägite, oma jalgadega. [...] praegu oli, aasta oli vahet, ma tunnen, et ma lähen tugevamana minema siit. [...] niisugune nagu kindlam ja no läbi nende oskuste, mis nad siin õpetavad”*

Kroonilises faasis KNS kahjustusega uuritavate jaoks omas taastusravi nii sotsiaalset kui psühholoogilist tähendust. Eriti hinnati grupitegevusi, suhtlemisvõimalusi ja kogemuste jagamist teiste sarnase kogemusega inimestega ning seda eelkõige seljaajukahjustusega uuritavate seas. Kuigi teiste patsientidega kokkupuute tähenduse olulisust peeti eriti tähtsaks akuutses faasis, siis püsis sotsiaalse toe vajadus aktuaalsena ka kroonilises faasis.

S3: *“mulle on meeldinud siin, on need grupiteraapiad, kus on nagu ringis. Minu arust see nagu on päris tore, et just selle sotsiaalse poole pealt [...] kuidagi nagu psühholoogiliselt mõjub hästi, mulle tundub. [...] see ei pea olema isegi mingi niisugune suur asi, aga lihtsalt nagu niisugune toetab ka nagu selles mõttes taastumist”*

P2: *“kohe peale abikaasa surma, siis oli see raske muidugi. Eks ma niisugune vindunud olin, aga noh, hea, et mul see kaaslane oli siis, toakaaslane, kes sai aru ja, ja kes hästi palju nagu rääkis, sellest oli hästi palju kasu”*

Uuritavate kogemused näitasid, et taastusravi eesmärk muutub ajas koos patsiendi funktsionaalse võimekuse suurenemisega. Kui taastusravi alguses oli eesmärk saavutada parim võimalik iseseisvus, siis kroonilises faasis funktsionaalset võimekust säilitada või järkjärgult suurendada.

S3: *“Alguses oli rohkem see, et... et kuidas iseseisvalt hakkama saada [...] alguses nii füüsiline kui ka psühholoogiline, see mure oli ikka tunduvalt nagu suurem. Et seda praegu, muret nagu ei olegi. Et pigem on nagu see, et [...] füüsiliselt veel tugevamaks”*

S4: *“tegelikult on nagu üldseis paremaks läinud [...] Ja nagu tegelikult tuleb ka ikkagi, et on aega päris palju möödas, aga ma ütleks, et tuleb, ikkagi tunnen, et tuleb vaikselt, vaikselt, aga tuleb. [...]*

Pigem ütleks, et eesmärk on see, et hoida vähemalt seda, mis on olemas, et ja kui tuleb, siis tuleb juurde, aga ma ise tunnen näiteks, et tuleb.”

4.3 Taastusravi kättesaadavus

Ambulatoorne taastusravi võib ametlikult olla võimalusena olemas, kuid patsiendi jaoks võib see jääda sisuliselt kättesaamatuks. Uuritavad näevad taastusravi ajas korduva ja järjepideva vajadusena, mille eesmärk on säilitada või suurendada funktsionaalset võimekust ning ennetada üldist tagasilangust. Uuritavad tajusid, et taastusravi kättesaadavust piirasid ka süsteemipoolt seatud piirangud, milleks olid taastusraviperioodide vähene pikkus, piiratud ambulatoorsed võimalused ning sõltuvus arsti otsusest ja suunamisest.

4.3.1 Ambulatoorse taastusravi takistused

Ambulatoorseid taastusraviteenuseid kasutasid või olid varasemalt kasutanud 12 uuritavat, kelle hinnangul takistasid ambulatoorse taastusravi kasutamist logistilised ja teenuse korraldusega seotud tegurid. Esile toodi transpordikorralduse keerukust, tervishoiuasutuse kaugust ning teenusele jõudmise suurt energia- ja ajakulu.

P2: *“ta määras mulle ka taastusravi seal, aga no sa ei saa ju käia, kui sa kaugel oled, noh, 35 kilomeetrit, ega seegi maa. Ise enam ei saa sõita ju. [...] jätan omal siis ühe selle hoolduse ära, et ühe hoolduse arvelt siis käiks Tartus”*

Uuritavate varasema ambulatoorse taastusravi kasutamist ja kogemust on mõjutanud teenuse pealiskaudsus, mitteindividuaalne lähenemine, terapeudi vähesed kogemused, aga ka keerulised ligipääsutingimused ja perearstisüsteemi takistused saatekirja saamisel.

P6: *“võib öelda, et teenus puudub [...] jätsin pooleli, ma läksin sisse, läksin teisipidi välja, mis ma teen seal, noh, seal ei ole midagi teha. [...] visuaalselt näha, kui astud ruumi sisse, siis no mitte midagi ei ole, mis sa teed seal [...] ebakvaliteetse teenuse suhtes puudub huvi.”*

S3: *“Ma ei ütleks, et väga kõrgelt hindaks [...] võib-olla isegi logistiliselt oleks pannud sobima [...] mingid harjutused nagu anti, aga väga [...] kuidagi see meelestatud [...] pealiskaudselt kuidagi [...] anti mingid harjutused lihtsalt, et tee neid”*

Lisaks kirjeldasid uuritavad info puudust ambulatoorsetele teenustele saamise tingimuste, teenuste liigi ja infot omava pädeva isiku osas.

P4: *“Tegelikult võiks olla [...] et kui ma näiteks tahan endale koju saada füsioterapeuti, et mul oleks kuskilt võimalik tellida või kokku leppida, et ma saaksin. Praegu käib kõik... kuskil keegi soovitab ja kuskil keegi otsib. Et see kättesaadavus on päris raske”*

4.3.2 Taastusravi järjepidevus

Kui mõned uuritavad pidasid oluliseks igapäevast ambulatoorset taastusravi ja koduteenuseid, siis teised rõhutasid vajadust perioodilistele taastusraviperioodidele ning vahetamistele iga poole aasta tagant. KNS kahjustuse kroonilises faasis vajavad uuritavad taastusravi funktsionaalsele võimekusele ja igapäevasele toimetulekule vastavas sageduses.

S1: *“Selline, kas kogu aeg [taastusravi saada], pigem mitte. Pigem aeg-ajalt [...] Küll iga füüsiline trenn, mis jääb mõistlikkuse piiridesse, on nagu igati abiks [...] ma rääkisin arstiga ka, et selline umbes poole aasta pärast võiks teha koduvisiidi, see füsioteraapia [...] Et jälle samamoodi vaadata ja logistada läbi”*

Järjepideva taastusravi vajadust põhjendasid uuritavad eeskätt sellega, et ilma regulaarse treeninguta ja professionaalse suunamiseta võib funktsionaalne võimekus kiiresti langeda, mistõttu käsitleti taastusravi võimekuse säilitamise vahendina. Uuritavad väljendasid kõrget valmisolekut osaleda taastusravis, kui see on kättesaadav ning sobitub patsiendi elukorraldusega. Rõhutati ka vajadust füsioteraapia koduteenusele, mis võimaldab kohandada harjutusi kodukeskkonna järgi ning kõrvaldaks transpordiga seotud takistused.

P2: *“kindlasti vajaksin, [...] niisugusel vanainimesel, selline taandareng käib nii kähku, seda ei saa nagu arugi [...] kuus kuud selle õlaga ma käisin siis Tartus taastusravis. [...] see õlg oleks kohe uuesti kinni jäänud, kui poleks seal taastusravi olnud, nii et, et taastusravi on ikka väga vajalik. [...] Aga inimene peab ise tahtma seda asja.”*

4.3.3 Teenuste korraldus

Uuritavate hinnangul piirab taastusravi kättesaadavust lisaks eelkirjutatule ka teenuste süsteemiga seotud takistused. Statsionaarse taastusravi puhul peeti raviperioodi kohati liiga lühikeseks, arvestades kohalesõiduga seotud väljakutseid, taastusravi intensiivsust ja vajadust saada teraapiaperioodilt võimalikult palju kasu. Ühtlasi tajuti, et ligipääs korduvatele statsionaarsetele taastusraviperioodidele sõltub arsti otsusest, järjekorrast ning suunamise võimalusest. Eriti selgelt kirjeldasid ligipääsu ebakindlust korduvatele statsionaarsetele taastusraviperioodidele HNRK-s insuldirühma uuritavad.

P2: *“No see aeg võiks natukene pikem olla. [...] see nii pikk sõit [...] kõik see suur vaev ja nüüd sea kott kokku ja... Ja mina ise ei saa pakkida ja midagi, teiste vaeva ja noh, nii ruttu jälle koju tagasi. [...] see kümnepäevane või ta võiks olla kaks või kolm päeva pikem. See, see intensiivne trenn siin on täpselt see, [...] et teed nii palju kui jõuad ja natuke veel.”*

Uuritavad tõdesid, et taastusravi saatekirja saamine sõltub nii arsti kui patsiendi ühisotsusest, mida määrab patsiendi motivatsioon ning taastusravi tajutav tulemuslikkus. Samas tekitas taastusravi saatekirjaga seonduv korraldus mõnes patsiendis ebakindlust ja tunnet, et ligipääs taastusravile sõltub konkreetsest arstist või tema subjektiivsest hinnangust patsiendi funktsionaalse võimekuse arengu potentsiaalile.

S7: *“arstiga räägin, [...] kui minu siinkäimisest on kasu, [...] tuleb mingi tulu, eks ju, elukvaliteet paraneb [...] siis on nagu asi... asi oluliselt lihtsam [...] kui siin käimisest mingit tolku ei oleks, siis... siis arst ka ilmselt neid saatekirju ei kirjutaks.”*

Piiratuks peeti ka ambulatoorse taastusravi võimalusi, mis kodulähedaselt puudusid sageli täielikult või ei vastanud mahupoolest patsientide tegelikele taastusravi vajadustele.

S5: *“ega seal ei olegi, et Laagris sihuke, tehti küll uus tervisekeskus, ega seal midagi suurt ei ole [...] seal nagu, kui midagi ei pakuta, [...] peale perearsti.”*

S2: *“mul on see füsioterapeut, aga seal näiteks arst kirjutab 10 korda välja, aga tal on need ajad nii täis. Siis saad, [...] 2 korda kuus, 45 minutit, [...] see on ilmselgelt ikka väga vähe.”*

4.4 Iseseisvus

Kroonilise KNS kahjustusega patsientide jaoks oli iseseisvus taastusravi keskne eesmärk, mida seostati toimetuleku ja eneseväärikusega. Iseseisvus väljendus teadlikus enesejuhtimises, kus igapäevast toimetulekut toetati tegevuste kohandamise, regulaarse treeningu ning valikulise abi kasutamisega. Iseseisvust piirasid nii psühholoogilised kui ka füüsilised tegurid ning erinevates eluvaldkondades avalduv kõrvalabi vajadus, mistõttu oli iseseisvus sageli osaline ja tingimuslik. Iseseisvuse säilitamine sõltus lisaks patsiendile ka tugivõrgustiku, ametliku toe ja sotsiaalteenuste olemasolust, kättesaadavusest ja sobivusest.

4.4.1 Iseseisvus kui eesmärk

Uuritavate jaoks oli iseseisvus igapäevaelus keskne väärtus ning selle saavutamine ja säilitamine üks olulisemaid taastusraviga seotud eesmärke. Taastusravi tähendust hinnati suuresti selle kaudu, mil määral see aitas tulla toime kõrvalise abita. Sealjuures seostati iseseisvust enesevastutuse, eneseväärikuse ja tulevikuvõimalustega.

P2: *“No lihtsalt püsida nii palju, kui vähegi võimalik, et ma, noh, ise toime saaksin. Et ma ei peaks minema hooldekodusse.”*

S6: *“ma olen jah nagu seda meelt, et isegi kui [...] toidu tegemine [...] võib võtta mul ka kolm päeva aega [...] siis ma ei ole see allaandja [...] et see sotsiaaltöötaja tooks mulle see toidu iga päev koju - mkm [...] võimalikult palju ennast mitte mugavustsooni ära nagu push'ida”*

P6: *“usun, et kui kahe või kolme kuu pärast näha, äkki ma ei vajagi enam abi. Mul on lootus niisugune, et ei sea oma elueesmärki abivajajana ülesse, katsuks [...] ise hakkama saada”*

Füüsilise võimekuse suurendamist nähti ühe vahendina igapäevase iseseisvuse saavutamiseks ja säilitamiseks, olgu eesmärgiks omaette elamine, iseseisev liikumine või tööle asumine.

P7: *“kui ma iseseisvalt selle kasvõi kõnnikepiga käima saaksin paremini [...] seda ma siia tulengi nagu viimistlema [...] et oma jala peal saaks kiiremini edasi.”*

S3: *“füüsiline mure, kõige suurem. Et, et saaks rohkem liikuda ja paremini liikuda [...] kolin nüüd omaette ka, et siis vaatan, kuidas see tuleb välja, et siis peale viit aastat... siis proovin nagu uuesti iseseisvalt elada”*

4.4.2 Toimetulek ja enesejuhtimine

Uuritavate kogemused näitasid, et iseseisvus igapäevaelus ei tähendanud kroonilises faasis täielikku kõrvalabita toimetulekut, vaid sageli teadlikult kujundatud enesejuhtimist. Igapäevast toimetulekut toetati erinevate strateegiate abil, mille hulka kuulusid regulaarne iseseisev treenimine, kindla päevakava hoidmine ning tegevuste kohandamine vastavalt oma võimekusele. Iseseisvus väljendus oskuses ja valmisolekus oma tegevusi planeerida, jaotada ning vajadusel ümber kujundada.

S1: *“Hoida võimalikult toonust. See, kui sa oled nii kaua toolis olnud, siis keha atrofeerunud asi. See tähendab seda, et sa pead andma füüsilist koormust kogu aeg. [...] kui sa lased pausi peale selle asja, nii sa ei jõua enam.”*

Iseseisvuse säilitamine hõlmas ühtlasi valikulist kõrvalabi ja abivahendite kasutamist. Abi ei nähtud alati iseseisvuse vastandina, vaid ka võimalusena suunata oma jõudu tegevustele, mis olid patsiendi jaoks olulisemad või mõistlikumad ise teha.

S1: *“Mul käib 2 korda nädalas abiline, kes aitab siis soolt tühjendada [...] aeg-ajalt lasen kellelgi põranda korralikumalt üle pesta ja nii edasi [...] selline no elus püsimiseks asjad on jah, ongi siis nii-öelda potil käimine ja pesemine. [...] Et ma saaksin üksi ka, aga lihtsalt mingid asjad võtavad ebamõistlikult kaua aega ja neid asju ma palun siis teistel teha”*

P3: *“sellega ma olen saanud nii, et saan ise nüüd. [...] Igapäevaselt, tegelikult ei vajaks [kõrvalabi], aga ma saan hakkama nii, et täitsa üksi olen ka.”*

4.4.3 Iseseisvuse piirangud

Uuritavate kirjeldustest ilmnes, et nende iseseisvust piirasid nii psühholoogilised kui ka füüsilised tegurid. Valu kui iseseisvust piirav tegur tõusis käesolevas valimis esile eeskätt seljaajukahjustusega uuritavate kirjeldustes, mõjutades liikumistahet, meeleolu ja valmisolekut päevatoimetusi sooritada. Psühholoogiliste tegurite all kirjeldati haigusega kohanemist emotsionaalselt raske protsessina, mis tõi kaasa enesehaletsust, stressi ning vajaduse olukorraga järkjärgult leppida. Füüsilise võimekuse vähenemine raskendas liikumist, enesehooldust ja teiste igapäevategevuste sooritamist.

S7: *“praegu on nüüd... mis põhiliselt nagu takistab või piirab nagu niisugust kvaliteetse elu elamist, on valud ja vaevused [...] paneb piduri mõnikord [...] nii meeleolule [...] kui ikka iga liigne liigutus valus on, siis, noh, sa ei taha liigutada [...] praegu ma ei saa kindel olla, et ma hommikul nagu jaksan ja tahan üldse üles tõusta”*

P4: *“kui see haigus tuli, siis päevapealt oli kõik plaks ja kadunud. Ma olin hästi tegus sinna maani ja siis pärast enesehaletsus on väga... see oli väga suur, väga suur.”*

Kõrvalabi vajadus administratiivsete tegevuste juures tõusis eeskätt esile insuldirühma uuritavate kirjeldustest. Lisaks ilmnes, et uuritavate iseseisvust piiras vajadus kõrvalabi järele hügieenitoimingutel, treeningul, transpordi korraldamisel ja üritustel osalemisel. Kõrvalabi vajaduse ulatus erines uuritavate vahel, mistõttu oli iseseisvus igapäevaelus sageli osaline või tingimuslik, sõltudes näiteks sümptomite raskusest või valu olemasolust.

P1: *“tugiisik on ka mul [...] tema teeb, no paneb neid aegu, need... invataksole, [...] mulle ei meeldi inimestega rääkida ja siis tema teeb seda minu eest. [...] mina jooksen kokku, ma hakkan puterdama [...] tema saab kohe kõik laksust, kõik need ajad ülesse”*

4.4.4 Tugivõrgustik ja teenused

Uuritavate kirjeldustest ilmnes, et iseseisvuse säilitamine sõltus lisaks patsiendi enda võimekusele ja pingutusele ka teda ümbritsevast toest. Olulist rolli mängis tugivõrgustik, mis koosnes enamasti elukaaslasest, pereliikmetest, sõpradest, sugulastest või naabritest. Tähtis oli nii tugivõrgustiku poolt pakutud praktiline kui ka emotsionaalne tugi, mis aitas säilitada turvatunnet, osalust ja motivatsiooni igapäevaelus.

P4: *“Mul on kaks õde, kes mind kogu aeg aitavad. Mul on poeg ja tütar. Ja muidugi mehest rääkimata, mees on super. [...] kõige suurem on see, et, et koos olla. See annab emotsionaalselt niisugust head tunnet.”*

Samas ilmnes, et lähedaste tugi oli piiratud ega olnud kõigile uuritavatele võrdselt kättesaadav. Mõned kirjeldasid, et tugivõrgustiku abi tuli teadlikult reguleerida, arvestades abistajate enda elu ja koormust. Mõnel uuritaval puudus tugivõrgustik.

S1: *“seda peab siis doseerima, et kui palju sa kellelegi abi küsid [...] inimesed ei väsi ära mitte ühe suure asja aitamisest, vaid väikeste korduvate asjade aitamisest [...] mitte ei ole see, et sa ei taha tulla aidata, vaid sul on oma elu, mida elada”*

Tugivõrgustiku puudumisel omandab suurema tähtsuse ametlik tugi sotsiaaltöötaja, koduteenuste ja sotsiaaltakso näol, mis võimaldavad toetada iseseisvust transpordi, poeskäimise ja koduste tegevuste korraldamisel. Nimetatud teenuste kasutamist võis aga piirata vähene kättesaadavus, bürokraatia või omafinantseeringu vajadus.

P2: *“mul ei ole vajadus olnud [poes käia] [...] sotsiaaltöötaja on [...] nii hea inimene jälle. Ma ei pea seda poe nimekirjagi tegema [...] toob need asjad [...] niisugune klapp, mis tekib. [...] kui sa oled üksik vana inimene, siis on küll nii hea, kui keegi tuleb ja sinuga räägib”*

S1: *“kui invataks liinid on otsas, mis on selline umbes 8-10 sõitu [...] mida on vähe, selgelt. Et sa pead nagu laveerima, muidu käiks rohkem [...] ei kalkuleeriks kuu alguses, et ma ei, ei tee seda sõitu, et äkki kuu lõpus on vaja”*

4.5 Keskkond

Kodukeskkonna sobivus määrab otseselt patsiendi iseseisva toimetuleku igapäevaelus, kuid vajalike kodukohanduste saamine sõltub sageli spetsialistide kaasamisest, rahastusest ja kohaliku süsteemi toest. Väliskeskkonna ligipääsetavus määrab enamasti, kas patsient saab väljaspool kodu iseseisvalt liikuda või sõltub kõrvalabist. Üritustel osalemine on võimalik siis, kui korraldus võimaldab seda teha turvaliselt, väärikalt ja võimalikult iseseisvalt.

4.5.1 Kodukohanduste kättesaadavus

Uuritavad kirjeldasid, et iseseisvus igapäevaelus oli tihedalt seotud kodukeskkonna sobivusega. Selle olemasolu mõjutas otseselt seda, kas patsient tuli kodus iseseisvalt toime või vajab kõrvalabi. Sageli sõltus iseseisvus näiliselt väikestest detailidest nagu ukseava laius, lävepakkude kõrgus, käsipuude olemasolu või ligipääs vannituppa. Kodukohanduste puhul ilmnes, et oluliseks peetud lahendused varieerusid sõltuvalt patsiendi liikumisviisist ja funktsionaalsest toimetulekust:

kui ratastooliga liikuvad uuritavad rõhutasid tasapinnalisuse olulisust, siis uuritavad, kes kõnnivad, käsipuude olulisust.

S2: *“mul on nüüd vannituba, kuhu ma ise sisse saan. Ennem ei saanud sinna sisse, siis oli mul abistaja abi vaja selleks, [...] aga nüüd mul on suur uks ja avatud vannituba”*

S1: *“lävepaku kõrgused, detailset siit, on maksimaalselt sentimeeter [...] parkimiskoht meeter laiem ja parkimiskohalt kõnniteele on tasapinnas [...] kaks meetrit tasapinda, et ust avada ja elektrooniliselt avaneb uks [...] igal pool on seda arvestatud, nii et mina oma nõrkade kätega, aga nagu saan igal pool selles asumis liikuda vabalt”*

Uuritavate kogemused viitasid, et kodukohanduste kavandamisel ja rakendamisel oli oluline spetsialistide kaasamine, kuna sobivad lahendused ei olnud alati patsiendile või tema lähedastele iseenesest selged. Ilmnes, et vajalike kohanduste kättesaadavus sõltus ka rahastusest ja KOV toest. Kui väiksemad kohandused tehti sageli omafinantseeringuga, siis suuremate lahenduste puhul oodati KOV tuge. Enamasti kirjeldati toetuse saamist sujuvana, kuid üksikutel uuritavatel esines olukordi, kus rahastuse saamine oli keeruline, aeganõudev ning vajas ühel juhul kohtuteed kohaliku omavalitsusega. Kodukohanduste mõju iseseisvusele sõltus lisaks praktilisele sobivusele ka nende kättesaadavusest patsiendile.

S4: *“Astangu need inimesed mingid tulid [...] pakuti välja, mis parimad lahendused on ja siis hakati tegema seda [...] arvestades, et inimest näinud ei ole, et mismoodi hakkama saab, et siis... ütlen, et paremini ei saa vist.”*

S2: *“kodukohanduse ma sain läbi kohtus käimise [...] vald ütles mulle, et ei, see projekt on liiga kallis, ja ei teinud [...] ma andsin halduskohtusse selle. [...] lõpuks [...] vald andis mulle 2000 eurot. Ma ei osanud nutta ega naerda, selle 2000 euro eest ükski ehitusmees ei... vaatab ainult uksest sisse, ütleb head aega”*

4.5.2 Väliskeskkonna ligipääsetavus

Väliskeskkonna ligipääsetavus mõjutab otseselt patsientide võimalusi iseseisvalt liikuda ja igapäevaelus osaleda. Kitsad ligipääsud, trepid, astmed ning tasapinnalisuse puudumine ja muud füüsilised takistused võisid muuta iseseisvat liikumist ebaturvaliseks, seda aeglustada või täielikult takistada. Uuritava iseseisvus sõltus lisaks tema füüsilisele võimekusele ka ümbritseva keskkonna ligipääsetavusest.

S1: *“kui panna mingisse teise keskkonda, siis ma olen totaalselt nagu kõiges sõltuv teistest inimestest. Et kui ma lähen sinna Haapsalusse ema juurde, siis [...] esimesest sentimeetrist peale ma ei saa ise*

mitte midagi teha [...] Kõik need kivid, platsi peal, kus ma ei saa isegi ringi keerata [...] trepid ja toas on kõrged pakud ja vannituppa ei mahu”

Vastustest ilmnes, et väliskeskkonnas liikumine eeldas tihtilugu etteplaneerimist. Kirjeldati, et enne poodi, trenni, tööle või üritusele minekut oli vajalik sageli uurida, kas sinna on võimalik ligi pääseda ratastooli või muu abivahendiga. Pidev planeerimisvajadus võis olla vaimselt koormav ning vähendada spontaanset osalemist. Ühtlasi mõjutas liikumise iseseisvust ilmastik ehk vihm, külm ja talvised olud muutsid väljas liikumise keeruliseks ning sundisid kasutama kõrvalist abi või taksoteenust. Ligipääsu toetas omakorda sobiva parkimiskoha olemasolu, mis võis muuta väliskeskkonnas liikumise oluliselt lihtsamaks.

S3: *“kui on vaja kuskil käia... poodides või tööl või, või trennis. Saab, siis leian need kohad, mis on lihtsalt ligipääsetavad, et peab neid nagu enne siis uurima, [...] kuidas ma saan”*

S2: *“kui on mingi, juba pakane paugub ja vihma sajab ja mul on [...] 2 kilomeetrit bussi pealt koju sõita selle ratastooliga, [...] siis pean hakkama kasutama taksoteenust”*

4.5.3 Üritustele ligipääs

Uuritavate kogemused näitasid, et üritustel osalemise võimalused olid seotud seda ümbritseva keskkonna ligipääsetavusega ning läbimõeldud korraldusega. Kaldteede, liftide, invakohtade või ligipääsetavate tualettide puudumisel muutus osalemine keeruliseks, väsitavaks või osaliselt võimatuks. Seejuures oli määrav, et lahendused toimisid ka tegelikkuses ja võimaldasid patsiendil üritusel viibida võimalikult iseseisvalt ja turvaliselt.

S6: *“inimesed üldjuhul ei märka seda ratastooliinimest [...] lähed nagu [...] ellujäämiskursusele [...] see on nagu meeletult väsitav [...] tihti olnud ka see, kus öeldakse, et jah, ratastoolil on võimalused olemas. [...] kui sa nagu kohale lähed, siis tegelikult neid võimalusi ei ole.”*

Olenemata takistuste olemasolust kirjeldasid patsiendid aktiivset osalemist teatris, muuseumites, kontsertidel, laatadel ja muudel avalikel üritustel, tajudes ka ligipääsetavuse järkjärgulist suurenemist ajas. Üritustel osalemine oli uuritavate jaoks oluline sotsiaalse osaluse vorm, mille ulatus sõltus otseselt keskkonna ligipääsetavusest.

S4: *“põhiline ongi, et kohalikud [...] üritused [...] seal on ligipääs väga hea [...] aitan seal ka mõelda [...] näiteks need invatualetid olen organiseerinud, et mõlemal üritusel nagu oleks olemas [...] esimene aasta näiteks, kui üldse läksin üritusele, ei olnud ühtegi toolis, aga hiljem olen näinud, et [...] päris palju on neid tekkinud sinna.”*

5. ARUTELU

5.1 Töö olulisemad tulemused

Käesoleva magistr töö eesmärk oli selgitada kroonilises faasis KNS kahjustusega patsientide taastusravi vajadused ning HNRK-sse korduva statsionaarsele taastusravile tagasituleku põhjuseid. Tulemused näitasid, et patsiendid vajavad kahjustuse kroonilises faasis mitmekesist, individuaalset ja järjepidevat taastusravi. Taastusravi kättesaadavust mõjutasid mitmed füüsilised tegurid, sealhulgas transpordi puudumine, teenust pakkuva asutuse kaugus ja piiratud liikumisvõime, ning taastusravi korraldusega seotud tegurid, sealhulgas teenuste vähene kättesaadavus ja maht, ebaühtlane kvaliteet ning info puudus. Patsientide jaoks on taastusravi oluline iseseisva toimetuleku säilitamiseks, aga ka funktsionaalse võimekuse suurendamiseks, perioodiliseks hindamiseks, individuaalse nõustamise saamiseks ja motivatsiooni hoidmiseks. KNS kahjustusega patsientide igapäevast toimetulekut mõjutavad nii füüsiline kui ka sotsiaalne keskkond.

Üldjoontes olid insuldi ja seljaajukahjustusega patsientide taastusravi vajadused sarnased, kuid ilmnemise erinevused. Seljaajukahjustusega uuritavad rõhutasid grupitegevuste tähtsust, tõid välja valu kui peamise iseseisvust piirava teguri ning väljendasid muret HNRK ravikorralduse vähese paindlikkuse osas. Insuldiga uuritavad tajusid ebakindlust korduva statsionaarsele taastusravile pääsemisel, esile toodi vajadused administratiivsete tegevuste ja taastusravi korraldamisega seotud abi järele. Ratastooliga liikuvad uuritavad rõhutasid nii kodu- kui väliskeskkonnas tasapinnalisuse olulisust ning iseseisva liikumise suuremat sõltuvust ilmastikuoludest.

Kuna kroonilises faasis KNS kahjustusega patsientide taastusravi vajadusi käsitlevate kvalitatiivsete uuringute hulk on piiratud, tuleb käesoleva töö tulemuste võrdlemisel varasema kirjandusega arvestada, et enamik leitud uuringutest ei keskendunud otseselt kroonilises faasis patsientide kogemustele ja vajadustele, vaid hõlmasid erinevates ravifaasides uuritavaid. Samuti käsitles varasem teaduskirjandus enamasti kas ainult insuldi või ainult seljaajukahjustusega patsiente, samas kui käesolevas töös olid esindatud mõlemad diagnoosirühmad. Varasemad uuringud olid teostatud teistsuguse tervishoiusüsteemi ja kultuurilise taustaga kontekstis, mistõttu ei ole nende tulemused Eesti oludega alati üheselt võrreldavad, kuid võimaldavad välja tuua kattuvusi patsientide taastusravi vajaduste käsitluses.

5.2 Kroonilise kesknärvisüsteemi kahjustusega patsientide taastusravi vajadused

Sarnaselt käesoleva töö tulemustele on ka varasemates uuringutes kirjeldatud KNS kahjustusega patsientide vajadust mitmekesisele taastusravile. Sun *et al.* (2025) leidsid, et insuldipatsientide jaoks suurendasid taastusravi tähenduslikkust füüsilise, emotsionaalse ja sotsiaalse

toe koosmõju, paindlik taastusravi ning grupitegevused. Taastusravi muutus tähenduslikumaks kui see oli seotud patsiendi igapäevaelu, kodukeskkonna ja elurollidega (Schnabel *et al.*, 2023). Grupitegevuste olulisusele kogemusnõustajate või sarnase kogemusega patsientide kaasamise näol on viidanud ka van Diemen *et al.* (2021a) seljaajukahjustusega patsientide uuringus, mis kinnitab, et kahjustuse kroonilises faasis ei saa taastusravi olla üksiku teenuse, vaid patsiendi seisundiga seotud erinevate sekkumiste keskne. Idividuaalse taastusravi vajadust kirjeldasid ka Sun *et al.* (2025), Guo *et al.* (2024) ja Schnabel *et al.* (2023), kelle tulemused rõhutasid individuaalse professionaalse juhendamise, patsiendi vajadustele vastavate sekkumiste ning igapäevaeluga seotud taastusravi olulisust. Lisaks on esile toodud perioodilise hindamise vajadust progressi jälgimiseks, individuaalse tagasiside ja edasiste juhiste saamiseks (Sun *et al.*, 2025; Temehy *et al.*, 2022). Notkin *et al.* (2026) leidsid, et kui taastusravi on liiga üldine ja põhineb ühetaolisel lähenemisel, siis ei tunne patsiendid end taastusraviprotsessi kaasatuna. Eelöeldule tuginedes võib järeldada, et KNS kahjustusega patsiendid võivad eelistada kodulähedase ambulatoorse taastusravi asemel statsionaarset taastusravi HNRK neurorehabilitatsiooni või spinaalse rehabilitatsiooni osakonnas, kuna ambulatoorne taastusravi ei ole nende jaoks piisavalt individuaalne, spetsialiseerunud ega vasta täielikult nende vajadustele. Perioodilise hindamise vajaduse toetamiseks võib rakendada nn karusellimudelit, kus patsient käib üks kuni kaks korda aastas ühe päeva jooksul mitme erineva spetsialisti järjestikusel vastuvõtul. Järelkontrolli eel täidetav küsimustik võimaldab sihipärasemalt hinnata kaasnevaid terviseprobleeme, toetab soovitude andmist edasiseks raviteekonnaks (van Diemen *et al.*, 2021b; Tjisse Klasen *et al.*, 2023) ning tagab patsiendi jaoks individuaalse otsuse taastusravi vajaduse kohta.

Taastusravi järjepidevuse olulisust rõhutavad ka Temehy *et al.* (2022) ja Sun *et al.* (2025), kes väidavad, et insuldipatsiendid vajavad pikaajalist, piisava sageduse ja intensiivsusega ning paindlikult korraldatud taastusravi, mis jätkuks ka pärast haiglast väljakirjutamist. Sarnaselt käesoleva magistritöö tulemustele kirjeldasid Temehy *et al.* (2023), et pärast haiglast väljakirjutamist kogesid patsiendid üksiolekut, teenuste lõppemist või ambulatoorsete teenuste ebapiisavat mahtu. Koduse harjutamise jätkamiseks vajati professionaalset toetust koduteenuse näol, hindamaks harjutuste korrektset sooritust (van Dongen *et al.*, 2021). Käesoleva magistritöö tulemused täiendavad eelöeldut sellega, et kroonilise KNS kahjustusega patsientide jaoks võib taastusravi järjepidevus väljenduda HNRK statsionaarse ja kodulähedase ambulatoorse taastusravi kombineerimises. Samas jäi järjepidev taastusravi paljude uuritavate puhul puudulikuks, olles katkendlik ja juhuslik ning sõltudes muuhulgas ambulatoorsete teenuste kättesaadavusest. Taastusravi teenuse saamise sageduse osas olid uuritavad arvamusel, et kahjustuse kroonilises faasis on vajalik küll järjepidevus, kuid teenuse saamise sagedus ja sisu sõltuvad individuaalsetest vajadustest.

Korduvatele HNRK statsionaarsetele taastusraviperioodidele ligipääsu ebakindlust kirjeldasid selgemalt insuldirühma uuritavad. Ühe võimaliku selgitusena võib seda seostada asjaoluga, et käesolevas uuringus osalenud insuldipatsiendid olid seljaajukahjustusega uuritavatega võrreldes pigem varasemas kroonilises faasis, mistõttu võis nende ootuste ja vajaduste seotus taastusravi jätkumisega olla vahetum. Samuti võib rolli mängida asjaolu, et insuldipatsientide hulk on tervishoiusüsteemis suurem, kuid statsionaarse taastusravi kohtade arv osakonnas ei pruugi sellele proportsionaalselt järgneda, mistõttu võib nõudlus üksikutele ravikohtadele olla suurem.

Psühholoogilise toe vajadus ei olnud käesolevas töös kroonilises faasis patsientide jaoks keskne teema. Uuritavad seostasid psühholoogilist tuge perioodilise hindamise ja toetava kontaktiga. Roth *et al.* (2024) uuring toetab seda tõlgendust üldisel tasandil, kirjeldades, et kroonilise seljaajukahjustusega inimeste jaoks muutusid ajas olulisemaks pigem keskkonna, transpordi ja igapäevase toimetulekuga seotud küsimused kui varasemad taastumisprotsessi teemad, mis võib viidata, et psühholoogilise toe vajadus on enam väljendunud varasemas ravifaasis.

5.3 Kroonilise KNS kahjustusega patsientide takistused taastusravi saamisel

Füüsiliste takistuste osas on käesoleva magistritöö tulemused kooskõlas varasemate uuringutega, kus taastusravi kasutamist piirasid teenust pakkuva asutuse kaugus, transpordiprobleemid, piiratud liikumisvõime ja teenusele jõudmise koormav mõju, mis väljendub riietumise, transpordi ning liikumisega kaasneva väsimusena. Temehy *et al.* (2022) töid esile, et insuldipatsientide jaoks raskendasid ambulatoorsel taastusravil osalemist pikk vahemaa, ligipääsmatu ühistransport ja alternatiivsete transpordivõimaluste kallidus. Sun *et al.* (2025) ülevaateartiklis ilmnis samuti, et kaugus, sõiduaeg ja muud logistilised piirangud muutsid taastusravis osalemise paljude patsientide jaoks keeruliseks. Käesolev magistritöö kinnitab eelkirjeldatud tulemusi transpordivõimaluste piiratud mahuga. Uuritavate kinnitusel tuli piiratud hulga soodustingimustel kasutatavate sotsiaaltranspordi sõitude tõttu kuusiseseid käike hoolikalt planeerida ja jagada erinevate vajaduste vahel, mistõttu ei olnud ambulatoorsel taastusravil osalemine patsiendi jaoks alati realistlik. Ambulatoorsel taastusravil osalemine võib lisaks raviasutusse ja sealt tagasi sõitmisele eeldada ka täiendavat kõrvalabi asutusesiseseks liikumiseks. Seega võivad transpordiga seotud ajakulu, lisakoormus ja pidev planeerimisvajadus olla üheks põhjuseks, miks osa patsiente eelistab HNRK statsionaarset taastusravi ambulatoorsele vormile.

Käesolevas töös ilmnisid ka taastusravi teenuste korraldusega seotud piirangud, mis vähendasid taastusravi kättesaadavust. Sarnaselt varasematele uuringutele (Temehy *et al.*, 2023; Guo *et al.*, 2024; Notkin *et al.*, 2026) seisnes probleem teenuste piiratud mahus ja kättesaadavuses, ebaühtlases kvaliteedis, rahastuse ja suunamisega seotud piirangutes ning taastusravi väheses järjepidevuses. Temehy *et al.* (2023) uuringus kogesid insuldipatsiendid pärast haiglast

väljakirjutamist teenuste vähesust ja ambulatoorse taastusravi ebapiisavat mahtu. Guo *et al.* (2024) ja Notkin *et al.* (2026) kirjeldasid omakorda süsteemi killustatust, standardiseeritud lähenemist ja raviteekonna vähest sidusust, mille tõttu ei vastanud taastusravi alati patsiendi tegelikele vajadustele. Taastusravi teenuse saamist võis mõjutada ka rahaline surve, kuna vajalikud lisateenused või kodune tugi ei olnud kõigile patsientidele kättesaadavad (Guo *et al.*, 2024; Temehy *et al.*, 2023). Käesoleva töö tulemused täiendavad eelnimetatud põhjuseid ebakvaliteetse kodulähedase ambulatoorse taastusravi, ebapiisava ravimahu ja mitte individuaalse teenuse näidetega. Kuna HNRK taastusravimeeskonna pakutud toe ja teenuste kvaliteeti hinnati väga kõrgelt, siis võib see olla üheks põhjuseks korduvatele statsionaarsetele taastusraviperioodidele naasmisel. Samas tuleb eelnimetatud hinnangu tõlgendamisel arvestada võimaliku sotsiaalse soovitatavuse mõjuga (Bispo Júnior, 2022), kuna intervjuu läbiviija töötas HNRK füsioterapeudina. Vaatamata sellele, et intervjuu läbiviija ei olnud uuritavate raviteekonnaga otseselt seotud, võis tema seotus asutusega mõjutada mõnda uuritavat väljendama personali suhtes positiivsemaid hinnanguid.

Käesoleva töö tulemused näitasid, et taastusravi kättesaadavust vähendas ka info puudus. Patsientidel ei olnud sageli selget teadmist, milliseid taastusravi teenuseid pakutakse, kuidas neile ligi pääseda või kelle poole info saamiseks pöörduda. Sarnaseid tulemusi on kirjeldatud ka varasemates uuringutes, kus patsiendid vajasisid taastusravivõimaluste kohta selgemat, usaldusväärsemat ja ajas korduvalt antavat infot (Temehy *et al.*, 2022; Guo *et al.*, 2024; Sun *et al.*, 2025). Käesoleva töö tulemused on sarnased eelkirjeldatud uuringute tulemustega, patsiendid ootavad asjakohase info proaktiivset jagamist taastusravisüsteemi poolt. Autori hinnangul võiks info puudust ning ambulatoorse taastusravi kättesaadavuse probleeme vähendada see, kui taastusarstid, füsioterapeudid ja teised tervishoiutöötajad annaksid patsientidele proaktiivselt teavet olemasolevate taastusravivõimaluste kohta ning selgitaksid ka kroonilise faasi taastusravi eesmäärke, mis erinevad varasema ravifaasi taastumiskesksest fookusest. Selle protsessi toetamiseks võivad abiks olla ühtlustatud infomaterjalid ja spetsialistidele suunatud lühikoolitused taastusraviteenuste tutvustamise osas.

5.4 Kroonilise KNS kahjustusega patsientide iseseisvust toetavad tegurid

Käesoleva töö tulemused näitasid, et kroonilise KNS kahjustusega patsientide jaoks seostus taastusravi tähendus otseselt iseseisvuse säilitamise ja suurendamisega. Sarnaselt varasematele uuringutele ilmnes, et taastusravi toetas patsientide jaoks füüsilise ja funktsionaalse võimekuse arengut, igapäevaste tegevuste juurde naasmist ning sõltuvuse vähenemist kõrvalabist (Sun *et al.*, 2025; van Dongen *et al.*, 2021; Schnabel *et al.*, 2023). Seega võib järeldada, et kroonilise KNS kahjustusega patsientide jaoks on taastusravi vajadus seotud igapäevaelus kogetud iseseisvuse ja

enesejuhtimise vähenemise ning kõrvalabi vajadusega, mille leevendamist nähakse statsionaarsel taastusravil ühe peamise eesmärgina.

Käesoleva töö tulemused näitasid, et patsientide iseseisvus ja osalus sõltusid olulisel määral ka füüsilisest ja sotsiaalsest keskkonnast. Varasemad uuringud on sarnaselt kirjeldanud, et kodukohandused, ligipääsetav väliskeskkond, transpordivõimalused ning kogukonnas liikumise tegelik võimalikkus mõjutavad otseselt patsientide iseseisvat toimetulekut ja osalust (Roth *et al.*, 2024; Mohammadi *et al.*, 2022; Chau *et al.*, 2022). Uuritavate kogemused viitasid, et kodukohanduste kavandamisel ja rakendamisel on oluline spetsialistide kaasamine nii akuutses kui ka kroonilises faasis, kuna iseseisev toimetulek kodukeskkonnas võib sõltuda näiliselt väikestest, kuid funktsionaalselt olulistest detailidest. Iseseisvat liikumist väliskeskkonnas võisid piirata ka talvised või vihmased ilmastikuolud. Sarnaselt kirjeldasid Eskola *et al.* (2025), et talvised kliimabarjäärid võivad seljaajukahjustusega inimeste välitegevusi piirata või viia nende täieliku vältimiseni.

Sotsiaalse keskkonna puhul on varasemas kirjanduses rõhutatud tugivõrgustiku, praktilise abi, emotsionaalse toe ja teenuste olulisust patsiendi osalise või tingimusliku iseseisvuse korral (Sun *et al.*, 2025; Temehy *et al.*, 2023; Denham *et al.*, 2022). Tugivõrgustiku toetamise olulisust kinnitab Denham *et al.* (2022), kelle järgi on insuldipatsientide kodustel hooldajatel sageli pikaajalisi rahuldamata vajadusi, mis osutab tervishoiutöötajate jätkuva toe ning koolituste ja teenuste parema kättesaadavuse vajaduse järele. Käesolev töö täpsustab neid tulemusi sellega, et füüsiline ja sotsiaalne keskkond ei olnud üksnes taastusravi taustategurid, vaid kujundasid otseselt seda, kas patsient sai oma olemasolevat võimekust igapäevaelus kasutada. Kuna osa uuritavaid kirjeldas tugivõrgustiku toe piiratust, ilmnes ühtlasi vajadus toetada nii patsiente kui ka nende lähedasi tervishoiutöötajate jätkuva kaasatuse ning sobivate sotsiaalteenuste kaudu. Kokkuvõtvalt võib järeldada, et füüsilisel ja sotsiaalsel keskkonnal on oluline roll kroonilise KNS kahjustusega patsientide iseseisvuse ja osaluse toetamisel.

5.5 Töö piirangud ja tugevused

Käesoleva uuringu piiranguna tuleb arvestada, et kuna valim koosnes HNRK-s korduval statsionaarsel taastusravil viibivatest inimestest, siis kirjeldavad tulemused eelkõige nende kroonilises faasis KNS kahjustusega patsientide kogemusi, kes on HNRK-sse jõudnud ja sealset taastusravi kasutanud. Üleüldiste järelduste tegemist kroonilises faasis KNS kahjustusega patsientide taastusravi vajaduste kohta piirab osaliselt ka valimi suurus. Samuti tuleb tulemuste tõlgendamisel arvestada ka võimaliku sotsiaalse soovitatavuse mõjuga, kuna intervjuu läbiviija töötas HNRK füsioterapeudina. Kuigi ta ei olnud uuritavate raviteekonnaga otseselt seotud, võis tema seotus asutusega mõjutada mõnda uuritavat väljendama HNRK personali ja teenuste suhtes positiivsemaid hinnanguid.

Uuringu tugevuseks on selle keskendumine KNS kahjustuste kroonilisele faasile, mida on varasemates kvalitatiivsetes uuringutes käsitletud vähem kui akuutset ravifaasi. Samuti on tugevuseks kahe diagnoosirühma kaasamine, kuna varasemad uuringud on enamasti keskendunud kas ainult insuldi või ainult seljaajukahjustusega patsientidele. Kahe diagnoosirühma kaasamine võimaldas kirjeldada nii kroonilise KNS kahjustusega patsientide ühiseid taastusravi vajadusi kui ka diagnoosirühmade rõhuasetusi. Töö tugevuseks võib pidada ka patsientide vahetu perspektiivi kasutamist, mis võimaldas käsitleda taastusravi vajadusi nende endi kogemuste ja hinnangute kaudu. Lisaks on uuringul praktiline rakendatavus, kuna tulemused pakuvad sisendit kroonilises faasis patsientide vajadustele paremini vastavate taastusraviteenuste kujundamiseks.

5.6 Tulemuste praktikasse rakendatavus ja soovitus edaspidisteks uurimistöödeks

Töö tulemused võivad anda sisendit taastusraviteenuste arendamiseks ja paremaks kohandamiseks patsientide vajadustele. Käesoleva töö tulemused viitavad, et kroonilise KNS kahjustusega patsientide taastusravi järjepidevuse tagamine eeldab ambulatoorse taastusravi kättesaadavuse suurendamist. Seda saab toetada sotsiaaltranspordi kättesaadavuse suurendamise, kodulähedaste taastusravivõimaluste arendamise (nt füsioterapeudi teenuse pakkumine tervisekeskustes) ning koduteenuste laialdasema rakendamise kaudu. Samuti on oluline proaktiivne ja korduvalt antav teave taastusravi eesmärkide, võimaluste ning teenuse kasutamise tingimuste kohta nii patsientidele kui ka nende lähedastele.

Kodukohanduste kavandamisel tuleb süsteemselt protsessi kaasata vastava pädevusega spetsialistid (nt tegevusterapeut, sotsiaaltöötaja), kuna ka kroonilises faasis võivad iseseisvat toimetulekut piirata kodukeskkonna näiliselt väikesed, kuid funktsionaalselt olulised tegurid. Taastusravi suurema individuaalsuse toetamiseks on vajalik lähtuda enam patsiendi individuaalsetest eesmärkidest ning siduda need igapäevase toimetuleku ja iseseisvuse säilitamisega. Patsientide puhul, kelle taastusravi vajadus on eeskätt perioodiline hindamine, võib sobiva lahendusena rakendada interdistsiplinaarset karusellimudelit.

Taastusravi mitmekesisuse suurendamiseks on põhjendatud grupipõhiste sekkumiste ja sarnase kogemusega patsientide kaasamine, kuna need võivad samaaegselt toetada oskuste omandamist, motivatsiooni ja sotsiaalset osalust ning olla ressursikasutuse seisukohalt tõhusad. Sellest lähtuvalt peab kroonilise KNS kahjustusega patsientide taastusravis laiemalt rakendama aktiivse rehabilitatsiooni põhimõtetel põhinevaid laagreid või grupipõhiseid sekkumisi, mis toetavad iseseisvuse ja igapäevase aktiivsuse suurenemist praktilise tegevuse ja kogemusõppe kaudu (ARI, 2025).

Edasised uuringud on vajalikud, et selgitada kroonilise KNS kahjustusega patsientide taastusravi vajadused suuremas ja mitmekesisemas valimis, kaasates ka neid patsiente, kes ei viibi

HNKK statsionaarsel taastusravil või kelle ligipääs taastusraviteenustele on piiratud. Täpsemat käsitlemist vajavad ka insuldi ja seljaajukahjustusega patsientide võimalike erinevuste sügavam analüüs.

6. JÄRELDUSED

1. Kesknärvisüsteemi kahjustusega patsiendid vajavad kroonilises faasis mitmekesist, individuaalset ja järjepidevat taastusravi, mis sisaldab perioodilist funktsionaalse võimekuse hindamist, nõustamist ja piisava intensiivsusega sekkumisi. Nimetatud vajaduste katmine seostub Haapsalu Neuroloogilise Rehabilitatsioonikeskusesse korduvale taastusravile tagasituleku põhjustega.
2. Kroonilise kesknärvisüsteemi kahjustusega patsientide taastusravi kättesaadavust mõjutavad füüsilised ja taastusravi korraldusega seotud tegurid. Füüsilisteks teguriteks on transpordi piiratud kättesaadavus, teenust pakkuva asutuse kaugus ja piiratud liikumisvõime. Taastusravi korraldusega seotud teguriteks on teenuste vähene kättesaadavus ja maht, ebaühtlane kvaliteet ning info puudus.
3. Taastusravi toetab kroonilise kesknärvisüsteemi kahjustusega patsientide iseseisvust, funktsionaalset võimekust, enesejuhtimist ja igapäevast toimetulekut.
4. Kroonilise kesknärvisüsteemi kahjustusega patsientide iseseisvust mõjutavad füüsilise keskkonnana kodukohandused, väliskeskkonna ligipääsetavus ja transpordivõimalused ning sotsiaalse keskkonnana tugivõrgustik ja riigi poolt pakutavad sotsiaalteenused.
5. Kroonilise seljaajukahjustusega patsiendid rõhutavad grupitegevuste olulisust, kirjeldavad iseseisvust piirava tegurina valu ning toovad välja Haapsalu Neuroloogilise Rehabilitatsioonikeskuse ravikorralduse vähest paindlikkust. Kroonilise insuldiga patsiendid kogevad ebakindlust korduvale statsionaarsele taastusravile saamisel ning vajavad kõrvalabi administratiivsete tegevuste juures.

KASUTATUD KIRJANDUS

1. ARI (Active Rehabilitation International). (2025). AR Camp Estonia. <https://www.activerehabinternational.com/ar-camp-estonia> (külastatud 5. mai 2026).
2. Atasoy, M., Kalaoglu, E., Bucak, O. F., & Coskun, E. (2025). "What should a rehabilitation hospital be like?" Priorities and expectations of people with spinal cord injury in Türkiye. *Spinal Cord*, 63(1): 38-42. <https://doi.org/10.1038/s41393-024-01049-7>
3. Barclay, L., Robins, L., Migliorini, C., & Lalor, A. (2021). Community integration programs and interventions for people with spinal cord injury: A scoping review. *Disability and Rehabilitation*, 43(26): 3845-3855. <https://doi.org/10.1080/09638288.2020.1749889>
4. Baxter, P., & Jack, S. (2008). Qualitative Case Study Methodology: Study Design and Implementation for Novice Researchers. *The Qualitative Report*, 13(4): 544-559. <https://doi.org/10.46743/2160-3715/2008.1573>
5. Bernhardt, J., Hayward, K. S., Kwakkel, G., Ward, N. S., Wolf, S. L., *et al.* (2017). Agreed definitions and a shared vision for new standards in stroke recovery research: The Stroke Recovery and Rehabilitation Roundtable taskforce. *International Journal of Stroke*, 12(5): 444-450. <https://doi.org/10.1177/1747493017711816>
6. Bispo Júnior, J. P. (2022). Social desirability bias in qualitative health research. *Revista de Saude Publica*, 56: 101. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2022056004164>
7. BMJ Best Practice US. (2026). Chronic spinal cord injury: Symptoms, diagnosis and treatment. <https://bestpractice.bmj.com/topics/en-us/1176> (külastatud 5. mai 2026).
8. Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2): 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
9. Chau, J. P. C., Lo, S. H. S., Butt, L., & Liang, S. (2022). Post-Stroke Experiences and Rehabilitation Needs of Community-Dwelling Chinese Stroke Survivors: A Qualitative Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(23): 16345. <https://doi.org/10.3390/ijerph192316345>
10. Chen, C. H., Chang, T. Y., Sung, P. S., Su, H. C., Chou, C. H., *et al.* (2025). An overview of post-stroke disability. *Journal of the Formosan Medical Association (in press)*. <https://doi.org/10.1016/j.jfma.2025.10.038>
11. Denham, A. M. J., Wynne, O., Baker, A. L., Spratt, N. J., Loh, M., *et al.* (2022). The long-term unmet needs of informal carers of stroke survivors at home: A systematic review of qualitative and quantitative studies. *Disability and Rehabilitation*, 44(1): 1-12. <https://doi.org/10.1080/09638288.2020.1756470>

12. Ding, W., Hu, S., Wang, P., Kang, H., Peng, R., *et al.* (2022). Spinal Cord Injury: The Global Incidence, Prevalence, and Disability From the Global Burden of Disease Study 2019. *Spine*, 47(21): 1532-1540. <https://doi.org/10.1097/BRS.00000000000004417>
13. eClinicalMedicine. (2023). The rising global burden of stroke. *eClinicalMedicine*, 59: 102028. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2023.102028>
14. Eriks-Hoogland, I., Jordan, X., Baumberger, M., Seijas, V., Huber, B., *et al.* (2024). Recommendations for long-term follow-up care of secondary health conditions in spinal cord injury/disorder: A systematic review. *Frontiers in Rehabilitation Sciences*, 5: 1371553. <https://doi.org/10.3389/fresc.2024.1371553>
15. Eskola, K., Tallqvist, S., Zechner, M., Arokoski, J., Hämäläinen, H., *et al.* (2025). Conceptions of accessibility among persons with spinal cord injury in Finland. *Disability & Society*, 40(8): 2255-2277. <https://doi.org/10.1080/09687599.2024.2412829>
16. Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2): 105-112. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>
17. Guo, Z., Zeng, S., Ling, K., Chen, S., Yao, T., *et al.* (2024). Experiences and needs of older patients with stroke in China involved in rehabilitation decision-making: A qualitative study. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 24: 330. <https://doi.org/10.1186/s12911-024-02735-5>
18. HNRK (SA Haapsalu Neuroloogiline Rehabilitatsioonikeskus). (2026). Haiglast. <https://www.hnrk.ee/haiglast> (külastatud 5. mai 2026).
19. Laherand, M. L. (2010). *Kvalitatiivne uurimisviis*. 2. trükk. Sulesepp.
20. Li, X., He, Y., Wang, D., & Rezaei, M. J. (2024). Stroke rehabilitation: From diagnosis to therapy. *Frontiers in Neurology*, 15: 1402729. <https://doi.org/10.3389/fneur.2024.1402729>
21. Mohammadi, F., Oshvandi, K., Bijani, M., Borzou, S. R., Khodaveisi, M., *et al.* (2022). Perception of facing life's challenges in patients with spinal cord injury in Iran: A qualitative study. *BMC Psychology*, 10: 202. <https://doi.org/10.1186/s40359-022-00909-2>
22. NHLBI (National Heart, Lung and Blood Institute). (2023). Stroke: What Is a Stroke? <https://www.nhlbi.nih.gov/health/stroke> (külastatud 5. mai 2026).
23. NHS England. (2020). Spinal cord injury services (adults and children). <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2019/04/service-spec-spinal-cord-injury-services-all-ages.pdf>
24. NICE (National Institute for Health and Care Excellence). (2023). Stroke rehabilitation in adults. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng236>

25. Notkin, G. T., Molsted, S., Jensen, M. B., Lind, L., & Bove, D. G. (2026). How do stroke survivors experience rehabilitation goal setting and plans to support their rehabilitation? A qualitative study. *Disability and Rehabilitation*, 48(1): 108-116.
<https://doi.org/10.1080/09638288.2025.2499578>
26. Olev, A., & Alumäe, T. (2024). Open source platform for Estonian speech transcription. *Language Resources and Evaluation*, 59: 4421-4438. <https://doi.org/10.1007/s10579-024-09777-1>
27. Platz, T. (2021). Clinical Pathways in Stroke Rehabilitation: Evidence-based Clinical Practice Recommendations. Springer International Publishing. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-58505-1>
28. Roth, E. J., Lovell, L., & Barry, A. (2024). Perspectives on factors influencing quality of life in persons with long-term spinal cord injury: A qualitative study. *Spinal Cord*, 62(6): 343-347. <https://doi.org/10.1038/s41393-024-00991-w>
29. Schnabel, S., van Wijck, F., & Kidd, L. (2023). Supporting stroke survivors to meet their personal rehabilitation needs in community-based arm rehabilitation: Development of initial programme theories to explore what may work for whom, how and under what circumstances. *Frontiers in Neurology*, 14: 1089547.
<https://doi.org/10.3389/fneur.2023.1089547>
30. Sotsiaalhoolekande seadus (2025). Riigi Teataja, 30.12.2025.
<https://www.riigiteataja.ee/akt/SHS>
31. Sotsiaalkindlustusamet. (2023). Eluruumi tagamise teenus. Juhend kohaliku omavalitsuse sotsiaaltöö ametnikule. https://sotsiaalkindlustusamet.ee/sites/default/files/documents/2023-02/Eluruumi%20tagamise%20teenuse%20juhend_2023.pdf
32. Sotsiaalministeerium. (2025). Esmatasand. <https://www.sm.ee/esmatasand> (külastatud 5. mai 2026).
33. Sun, X., Shi, Y., Liu, C., Wang, S., Li, D., *et al.* (2025). Experience and needs of stroke patients in physical rehabilitation: A systematic review and meta-synthesis. *BMC Health Services Research*, 25(1): 1062. <https://doi.org/10.1186/s12913-025-13213-7>
34. Tallinn. (kuupäev puudub). Sotsiaaltransport.
<https://www.tallinn.ee/et/teenused/sotsiaaltransport> (külastatud 5. mai 2026).
35. Temehy, B., Rosewilliam, S., Alvey, G., & Soundy, A. (2022). Exploring Stroke Patients' Needs after Discharge from Rehabilitation Centres: Meta-Ethnography. *Behavioral Sciences*, 12(10): 404. <https://doi.org/10.3390/bs12100404>

36. Temehy, B., Soundy, A., Sahely, A., Palejwala, Y., Heath, J., *et al.* (2023). Exploring the needs of stroke patients after discharge from rehabilitation centres in Saudi Arabian communities: An IPA qualitative exploratory study design. *PLoS ONE*, 18(9): 1-17. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0291263>
37. Tervisekassa. (2024a). Iseseisva tervishoiuspetsialisti juhend teenuse osutamiseks. Juhend teenuse osutajale. https://tervisekassa.ee/sites/default/files/IT_juhised/this_iseseisva_vastuvotu_tegevusjuhend.pdf
38. Tervisekassa. (2024b). Taastusravi. <https://www.tervisekassa.ee/taastusravi> (külastatud 5. mai 2026).
39. Tervisekassa tervishoiuteenuste loetelu. (2024). Riigi Teataja, 10.06.2024. <https://www.riigiteataja.ee/akt/113062024006>
40. Tjisse Klasen, J., van Diemen, T., Langerak, N. G., & van Nes, I. J. W. (2023). Effects of Adaptations in an Interdisciplinary Follow-Up Clinic for People with Spinal Cord Injury in the Chronic Phase: A Prospective Cohort Study. *Journal of Clinical Medicine*, 12(24): 7572. <https://doi.org/10.3390/jcm12247572>
41. van Diemen, T., van Nes, I. J. W., van Laake-Geelen, C. C. M., Spijkerman, D., Geertzen, J. H. B., *et al.* (2021a). Learning self-care skills after spinal cord injury: A qualitative study. *BMC Psychology*, 9: 155. <https://doi.org/10.1186/s40359-021-00659-7>
42. van Diemen, T., Verberne, D. P. J., Koomen, P. S. J., Bongers-Janssen, H. M. H., & van Nes, I. J. W. (2021b). Interdisciplinary follow-up clinic for people with spinal cord injury: A retrospective study of a carousel model. *Spinal Cord Series and Cases*, 7: 86. <https://doi.org/10.1038/s41394-021-00451-0>
43. van Dongen, L., Hafsteinsdóttir, T. B., Parker, E., Bjartmarz, I., Hjaltadóttir, I., *et al.* (2021). Stroke survivors' experiences with rebuilding life in the community and exercising at home: A qualitative study. *Nursing Open*, 8(5): 2567-2577. <https://doi.org/10.1002/nop2.788>
44. WHO (World Health Organization). (2024). Spinal cord injury. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/spinal-cord-injury> (külastatud 5. mai 2026).

LISA 1. Intervjuu küsitluskava

Intervjuu küsitluskava

Patsiendi elukorraldus ja igapäevaelu

1. Kui vana Te olete?
 - 1.1 Millal Teil diagnoositi insult/seljaajukahjustus?
 - 1.2 Kas Teile on mainitud diagnoosiga seoses teostatud operatsioon?
2. Milline on Teie elukorraldus?
 - 2.1 Millega Te igapäevaselt tegelete?
 - 2.2 Kuidas on Teil lahendatud poeskäigud?
 - 2.3 Kui palju Te osalete üritustel, kus sooviksite käia?
 - 2.4 Mis Teid nende tegevuste sooritamisel takistab?
 - 2.5 Mis võiks Teil nende tegevuste sooritamisel abiks olla?
3. Millistel toimingute juures Te vajate kodus abi?
 - 3.1 Kuidas saate kodus toidu lauale?
 - 3.2 Kas ja millist abi vajate hügieenitoimingutega (pesemine, tualetis käimine)?
 - 3.3 Milliseid kodukohandusi olete vajanud ja kas olete need saanud?
 - 3.4 Kuidas olete vastavad kodukohandused saanud?
 - 3.5 Milliseid kodukohandusi Te veel vajate?
4. Milline on Teie tugivõrgustik?
 - 4.1 Palun kirjeldage tugivõrgustiku poolt saadavat tuge.

Patsiendi HNRK-sse statsionaarsele taastusravile tuleku põhjused

5. Millistele muredele Te statsionaarse taastusraviga lahendust otsite?
6. Kuidas Te HNRK-sse sattusite?
 - 6.1 Kuidas selle otsuseni jõudsite - oli see arsti soovitus või Teie enda soov?
 - 6.2 Kui kaua Te ootasite HNRK-sse ravile saamist?
 - 6.3 Kuidas kirjeldaksite HNRK-sse taastusravile saamist?
7. Kuidas hindate HNRK taastusravi meeskonna poolt pakutud tuge?

Patsiendi enda poolt väljendatud taastusravi vajadused

8. Millised on Teie enda hinnangul taastusravi vajadused?
 - 8.1 Millised on Teie iganädalased vajadused?
 - 8.2 Millised on Teie pikaajalised vajadused?

9. Kuidas on Teie taastusravi vajadused kaetud?

9.1 Mis on hästi?

9.2 Millest tunnete puudust või mis võiks olla paremini?

10. Milliseid taastusraviga seotud teenuseid Teie kodu lähedal pakutakse?

10.1 Kus asub Teile lähim tervisekeskus või ambulatoorset taastusravi teenust pakkuv asutus?

10.2 Kuidas kirjeldaksite kodukoha lähedal pakutavatele teenustele saamist?

10.3 Kui rahul olete kodukoha lähedal pakutavate teenustega?

10.4 Kuidas hindate kodukoha lähedal pakutavate teenuste spetsialistide tuge?

10.5 Millised ettepanekud on Teil kodukoha lähedal pakutavate teenuste parendamiseks?

10.6 Kui Te ei ole kodukoha lähedaseid teenuseid kasutanud, siis millistel põhjustel?

Patsiendi poolt kasutatud muud teenused

11. Milliseid tervishoiuteenuseid kasutate, kui Te ei viibi HNRK-s?

11.1 Milliseid neist teenustest kasutasite järjepidevalt (nt igakuiselt)?

11.2 Milliseid tervishoiuteenuseid (nt tegevusteraapia, psühholoog, logopeed) soovite saada, kui Te ei viibi HNRK-s?

12. Milliseid muus formaadis teenuseid (nt sotsiaaltöötaja, koduhooldus, koduõde vms) olete tarvitanud?

12.1 Kuidas on need teenused aidanud parandada Teie elukvaliteeti?

13. Millised on Teie edasised plaanid ja eesmärgid seoses taastumisega?

13.1 Kas soovite naasta HNRK-sse?

13.2 Kas soovite tervisehoiuteenuseid kodu lähedal?

13.3 Kas olete seda spetsialistidega arutanud?

13.4 Millisel moel Teie enda hinnangul võiksite veel eelnevalt kirjeldatud vajadustele vastavat abi saada?

Lihtlitsents lõputöö reprodutseerimiseks ja üldsusele kättesaadavaks tegemiseks

Mina, Kristjan Kadakas,

1. annan Tartu Ülikoolile tasuta loa (lihtlitsentsi) minu loodud teose “Kroonilise kesknärvisüsteemi kahjustusega patsientide taastusravi vajadused Haapsalu Neuroloogilise Rehabilitatsioonikeskuse näitel”, mille juhendajad on Mari-Liis Ööpik-Loks ja Doris Vahtrik, reprodutseerimiseks eesmärgiga seda säilitada, sealhulgas lisada digitaalarhiivi DSpace kuni autoriõiguse kehtivuse lõppemiseni.
2. Annan Tartu Ülikoolile loa teha punktis 1 nimetatud teos üldsusele kättesaadavaks Tartu Ülikooli veebikeskkonna, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace kaudu Creative Commons'i litsentsiga CC BY NC ND 4.0, mis lubab autorile viidates teost reprodutseerida, levitada ja üldsusele suunata ning keelab luua tuletatud teost ja kasutada teost ärieesmärgil, kuni autoriõiguse kehtivuse lõppemiseni.
3. Olen teadlik, et punktides 1 ja 2 nimetatud õigused jäävad alles ka autorile.
4. Kinnitan, et lihtlitsentsi andmisega ei riku ma teiste isikute intellektuaalomandi ega isikuandmete kaitse õigusaktidest tulenevaid õigusi.

Kristjan Kadakas

18.05.2026