

Tartu Ülikool
Sotsiaalteaduste valdkond
Psühholoogia instituut

Tiina Purru

**Psühhosotsiaalse rehabilitatsiooni
tulemuslikkusest Eestis: spetsialistide ajakulu, perekonna,
majutuse ja demograafiliste tegurite mõju**

Uurimistöo

Juhendaja: Gerly Tamm, PhD

Läbiv pealkiri: Psühhosotsiaalne rehabilitatsioon Eestis

Tartu 2021

Psühhosotsiaalse rehabilitatsiooni tulemuslikkusest Eestis: spetsialistide ajakulu, perekonna, majutuse ja demograafiliste tegurite mõju

Kokkuvõte

Uurimistöö eesmärgiks oli analüüsida psühhosotsiaalse rehabilitatsiooni tulemuslikkust Eestis, kasutades Sotsiaalkindlusameti 2016-2019. aastate registriandmeid. Selleks valiti kirjanduse põhjal välja olulisemad tegurid, mis võiksid psühhosotsiaalse rehabilitatsiooni tulemust Eestis mõjutada. Nendeks tunnusteks olid spetsialistide teenuste ajakulu tundides, perekonna olemasolu, majutusteenuse kasutamine ning demograafilistest näitajatest vanus ja sugu. Valimi suurus oli 120 inimest.

Töös analüüsisin valitud tegurite seoseid rehabilitatsiooni tulemuslikkusega. Kasutasin korrelatsioonanalüüsi ja lineaarset regressiooni. Tulemuslikkuse defineerisin spetsialistide hinnanguna eesmärgi täitumisele ja tulemusele. Tulemustest selgus, et statistiliselt olulist seost ei leidunud teenuse ajakulu ja rehabilitatsiooni tulemuslikkuse ehk eesmärgi iseseisva toimetulekuvõime suurenemise vahel. Sarnaselt ei leidnud tõestust vanuse ja perekonna toetuse mõjutulemuslikkusele. Sugu näis omavat mõjutendentsi – meessugu oli seotud veidi kõrgema tulemuslikkusega, kuid ka see tulemus ei ületanud statistilise olulisuse määra ($p=0.064$). Küll aga leidis töös kinnitust, et rehabilitatsiooniasutuse majutuse kasutamisel on statistiliselt oluline negatiivne seos psühhosotsiaalse rehabilitatsiooni käigus saavutatud iseseisva toimetuleku edukusega. Tulemused viitavad sellele, et majutuse vajadus võib viidata kehvemale terviseolukorrale või väga olulisel määral alanenud iseseisvale toimetulekule, mis ennustab teistest tunnustest paremini seda, kas psühhosotsiaalsel rehabilitatsioonil on mõju.

Märksõnad: psühhosotsiaalne rehabilitatsioon, rehabilitatsiooni tulemuslikkus, iseseisev toimetulek.

Psychosocial rehabilitation in Estonia: the relationship between the time spent by specialists, family, accommodation and demographic variables.

Abstract

The following research aimed to analyze the effectiveness of psychosocial rehabilitation in Estonia, using the Social Insurance Board data from 2016-2019. For this purpose, variables that could influence the outcome of psychosocial rehabilitation were selected on the basis of previous research papers. These variables were specialist services measured in hours, the presence of a family, the use of accommodation services and, by demographic indicators, age and sex. The sample size was 120 people.

After that, I analyzed the connections between the selected variables and the effectiveness of rehabilitation. I used correlation analysis and linear regression. Rehabilitation effectiveness was measured the assessment of specialists towards the fulfillment of the goal and the result. The results showed that there was no statistically significant relationship between the time spent on the service and the effectiveness of rehabilitation, i.e. the increase in the independent ability to cope with the goal. Similarly, there was no evidence of the effectiveness of age and family support. Gender seemed to have some influence - male gender was associated with slightly higher performance, but this result also did not exceed the level of statistical significance ($p = 0.064$). However, the work confirmed that the use of the accommodation of a rehabilitation institution has a statistically significant negative correlation with the success of independent coping achieved during psychosocial rehabilitation. The results suggest that the need for accommodation may indicate poorer health status or a very significant reduction in self-sufficiency, which is a better predictor of the effects of psychosocial rehabilitation than other characteristics.

Keywords: psychosocial rehabilitation, rehabilitation effectiveness, independent functioning.

Sissejuhatus

Rehabilitatsioonist on kujunenud tervisega seotud teenuste lahutamatuks osaks. 2021. aasta Sotsiaalkindlustusameti andmete järgi on Eestis 138 518 inimest, kellel on tuvastatud puue (Sotsiaalkindlustusamet, 2021). Psühhosotsiaalse rehabilitatsiooni teenuste saajatel on enamasti diagnoositud ka mõni psüühikahäire (Tamm et al., 2021). Hinnanguliselt 10,4% Eesti elanikkonnast võivad vajada abi iseseisva toimetuleku võimekuse tõstmiseks, mida tehakse läbi rehabilitatsiooni. Siit on tuleneska inspiratsioon järgneva uurimistöö eesmärgiks, milleks oli analüüsida psühhosotsiaalrehabilitatsiooni tulemuslikkust. Selleks vaadeldi kas rehabilitatsiooni teenust läbi viivate spetsialistide ajakulu, inimeste sugu, vanus, perekonna olemasolu ja majutusteenuse kasutus mõjutavad rehabilitatsiooni tulemuslikkust ehk iseseisva toimetuleku võime suutlikkuse suurenemist.

Rehabilitatsiooni all peetakse silmas kavandatud tegevust, mis aitab kaasa inimese toimetuleku taastamisele või parendamisele. Rehabilitatsioonil on oluline osa ühiskonnas me tervise eest hoolitsemisel, kuna ta toetab iseseisvat hakkama saamist. Eestis on rehabilitatsioon kui teenus jaotatud kolmeks rühmaks: sotsiaalne, tööalane ja meditsiiniline rehabilitatsioon. Sotsiaalne rehabilitatsioon on üldisem nimetus psühhosotsiaalsele rehabilitatsioonile, millele on antud töös keskendatud ning selle teenust korraldab Eestis Sotsiaalkindlustusamet (Sotsiaalkindlustusamet, 2021). Tööalane rehabilitatsiooni eristab sotsiaalsest rehabilitatsioonist eelkõige see, et rehabilitatsioon on suunatud inimestele, kes vajavad toetust tööle naasmiseks või tööle asumiseks. Teenust sellisel juhul korraldab Töötukassa (Töötukassa, 2021). Meditsiiniline rehabilitatsiooni all mõeldakse üldjuhul taastusravi, mille on kirjutanud inimesele välja pere- või eriarst.

Mida psühhosotsiaalne rehabilitatsioon endast hõlmab? Psühhosotsiaalne rehabilitatsioon on inimese iseseisvale toimetulekule kaasa aitav rehabilitatsiooniprotsess, kus pakutakse taastumiseks vajalike teenuseid paindlikumas raamis. Üheks peamiseks psühhosotsiaalse rehabilitatsiooni põhimõtteks on indiviidi põhise rehabilitatsiooni planeerimine vastavalt tema vajadustele. Inimese enda arvesse võtmine ja indiviidi tasemel rehabilitatsioonis osalemine sai Eestis suurema tõuke, kui alustati 2005.aastal projektiga “Puudega inimene tööturule rehabilitatsioonisüsteemi arendamisega” ehk PITRA II (Tervise Arengu Instituut, 2008).

Psühhosotsiaalses rehabilitatsioonis võivad olla abiks mitmed erivaldkonna spetsialistid: füsioterapeut, sotsiaaltöötaja, eripedagoog, logopeed, psühholoog, psühhiaater, õde ja arst. Koostöös teenust vajava inimesega ehk kliendiga koostatakse tegevuskava, et jõuda konkreetse eesmärgini ning hõlmab vajadusel ka sekkumisi, mille ideaaliks on võime iseseisvalt elada. Psühhosotsiaalses rehabilitatsioonis ei ole fookuses inimese haigus või puue, vaid indiviid ise on kaasatud oma taastusravile vastavalt enda tugevustele ja nõrkustele. Tulenevalt sellest on varasemad uuringud leidnud, et psühhosotsiaalsest rehabilitatsioonist osa võtmine võib inimestele anda enesekindlust (Connor et al., 2020) ja suuremat kontrolli oma elu üle (Chou et al., 2012). Mõlemad on olulised osad inimese suunal iseseisva elu juurde jõudmisel, mida psühhosotsiaalne rehabilitatsioon arendab (Penk ja Flannery, 2000).

Kuna Eesti on vananev ühiskond (Eurostat, 2020), peame me paratamatult mõtlema kuidas aidata enda vanemaid ühiskonnaliikmeid, et pikendada võimalikult palju nende võimet iseseisvalt elada. Samuti on leitud, et psüühikahäired on tööealiste vanuses suurimaks töövõimetuse põhjustajaks (Bottlender et al. 2010; Gureje et al. 2002; Harvey et al. 2016; Siskind et al. 2012; Killackey et al., 2015). Kui oleks võimalik tuvastada, milliseid inimesi võiks psühhosotsiaalne rehabilitatsioon kõige rohkem aidata, saaksime jõuda täpsema rehabilitatsiooni suunamiseni.

Seepärast kasutas järgnev uurimus Sotsiaalkindlustusameti (SKA) teenust kasutavate inimeste registrist koondatud andmeid, et vaadata kas inimesed jõuavad rehabilitatsioonis osaledes oma tegevuskava eesmärgini ehk siis iseseisva toimetulekuni või on saavutanud selle osaliselt. Nende andmete põhjal on töö eesmärgiks esmalt leida kinnitust, et psühhosotsiaalse rehabilitatsiooni läbinud inimesed on iseseisvama elu poole jõudnud suurema tõenäosusega.

Seejärel vaadati uurimuse käigus, millised tegurid võiksid mõjutada psühhosotsiaalse rehabilitatsiooni tulemuslikkust Eestis. Selleks teostati kvantitatiivne analüüs saadud andmetega ning peale andmestike puhastamise ja läbitöötlemise järel tehti lineaarse regressioonanalüüsi mudel tunnustega, millel eelnevalt oli leitud statistiliselt oluline seos.

Kuna psühhosotsiaalne rehabilitatsiooni tulemuslikkus väljendub iseseisva toimetulekuvõime suutlikuse suurenemisel, siis siinkohal iseseisva toimetuleku suutlikus põhines Rahvusvahelise funktsioneerimisvõime, vaeguste ja tervise klassifikatsioonil ehk RFK-1. RFK-s on ära kirjeldatud inimese funktsioneerimisvõime ja selle piirangud rahvusvaheliselt standartsetes mõistetes. Inimese kohta käiv informatsioon on RFK-s

jagatud kaheks: organismi funktsioneerimisvõime ja vaegused ning taustategurid. (RFK, 2005) Taustategurid on eelkõige keskkonna tegurid, millega seonduvalt on otsitud töid, milles on juba rehabilitatsiooni ja teguri vahel mõju väljendunud ja mida saaks ka siinkohal rakendada. Kuna rehabilitatsiooni osutatakse Eestis nii haiglates, eraettevõtetes kui ka MTÜ-des, siis saaks töös väga hea koondpildi rehabilitatsiooni tulemuslikkusest.

Iseseisva elu suutlikuse vaatlemise eesmärgil pole kahjuks Bartheli indeksile (BI) sarnane iseseisva toimetuleku indeks võimalik luua. Bartheli indeksi kasutus on levinud üle maailma eelkõige taastusravis patsiendi aktiivsuse hindamiseks. Indeksi alusel funktsionaalse iseseisvuse mõõtmiseks kasutatakse aktiivsust igapäevaelus, söömist, hügieeni, tualetis käimist, vannitamist, pesemist, treppidest ronimist, riietumist ja seedetrakti kontrolli (Wade ja Collin, 1988). Kuna enamus Bartheli indeksi väärtused ei ole SKA registriandmestikus väljendatud, tuletasime olemasolevatest andmetest teised potentsiaalseid keskkonna tegureid, mis võiksid mõjutada rehabilitatsiooni tulemuslikkust ja igapäeva toimetustega hakkama saamist.

Multidistsiplinaarsed rehabilitatsioonid sarnaselt hetkel käsitluses olevale psühhosotsiaalsele rehabilitatsioonile, on eelnevalt tõestust leidnud mitmetes töödes. Intensiivse mitme erivaldkonna spetsialisi koostöö rehabilitatsioonis aitas Parkinsoni diagnoosiga inimestel taastada statistiliselt olulisel määral keha mobiilsus ($p < 0.05$), kõnevõime ($p < 0.001$), alandada depressioonisümptomeid ($p = 0.029$) ja mõjutada positiivselt elukvaliteeti ($p = 0.001$) (Trend et al. 2002). Kroonilise valuga inimeste füsioteraapia koos psühholoogilise teraapia sekkumise metaanalüüsis leiti samuti, et mõlemi rakendamine aitas kaasa tervisliku seisundi parendamiseni kui lihtsalt füsioteraapia üksinda (Wilson ja Cramp, 2018). Koos teiste eelnevalt kirjeldatud töödega psühhosotsiaalse rehabilitatsiooni edukusest tundub loogiline, et mitme spetsialisti koostöö võiks aidata rehabilitatsiooni efektiivsemalt läbi viia, eemaldades faktorid, mis võiks suutlikust alla tuua. Nagu näiteks, psühholoogi juures käies saaksid inimesed vältida võimalikku enesesabotaaži või sisendada usku iseendasse, mis omakorda tõstaks füsioteraapia efektiivsust.

Samas on kroonilise seljavalu puhul leitud, millel võrreldi füsioteraapia ja multidistsiplinaarse rehabilitatsiooni edukust, et valimis olnud naistel olid mõlemad rehabilitatsioonivormid positiivsete tulemustega, kuid rehabilitatsioonidel endil ei olnud statistiliselt olulist vahet edukuse määramisel. Multidistsiplinaarse teraapia koosnes >100 tunnist, füsioteraapia 10 tunnist individuaalsest treeningust. (Kääpa et al. 2006) Sarnaselt

sellele leiti, kus füsioterapeudid tegid tihedat koostööd terapeutidega inimese rehabilitatsiooni käigus, et spetsialistide tihe koostöö edendas teenuse kvaliteeti. Kuid terapeutide tegurid seletasid samas vähem kui 2,5% inimese iseseisva toimetulekuvõime arengu variatsioonist.(Snowdon et al. 2020). Seega on olemas ka tõenäosus, et kuigi inimene võib osaliselt taastuda, pole statistiliselt olulist vahet millist teenust rehabilitatsiooni käigus osutatakse. Nendest uuringutest tulenevalt tasuks uurida kas psühhosotsiaalse rehabilitatsiooni teenuse osutaja mängib rolli rehabilitatsioonis taastumise edukusel. Ehk siis saame vaadelda kas rehabilitatsioonimeeskonnas olevate spetsialistide nagu sotsiaaltöötajate, psühholoogide, eripedagoogide, logopeetide, füsioterapeutide, tegevusterapeutide, loovterapeutide, arstide ja õdede teenuse kasutamisel on seos iseseisva toimetuleku suurenemisega olemas ning milline neist võiks olla tugevaim tegur rehabilitatsiooni tulemuslikkuse suurendamisel.

Siinkohal on oluline mainida, et SKA poolt saadud teenused on ajaliselt piiritletud, kus eesmärgi täitmise ajaperoodi lõpus teenuse osutaja hinnangu kas oleks vajalik teenusega jätkata või mitte. Psüühikahäire puhul on SKA-l ära määratletud ka rahastamise limiidid, kus hetkel tööealiste psüühikahäirega isikute sihtgrupis on teenuste kogumaksumus kalendriaasta peale kuni 4300 eurot, 16-aastaste ja vanemate puudega inimeste seas on maksimaalselt võimalik kalendriaastas kuni 1132 eurot või rehabilitatsiooniprogrammi alusel kuni 1800 eurot ära kasutada eesmärgipidisel. Psüühikahäire puudumisel on teenuse limiit tööealise inimese puhul 1275 eurot kalendriaastas. (SKA, 2021) See tähendab, et rehabilitatsiooni ei pruugita saada piisavalt intensiivselt tulemuslikkuse jaoks, sest teenuse maksumus võib minna üle finantseeritud maksumuse.

Varasemad uuringud on välja toonud, et perekonna toetuse olemasolu (Lim et al., 2017), leibkonna suurus ning majanduslik käekäik (Nagaswami, 1995) on mõjutanud positiivselt rehabilitatsioonis käimise tulemust. Samuti on välja toodud seos, et vanemate inimeste rehabilitatsiooni puhul mõjutab sugu ja vanus rehabilitatsiooni edukust (Graham et al., 2010). Seega tasuks vaadelda, kas teenuse saajate hulgas perekond soodustab rehabilitatsiooni või on olemas statistiliselt oluline seos toimetuleku edukusel demograafiliste näitajate nagu sugu ja vanus vahel.

Viimase potentsiaalse indikaatorina iseseisva toimetuleku vaatlemisel on majutuse kui teenuse kasutus. Skisofreenia diagnoosiga inimeste puhul on leitud, et nii kogukonna-põhiste kui ka kinniste asutuste nagu haiglates toimuvad rehabilitatsioonid aitavad

toimetulekule kaasa, kui teenust pakutakse intensiivselt ja pika-ajaliselt (Brekke & Long, 2000; Varga et al. 2018; Florentin et al. 2021). Austraalias majutusega psühhosotsiaalse rehabilitatsiooniga sai 88 uuringus osalenud skisofreenia diagnoosiga inimesest 39% statistiliselt olulise paranemise psühhosotsiaalsel funktsioneerimisel ning 33% paranesid psüühikahäire sümptomid (Murugesan et al., 2007). Sarnasele järeldusele on jõutud ka vanemas eas inimestega, kus haiglas viibimisel füüsiline võimekus paranes ja kogukonnapõhisel rehabilitatsioonil aitas vältida haiglasse sisse kirjutamist (Stott ja Quinn 2017). Seega, kõige viimasena selgub, kas sotsiaalkindlustuse poolt tasutud ööpäevaringne majutusteenus rehabilitatsiooniasutuses koos ülaltoodud teguritega saaksime kasutada iseseisva toimetuleku indeksi loomise puhul ennustamaks iseseisvat toimetulekut.

Valitud keskkonna tegurite põhjal vaadeldi iseseisva toimetuleku tulemuslikkust, et uurida, millised tegurid mõjutavad iseseisvat toimetulekut neil, kes on saanud psühhosotsiaalset rehabilitatsiooni. Kuna psühhosotsiaalse rehabilitatsiooni kui teenuse peamine eesmärk on soodustada iseseisvat ühiskonnas hakkamasaamist, siis plaaniti tuletada olemasolevate andmestike põhjal mudelid, kus ennustatavaks või sõltuvaks tunnuseks oli iseseisev toimetulek.

Vaatlemaks tegurite mõju psühhosotsiaalsele rehabilitatsioonile püstitasin järgnevad küsimused:

1. Kas psühhosotsiaalse rehabilitatsioonil käinud inimestel on statistiliselt oluline seos iseseisva toimetuleku eesmärgi tulemuslikkusel ja rehabilitatsiooni osutanud spetsialisi ajakulul?
2. Kas psühhosotsiaalse rehabilitatsioonil käinud inimestel on statistiliselt oluline mõju iseseisva toimetuleku eesmärgi tulemuslikkusel ja perekonna olemasolul?
3. Kas psühhosotsiaalse rehabilitatsiooni saanute seas mõjutab statistiliselt oluliselt sugu ja vanus psühhosotsiaalse rehabilitatsiooni tulemuslikkust?
4. Kas psühhosotsiaalne rehabilitatsiooni saanute seas mõjutab statistiliselt oluliselt rehabilitatsiooniasutuse ööpäevase majutusteenuse kasutus iseseisva toimetuleku tulemuslikkust?

Meetod

Valim

Uurimistöö on valminud Sotsiaalse rehabilitatsiooni teenuse tulemuslikkuse hindamise metoodika väljatöötamine ja tulemuslikkuse hindamine projekti raames (Tamm jt., 2021), mille läbi saadi valimi moodustamiseks Sotsiaalkindlustusametilt 2016-2019. aastate psühhosotsiaalse rehabilitatsiooni registriandmed. Nende nelja aasta peale kokku oli läbi SKA saanud 12 225 inimest psühhosotsiaalset rehabilitatsiooni.

Valimi moodustanud Sotsiaalkindlustusameti teenuse kasutajad pidid eelnevalt kvalifitseeruma vastavate kriteeriumite alla teenuse saamiseks (SKA, 2021), kelleks võisid olla:

- alla 16-aastased puudega noored või kes omandavad põhiharidust hooldusõppes riikliku õppekava alusel.
- alla 18-aastased lapsed, kelle kohalik omavalitsus on tunnistanud abivajavaks lapseks lastekaitseaduse tähenduses ja andnud hinnangu tema suunamise vajaduse kohta. Abivajavaks tunnistatud lapsel ei pea olema tuvastatud puuet.
- osalise töövõimega või puudega või töövõime kaotuse protsendiga või invaliidsusgrupiga tööealised inimesed.
- puuduva töövõimega tööealised inimesed.
- ennetähtaegse vanaduspensioni saajad, kellel on puue.
- vanaduspensioniealised puudega inimesed.

Antud andmestiku valimis alaealisi siiski ei esinenud, kuid kui oleks, siis oleks nad analüüsitavast lõppvalimist välja arvatud, sest eesmärk oli keskenduda täiskasvanud inimestele. Valimi moodustanud inimestele oli võimalik osutada psühhosotsiaalse rehabilitatsiooni raames teenuseid, mille kokkuvõtte on leitav SKA kodulehelt¹.

Andmestikus olevast 120 inimesest oli 81 naist ja 39 meest. Valimi keskmine vanus oli ümardatult 58 aastat (SD +/- 18.56 aastat). Keskmiselt oli ühe inimese kohta rehabilitatsiooni meeskonnas kokku neli inimest ning teenuse aeg oli keskmiselt kokku 197.8 tundi. Rehabilitatsiooni käigus oli eesmärk saavutatud 16 inimesel, osaliselt saavutatud 84 inimesel, saavutamata jäänud 12 inimesel. Kaheksal inimesel puudus

¹Sotsiaalkindlustusameti teenused <https://sotsiaalkindlustusamet.ee/et/puue-ja-hoolekanne/sotsiaalne-rehabilitatsioon>

eesmärgi täitumise kohta informatsioon rehabilitatsiooni D-osas. Analüütiku hinnang keskmine hinnang tulemuslikkusele jäi 4 pallile.

Rehabilitatsiooniplaanide D-osade teksti sisuanalüüs ja tekstiandmete kodeerimise protseduur

Lisaks küsiti SKA-lt teenuse osutajate poolt koostatud rehabilitatsiooniplaani D-osa raportid, kus oli kirjas mis teenuseid spetsiifilisele inimesele osutati, kas teenust tuleks jätkata ning kas oli peale rehabilitatsiooni toimunud muudatus iseseisva toimetuleku suutlikuses. Kokku saadeti 184 rehabilitatsiooniplaani D-osa raportit (mist oli juhuslik väljavõtte SRT teenust saanutest), mida 4 analüütikut (sealhulgas uurimistöo autor) analüüsisid ja käsitsi ümber kodeerisid Exceli andmetabeliks. Peale korduvate teenusesaajate välja filtreerimist jäi alles 127 raportit. Peale 2016-2019. teenuste ja hindade failiga kokku liitmist eemaldati D-osa raporti failist 7 inimest, kelle kohta polnud teises failis olemas andmeid rehabilitatsiooni saamise aja ega hinna kohta. Andmestikku jäi kokku alles 120 inimest, kelle andmeid käesolevas uurimistöös kasutasin. Andmete kodeerimisel lähtusid kõik analüütikud samadest kriteeriumidest ja samadest tunnuste kirjeldustest. Soodustavate tegurite hulgas oli perekond loetletud 20 inimesel, elukoha lähedus kahel inimesel, sisemine motivatsioon 77 inimesel ja sotsiaalne aktiivsus kahel inimesel. 19 inimesel ei olnud märgitud soodustavad tegurid. Takistavate tegurite hulgas puudus informatsioon 66 inimesel, perekonna puudumine oli märgitud seitsmel inimesel, elukoha kaugus kaheksal inimesel, motivatsiooni puudus 11 inimesel, teenuse saamise vähesus seitsmel inimesel, limiteeritud võimekus aru saada rehabilitatsiooni juhtnöördest 12 inimesel, teenusele mitte ilmumine viiel inimesel, madal enesekindlus neljal inimesel.

Andmestiku loomise protseduur

Rehabilitatsiooniplaani D-osa ümberkodeerimisel andmefailiks loodi järgnevad tunnused: isik (UID), kordusteta viimase teenuse saamise aeg, millal lõppes teenus, rehabilitatsiooni mõju kirjeldus, kas eesmärk oli sõnastatud, kas eesmärk täideti, mitu spetsialisti teenust osutas, millised olid rehabilitatsiooni soodustavad tegurid ja takistavad tegurid, kas rehabilitatsiooni soovitati jätkata, kuidas D-osa analüüsimisel raporti kvaliteeti analüütik hindas, kas numbrilisi hinnanguid raportis kasutati ja kas raportit analüüsid oli sisuanalüüsi teinud analüütiku hinnangul rehabilitatsioon olnud tulemuslik.

D-osa kvaliteedi puhul andis analüütik 1-9 palli skaalal (1-informatsioon puudub, 5-keskmine, 9-väga detailne) hinnangu, kui hea info allikas fail oli. Tulemuslikkuse hindamine

analüütiku poolt oli sisuanalüüsi tulemus, kus hinnati rehabilitatsiooni mõju vastavalt juhtumile samamoodi 1-9 palli vahemikus. Rehabilitatsiooni soodustavad tegurid kodeeriti ümber järgnevalt : 1 - perekonna toetus, 2 – elukoha lähedus, 3 – sisemine motivatsioon, 4 – sotsiaalne aktiivsus. Rehabilitatsiooni takistavad tegurid kodeeriti ümber sarnaselt: 1- perekonna toetuse puudumine, 2 – elukoha kaugus, 3 – motivatsiooni puudus, 4 – rehabilitatsiooni teenuse vähesus (teenust oleks vaja rohkem osutada), 5 – limiteeritud võimekus aru saada juhtnööridest, 6 – teenuse osutamisele kohale mitte ilmumine, 7 – madal enesekindlus, 8 – füüsilised vaevused. Ülejäänud tunnused hinnati 1-3 palli skaalal, kas nt rehabilitatsiooni mõju kirjeldus oli täidetud, osaliselt täidetud või ei olnud täidetud.

Nelja eelnevalt valitud teguriterühma, milleks on teenuse osutaja, perekond, majutus ning demograafilised näitajad sugu ja vanus, tuli vaadelda nii üksi kui koosmõjus grupiti. Selleks tuli andmestiku tunnustega viia läbi kirjeldav statistika ning korrelatsioonianalüüsi teha, et leida kõigi tunnuste omavahelised seosed. Selleks leidsime Pearsoni korrelatsioonikordaja väärtused. Pärast nende väärtuste leidmist oli plaan tugineda nii leitud andmetele kui ka püstitatud teooriale oma tegeliku tunnuste valiku suhtes. Sõltuvaks tunnuseks oli iseseisev toimetulek. Sõltuvat tunnust ehk iseseisvat toimetuleku võimekust kirjeldas käesolevas andmetabelis eesmärgi täitumise tunnus, mida hinnati 3 palli skaalal (1- täitus, 2 – osaliselt täitus, 3 – ei täitunud) ja analüütiku tulemuslikkuse hinnangu tunnus, mida hinnati 1-9 palli skaalal. Kuna analüütiku tulemuslikku hinnangu tunnuse väärtusel oli variatsioon suurem, võtsime iseseisva toimetuleku kirjelduseks just selle.

Andmestikku planeeriti analüüsida lineaarse regressiooni abil. Plaanis oli luua neli mudelit, millest esimene väljendaks spetsialistide teenuste kasutust, teine perekonna olemasolu. Kolmas mudel väljendaks majutuse teenuse kasutust. Neljandas mudelis oli plaanis kasutada sotsiodemograafilisi tunnuseid. Eeldatavad ennustavad muutujad valiti eelnenud analüüsi põhjal ja nende jaotust rühmade vahel hinnatakse ühemõõtmeliste analüüsidega, eeldades, et tunnuste vahel esineb statistiliselt oluline korrelatsioon. Kui selle käigus ilmnevad puudu olevad väärtused, siis arvati need mudeli valimist välja.

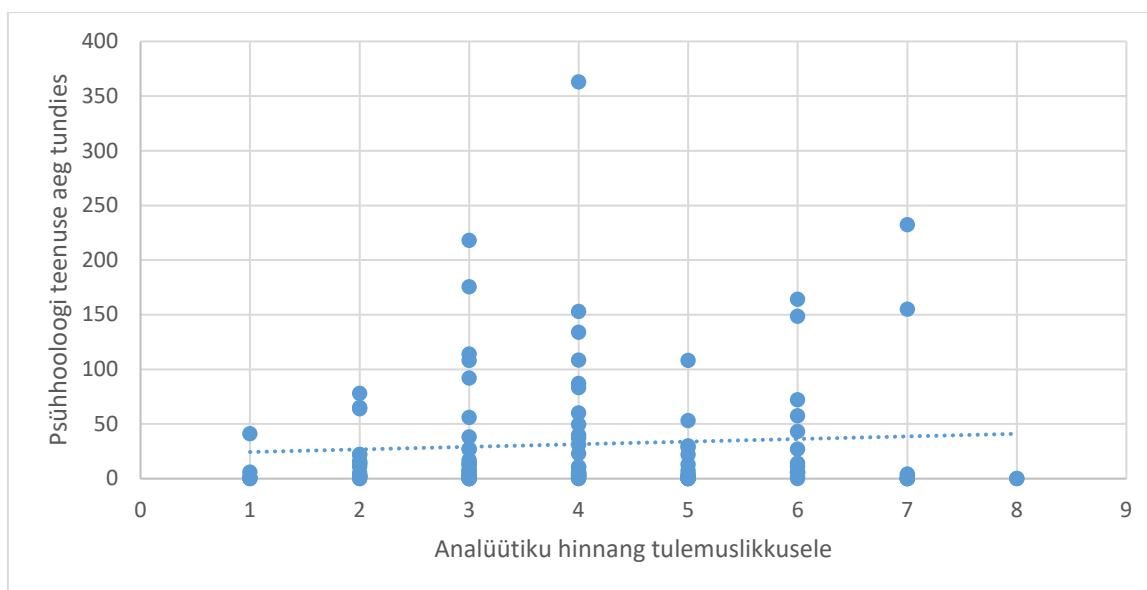
Kui mudelite determinatsioonikordajad ja hii-testi väärtused on leitud ja nii mudelid ise kui tunnuste valik on statistiliselt olulise seosega vaadeldud, tuleks mudelid omavahel võrrelda, et leida kinnitust kas mudel tervikuna on ka statistiliselt oluline ning kas valitud tegurite mudel tervikuna kirjeldab rehabilitatsiooni tulemuslikkust paremini kui tegureid eraldi vaadata.

Peale D-osa ja 2016-2019. aastate failide kokku ühildamist, puhastamist ja tunnuste ümber kodeerimist Excelis kasutati andmete analüüsimisel nii korrelatsiooni leidmiseks JASPi ja detailsemaks vaatamiseks R programmi.

Tulemused

Esimene eesmärk oli töös leida, kas on rehabilitatsiooni erinevate teenuseosutajate ja rehabilitatsiooni tulemuslikkusel statistiliselt oluline seos. Sellest tulenevalt vaatlesin, kas on statistiliselt oluline seos psühhosotsiaalrehabilitatsiooni teenuse teostajate ajakulu ja analüütiku hinnangul tulemuslikkusele. Eelkõige pakkus meile huvi kas psühholoogi teenusele kulutatud aeg avaldab mõju rehabilitatsiooni tulemuslikkusele. Samuti vaatasime kas on olemas seos tulemuslikkusel ja füsioterapeudi, tegevusterapeudi, loovterapeudi, sotsiaaltöötaja, eripedagoogi, logopeedi, kogemusnõustaja, õe ja arsti teenuste saamisel vastavalt teenuste ajakulule (Lisa 1. on ära toodud tunnuste korrelatsioonid).

Psühholoogi teenuse saamise ja eesmärgi täitumise ($r= 0.038$ $p=0.682$) kui ka analüütiku enda poolt andud hinde eesmärgi saavutamise tulemuslikke puhul ($r= 0.071$ $p=0.443$) ei tuvastatud statistiliselt olulist seost (vt ka joonist 1). Isegi mediaani järgi jaotamisel ($M=4$) ei olnud madalamal tulemuslikkuse hinnangul ($r=0.170$ $p= 0.133$) ja kõrgemal hinnangul ($r=0.1011$ $p=0.454$) ei olnud olulist seost psühholoogi teenuse kasutamisel.

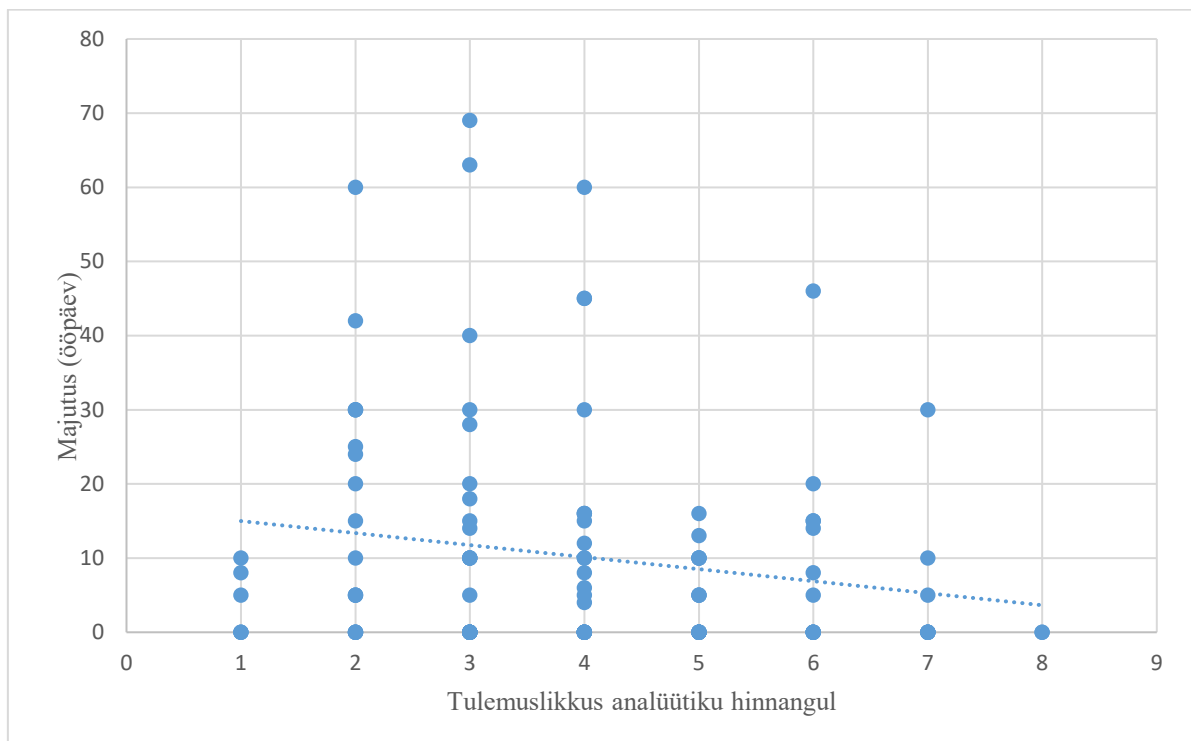


Joonis 1. Psühholoogi teenuse aeg tundides ei korreleeru tulemuslikkuse hinnanguga (skaalal 1 madal - 9 kõrge)

Samamoodi füsioterapeudi teenuse saamise ja eesmärgi täitumise ($r = -0.13$ $p=0.158$) kui ka analüütiku enda poolt andud hinde eesmärgi saavutamise puhul ($r = -0.134$ $p=0.144$) ei tuvastatud statistiliselt olulist seost. Ka ülejäänud teenuste osutajate vahel koos eesmärgi saavutamisega ei leitud statistiliselt olulist seost: tegevusterapeudil ($r=-0.083$ $p=0.367$), loovterapeudil ($r=-0.06$ $p=0.518$), sotsiaaltöötajal ($r=-0.035$ $p=0.706$), eripedagoogil ($r=-0.035$ $p=0.706$), logopeedil ($r=0.019$ $p=0.833$), kogemusnõustajal ($r=0.055$ $p=0.554$), õel ($r=-0.032$ $p=0.729$) ja arstil ($r=-0.123$ $p=0.18$).

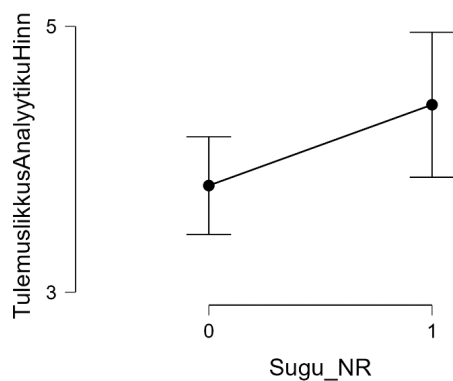
Teise uurimisküsimusena vaadeldi kas psühhosotsiaalset rehabilitatsiooni soodustavatest teguritest perekonna olemasolu mõjutab statistiliselt oluliselt rehabilitatsiooni tulemuslikkust. Korrelatsioonanalüüsist ilmnes, et kahjuks nii analüütiku tulemuslikkuse hinnangu tunnus ei olnud statistiliselt olulises seoses perekonna olemasolu tunnusega ($r=0.027$ $p=0.773$) kui ka eesmärgi täitumise tunnusega ($r=0.028$ $p=0.759$).

Analüütiku hinnangu tulemuslikkuse tunnus oli ainult teenuste tunnuste hulgast ööpäeva ringse majutusega statistiliselt oluliselt negatiivses korrelatsioonis ($r=-0.182$ $p=0.046$). See tähendab, et majutuse teenuse mitte kasutamine on korrelatsioonis rehabilitatsiooni tulemuslikkusega.



Joonis 2. Korrelatsioon tulemuslikkuse hinnangu ja rehabilitatsioonikeskuses majutuse vahel (päevades)

Samuti ei olnud rehabilitatsiooni tulemuslikkusel statistiliselt olulist korrelatsiooni demograafiliste tunnuste soo ($r=0.17$ $p=0.064$, binaarne tunnusega vaatasime ka Spearmani $\rho=0.178$ $p=0.052$) ja vanusega ($r=-0.13$ $p=0.886$). Soo erinevusi vaatlesin eraldi ka t-testiga. T-testi vaadeldes oli meestel kõrgemini hinnatud rehabilitatsiooni tulemuslikkust kui naistel. Kuid see tulemus oli ka grupiti vaadates piiripealne ($t=-1.87$ $p=0.064$).



Joonis 4. T-test soo ja analüütiku tulemuslikkuse hinde vahel (0=naine, 1=mees)

Lineaarne regressioon

Selleks, et paremini aru saada, millised on seosed tunnuste vahel ning et arvesse võtta koguhajuvust ja, et uurida tunnuste unikaalset panust tulemuslikkuse ennustamisel, viidi lisaks läbi lineaarne regressioonanalüüs. Regressioonis kasutati hierarhilist mudeldamist ehk baasmudelile sisestati võimalikke mõjutegureid ühekaupa, et vaadelda muutuseid seostes.

Baasmudeliks oli majutuse (sõltumatu tunnus) mõju tulemuslikkusele (sõltuv tunnus). Baasmudeli R^2 väärtus oli 0.182 ja kohandatud R^2 väärtus, mis arvas kaasa ka valimi mahtu ja seletavate tunnuste arvu mudelis on 0.025. See tähendab, et ööpäeva ringse majutusteenuse kasutamine seletaks 2.5% rehabilitatsiooni tulemuslikkuse varieeruvusest ($F[1,118] = 4.059$ $p=0.046$). Mudeli koefitsientide väärtustelt tulenevalt ennustab majutusteenuse mitte kasutamine nõrgalt, kuid statistiliselt oluliselt ($\beta = -0.021$ $p < 0.046$). Seega, mida vähem on vaja pakkuda majutusteenust, seda suurem tõenäosus oli saada saavutada iseseisva toimetuleku tulemuslikkus.

Järgmisesse mudelisse kaasasin lisaks majutusele vanuse ja soo interaktsiooni. Ilma soo tunnusteta oleks mudel olnud nõrgem ($R=0.183$ $F[2,117]=2.033$ $p=0.136$).

Tabel 1. Tulemuslikkuse mudel majutuse ja sooga ($R=0.221$ $F[3,116]=1.986$ $p=0.12$)

Tunnused	Keskmine	SE	SD	β	p
Sugu	0.325	0.043	0.47	0.49	0.175
Vanus	57.867	1.685	18.464	0.005	0.575
Majutus	10.133	0.021	14.985	-0.016	0.137

Edasi uurisin seda, kas erinevate spetsialistide kulutatud aeg võiks omada eraldiseisvat mõju (soo ja majutuse mõjude kõrval). Testisin läbi mudelid, kus kaasasin majutuse, soo ja iga spetsialisti kulutatud tunnid eraldi. Iga spetsialisti tundide tunnusega oli eraldi mudel, millest eraldi on välja toodud mudelina psühholoogi teenuse tunnus (vt. Tabel 2). Spetsialistide mudelite statistilise olulisuse väärtus jäi 0.108 - 0.213 vahemikku, psühholoogi teenusel neist statistilisele olulisusele kõige ligidamal ($R=0.252$ $F[4, 115]=1.945$ $p=0.108$), kuid mudel siiski ei olnud statistiliselt oluline.

Tabel 2. Tulemuslikkuse mudel psühholoogi, vanuse, soo ja majutusega ($R=0.252$ $F[4, 115]=1.945$ $p=0.108$)

Tunnused	Keskmine	SE	SD	β	p
Sugu	0.325	0.043	0.47	0.430	0.154
Vanus	57.867	1.685	18.464	0.008	0.393
Psühholoog	31.522	0.003	56.738	0.004	0.185
Majutus	10.133	0.021	14.985	-0.019	0.084

Vastavalt eelnevas kirjanduses pakutud potentsiaalsele mõjule rehabilitatsioonis, lisasin viimase tunnuseks perekonna mõju mudelile, kuigi statistilist olulisust see mudeli puhul ei parandanud ($R=0.256$, $F[5,114]=1.596$ $p=0.167$). Mudeli jäägid olid normaaljaotuslikud.

Mudel 3. Tulemuslikkus mudel koos soo, vanuse, pere, psühholoogi ja majutusega ($R=0.256$, $F[5,114]=1.596$ $p=0.167$)

Tunnused	Keskmine	SE	SD	β	p
Sugu	0.325	0.043	0.47	0.513	0.156
Vanus	57.867	1.685	18.464	0.009	0.334
Pere	0.167	0.034	0.374	0.218	0.617
Psühholoog	31.522	0.003	56.738	0.004	0.185
Majutus	10.133	0.021	14.985	-0.02	0.077

Kõige viimasesse mudelisse kaasasin kõik järgmised tunnused: majutus, sugu, kõigi spetsialistide tunnid kokku ja perekonna soodustav mõju.

Tabel 3. Mudel koos vanuse, pere, soo, kõigi spetsialistide aja ja tulemuslikkusega ($R=0.278$, $F[14,105]=0.65$ $p=0.775$)

Tunnused	Keskmine	SE	SD	β	p
Sugu	0.325	0.043	0.47	0.525	0.177
Vanus	57.867	1.685	18.464	0.009	0.343
Pere	0.167	0.034	0.374	0.25	0.605
Psühholoog	31.522	0.003	56.738	0.003	0.272
Füsioterapeut	14.869	0.017	17.8	-0.001	0.941
Tegevusterapeut	4.171	0.026	11.349	-0.005	0.859
Loovterapeut	1.121	0.056	4.681	0.01	0.87
Sotsiaaltöötaja	7.073	0.016	15.621	0.012	0.442
Eripedagoog	2.025	0.02	12.221	-0.014	0.488
Logopeed	0.25	0.125	1.541	0.092	0.463
Kogemusnõustaja	0.2	0.073	2.191	0.038	0.898
Õde	0.271	0.138	1.327	0.018	0.651
Arst	0.438	0.204	1.193	-0.093	0.351
Majutus	10.133	0.021	14.985	-0.02	0.603

Kahjuks ei leidnud teiste tegurite testimisel soovitud tulemuseni. Ükski mudelitest ei kirjeldanud statistiliselt olulist mõju tulemuslikkusele. Psühholoogi teenuse lisamine küll parandas mudeli p väärtust paremini kui vanuse tegur, kuid tegelikkuses ei toonud ühegi spetsialisti lisamine mudelile statistilist olulisust juurde, mis võimaldaks midagi järeldada.

Arutelu

Antud töö eesmärk oli analüüsida psühhosotsiaalse rehabilitatsiooni tulemuslikkust Eestis ja seda mõjutavaid tegureid. Varasemate uuringutele tuginedes valiti tegurid, millega oli võimalik rehabilitatsiooni tulemuslikkust analüüsida. Tuli välja aga huvitav tõdemus, et rehabilitatsiooni edukusel ja tulemuslikkusel iseseisva toimetulekuni jõudmisel ei olnud statistiliselt oluline millise psühhosotsiaalse rehabilitatsiooni teenuse spetsialisti käidi.

Seega, ei kattunud käesolev uurimus varasemalt välja toodud töödega, kus toodi välja, et varieeruvate spetsialistide teenuste mõjutab inimeste rehabilitatsiooni tulemuslikkus (Trend, et al. 2002; Wilson ja Cramp, 2018) ning samamoodi perekonna olemasolu (Lim et al. 2017) aitab rehabilitatsioonile kaasa. Ka meil inimesed loetlesid subjektiivsel vaatlusel enda rehabilitatsiooni soodustavaks teguriks perekonna olemasolu ($n=20$), kuid see ei osutanud stailiselt olulist mõju tulemuslikkusele. Demograafilistest teguritest sugu ja vanus ei mõjutanud tulemuslikkust, vastupidiselt varasemale uuringule, kus ka iga mängis rolli rehabilitatsiooni edukusel (Graham et al. 2010).

Ainuke, mis leidis tõestust, on rehabilitatsiooniasutuse majutusteenuse kasutus, mis oli negatiivses korrelatsioonis rehabilitatsiooni tulemuslikkuse saavutamise. Varasemad uuringud olid asutuses viibimisega pigem positiivses seoses iseseisva toimetuleku võimekuse suurenemisega, kuid siinkohal võis negatiivne korrelatsioon olla tingitud ka sellest, mis oli teenust kasutanud inimeste puude raskusaste. Kuna rehabilitatsiooni tulemuslikkus polnud teenusele kulunud ajaga ka positiivses korrelatsioonis ($r=0.01$ $p=0.914$), tasuks uurida edasi, mille pärast demograafilised tunnused ei mõjutanud statistiliselt oluliselt mõju iseseisva toimetuleku suutlikusele ja teenuse sihtgrupp oli valesti määratletud kui tulemuslikkust läbi rehabilitatsiooni ei leitud.

Tulemused viitavad sellele, et majutuse vajadus võib viidata kehvemale terviseolukorrale või väga olulisel määral alanenud iseseisvale toimetulekule, mis ennustab teistest tunnustest paremini seda, kas psühhosotsiaalsel rehabilitatsioonil on mõju. Rehabilitatsiooniplaani D-osasid läbi töödeldes toodi üksikutel juhtudel välja ka seda, et rehabilitatsioon ei olnud mõeldud iseseisva toimetuleku võime parendamiseks, vaid aidata olukorral mitte hullemaks minna. Seega võisid saada teenust ka need isikud, kellel tegelikkuses paranemisvõimalusi iseseisval toimetulekul ei nähtud. Ehkki rehabilitatsiooni eesmärk oleks saavutada iseseisva toimetuleku suutlikus, siis sihtrühmaks võisid olla ka inimesed, kelle seisundit sooviti hoida kontrolli all. See küll ei anna rehabilitatsiooni

tulemuslikkusele palju juurde, aga inimesest ennast võib see aidata ikka. Edasiste uuringute puhul oleks huvitav juurde lisada seik, kus olekski ära toodud iseseisva suutlikkuse parendamise asemel ka olukorra kontrolli all hoidmine.

Uuringu eetiline külg

Uurimistöö on valminud Sotsiaalse rehabilitatsiooni teenuse tulemuslikkuse hindamise metoodika väljatöötamine ja tulemuslikkuse hindamine (2020-2021) projekti raames, mis on eetikakomiteega kooskõlastatud 2020. aasta oktoobris, loa nr 323/T-11. Projekt on kooskõlastatud ka Sotsiaalkindlustusametiga.

Autori panus

Rehabilitatsiooniplaani D-osa raportide analüüs ja ümber kodeerimine Excel failiks. Erinevate failide koondamine ja tunnuste ümberkodeerimine. Andmete analüüs.

Tänuõnad

Suur-suur aitäh oma juhendajale Gerlyle, Tiinale ja Emilyle, kes ka tegelesid Sotsiaalkindlustametilt saadud failidega.

Avaldamise nõusolek

Käesolevaga kinnitan, et olen korrekselt viidanud kõigile oma töös kasutatud teiste autorite poolt loodud kirjalikele töödele, lausetele, mõtetele, ideedele või andmetele.

Olen nõus oma töö avaldamisega Tartu Ülikooli digitaalarhiivis Dspace.

Tiina Purru

Kasutatud kirjandus

Bassi, M., Ferrario, N., Ba, G., Delle Fave, A., & Viganò, C. (2012). Quality of experience during psychosocial rehabilitation: A real-time investigation with experience sampling method. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 35(6), 447.

Brekke, J. S., & Long, J. D. (2000). Community-based psychosocial rehabilitation and prospective change in functional, clinical, and subjective experience variables in schizophrenia. *Schizophrenia bulletin*, 26(3), 667-680.

Bottlender, R., Strauß, A., & Möller, H. J. (2010). Social disability in schizophrenic, schizoaffective and affective disorders 15 years after first admission. *Schizophrenia research*, 116(1), 9-15.

Chou, K. R., Shih, Y. W., Chang, C., Chou, Y. Y., Hu, W. H., Cheng, J. S., ... & Hsieh, C. J. (2012). Psychosocial rehabilitation activities, empowerment, and quality of community-based life for people with schizophrenia. *Archives of psychiatric nursing*, 26(4), 285-294.

Connor, A., Sung, C., Strain, A., Zeng, S., & Fabrizi, S. (2020). Building skills, confidence, and wellness: Psychosocial effects of soft skills training for young adults with autism. *Journal of autism and developmental disorders*, 50(6), 2064-2076.

Eurostat. (2020) Elanikkonna struktuur ja vananemine.

https://ec.europa.eu/eurostat/statisticsexplained/index.php?title=Population_structure_and_ageing/et (08.05.2021)

Eesti Vabariigi Sotsiaalministeerium, Meditsiini terminoloogia Komisjon, Tervise Arengu Instituut. (2005) Rahvusvaheline funktsioneerimisvõime, vaeguste ja tervise klassifikatsioon, RFK. https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/eesmargid_ja_tegevused/Tervis/E-tervis_ja_e-tervisetoend/rfk_icf_sissejuhatus.pdf (10.01.2022)

Florentin, S., Rosca, P., Bdolah-Abram, T., & Neumark, Y. (2021). Community Rehabilitation and Hospitalizations Among People With Chronic Psychotic Disorder: Is There a Differential Association by Co-occurring Substance Use Disorder?. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 64.

Harvey, C., Brophy, L., Parsons, S., Moeller-Saxone, K., Grigg, M., & Siskind, D. (2016). People living with psychosocial disability: Rehabilitation and recovery-informed service provision within the second Australian national survey of psychosis. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 50(6), 534-547.

Graham, J. E., Radice-Neumann, D. M., Reistetter, T. A., Hammond, F. M., Dijkers, M., & Granger, C. V. (2010). Influence of sex and age on inpatient rehabilitation outcomes among older adults with traumatic brain injury. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 91(1), 43-50.

Gureje, O., Herrman, H., Harvey, C., Morgan, V., & Jablensky, A. (2002). The Australian National Survey of Psychotic Disorders: profile of psychosocial disability and its risk factors. *Psychological Medicine*, 32(4), 639-647.

Killackey, E, Harvey, C, Amering, M. (2015) Partnerships for meaningful community living: Rehabilitation and recovery-informed practices. In: Tasman, A, Kay, J, Lieberman, J. (eds) *Psychiatry*, 4th Edition. Oxford: Wiley-Blackwell, pp. 1959–1982

Kääpä, E. H., Frantsi, K., Sarna, S., & Malmivaara, A. (2006). Multidisciplinary group rehabilitation versus individual physiotherapy for chronic nonspecific low back pain: a randomized trial. *Spine*, 31(4), 371-376.

Lim, C., Barrio, C., Hernandez, M., Barragán, A., & Brekke, J. S. (2017). Recovery from schizophrenia in community-based psychosocial rehabilitation settings: rates and predictors. *Research on Social Work Practice*, 27(5), 538-551.

Murugesan, G., Amey, C. G., Deane, F. P., Jeffrey, R., Kelly, B., & Stain, H. (2007). Inpatient psychosocial rehabilitation in rural NSW: assessment of clinically significant change for people with severe mental illness. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 41(4), 343-350.

Nagaswami, V. (1995). Psychosocial rehabilitation: The other side of the mountain. *International Journal of Mental Health*, 24(1), 70-81.

Penk, W., & Flannery, R. B., Jr. (2000). Psychosocial rehabilitation. In E. B. Foa, T. M. Keane, & M. J. Friedman (Eds.), *Effective treatments for PTSD: Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies* (p. 224-246). Guilford Press.

Siskind, D., Harris, M., Pirkis, J., & Whiteford, H. (2012). Personalised support delivered by support workers for people with severe and persistent mental illness: a systematic review of patient outcomes.

Snowdon, D. A., Leggat, S. G., Harding, K. E., Boyd, J., Scroggie, G., & Taylor, N. F. (2020). The association between effectiveness of clinical supervision of allied health professionals and improvement in patient function in an inpatient rehabilitation setting. *Disability and Rehabilitation*, 42(8), 1173-1182.

Sotsiaalkindlusamet. (2021). Sotsiaalne Rehabilitatsioon. <https://sotsiaalkindlustusamet.ee/et/puue-ja-hoolekanne/sotsiaalne-rehabilitatsioon> (23.03.2021)

Sotsiaalkindlustusamet (2021). Statistika ja aruandlus. https://www.sotsiaalkindlustusamet.ee/et/organisatsioon-kontaktid/statistika-ja-aruanne#Puudega_inimesed_KOV (05.01.2022)

Stott, D. J., & Quinn, T. J. (2017). Principles of rehabilitation of older people. *Medicine*, 45(1), 1-5.

Tamm, G., Kostabi, E., Trankmann, S., Remmik, M., Puur, S.M., Urmann, H., Espenberg, S. (2021). Sotsiaalse rehabilitatsiooni teenuse tulemuslikkuse hindamise meetodika väljatöötamine ja tulemuslikkuse hindamine Sotsiaalkindlustusametile. Tartu Ülikool. RAKE.

Tervise Arengu Instituut (2008). Pitra II - Puudega Inimene Tööturule Rehabilitatsioonisüsteemi Arendamisega Lõppraport.

https://www.sm.ee/sites/default/files/contenteditors/eesmargid_ja_tegevused/Sotsiaalhoolekanne/Puudega_inimetele/Rehabilitatsioon/pitra_202_2016ppraport_1_.pdf (accessed 23.03.2021)

Trend, P., Kaye, J., Gage, H., Owen, C., & Wade, D. (2002). Short-term effectiveness of intensive multidisciplinary rehabilitation for people with Parkinson's disease and their carers. *Clinical Rehabilitation*, 16(7), 717–725

Töötukassa (2021). Tööalane Rehabilitatsioon. <https://www.tootukassa.ee/content/toovoimereform/tooalane-rehabilitatsioon> (05.01.2022)

Varga, E., Endre, S., Bugya, T., Tényi, T., & Herold, R. (2018). Community-based psychosocial treatment has an impact on social processing and functional outcome in schizophrenia. *Frontiers in psychiatry*, 9, 247.

Wade, D. T., & Collin, C. (1988). The Barthel ADL Index: a standard measure of physical disability?. *International disability studies*, 10(2), 64-67.

Wilson, S., & Cramp, F. (2018). Combining a psychological intervention with physiotherapy: a systematic review to determine the effect on physical function and quality of life for adults with chronic pain. *Physical Therapy Reviews*, 23(3), 214-226.

Lisa 1. Tunnuste vahelised korrelatsioonid

Tegurid		Tulemus	Soodustav	Sugu	Vanus	Psühholoog	Aeg	Kulu	Füsioterapeut	Tegevusteraapeut	Loovterapeut	Sotsiaaltöötaja	Eripedagoog	Logopeed	Kogemusnõustaja	Õde	Arst	Majutus
Sugu	Pearsoni r	0,17	-0,27	—														
	p-väärtus	0,064	0,003	—														
Vanus	Pearsoni r	-0,01	0,289	-0,31	—													
	p-väärtus	0,886	0,001	< .001	—													
Psühholoogi teenus tundides	Pearsoni r	0,071	-0	-0,05	-0,2	—												
	p-väärtus	0,443	0,99	0,573	0,04	—												
Spetsialistide aeg kokku	Pearsoni r	-0,01	-0,1	-0,05	-0,3	0,537	—											
	p-väärtus	0,914	0,283	0,583	0	< .001	—											
Spetsialistide kulu kokku	Pearsoni r	-0	-0,05	-0,03	-0,3	0,661	0,95	—										
	p-väärtus	0,973	0,599	0,716	0	< .001	< .001	—										
Füsioterapeudi teenus tundides	Pearsoni r	-0,13	0,247	-0,29	0,28	0,18	0,137	0,23	—									
	p-väärtus	0,144	0,006	0,001	0	0,049	0,137	0,01	—									
Tegevusterapeudi teenus tundides	Pearsoni r	-0,08	-0,01	-0,15	0,03	0,299	0,24	0,31	0,381	—								
	p-väärtus	0,367	0,901	0,108	0,77	< .001	0,008	< .001	< .001	—								
Loovterapeudi teenus tundides	Pearsoni r	-0,06	-0,04	-0,07	-0,2	0,193	0,181	0,24	0,274	0,715	—							
	p-väärtus	0,518	0,698	0,438	0,04	0,035	0,048	0,01	0,002	< .001	—							
Sotsiaaltöötaja teenus tundides	Pearsoni r	-0,04	-0,06	-0,1	-0,1	0,154	0,739	0,62	0,242	0,01	-0,06	—						
	p-väärtus	0,706	0,534	0,292	0,34	0,094	< .001	< .001	0,008	0,914	0,523	—						
Eripedagoogi teenus tundides	Pearsoni r	-0,04	-0,13	-0,05	-0,3	0,112	0,713	0,58	-0,08	-0,057	-0,04	0,632	—					
	p-väärtus	0,694	0,17	0,612	0	0,223	< .001	< .001	0,387	0,54	0,673	< .001	—					
Logopeedi teenus tundides	Pearsoni r	0,019	-0,04	-0,1	-0,1	0,106	0,07	0,09	0,149	0,101	-0,04	0,123	0,296	—				
	p-väärtus	0,833	0,636	0,27	0,34	0,25	0,447	0,32	0,105	0,271	0,671	0,181	0,001	—				
Kogemusnõustaja teenus tundides	Pearsoni r	0,055	0,061	-0,06	-0	0,035	0,016	-0,02	-0,077	-0,034	-0,02	0,017	-0,02	-0	—			
	p-väärtus	0,554	0,507	0,49	0,67	0,706	0,866	0,87	0,404	0,714	0,811	0,852	0,869	0,87	—			
Õe teenus tundides	Pearsoni r	-0,03	0,137	-0,13	0,15	0,005	-3E-04	0,01	0,275	0,157	-0	0,078	-0,03	0,36	-0	—		
	p-väärtus	0,729	0,137	0,161	0,1	0,958	0,997	0,95	0,002	0,088	0,966	0,399	0,711	< .001	0,84	—		
Arsti teenus tundides	Pearsoni r	-0,12	0,13	-0,23	0,17	-0,004	0,37	0,32	0,361	0,29	-0,07	0,509	0,33	0,31	-0	0,32	—	
	p-väärtus	0,18	0,158	0,013	0,07	0,965	< .001	< .001	< .001	0,001	0,459	< .001	< .001	< .001	0,71	< .001	—	
Majutuse teenus (ööpäev)	Pearsoni r	-0,18	0,146	-0,34	0,17	0,189	0,25	0,33	0,814	0,479	0,316	0,345	0,03	0,14	-0,1	0,29	0,47	—
	p-väärtus	0,046	0,111	< .001	0,06	0,039	0,006	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	0,742	0,13	0,5	0	< .001	—