



Lisa 2

PILOOTPROJEKTI KIRJELDUS

Isikukeskse erihoolekande teenusmudeli
rakendamine kohalikus omavalitsuses
III konkursivoor (seisuga 28.08.2020)

Taustainfo.....	2
Mõisted.....	3
1. PILOTEERIMISE OBJEKT, EESMÄRK JA SIHTRÜHM.....	4
1.1. Piloteerimise objekt	4
1.2. Piloteerimise eesmärk	4
1.3. Sihtrühm	4
2. PILOTEERIMISE SISU JA ETAPID.....	5
2.1. Teenusmudeli lühikirjeldus	5
2.2. Piloteerimise korraldus ja etapid	7
3. POOLTE TEGEVUSED PILOOTPROJEKTIS	8
3.1. KOV tegevused teenusmudeli piloteerimisel	8
3.2. SKA tegevused pilootprojekti elluviimisel.....	11
4. ISIKUKESKSE TEENUSMUDELI KIRJELDUS.....	12
4.1. Teenusmudeli aluspõhimõtted	12
4.2. I etapp: Abivajaduse märkamine ja seostamine teenussüsteemiga	14
4.3. II etapp: Abivajaduse hindamine	15
4.4. III etapp: Teenuse planeerimine	16
4.5. IV etapp: Plaani elluviimine	17
4.6. Juhised osalejatele teenusmudeli rakendamiseks	18
5. TEENUSKOMPONENTIDE LOETELU	20

Taustainfo

Heaolu arengukava 2016-2023¹ ja erihoolekande arengukava 2014-2020² kohaselt on üheks Eesti sotsiaalhoolekande arendamise prioriteetseks suunaks erihoolekandeteenuste deinstitutionaliseerimine ja teenusekasutaja vajaduste keskseks kujundamine. Alates 2016. aastast on Eestis tegeldud uudse erihoolekande teenusmodeli väljaarendamisega, et kujundada erihoolekandeteenused ümber psüühilise erivajadusega inimese ja tema perekonna vajadustest lähtuvalt ning muuta teenuste korraldus senisest paindlikumaks.

2016-2017 viis Sotsiaalministeerium koostöös lepingupartner Trinidad Wiseman OÜ-ga läbi teenusedisaini protsessi, mille tulemusel töötati välja isikukeskne komponendipõhine erihoolekandeteenuste teenusmodeli prototüüp³. Loodud teenusmodelis käsitletakse psüühilise erivajadusega isikule abi osutamist eluvaldkondade üleselt, integreerides erinevate süsteemide poolt osutatavad tegevused üheks terviklikuks isikut ja tema lähedasi toetavaks teenuseks. Toimetulekut toetavaid tegevusi ja teenuse sisukomponente on võimalik uues süsteemis paindlikult kombineerida ja kohandada vastavalt inimese abivajadusele. Disainiprotsessi käigus jõuti tulemusele, et isikukeskse lähenemise puhul on otstarbekas hoida erihoolekandeteenuste korraldaja ja vastutaja roll kohaliku omavalitsuse tasandil, mis asub inimesele kõige lähemal ning kus on ülevaade ja võimalused kogukonna ressursside kasutamiseks (sh võimalused korraldada suhtlust teenusepakkujatega, kes osutavad piirkonnas vajalikke teenuskomponente).

Alates 2017. aastast on Sotsiaalkindlustusamet (edaspidi SKA) katsetanud uut teenusmodelit ESF rahastatava tegevuse „Integreeritud, isikukeskse ja paindliku erihoolekandeteenuste süsteemi piloteerimine“ raames⁴. 2017-2018 viidi SKA korraldamisel läbi esimene pilootprojekt⁵, mille raames katsetati uut isikukeskset vajaduspõhist teenusmodelit ja kus psüühikahäire või intellektihäirega inimestele ning nende lähedastele vajalikku abi korraldas kohalik omavalitsus (edaspidi KOV). Esimeses pilootprojektis osales kaheksa Eesti omavalitsust. Tuginedes esimesel piloteerimisel saadud kogemustele ja teenusedisainerite ettepanekutele on isikukeskset erihoolekande teenusmodelit edasi arendatud ja mudeli katsetamist praktikas on otstarbekas jätkata. 2019. aastal on käivitatud teine pilootprojekt, mille raames viib SKA läbi konkursivoorusid, et leida kohalikest omavalitsustest lepingupartnereid, kes erihoolekande täiendatud teenusmodelit aastatel 2019-2021 katsetavad. I konkursivoor kuulutati välja augustis, selle tulemusel asuti teenusmodelit piloteerima 8 KOVis. Novembris 2019 kuulutas SKA välja II konkursivooru. Hetkel katsetab teenusmodelit 13 KOVi.

¹ Heaolu arengukava 2016-2023 <https://www.sm.ee/et/heaolu-arengukava-2016-2023>

² Erihoolekande arengukava aastateks 2014-2020, https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/eesmargid_ja_tegevused/Sotsiaalhoolekanne/Puudega_inimetele/erihoolekande_arengukava_2014-2020.pdf

³ Teenuse disain erihoolekandeteenuste ja teenusesüsteemi ümberkorraldamiseks ja arendamiseks. Projekti lõpparuanne. Trinidad Wiseman, 2017. Tellija Sotsiaalministeerium. <https://www.sm.ee/et/uuringud-ja-analuusid#Sotsiaalvaldkonna%20uuringud%20ja%20anal%C3%BC%C3%BCsid>

⁴ Euroopa Sotsiaalfondi prioriteetne suund „Tööturule juurdepääsu parandamine ja tööturult väljalangemise ennetamine“, toetuse andmise tingimused (TAT) „Töövõimereformi sihtrühma töövõimelisuse tõstmine ja nende töötamise soodustamine“ alategevus „Integreeritud, isikukeskse ja paindliku erihoolekandeteenuste süsteemi piloteerimine“, <https://www.sm.ee/et/euroopa-sotsiaalfond-0>

⁵ Vt SKA kodulehel projekt „Isikukeskse erihoolekande teenusmodeli pilootprojekt kohaliku omavalitsuse korralduse baasil“, <https://www.sotsiaalkindlustusamet.ee/et/organisatsioon-kontaktid/projektid#Isikukeskse%20erihoolekande%20teenusmodeli%20pilooprojekt%20kohaliku%20omavalitsuse%20korralduse%20baasil>

Uus teenusmodel toetab psüühilise erivajadusega inimeste ühiskonnaelus osalemist ja kaasamist kogukonna tasandil, sh psüühilise erivajadusega inimeste võimetekohast osalemist tööhõives. Isikukeskse erihoolekande teenusmodeli pilootprojekt KOV korralduse baasil viiakse läbi Euroopa Sotsiaalfondi prioriteetse suuna „Tööturule juurdepääsu parandamine ja tööturult väljalangemise ennetamine“ alategevuse „Töövõimereformi sihtrühma töövõimelisuse tõstmine ja nende töötamise soodustamine“ tegevuse „Integreeritud, isikukeskse ja paindliku erihoolekandeteenuste süsteemi piloteerimine“ raames.

Mõisted

Isikukeskse erihoolekande teenusmodeli piloteerimise dokumentatsioonis kasutatakse mõisteid alljärgnevas tähenduses.

- **Psüühilise erivajadusega inimesed** – raske, sügava ja püsiva kuluga psüühikahäirega inimesed, sh nii psüühilise haigusega inimesed kui intellektihäirega inimesed.
- **Erihoolekandeteenused** on sotsiaalteenused, mis on suunatud raske, sügava või püsiva kuluga psüühilise erivajadusega täisealistele isikutele, kes oma tervislikust seisundist tulenevate tegevusvõime piirangute, vaimse võimekuse või muude toimetulekuraskuste tõttu vajavad toetust igapäevaelus osalemiseks ning igapäevaeluga toimetulekul teistega võrdsel alustel.
- **Sidusvaldkond** – psüühilise erivajadusega inimesele teisi vajalikke teenuseid ja toetusmeetmeid osutavad valdkonnad väljaspool tänast erihoolekandeteenuste süsteemi, nt haridus- või tervishoiusüsteem, tööhõive süsteem jm.
- **Teenuskomponent** – mingis konkreetses eluvaldkonnas abivajaja toimetulekut toetav tegevus, toetusvajadusele vastav tegevus. Teenuskomponendid põhinevad seni erihoolekande- ja rehabilitatsiooniteenuste osaks olevatel tegevustel.
- **Teenus** – psüühilise erivajadusega inimesele ja tema lähedastele terviklikult ja integreeritult osutatav abi, mis kujuneb iga abivajaja puhul personaalselt tema toetamiseks vajalikest tegevustest (ehk teenuskomponentidest). Teenus moodustub seniste erihoolekande- ja rehabilitatsiooniteenuste väiksemateks üksikosadeks lahutamise ja nendest inimese vajadustele vastava tervikliku teenuste paketi koostamise tulemusena. Teenus on erinevatest teenuskomponentidest moodustuv pakett.
- **Juhtumikorraldaja** – antud pilootprojekti raames on juhtumikorraldajaks KOVis teenusmodeli tegevusi koordineeriv spetsialist, KOV vastutusel olevate tegevuste (sh abivajaduse hindamise, teenusmodeli rakendamisega seotud korralduslik tegevus) läbiviija.
- **Baastoetuse osutaja** – organisatsioon, mille spetsialist pakub teenusmodeli piloteerimises osalevale abivajajale terviklikku läbivat personaalset juhtumikorralduslikku tuge, sh koostab ja jälgib tegevusplaani ning korraldab selle elluviimist (vt p.4.1).
- **Lisatoetuse osutajad** - erinevad teenuskomponente osutavad organisatsioonid, sh tänased erihoolekande- ja rehabilitatsiooniteenuste vm sotsiaalteenuste osutajad, ka kogukonnateenuseid pakkuvad organisatsioonid (vt p.4.1). Baas- ja/või lisatoetuse teenusepakujaks võib olla KOV ise, KOV hallatav asutus või KOVi-väline organisatsioon (vabauhendus, sihtasutus või äriühing).

Isikustatud eelarve (ehk isikupõhine, isiklik eelarve) – teenuste organiseerimise viis, mille puhul on teenuseid vajaval abivajajal õigus otsustada selle üle, kuidas kasutada talle teenuste kasutamiseks eraldatud raha. Teenuste planeerimine ja kasutatud teenuste maksumuse üle arvestuse pidamine toimub isikupõhiselt.

1. PILOTEERIMISE OBJEKT, EESMÄRK JA SIHTRÜHM

1.1. Piloteerimise objekt

Pilootprojekti „Isikukeskse erihooletande teenusmodeli rakendamine kohalikus omavalitsuses“ raames katsetatakse uut isikukeskset vajaduspõhist teenusmodelit, kus psüühilise erivajadusega inimestele ning nende lähedastele vajalikku abi korraldab KOV.

1.2. Piloteerimise eesmärk

Pilootprojekti eesmärk on katsetada SKA ja KOV koostöös uue isikukeskse komponendipõhise erihooletande teenusmodeli rakendatavust (teenusmodeli kasutuselevõtmist ja juurutamist) omavalitsustes. Eelkõige on eesmärgiks katsetada psüühilise erivajadusega inimeste abistamisel teenuskomponentidel põhinevat lähenemist ja testida korraldusskeemi, kus psüühilise erivajadusega inimeste teenuste korraldaja rollis on KOV.

Pilootprojekti raames soovib SKA:

- 1) katsetada praktikas uue isikukeskse komponendipõhise teenusmodeli tegevusprotsesse ja selgitada välja, kuidas teenusmodel toetab tööealiste psüühilise erivajadusega inimeste toimetulekut ja ühiskonnaelus osalemist, sh nende võimetekohast osalemist tööturuteenustel ja tööhõives;
- 2) parandada abivajaduse varajast märkamist, esmakordse abivajaja vajaduste hindamist ja juurutada ühtset abi- ja toetusvajaduse hindamist kohaliku omavalitsuse ja riigi tasandil, samuti testida toetusvajaduse hindamisvahendi sobivust sihtrühma toetusvajaduse määra väljaselgitamiseks ja edasise tegevuse planeerimiseks;
- 3) toetada KOVides juhtumikorralduse töömeetodi rakendamist, et tagada psüühilise erivajadusega abivajajale järjepidev personaalne tugi ja nõustamine;
- 4) suurendada projekti sihtrühmale vajalike teenuste kättesaadavust, toetades omavalitsustes teenuskomponentide hankimist ning teenuseosutajate lisandumist;
- 5) välja selgitada teenusmodeli sobivus sihtrühma eri alarühmade puhul, sh soodustada isikukeskse lähenemise abil hooletandeasutusest kogukonda elama tulekut ja kooli lõpetamise järgselt võimalikult iseseisva elu jätkamist;
- 6) saada ülevaade teenuskomponentide kulupõhise hinna ja isikustatud eelarvete kujunemisest ning analüüsida teenusmodeli rakendamisega seotud kulusid.

Pilootprojekti käigus soovib SKA koguda kohalikelt omavalitsustelt ja teistelt projektis osalevatelt partneritelt tagasisidet ja analüüsida kasutajate kogemust uutel põhimõtetel rakendatud teenusesüsteemi korralduse kohta. Tagasiside ja kasutajakogemuse tulemuste põhjal saab SKA teha Sotsiaalministeeriumile ettepanekuid seadusemuudatuste tegemiseks, et teenuste korraldust täiendada ja parandada.

1.3. Sihtrühm

Projektis piloteeritava teenusmodeli **sihtrühmaks** on raske, sügava või püsiva kuluga psüühilise erivajadusega isikud, kelle puhul on täidetud kõik alljärgnevad tingimused:

- 1) isik on 16- aastane kuni vanaduspensioni ealine;
- 2) isikul ei ole diagnoositud põhidiagnoosina dementsust ega alkoholisõltuvust;

3) sihtgrupp vastab ühele järgmistest tingimustest:

- a. isik on erihoolekandeteenusel, kuid tema abivajadus on muutunud (nt vajab vähesema toetusega teenust),
- b. isik ei kasuta veel erihoolekandeteenuseid, kuid on SKA erihoolekandeteenuse järjekorras, või
- c. isik vajab KOV sotsiaaltöötaja või SKA juhtumikorraldaja hinnangul toimetulekuks ja ühiskonnas osalemiseks või tööturule sisenemiseks toetavaid ja integreeritud teenuseid.

Sihtrühma esindaja kohta kasutatakse dokumentatsioonis terminit abivajaja või teenusesaaja.

Erihoolekande teenusmodeli piloteerimises osalev abivajaja ei tohi samaaegselt saada erihoolekande- või rehabilitatsiooniteenuseid praeguses riiklikus süsteemis (küll tohib abivajaja liikuda ühest süsteemist teise, st olla pilootprojekti sisenemise hetkel erihoolekandeteenusel).

2. PILOTEERIMISE SISU JA ETAPID

2.1. Teenusmodeli lühikirjeldus

Isikukeskne erihoolekande teenusmodel käsitleb psüühilise erivajadusega inimese toetamist eluvaldkondade üleselt, integreerides seni erinevate süsteemide poolt osutatud tegevused isikut ja tema lähedasi toetavaks terviklikuks teenuseks. Uues teenusmodelis on psüühilise erivajadusega inimesele pakutava toetuse sisu ja korraldus hetkel kehtivast teenusekorraldusest erinev:

- 1) Pilootprojekti raames pakutakse abivajajatele senistest erihoolekande- ja rehabilitatsiooniteenustest erineva sisuga teenust (nõ teenuskomponentidest koosnevat teenust), mis põhineb seni erihoolekande- ja sotsiaalse rehabilitatsiooni teenuste osaks olevatel tegevustel. Uues teenusmodelis käsitletakse psüühilise erivajadusega inimesele ja tema lähedastele osutatavat abi ühe tervikliku integreeritud teenusena, mis kujuneb iga abivajaja puhul personaalselt tema toetamiseks vajalikest tegevustest (ehk teenuskomponentidest). Erihoolekande ja rehabilitatsiooniteenuste tegevused on jagatud teenuskomponentideks, mida kombineeritakse vastavalt inimese vajadustele. Igale teenusmodeli piloteerimises osalevale abivajajale pakub personaalset tuge selleks määratud spetsialist (baastoetuse osutaja), kes teda nõustab ja koordineerib koostööd teiste osapooltega (sh teenuskomponentide osutajatega, sidusvaldkondade partneritega).
- 2) Uues teenusmodelis on lisaks sisule tänasest erinev ka teenuste korraldamise viis. Praegu korraldab psüühilise erivajadusega inimestele osutatavaid erihoolekande- ja rehabilitatsiooniteenuseid SKA, muid sellele sihtrühmale vajalikke sotsiaalteenuseid aga KOV. Uues teenusmodeli piloteerimisel vastutab kogu psüühilise erivajadusega inimesele abi osutamise protsessi eest oma piirkonnas KOV. Praktikas tähendab see KOV tegevust selle nimel, et a) KOVis elavate pilootprojekti kaasatud psüühilise erivajadusega inimeste abivajadus on hinnatud, b) iga abivajaja on kokku viidud teda järjepidevalt toetava spetsialistiga, kes inimesele vajaliku abi andmist korraldab (sh viib abivajaja kontakti teenuseosutajatega ja korraldab teenuse osutamise), b) piirkonnas on abivajajatele vajalikud teenuskomponendid kättesaadavad (teenuseosutajateks võivad olla nii senised KOVi lepingupartnerid kui SKA lepingupartnerid kui uued teenuseosutajad).

Teenusmodeli piloteerimisel on olulisteks osapoolteks:

- **valla- või linnavalitsus**, kes vastutab teenusmodeli korralduse ja koordineerimise eest oma piirkonnas (sh tagasiside andmise eest SKAle), samuti psüühilise erivajadusega inimeste abivajaduse märkamise, hindamise ja isiku teenussüsteemiga seostamise eest;
- **baastoetuse osutaja(d)**, kes pakub abivajajale terviklikku ja läbivat personaalset juhtumikorralduslikku tuge. Baastoetuse osutaja vastutab teenuse planeerimise ja plaani elluviimise tagamise eest. Baastoetuse osutajaks võib olla juriidiline isik, kelle puhul äriregistris või riigi ja kohaliku omavalitsuse asutuste registris märgitud põhitegevusalade loetelu hõlmab hoolekandelisi tegevusi. Baastoetuse osutaja võib olla KOV ise või tema allasutus või omavalitsuse partneriks olev teenuseosutaja (MTÜ, SA või äriühing)⁶;
- **lisatoetuse osutaja(d)**, kelleks on erinevad teenuskomponentide pakkujad, sh tänased erihoolekande- ja sotsiaalse rehabilitatsiooni teenuste osutajad jm sotsiaalteenuste osutajad, aga ka kogukonnateenuste osutajad. Lisatoetuse teenuseosutajaks võib olla KOV või tema hallatav asutus või omavalitsuse partneriks olev vabaühendus, sihtasutus või äriühing;
- **SKA**, kes vastutab teenusmodeli piloteerimisel omavalitsustele vajaliku toe pakkumise eest, samuti teenusmodeli tegevuste finantseerimise eest. SKA loob piloteerimise üldise raamistiku. Lisaks on SKA ülesanne koostöö raames koondada, vahendada ja analüüsida informatsiooni erinevate KOVide pilootprojektis saadud kogemuste kohta, teostada järelevalvet, ühtlustada üle-eestilist teenusmodeli juurutamise praktikat;
- koostööd tehakse ka sidusvaldkondade partneritega ja kogukonnaga.

Teenusmodeli piloteerimisel tohib kasutada vaid spetsialiste, kellel on olemas vajalik pädevus.

- KOVis on võtmespetsialistiks teenusmodeli tegevusi koordineeriv juhtumikorraldaja, kes peab olema sotsiaalhoolekandes töötav vastava erialase ettevalmistusega kõrgharidusega isik. Teenusmodeli piloteerimiseks võib KOVis juhtumikorraldaja täiendavalt tööle võtta või rakendada olemasolevaid KOV sotsiaaltöö spetsialiste. Oluline on seejuures, et piloteerimisel oleksid piirkonnas kaetud kõik juhtumikorraldaja tööülesanded, sõltumata sellest, kas neid täidab üks või mitu töötajat (nt abivajaduse hindamine, abivajaja seostamine baastoetuse osutajaga, teenuskomponentide hankimine, aruandlus ja lepinguliste suhete korraldus SKA ja partneritega jm pilootprojekti administratiivsete küsimustega tegelemine);
- Baas- või lisatoetuse teenuskomponente vahetult osutavad isikud peavad olema läbinud vastavasisulise väljaõppe. Piloteerimises osalev KOV peab tagama, et projekti elluviimisel rakendatakse vaid vajaliku kvalifikatsiooniga isikuid. Piloteerimises osaleval KOVil on kohustus tagada, et projekti raames osutaksid teenuskomponente üksnes sellised spetsialistid, kelle kvalifikatsioon vastab õigusaktides sätestatud nõuetele.

Isikukeskse erihoolekande teenusmodeli detailne kirjeldus on käesoleva dokumendi peatükis 4 ja teenuskomponentide sisukirjeldused peatükis 5.

⁶ KOVi välise baas- või lisatoetuse osutaja kaasamiseks tuleb järgida KOV hankekorda ning riigihangete seaduse põhimõtteid ja nõudeid (st läbi viia KOV hankekorra nõudeid järgiv protsess).

2.2. Piloteerimise korraldus ja etapid

Teenusmodeli piloteerimine kestab kuni detsembrini 2021. Isikukeskse erihoolekande teenusmodeli piloteerimine on kavandatud kaheetapilisena.

- **I etapp** on teenusmodeli piloteerimise ettevalmistav etapp, mis algab pärast konkursivooru lõppemist ja projektis osalevate KOVide selgumist ning kestab 4 kuud. I etapis jätkub protsess, mis algab juba konkursi taotluse koostamise ajal – teenusmodeli piloteerimises osalevas KOVis töötatakse välja kohalike oludega sobiv korraldusskeem.

Piloteerimise I etapi eesmärk on anda KOVle võimalus keskenduda oma piirkonnas teenusmodeli piloteerimiseks vajalike partnerite leidmisele, nendega koostöösuhete loomisele (teenuseosutajad, sidusvaldkondade partnerid), teenuskomponentide hinnakirja(de) väljatöötamisele ning töökorralduse paikapanemisele. Sellega paralleelselt toimub KOVis ka piirkonna psüühilise erivajadusega inimeste kaasamine projekti. I etapis ei eeldata, et kõik planeeritud abivajajad kohe teenusele jõuavad, kuigi taotluses lubatud isikute arvu täitmisega tuleb eesmärgipäraselt tegeleda. I etapi lõpuks peab olema projekti kaasatud vähemalt 90% taotluses prognoositud inimeste arvust (projekti sisenemiseks täidetakse isiku sisenemisankeet). Pärast inimese projekti sisenemist (kui on täidetud sisenemisankeet) tuleb 30 kalendripäeva jooksul viia läbi tema toetusvajaduse hindamine, seostada inimene talle sobiva baastoetuse osutajaga ja koostada talle 30 kalendripäeva jooksul tegevusplaan.

Oluline on leida piirkonnas projekti kaasatud abivajajatele vajalike teenuskomponentide pakkujad ning nendega lepingulised suhted luua, viies vajadusel selleks läbi hanke(d). Oluline on ka luua kontaktid kõigi nende organisatsioonidega, kellel on kokkupuude psüühilise erivajadusega inimestega ning kes võivad olla inimese abivajaduse esmaseks märkajaks.

SKA poolt toimub piloteerimise raamistiku tutvustamine ja täpsustamine, sh lepingupartnerite koolitamine ja juhendamine teenusmodeli toimimise, osapoolte tegevuste ja vastutuse osas, samuti projektis kasutatavate hindamisvahendite osas.

I etapi tulemus: KOVis on koostöösuhted loodud abivajajate vajadustele vastavate kõikide teenuskomponentide osutajatega (kui teenuskomponente ei osuta KOV asutus, siis ostab KOV teenuse sisse riigihangete seadust ja KOV hankekorda järgides), teenuskomponentide hinnakirjad on olemas, konkursi taotluses prognoositud teenusekohtadest on vähemalt 90% täidetud.

- **II etapp** algab piloteerimisperioodi viiendast kuust ja kestab projekti lõpuni. II etapis on KOVis põhirõhk abivajajate teenusele kaasamisel ja hoidmisel, teenuste jooksev korraldamine, jooksvate probleemide lahendamine. Selle kõrvalt arendatakse koostöösuhteid, otsitakse uusi partnereid viies vajadusel selleks läbi hanke(d) jmt. SKA kogub KOVidelt ja teistelt projektis osalevatelt partneritelt regulaarselt tagasisidet ja analüüsib kasutajate kogemust uutel põhimõtetel rakendatud teenusesüsteemi korralduse kohta, toimub kogemuste vahetamine.

Piloteerimise II etapi eesmärk on teenusmodeli jooksev rakendamine KOVis, jooksvate probleemide lahendamine, regulaarne tagasiside andmine teenusmodeli toimivuse kohta.

II etapi tulemus: KOVis saavad teenusmodeli raames teenust taotluses kokkulepitud arv inimesi. Olemas on kõigi teenuskomponentide osutajad. Koostöö ja tagasiside andmine SKAle toimib.

Piloteerimise vältel toimuvad regulaarselt KOVide vahehindamised – esimene toimub I etapi lõpus, edaspidi kord aastas. Hindamisel võetakse arvesse projekti kaasatud inimeste arvu ja teenusmodeli tegevusi vastavalt projektis osalevate inimeste hinnatud vajadusele.

- I etapis lähtutakse KOV rahastamisel omavalitsuse poolt konkursile esitatud taotluse andmetest (I etapis makstakse KOVile juhtumikorraldaja töötasu vastavalt konkursi taotluses esitatud prognoosile). I etapi lõpus korrigeeritakse vajadusel rahastamist, kui nelja kuu jooksul ei ole KOV jõudnud nende eesmärkideni, mis taotluses on esitatud (lubatud kõikumine tulemusnäitajates 10% ehk nelja kuu jooksul peab olema projekti sisenenud KOVi poolt prognoositud abivajajate arvust vähemalt 90%).
- II etapis lähtutakse omavalitsuse rahastamisel viimase vahehindamise tulemustest (vastavalt siis kas I etapi lõpphindamisest või iga-aastasest vahehindamisest). KOVile makstavat juhtumikorraldaja töötasu osa korrigeeritakse proportsionaalselt vastavalt tegelikult projektis osalevate inimeste arvule (vastavalt tegelikule olukorrale).

Piloteerimise vältel toimuvad regulaarselt kogemusseminarid mudeli katsetamisel tekkinud küsimuste arutamiseks ja ühiste lahenduste leidmiseks, samuti regulaarse tagasiside saamiseks.

3. POOLTE TEGEVUSED PILOOTPROJEKTIS

Isikukeskse erihoolekande teenusmodeli piloteerimine toimub KOVide ja SKA koostöös. Teenusmodeli piloteerimine hõlmab nii otsese klienditööga seotud tegevusi kui korralduslikke tegevusi, sh nii kohalikus piirkonnas kui üleriiklikult teenusmodeli juurutamisega seotud korralduslikke tegevusi.

3.1. KOV tegevused teenusmodeli piloteerimisel

Piloteerimise käigus täitja (KOV):

- 1) kaardistab projekti sihtgruppi kuuluvad inimesed oma vallas või linnas ja esitab taotluses projektis osalevate inimeste arvu;
- 2) kaardistab kogukonna ressursid (nt seltsingud, vabatahtlikud) ja teenuseosutajad, kes piirkonnas osutavad vajalikke teenuskomponente, mida on vaja isikule ja tema lähedastele abi ja toe tagamisel. Teenuskomponentide puudumisel leiab teenusekomponendi pakkuja (nt mujalt piirkonnast) või soodustab uute pakkujate tekkimist oma piirkonnas.
- 3) tagab teenuseosutajatelt ühikuhinna põhiste teenuskomponentide hankimise kooskõlas riigihangete seaduse ja asutuse hankekorraga. Selgituseks - nii baastoetuse kui lisatoetuse teenusepakkuja võib olla kas KOV ise (nt sotsiaalosakonna ametnik), KOV hallatav asutus või KOVi-väline organisatsioon (vabaühendus, sihtasutus või äriühing). KOVi välise baastoetuse osutaja leidmisel tuleb järgida KOV hankekorda ning riigihangete seadust. Alla 300 000 € sotsiaalteenuse ostu puhul on tegemist alla sotsiaalteenuste riigihanke piirmäära hankega, mida ei pea läbi viima riigihangete registris ja mille tellimise kord on sätestatud KOV hankekorras;.

- 4) jälgib baastoetuse osutajaid valides ja nendega lepingulisi suhteid luues (viies selleks vajadusel läbi hanke(d)), et projekti vältel oleks täidetud nõue, et baastoetuse osutaja on juriidiline isik, kelle puhul äriregistris või riigi ja kohaliku omavalitsuse asutuste registris märgitud põhitegevusalade loetelu hõlmab sotsiaalhoolekandelisi tegevusi;
- 5) avaldab valla- või linnavalitsuse kodulehel KOV üksuse asutuste poolt osutatavatele teenuskomponentidele kehtestatud hinnad ja/või sisseostetavate teenuskomponentide nimekirja ja nende ühikupõhised maksumused;
- 6) abivajajate varajaseks märkamiseks ja teenussüsteemiga sidumiseks:
 - a. määrab projekti kontaktisiku ja avaldab valla või linna kodulehel tema andmed;
 - b. jagab oma vallas või linnas avalikkusele informatsiooni isikukeskse teenusemudeli rakendamisest;
 - c. kaardistab sidussüsteemid, nt tervishoiu- ja haridusasutused, hoolekandetasutused, politsei, töötukassa bürood jm asjassepuutuvad asutused piirkonnas;
 - d. lepib kokku suhtluskanalid ja koostööprotsessid abivajaja seostamiseks teenussüsteemiga ja muude toetusmehhanismidega;
 - e. tagab proaktiivse sekkumise: abivajava inimesega võetakse ühendust kohe, kui abivajadust märgatakse ja ennetatakse kriisiolukordade tekkimist;
- 7) abivajava inimese osalemiseks projektis täidetakse ja allkirjastatakse inimese projekti sisenemise ankeet. Pärast inimese projekti sisenemist tuleb hiljemalt 30 kalendripäeva jooksul viia läbi tema toetusvajaduse hindamine, seostada inimene talle sobiva baastoetuse osutajaga ja seejärel koostada talle 30 kalendripäeva jooksul tegevusplaan. ;
- 8) määratleb toetusvajaduse hindamisinstrumendi abil (vt näidismudeli lisas 5) projektis osaleva isiku abivajaduse taseme eri eluvaldkondades. Projektis osaleva inimese toetusvajaduse hindamine tuleb viia võimalikult kiiresti pärast inimese projekti sisenemist (pärast sisenemisankeedi täitmist), kuid mitte hiljem kui 30 kalendripäeva jooksul inimese projekti sisenemisest.
- 9) valib toetusvajaduse hindamise tulemusi arvestades isiku ja vajadusel tema lähedastega välja baastoetuse ja lisatoetuse osutajad (vt ptk 4 ja 5) ning suunab isiku sobiva baastoetust osutava teenuseosutaja juurde. Tagab, et baastoetuse käigus koostatakse isikule tegevusplaan, mida hiljem vajadusel jooksvalt muudetakse ja täpsustatakse; Tegevusplaan tuleb koostada hiljemalt 30 kalendripäeva jooksul pärast inimese toetusvajaduse hindamist;
- 10) tagab isikule baastoetuse ja lisatoetuse komponentide osutamise teenusmudeli kirjelduses (vt ptk 4) kirjeldatud viisil.
- 11) tagab, et baastoetuse osutaja koordineeriks võrgustikutööd erinevate sidusvaldkondade ja teenuskomponentide osutajate vahel;
- 12) tagab, et baastoetuse osutaja viiks regulaarselt läbi projektis osalevate abivajajate hindamise ja tegevusplaani korrigeerimise ning muudatused teenuskomponentide osutamises vastavalt inimese muutunud toetusvajadusele;
- 13) peab isiku kohta toimikut (võimalusel digitaalselt) ja koondab isiku toimikusse projekti käigus isikule koostatud dokumendid ja informatsiooni kõigist teenuskomponentidest, mida isikule või tema lähedastele pakutakse.
- 14) kannab sotsiaalteenuste ja –toetuste andmeregistrisse (edaspidi STAR) isiku toetusvajaduse hindamise tulemused , samuti info isikule määratud teenuskomponentide kohta (nt nende ühikuhinnad, osutaja ning igakuise mahu ja maksumuse).

Täitja (KOV) kohustused SKA ees:

- 1) lähtub isikukeskse erihoolekande teenusmodeli rakendamisel teenuskomponentide (vt ptk 5) ja teenusmodeli (vt ptk 4) kirjeldusest;
- 2) tagab juhtumikorralduse töömeetodi rakendamise. Juhtumikorralduse tagamisel on lepingupartneril sõltuvalt kohalikest vajadustest õigus valida, kas juhtumikorralduse tasu siduda sotsiaaltöötaja (hindamine, mille eelduseks on erialane kõrgharidus) ja/või teenuskomponentide administreerija (hankimine, lepinguliste suhete korraldus, arveldamine) tööjõukuludega või täidab neid rolle üks ja sama isik;
- 3) esitab igakuiselt SKAle teenuskomponentide osutamisele järgneva kalendrikuu 7. tööpäevaks isikute kohta koondarve, millel kajastub juhtumikorralduse tasu summa ja kõikide eelmise kuu tasumisele kuuluvate teenuskomponentide maksumuste summa.
- 4) esitab igakuiselt SKAle isikupõhiselt kulude koondaruande kõikide teenuskomponentide kohta (vt näidisvormi lisas 5, „KOV_Teenuskomponentide andmekogu.xls“) komponentide osutamisele järgneva kalendrikuu 7. tööpäevaks. Teenuskomponentide planeerimisel lähtutakse teenuskomponentide loetelust (käesoleva dokumendi ptk 5 „Teenuskomponendid“).
- 5) tagab, et teenuskomponentide osutamine pilootprojektis osalevatele abivajajatele on dokumentaalselt tõendatud ja vajadusel SKAle esitatav. Selleks täidetakse iga abivajaja kohta „Osalemise leht“ (vt näidisvormi lisas 5), mis kajastab inimesele teenuskomponentide osutamist ja see info on teenuseid vahetult osutanud teenuse osutaja esindaja (spetsialisti) poolt allkirjastatud;
- 6) täidab projektis osalejate kohta projekti sisenemisel ja väljumisel ankeedi ja võtab isikult või tema seaduslikult esindajalt allkirja isikuandmete töötlemiseks (vt näidisvormi lisas 5, Ankeet projekti sisenemisel ja projektist väljumisel). Täitja kogub projektis osalejate andmed ja edastab SKAle nii inimese pilooti sisenemisel kui väljumisel;
- 7) koos igakuise aruandega esitab SKAle digitaalselt projekti sisenemise ankeetide ära kirjad kõikide eelmisel kuul projekti kaasatud abivajajate kohta, aga ka projektist lahkunud inimeste kohta;
- 8) teenusekasutajate elukvaliteedi muutuse hindamiseks kogub projektis osalejatelt tagasisidet projekti alguses, aasta möödudes ning projekti lõpus (vt Lisa 5. Inimese elukvaliteedi hinnangu küsimustik); jälgib, et teenusekasutajate elukvaliteeti hindaks ka baastoetust osutav spetsialist. Koondandmed mõlemalt osapoolelt koondatakse tabelisse „Elukvaliteedi hinnang_koond.xls“. Nimetatud tabel esitatakse SKAle nõudmisel;
- 9) korraldades teenuskomponentide osutamist teenuseosutajate kaudu lähtub olemasoleva konkurentsi ning raha otstarbeka ja säästlikuma kasutamise põhimõtetest ning viib teenuseosutajate ringi laiendamiseks ja KOV-väliste teenusepakkujate (MTÜ, SA, äriühingud) kaasamiseks läbi sobiva hankemenetluse, kooskõlas riigihangete seaduse ja KOV hankekorraga. Täitja määrab nõuded teenuskomponentide pakkujatele ning teenuskomponente vahetult osutavate isikute pädevusele või kvalifikatsioonile, arvestades õigusaktides sätestatud ja sotsiaalteenuste kvaliteedijuhiseid. Lepingupartneril on kohustus tagada, et lepinguga seotud teenuskomponente osutaksid üksnes sellised juriidilised isikud, kellel on olemas kõik õigusaktides nõutavad load, registreeringud ja spetsialistid. Teenuskomponente osutaval spetsialistil peab olema nõutav pädevust, st tema kvalifikatsioon vastab õigusaktides sätestatud nõuetele.

- 10) peab arvestust lepingu alusel tehtavate väljamaksete maksimaalse maksumuse ehk lepingu maksimaalse rahalise mahu osas;
- 11) katsetab projekti jooksul toetusvajaduse hindamisvahendit ning teeb ettepanekuid tõrkekohtade lahendamiseks ja vajalikeks muudatusteks hindamisvahendi kasutamise osas. Samuti on täitjal õigus teha ettepanekuid andmevahetuse, isikukeskse teenusmodeli ning info- ja koolitusvajaduse osas;
- 12) arvestab projekti käigus SKA ettepanekuid isikukeskse teenusmodeli parendamiseks ja lähtub antud juhistest teenusmodeli rakendamisel. Lepingupartner osaleb koos baastoetuse osutajaga SKA koolitustel ja kogemusseminaridel teenusmodeli rakendamiseks ning projekti edukaks läbiviimiseks, vastab tagasisideküsitlustele jm SKA päringutele;
- 13) osutab sihtgrupile isikukeskse teenusmodeli kohaselt abimeetmeid, eesmärgiga toetada nende jõudmist tööturuteenustele, avatud tööturule või võimetekohasele muule tõisele tegevusele (nt pikaajaline kaitstud töö, vabatahtlik töö);
- 14) täidab struktuuritoetuse andmisest avalikkuse teavitamise, toetusest rahastatud objektide tähistamise ning Euroopa Liidu osalusele viitamise nõudeid ja korda, sh Vabariigi Valitsuse 12.09.2014 määrust nr 146 „Perioodi 2014–2020 struktuuritoetuse andmisest avalikkuse teavitamise, toetusest rahastatud objektide tähistamise ning Euroopa Liidu osalusele viitamise nõuded ja kord“. Taotleja ja tema partnerid lisavad kõikidele oma materjalidele Euroopa Sotsiaalfondi logod.

3.2. SKA tegevused pilootprojekti elluviimisel

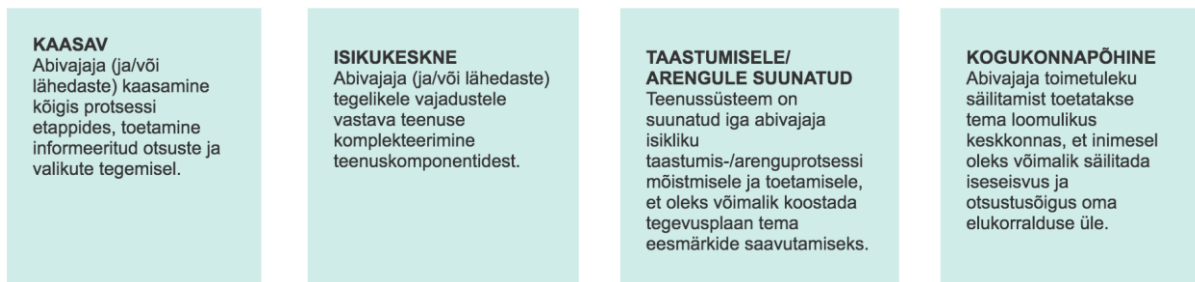
Piloteerimise käigus SKA:

- 1) nõustab, juhendab ja koolitab pilootprojekti osalejaid teenusmodeli aluspõhimõtete, toimimise, osapoolte tegevuste ja vastutuse osas, korraldab kogemuste vahetamist. Teenusmodeli rakendamist puudutav kogemuste vahetamine toimub kogu projekti vältel;
- 2) korraldab projektis kasutatavate hindamisvahendite kasutamise väljaõpet;
- 3) kogub KOVidelt ja teistelt projektis osalevatelt partneritelt regulaarselt tagasisidet ja analüüsib kasutajate kogemust uutel põhimõtetel rakendatud teenusesüsteemi korralduse kohta;
- 4) jõustab KOVe teenuste korraldamisel ning arendamisel, arendab piloteeritavat teenusmodelit jooksvalt kogu projekti vältel;
- 5) vahendab informatsiooni erinevate KOVide pilootprojekti saadud kogemuste kohta, eesmärgiga ühtlustada üle-eestilist teenusmodeli juurutamise praktikat;
- 6) kogub ja vahendab teavet teiste sarnaste projektide ja programmide kohta. Teeb koostööd sidusvaldkondadega.
- 7) teostab pilootprojekti raames elluviidavate tegevuste üle järelevalvet;
- 8) tasub teenuse eest kokku lepitud tasu (sh teenuskomponentide maksumuse arvete alusel ja juhtumikorralduse tasu teenusekohtade arvust lähtuvalt);
- 9) kontrollib teenuse eest esitatud arvete ja dokumentatsiooni vastavust nõuetele lepingus sätestatud tähtaja jooksul.

4. ISIKUKESKSE TEENUSMUDELI KIRJELDUS

Erihoolekande teenuste eesmärgiks on toetada psüühilise erivajadusega inimeste võimalikult iseseisvat toimetulekut ja osalemist ühiskonnaelus läbi juhendamise või kõrvalabi pakkumise erinevates eluvaldkondades. Piloteeritav teenusmodel töötati välja teenusedisaini projekti raames aastatel 2016-2017 ning seda täiendati peale aastast piloteerimist ning mõjuanalüüsi aastal 2017-2018.

Isikukeskse teenusmodeli eesmärgiks on olla:



Detailne teenusmodeli joonis: <https://1wh2i1.axshare.com>

4.1. Teenusmodeli aluspõhimõtted

- **Isikukesksed, sihtgrupi ja tema lähedaste vajadustele vastavad teenused**
Komponendipõhises teenusmodelis on võimalik koostada abivajajale personaalselt tema toetusvajadusele vastav teenuspakett.
Teenusmodelis on olulisel kohal inimese ja tema pere võimalus valida sobivaid teenuskomponente erinevate teenuseosutajate juurest. Vajadusel on abivajajale võimalik toetust pakkuda juba teenussüsteemi sisenemise varajases faasis. Kui inimesel on tema erivajadusest tulenevalt otsustamine ja valik raskendatud, võimaldab baastoetuse pakkuja teha toetatud valikuid. Lisaks psüühilise erivajadusega inimestele vajavad toetust ka nende lähedased. Lähedaste toetamiseks on teenusmodelis eraldi lisatoetuse komponentide rühm. Perede hoolduskoormuse vähendamisele, psühholoogilisele ja praktilisele toimetulekule suunatud teenuskomponentidel, nagu nõustamine, koolitus, tugigrupid jms, on oluline osa inimesele ja tema lähedastele tervikliku toetuse planeerimisel. Peredele suunatud toetus on eriti oluline juhul, kui inimene ise keeldub abist või ei ole vajalik abi ja teenuskomponendid koheselt kättesaadavad ning hoolduskoormus langeb vaid pere õlgadele.
- **Kasutajasõbralik, lihtne ja arusaadav teenussüsteem, sujuv liikumine teenussüsteemis**
Teenusmodeli väljatöötamise oluliseks põhimõtteks oli leida teenussüsteemi sisenenud abivajajale ja tema lähedastele parim, meeldivaim, mugavaim ja kiireim viis jõuda vajaliku toetuseni. Sellest lähtuvalt on teenusmodeli üks fookustest selgelt teenussüsteemi sisenemisel ja abivajaduse märkamisel. Teenusmodeli eesmärk on tagada abivajajale ja lähedastele esmane info ja nõustamine seal, kus abivajadust märgati (nt KOV sotsiaaltöötajalt, intellektipuudega noor koolist, psüühikahäirega inimene haiglast või tervisekeskusest). Selleks kaardistab KOV teenusmodeli rakendamisel oma piirkonna sidussüsteemid ning informeerib neid piirkonna teenusmodeli korraldusest ning lepib kokku koostööpõhimõtted. See eeldab proaktiivset abi pakkumist, mis tagab abivajajale ja tema

perele informeerituse õigustest ja teenussüsteemi võimalustest, samuti abi esimeste valikute tegemisel ja otsustamisel.

Mudeli oluline osa on teenussüsteemi sisenenud abivajajale teenuse planeerimine ja plaani elluviimine baastoetuse näol. Pidev baastoetus tagab ka sujuva ülemineku ja liikumise teenuste vahel, erinevate sekkumiste, sh sidusvaldkondade teenuste ning kogukonnaressursside koordineerimise ja kättesaadavuse.

Inimese abivajaduse hindamise ja teenuste planeerimise protsess peab olema võimalikult kaasav, isikukeskne ja terviklik. Protsessi kaasatakse vaid minimaalselt vajalikke, inimese ja lähedaste vajadusi tundvaid osapooli või erialaspetsialiste. Abivajaduse hindamisel tuleks lähtuda andmestikust ja informatsioonist, mis on inimese kohta juba varasemalt läbiviidud hinnangute ja otsuste alusel kogutud ja inimese poolt varasemalt esitatud, nt töövõime hindamise- ja puude hindamise andmed, info andmebaasidest (nt STAR). Teenuste planeerimiseks vajalikku lisainformatsiooni inimese toetusvajaduse ja toimetuleku kohta kogutakse baastoetuse osutaja poolt läbi koostegemise ja kogemise keskkonnas, kus inimene elab ja tegutseb. Toetuse planeerimisel on oluline mõõdetavate eesmärkide seadmine seoses elukvaliteedi parandamise või säilitamisega, samuti inimese võimetekohase arendamisega, mille saavutamist on võimalik töö käigus hinnata. Pakutud lahendustes on arvestatud ka psüühikahäirega isikute eripära ning vajadust saada nn abi situatsioonis, kui inimene keeldub abist või tema seisund vajab kiiret sekkumist.

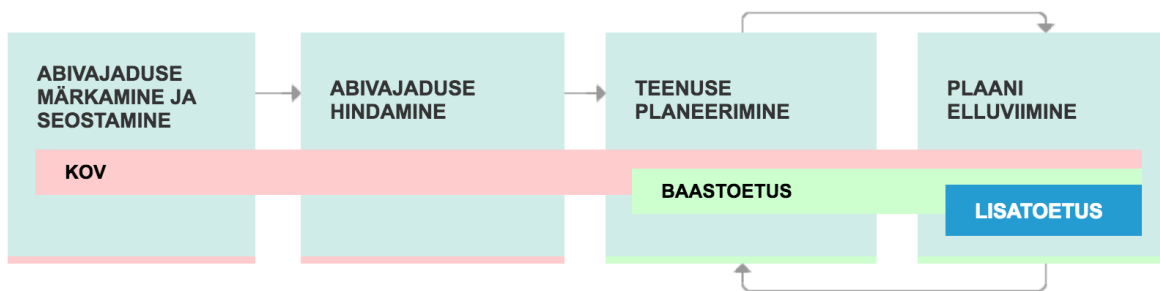
- **Paindlikkus teenuste planeerimisel ning korraldamisel**

Komponendipõhine teenusmudel võimaldab kombineerida erinevaid teenuskomponente ning koostada igale inimesele ja tema perele sobiva teenuskomponentidest koosneva teenuspaketi. Teenuse protsess võimaldab paindlikult muuta ja täiendada teenuspaketti - kombineerida toetuse sisu lähtudes inimese taastumise/ arengu faasidest, klienditeekonna etappidest, inimese ja pere muutuvatest vajadustest. Teenuskomponentide planeerimisel ja pakkumisel lähtutakse samuti abivajaja toetusvajadusest - komponendi maht ja vajalik toetuse määr sõltub konkreetsetest juhtumist.

Mudel võimaldab ühe inimese teenuspaketis paindlikult kombineerida erinevate teenuseosutajate poolt pakutavaid teenuskomponente. Selline paindlikkus võimaldab teenuseosutajatel ka spetsialiseeruda ning arendada spetsiifilisi tõenduspõhiseid programme ja teenuseid (nt peredele suunatud perekoolitusprogramm, tugi- ja eneseabigrupid jm). Mitme erineva teenuseosutaja teenuskomponentide kombineerimise läbi saab luua integreeritud teenuspakette, kus abivajaja ei jää ühe asutuse nn ökosüsteemi kinni ja on erinevate kohtade ning inimeste läbi kogukonnaga paremini seostatud.

Teenusmudeli kirjeldus lähtub neljast peamisest erihooletande teenuse klienditöö etapist:

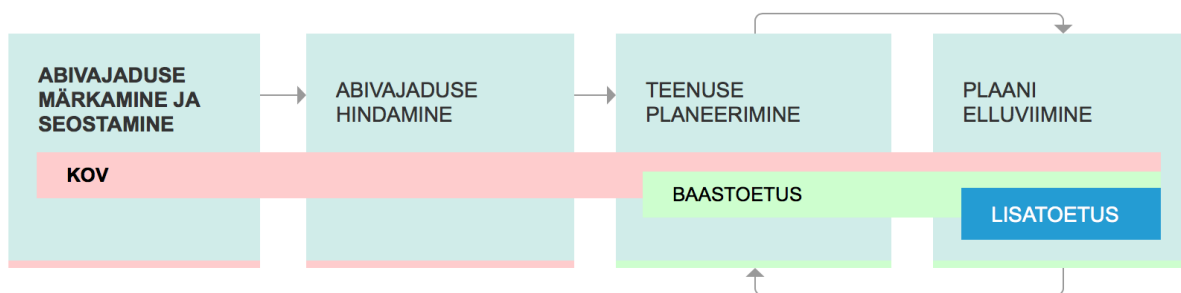
- (1) abivajaduse märkamine ja seostamine teenussüsteemiga,
- (2) abivajaduse hindamine,
- (3) teenuse planeerimine,
- (4) plaani elluviimise tagamine.



Alljärgnev isikukeskse teenusmudeli detailne kirjeldus on jagatud kaheks peamiseks osaks: (a) tegevused, mille käigus toimub otsene töö abivajajaga kliendiga ning (b) taustal toimuvad tegevused, mis ei ole vahetu töö abivajajaga. Teenusmudeli jaotamine etappideks võimaldab selgelt määratleda igas etapis pakutava toetuse eest vastutajad ja nende ülesanded.

4.2. I etapp: Abivajaduse märkamine ja seostamine teenussüsteemiga

Vastutab: KOV



Eesmärgiks on abivajajate võimalikult varajane märkamine ning proaktiivne abi teenussüsteemi sisenemisel läbi koostöö sidussüsteemidega.

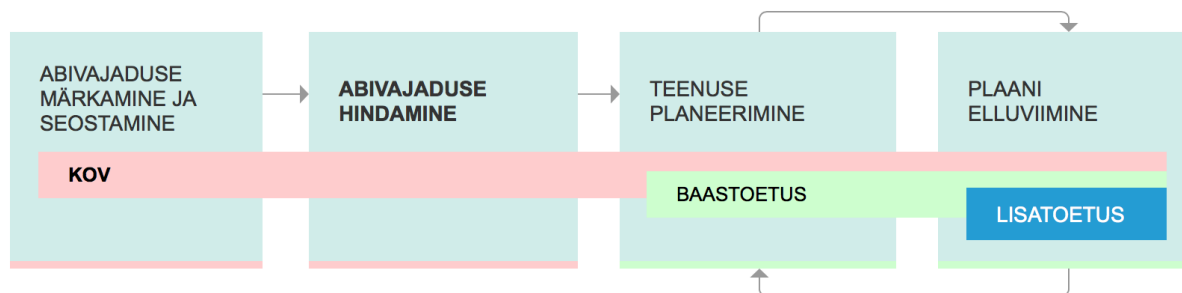
Ettevalmistavad taustategevused: KOV vastutab oma piirkonnas abivajaduse proaktiivse märkamise eest kaardistades sidussüsteemid (nt kiirabi, psühhiaatri kabineti, haigla, Töötukassa, koolid, varjupaigad jm piirkonnas olulised asutused) ja leppides kokku suhtluskanalid ning koostööprotsessid abivajaja seostamiseks teenussüsteemi ja muude toetusmehhanismidega.

Kokkupuude abivajajaga: Sidussüsteemide spetsialistid on seeläbi informeeritud ja pädevad abivajadust märkama ning abivajajat teenussüsteemi sisenemisel toetama. Nad teavad, kuidas piirkonna erihooletakandeteenuse süsteem toimib ning oskavad abivajaja sellega õigeaegselt seostada.

Sotsiaaltöötaja jõuab sidussüsteemist saadud info tulemusel abivajajani proaktiivselt - seal, kus vajadust märgati (nt kodus, haiglas). Inimese abivajadus avaldub üldjuhul sidusvaldkonna töö raames (nt tervishoid, haridus, tööhõive). Oluline on, et inimesega võetakse ühendust kohe kui abivajadust märgati, mitte ei oodata, kuni inimene või pere pöörduvad või on tekkinud kriisiolukord.

4.3. II etapp: Abivajaduse hindamine

Vastutab: KOV



Abivajaduse hindamise eesmärk on abivajaduse taseme määratlemine eri eluvaldkondades ja teenusele õigustatuse tuvastamine. Abivajadust hinnatakse hindamisinstrumendi abil ning selle tulemus on sisendiks omavalitsusele juhtumi dokumenteerimiseks ning baastoetuse osutajale teenuse planeerimiseks järgmises etapis.

Ettevalmistavad taustategevused:

Sotsiaaltöötaja eeltäidab hindamise instrumendi olemasoleva info põhjal (dokumentatsioon ja info formaalsetest kanalitest nt STARi päringud, mis annavad info puude olemasolu ja rehabilitatsiooniplaani kohta, Töötukassas teostatud töövõime hindamise kohta jms). Samuti koondatakse kokku info, mis kogunes abivajaduse märkamise faasis.

Kokkupuude abivajajaga (ja/või lähedastega):

(A) Koostöövalmis isiku puhul informeerib sotsiaaltöötaja abivajajat ja/või tema lähedasi nende õigustest ja toetusvõimalustest. Tutvustab neile teenussüsteemi toimimise põhimõtteid (kasutades projekti jaoks loodud infomaterjali abivajajale) ning selgitab, mida abivajaduse hindamisel hinnatakse ning kuidas teenuse planeerimine sellest lähtuvalt toimuma hakkab. Samuti tutvustatakse piirkonna baastoetuse osutajaid ning koos tehakse informeeritud valik, millise baastoetuse osutajaga vajalike teenusekomponentide planeerimist jätkata (juhul kui piirkonnas on mitu baastoetuse osutajat). Sotsiaaltöötaja seostab abivajaja seejärel sobiva baastoetuse osutajaga. Juhul, kui piirkonnas ei ole mitut baastoetuse osutajat, on soovitatav baastoetuse osutaja hindamisele kaasata, et abivajaja võimalikult kiiresti seostada ning baastoetuse osutajat võimalikult vara informeerida.

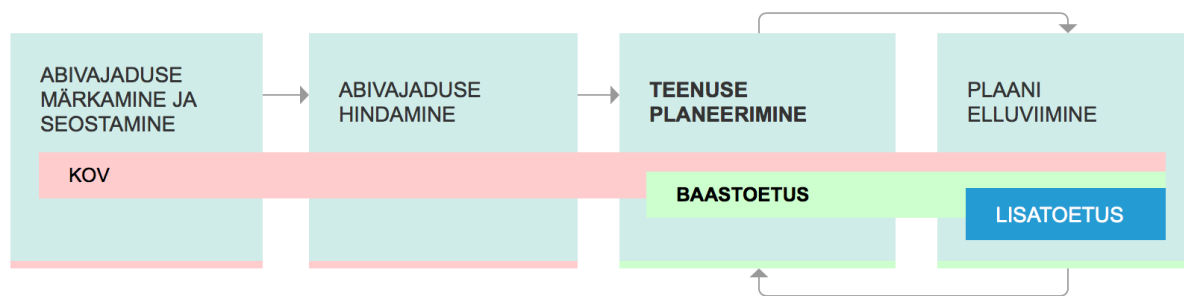
(B) Isiku puhul, kes ei ole valmis koostööks toimub samuti abivajaduse hindamine. Sotsiaaltöötaja küsib abivajaduse hindamiseks võimalusel lisainfot abivajajaga kokku puutuvatelt isikutelt. Selle info põhjal otsustab sotsiaaltöötaja (võimalusel koos abivajaja lähedastega), kes on sobivaim baastoetuse osutaja, kes hakkab abivajajaga kontakti looma.

Abivajajale ning tema lähedastele on teenussüsteemi sisenemisel oluline usaldusväärse kontakti olemasolu, kellelt saada terviklikku infot ja nõustamist kõigi teenuskomponentide ja teenusepakkujate, oma õiguste ja võimaluste kohta. KOV vastutuseks on oma tööd korraldada nii, et abivajajal ja tema lähedastel tekiks arusaam oma õigustest ja võimalustest ning kindlustunne, et nende huvide ja õigustega arvestatakse.

Abivajaduse hindamise tulemusel on võimalik abivajaja seostada tema jaoks õige fookusega baastoetuse teenuseosutajaga, kes jätkab terviklikult toe planeerimist ja pakkumist.

4.4. III etapp: Teenuse planeerimine

Vastutab: baastoetuse osutaja



Teenuse planeerimisega tegeleb teenusmodelis baastoetuse osutaja. Eesmärk on personaalse tegevusplaani koostamine, teenuskomponentide planeerimine ja teenuskomponentide osutajatega seostamine. Järjepidevalt, kogu projekti perioodi vältel, jälgitakse abivajaduse muutumist, hinnatakse senise teenuse tulemuslikkust ning vastavalt muutustele planeeritakse vajadusel inimesele osutatava teenuspaketi sisu ümber.

Kokkupuude teenuse kasutaja (ja/või lähedastega):

(A) Koostöövalmis abivajaja puhul koostab baastoetuse osutaja koos abivajaja (ja/või lähedastega) personaalse tegevusplaani. Tegevusplaani koostamisel võib baastoetuse osutaja aluseks võtta endale ja inimese vajadustele sobiva metodoloogia, kuid see peab olema kaasav (st abivajaja ja lähedased on teadlikud teenussüsteemi võimalustest ning neid toetatakse informeeritud valikute tegemisel) ning võtma aluseks abivajaduse hindamise tulemused (st teenuse planeerimine peab lähtuma tuvastatud abivajaduse tasemest erinevates eluvaldkondades).

(B) Isiku puhul, kes ei ole valmis koostööks, koostatakse toetusplaani. Toetusplaani koostamisse kaasatakse võimalusel abivajaja lähedased jt olulised võrgustiku liikmed. Toetusplaani eesmärgiks on üldjuhul abivajajaga kontakti loomine ning koostöövalmiduse saavutamine.

Koostatud tegevusplaani (või toetusplaani) eesmärkidest lähtuvalt planeeritakse kliendile teenuskomponendid ning seostatakse ta vastavate erihooletajade või sidusvaldkondade teenuskomponentide osutajatega. Teenusmodel võimaldab teenuskomponente paindlikult ja vajaduspõhiselt tegevusplaanis välja vahetada või juurde lisada, kohe kui baastoetuse osutaja selleks vajadust näeb.

Kogu projekti perioodi jooksul jälgib baastoetuse osutaja inimese abivajaduse muutumist. Abivajaduse ja sellest lähtuva tegevusplaani muutused fikseeritakse tegevusplaanis. Juhtumipõhiselt otsustatakse tegevusplaani ülevaatamise ja/või abivajaduse ümberhindamise sagedus (minimaalselt kord aasta jooksul).

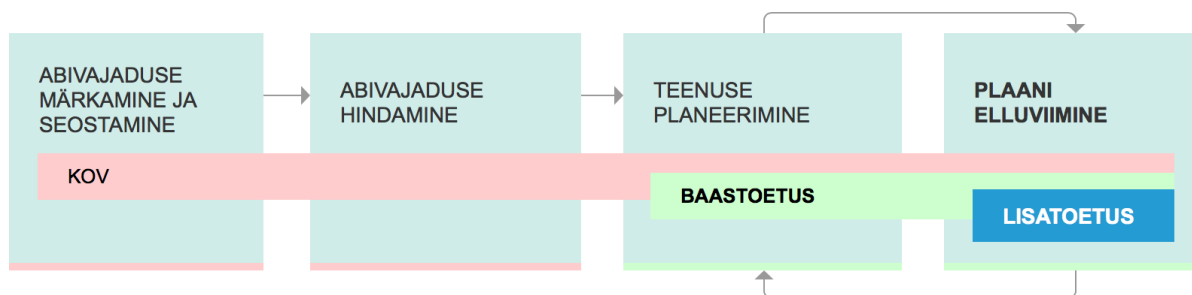
Taustategevused:

Baastoetuse osutajal on võimalik teenuse planeerimisse kaasata vajadusel väliseid spetsialiste, kui baastoetuse osutaja vajab abivajaja vajaduste mõistmiseks ning teenuse planeerimiseks lisapädevust (komponent: *välise spetsialisti kaasamine teenuse planeerimisse*, nt tööks abist keeldujate või muude spetsiifiliste vajadustega sihtgruppide puhul, nt pervassiivse arenguhäirega inimeste või suurema ohtlikkusega inimeste puhul, kellega tööks baastoetuse osutaja kogemusest ei piisa).

4.5. IV etapp: Plaani elluviimine

Vastutused:

- Baastoetuse osutaja tagab plaani elluviimise (terviklik personaalne juhtumikorraldus).
- Lisatoetuse teenuskomponendi osutaja vastutab oma teenuskomponendi sisu ja kvaliteedi eest.
- KOV (juhtumikorraldaja) vastutab teenuste rahastuse haldamise, vajalike teenuskomponentide hangete korraldamise ning aruandluse eest.



Plaani elluviimise etapis teevad koostööd baastoetuse osutaja, lisatoetuse osutaja(d) ning KOV, et pakkuda paindlikku ja terviklikku teenust, mis arvestab inimeste personaalset toetusvajadust kõigis eluvaldkondades.

Teenuse pakkumine toimub läbi lisatoetuse teenuskomponentide, mida võivad pakkuda erinevad teenuseosutajad (sh baastoetuse osutaja). Komponentipõhine lähenemine võimaldab kombineerida ühte teenuspaketti nii tänaseid erihooletande ja rehabilitatsiooniteenuse sisutegevusi kui ka kogukonna ressursse.

Plaani elluviimise etapis jätkub baastoetuse osutamine.

Kokkupuude teenuse kasutajaga (ja/või lähedastega)

Baastoetuse osutaja seostab abivajaja lisatoetuse komponentide osutaja(te)ga. Vastavalt teenuse planeerimise tulemustele pakutakse talle lisatoetuse teenuskomponente erinevates eluvaldkondades (sh valdkondade ülene personaalne toetamine), et pakkuda tuvastatud abivajadusele vastavat isikukeskset ja terviklikku teenust.

Baastoetuse osutaja ülesanne on plaani elluviimise raames võrgustiku töö koordineerimine - sh sotsiaalse võrgustikuga suhtlemine. Toetuse eesmärgiks on terviklik personaalne juhtumikorraldus (sh informeerituse protsessist, lihtne ja arusaadav dokumentatsioon, arusaadav ülevaade teenussüsteemi toimimise põhimõtetest, toetus teenuskomponentidega tutvumiseks koha peal jms). Baastoetuse pakkuja tagab abivajajale võimalikult kiire, lihtsa ja arusaadava asjaajamise teenuskomponentide kättesaadavuse tagamiseks.

Taustategevused

Baastoetuse osutaja tagab teenusplaani elluviimise koostöös lisatoetuse komponentide osutajate ja KOViga, KOV juhtumikorraldaja aitab piloodi raames teenuste osutamiseks hangete korraldamise, aruandluse ja rahastuse haldamisega.

Baastoetuse osutaja tagab planeeritud lisatoetuse komponentide kättesaadavuse abivajajale (vajadusel korraldatakse KOVis komponendi sisse ostmine mujalt piirkonnast). Baastoetuse

osutaja peab arvestust osutatud teenuskomponentide mahu üle vormi „Osalemise leht“ abil. Igakuiselt jagatakse seda infot ka KOV juhtumikorraldajaga, kes kannab andmed vormile „KOV_Teenuskomponentide andmekogu“.

4.6. Juhised osalejatele teenusmodeli rakendamiseks

Teenusmodeli rakendamiseks piloodis tuleb kohalikul tasandil läbi mõelda ja korraldada mitmeid aspekte. Järgnev juhis annab ülevaate, millistele küsimustele tuleb piloodi alguses kindlasti mõelda.

1. Esimene suurem teema, millega tuleb tegeleda, on kohaliku tasandi optimaalse rollide/vastutuse jaotuse määratlemine teenusmodeli rakendamiseks. See sõltub suuresti sellest, millised ressursid piirkonnas olemas on ja milline on olnud senine töökorraldus ja teenuste osutamise praktika. Suures plaanis tuleb otsustada, kas on otstarbekam:

- (A) KOV sotsiaalosakonnas tagada kõigi ülesannete täitmiseks vajalik ressurss ja pädevused;
- (B) baas- ja lisatoetusega seotud ülesanded delegeerida hallatavatele asutus(t)ele või osta sisse vajaliku pädevusega teenuseosutaja(te)lt.

Vastutuste ja rollide määratlemisele aitavad kaasa järgnevad küsimused:

- Kes tegeleb psüühilise erivajadusega inimeste abivajaduse hindamisega KOVis?
- Kes tegeleb KOVis piloodi koordineerimisega (teenuste kättesaadavuse tagamine, aruandlus, arvepidamine)?
- Kes tegeleb baastoetuse osutamisega (teenuse planeerimise ja plaani elluviimise tagamisega)? Kas baastoetust osutab erinevatele sihtgruppidele (nt intellektipuue, psüühikahäire, liitpuue jm) üks baastoetuse osutaja?
- Kuidas toimub infovahetus ja koostöö KOVi ja baastoetuse osutaja vahel? Milliseid kanaleid kasutatakse?
- Kas piirkonnas on olemas keerulisemate kliendigruppide vajaduste hindamiseks ja neile teenuskomponentide planeerimiseks ning osutamiseks piisav pädevus (sh tänane sotsiaalse rehabilitatsiooni pädevus)?
- Kes on võimalikud lisatoetuse komponentide osutajad piirkonnas?
- Kes hindab psüühilise erivajadusega inimeste vajadused ja vastutab uute teenuskomponentide arendamise eest?
- Kas mingeid teenuskomponente tasub teistest piirkondadest sisse osta või tuleks nende osutamine koha peal välja arendada?
- Millist ressursi ja pädevust on vaja koha peal juurde arendada? Milliste ressursside arendamine võiks toimuda koostöös naaberomavalitsusega?
- Millised saavad olema teenuskomponentide hinnastamise põhimõtted?
- Kuidas korraldada kohaliku kogukonna informeerimine ja kaasamine? Kes tegeleb kogukonnaressursside kaardistamisega, mida oleks võimalik kogukonnapõhisteks teenusteks kasutada?

2. Kui piirkondlik teenuse korraldus on paigas, siis tuleb sellest sidussüsteeme informeerida, et tagada abivajajate võimalikult kiire märkamine ja teenussüsteemiga seostamine.

- Kes KOVis kaardistab piirkonna kõige olulisemad sidussüsteemid, mille raames võib inimese abivajadus ilmned (tervishoid, haridus, korrakaitse jne)?

- Kes informeerib sidussüsteeme piirkonna teenussüsteemi toimimisest ning lepib kokku edaspidise koostöö toimimise põhimõtted (sh rollid, vastutused, kontaktisikud, infovahetamise protseduurid)?
- Mis on see info, mida sidussüsteemi esindaja peaks abivajajale/perele andma vahetult peale abivajaduse märkamist (neil on vaja teada, mis hakkab juhtuma, millal ja kuidas). Mis kujul see info sidussüsteemidele edastada (nt infovoldik, kiri)?
- Kelle poole sidussüsteemi esindaja KOVis pöördub, kui abivajajat on märgatud? Kes ja kuidas ja kui kiiresti hakkab abivajajaga tegelema?

5. TEENUSKOMPONENTIDE LOETELU

Teenuskomponentide loetelu annab täpse ülevaate teenuse planeerimiseks vajalikest baas- ja lisatoetuse teenuskomponentidest.

BAASTOETUSE KOMPONENDID Baastoetuse raames toimub tegevusplaani koostamine, teenuskomponentide planeerimine ja teenuskomponentide osutajatega seostamine. Baastoetuse osutaja tagab läbi sisulise juhtumikorraldusliku võrgustikutöö plaani elluviimise. Järjepidevalt, kogu teenuse perioodi vältel, jälgitakse abivajaduse muutumist ning vastavalt muutustele planeeritakse vajadusel teenus ümber.		
Komponendi nimetus	Komponendi selgitus	Töö maht: individuaalne või gruppitegevus
Teenuse planeerimine ja plaani elluviimise tagamine	Teenuse planeerimise raames toimub: 1. terviklik ja järjepidev toetusvajaduse ja selle muutumise hindamine; 2. teenuskomponentide planeerimine, sh tegevusplaani koostamine inimesega koos, vajadusel kaasates lähedased; 3. regulaarne toetusvajaduse ja tegevusplaani ülevaatamine, muudatuste planeerimine; 4. tegevusplaani elluviimise toetamine ja selle koordineerimine; 5. võrgustikutöö koordineerimine (sh sotsiaalse võrgustikuga suhtlemine); 6. inimese nõustamine ja seostamine vajalike teenuskomponentide pakkujate ning sidusvaldkondade teenustega, sh vajadusel: a) tervishoiuteenustega sidumine, et inimene jõuaks vajalike teenusteni ning jälgiks ravi, vajadusel pere- või eriarsti vastuvõtu organiseerimine; b) teavitustöö kogukonnas: kogukonna hirmude maandamine ja positiivse suhtumise tekkimise toetamine. Naabrite/kogukonna/võrgustiku toetamine ja teavitamine, et tagada neile ja kliendile turvaline koostöö; c) toetamine kogukonnateenuste kasutamisel: otsitakse võimalusi korraldada toetust viisil, et inimene seostatakse võimalikult maksimaalselt tegevustega tema loomulikus elukeskkonnas d) nõustamine ja abi rahaliste toetuste taotlemisel, eestkoste korraldamisel. Toetus sissetuleku tagamisel, nt töövõime või puude hindamise dokumentide täitmisel abistamine ja asjaajamise korraldamine, tagamaks, et inimesel on regulaarne sissetulek. <i>Teenuse planeerimise ja plaani elluviimise tagamise komponent ei sisalda muid teenuse sisutegevusi. Kui on vajadus muude individuaalsete sisutegevuste järele, lisandub lisatoetuse personaalse toetamise teenuskomponent või muud lisatoetuse komponendid vastavalt abivajadusele (nt igapäevaelu toetamine või hõivatuse toetamine).</i>	Individuaalne tegevus
Välise spetsialisti konsultatsioon teenuse planeerimiseks	Välise spetsialisti konsultatsiooni eesmärk on pakkuda lisapädevuse kaasamise võimalust baastoetuse osutajale teenuse planeerimisel. Lisapädevuse kaasamise vajadus võib tuleneda keerulisest kliendijuhtumist, kus baastoetuse osutajal puudub spetsiifilise psüühilise erivajadusega sihtgrupiga töös kogemus. Komponendi raames on võimalik sisse osta konsultatsiooni spetsialistidelt, kel on rehabilitatsiooni-spetsialisti pädevus ja/või kogemus väga spetsiifiliste või keeruliste kliendigruppidega (vt lisaks spetsialistide kontaktide nimekirja). <i>Näiteks on võimalik kaasata eripädevusega väline spetsialist juhtumite puhul, kus inimene keeldub abist madala haigusteadlikkuse tõttu, kuid spetsialisti hinnangul vajab juhtum sekkumist. Väline spetsialist aitab sel juhul koostada toetusplaani kontakti loomiseks ja koostöövalmiduse saavutamiseks.</i>	Individuaalne tegevus

LISATOETUSE KOMPONENDID Lisatoetuse eesmärk on pakkuda paindlikkust ja terviklikku lähenemist teenuste sisu planeerimisel, mis arvestaks kõiki eluvaldkondi. Komponendipõhine lähenemine võimaldab kombineerida ühte teenussüsteemi nii tänaseid erihoolekande ja rehabilitatsiooniteenuse sisutegevusi kui ka kogukonna ressursse.			
Komponendi valdkond	Komponendi nimetus	Komponendi kirjeldus	Töö maht: individuaalne või grupeeritud
Personaalne toetus	Personaalne toetamine erinevates eluvaldkondades	Personaalne toetamine: kõrvalabi, juhendamine, nõustamine erinevates eluvaldkondades. Personaalne toetamine kriisi korral: haiguse ägenemise korral toetus pere, raviarsti, tööandja ja kogukonnaga suhtlemisel. Vajadusel haiguslehe korraldamine ning abi inimese haiglaravile, sh tahtest olenematule ravile, saamisel. Mobiilne kriisiabi / SOS kontakt - töötaja, kes on kättesaadav ja toetab inimest kriisi korral.	Individuaalne tegevus
	Psühholoogiline nõustamine ja psühhoteeraapia perele	Psühholoogiline nõustamine perele stressi ja pingega toimetulekuks, psühhoteeraapia, sh teeraapia koos abivajava isikuga. Psühholoogiline nõustamine lastele (individuaalne, grupis, laagrites vm) psüühikahäirega vanema alaealistele lastele ja noortele.	Individuaalne tegevus Grupi tegevus
Pere toetamine	Pere nõustamine ja koolitus	Vaimse tervise alane nõustamine perele: info andmine, emotsionaalne ja praktiline toetus, juhendamine haiguse ja sellest tulenevate piirangute ja võimaluste mõistmiseks, sobiva toe pakkumiseks, peresuhete ja toetuse optimeerimiseks, sh kriisilukorras käitumise ja sobivate strateegiate õppimiseks. Pere koolitus vaimse tervise teemadel, sh: Informeerimine, emotsionaalne ja praktiline toetus ning juhendamine haiguse ja sellest tulenevate piirangute ja võimaluste mõistmiseks, sobiva toe pakkumiseks, peresuhete ja toetuse optimeerimiseks, sh kriisilukorras käitumise ja sobivate strateegiate õppimiseks. Nt perekoolituse meetodika: Hamilton Family Education and Training Program'i (Hamilton, Kanada)	Individuaalne tegevus Grupi tegevus
	Kogemusnõustamine perele	Kogemusnõustamine perele sarnase kogemusega perede või taastujast kogemusnõustaja poolt. Tugigrupp perele - regulaarselt toimuv toetusgrupp (sarnaste probleemidega peredele), grupijuhtimisel osalevad koos eriala spetsialistidega ka kogemusnõustajad. Eneseabi grupp perele - sarnase kogemusega inimeste toetus, grupijuhina tegutseb tavapäraselt kogemusnõustaja.	Individuaalne tegevus, grupi tegevus
	Intervallhoid	Ajutise hoiu teenus kodus või teenuseosutaja juures, eesmärgiga võimaldada lähedastele puhkust.	Individuaalne tegevus, grupi tegevus

Sotsiaalsed suhted	Sotsiaalsete suhete toetamine	Sotsiaalsete suhete soodustamine, loomine ja säilitamine, sh: a) nõustamine ja toetus lähedastega suhete taastamiseks ja hoidmiseks; b) alaealiste lastega suhete taastamine ja toetamine, haiguse tõttu kannatanud/katkenud suhete taastamine alaealiste lastega c) vanade sõprussuhete taastamine, uute sõprade leidmine, ärakasutamise ennetamine. d) võimalused ja piisav tugi turvaliste seksuaal- ning paarisuhete loomiseks. (UCLA moodul nt kasutuses Maarjakülas, Tallinna Vaimse Tervise Keskuses, HENK). d) toetus ja nõustamine lapsevanemaks olemisel, sh lapsevanamaks vajalike oskuste arendamine, tugi ja nõustamine lapse kasvatamisel individuaalselt või grupis (kursused, tugigrupp jm).	Individuaalne tegevus, grupi tegevus
Vaimne tervis	Taastumise ja haigusega toimetuleku toetamine	Vaimse tervise alase info jagamine ja nõustamine (sh digitaalselt, telefoni teel) ning spetsialistideni edasi suunamine. Raviarstiga koostöös sobiva ravi ja seda toetavate taastumistegevuste planeerimine, sh ohumärkide plaani ja kriisikaardi koostamine koostöös oluliste tugivõrgustiku liikmetega (lähedased, vaimse tervise õde jt). Nõustamine ja toetus haiguse, sümptomite, ravi ja ravimitega toimetulekuks, haiguse ägenemise ennetamiseks, sh sümptomite kontrolli jms grupiõppeprogrammid. Nõustamine ja toetus haiguse mõjude, takistuste, stressi ja negatiivsete emotsioonidega toimetulekuks. Taastumiskursus - taastumise mõtteviisi arendamiseks, oma loo ja taastumisprotsessi läbitöötamiseks, eesmärkide läbimõtleamiseks. Vaimse tervise alane (psühhiaatria õde, psühhiaater) või sotsiaalne nõustamine ja teraapiad. Kognitiivne remediatsioon, loovteraapia, tegevusteraapia jm.	Individuaalne tegevus, grupi tegevus
	Vaimse ja motoorse võimekuse arendamine ja säilitamine	Teraapiad vaimse ja motoorse tervise säilitamiseks ja arendamiseks, sh loovteraapiad (muusikateraapia), tegevusteraapia, sotsiaalpedagoogi nõustamine, eripedagoogi, logopeedi nõustamine, sensoorse interpretatsiooni toetamine (aistinguliste iseärasuste kaardistamine ja sellega arvestavate sekkumiste planeerimine; sensoorne dieet, tunnetuslik suhtlemine (autismi puhul oluline), füsioteraapia, loomade kaasamine teraapiates, hipoteraapia jms. Alternatiivkommunikatsiooni vahendite planeerimine ja kasutama õppimine.	Individuaalne tegevus, grupi tegevus
	Psühholoogiline nõustamine ja psühhoteraapia	Nõustamine ja psühhoteraapia personaalse identiteedi tugevdamiseks, jõustamiseks, taastumisloo läbi töötamiseks, stressi, emotsioonide ja negatiivsete mõtetega toimetulek, oma keha tunnetuseks jms.	Individuaalne tegevus, grupi tegevus
	Kogemusnõustamine	Kogemusnõustamine - sarnase kogemusega inimeste vahel toimuv teadmiste- ja kogemustevahetus ja/või nõustamine, mille käigus pakutakse kogemuslikku emotsionaalset, sotsiaalset ja/ või praktilist tuge. Kogemusnõustamine vastavalt sellele, mis on isiku eesmärgid või väljakutsed. Rääkimine inimestega, kes on sarnase taastumisprotsessi läbi teinud. Haiguse, kõrvaltoimete ja sümptomitega toimetulekuks haigusteadlikkuse tõstmine (sh kogemusnõustamine läbi digitaalsete kanalite, mis võiks sobida noortele). Tugigrupp ja/või eneseabigrupp - toetusgrupid sarnase probleemiga inimeste toetamiseks, haiguse ja sümptomitega toimetulekuks, erinevatele probleemidele, psüühikahäirest tulenevatele piirangutele ja diagnoosigruppidele suunatud grupid, nt depressioon, sõltuvus, häälte kuulmine jne. Tugi- ja eneseabigruppe võivad juhtida kas professionaalid koos kogemusnõustajaga või vastava väljaõppega kogemusnõustaja üksik.	Individuaalne tegevus, grupi tegevus
	Riski- ja probleemse käitumise juhtimine	Riskijuhtimine - riskikäitumise hindamine ja juhtimine, sh riskide hindamine kahjustava sündmuse ennetamiseks (nt enda hooletusse jätmine, suitsiid, agressiivsus, risk lastele), tegevuste planeerimine olemasolevate riskide ohjamiseks ja kõigi seotud osapoolte kaitsmiseks. Koostatakse vajadusel ohumärkide plaan, kriisikaart jm (nt CARE metoodika alusel).	Individuaalne tegevus

		Probleemse käitumise juhtimine, sh käitumiseksperdi nõustamine toetusmeeskonnale ja perele probleemse käitumise mõistmiseks ja korrigeerimiseks, emotsioonide ja negatiivsete mõtetega toimetulekuks. Ettevalmistus kriisilukorraks, nt harjutamine ja õpetamine turvalisuse tagamise ja abi kutsumise teemal Personaalne sekkumine kontakti loomiseks ja koostöövalmiduse tekitamiseks abist keelduvate psüühilise erivajadusega inimeste puhul. Kiire sekkumine ja toetus ebastabiilse olukorra stabiliseerimiseks, isiku baasvajaduste ja turvalisuse tagamiseks. Eesmärk on luua kontakt, motiveerida abi vastu võtma ja valmistada ette tingimused tegevusplaani koostamiseks koostöös baastoetuse osutajaga. Mobiilne kriisiabi / SOS kontakt - töötaja, kes on kättesaadav ja toetab inimest kriisi korral.	
Füüsiline tervis	Füüsilise tervise alane nõustamine ja toetus	Füüsilise tervise eest hoolitsemise toetamine, nõustamine ja motiveerimine tervislike eluviiside tagamiseks (füüsiline aktiivsus, toitumine, tervislikud eluviisid jms). Perearsti jm arstidega kontakti loomine, hoidmine.	Individuaalne tegevus, grupi tegevus
	Füüsilise aktiivsuse toetamine	Sportimis- ja liikumisvõimalused: värskes õhus viibimise ja sportimisvõimaluste tagamine individuaalseks liikumiseks, treeninguks ja/või rühmatreeningud.	Individuaalne tegevus, grupi tegevus
	Teraapiad füüsilise tervise toetamiseks	Füsioteraapia jm teraapiad füüsilise tervise toetamiseks.	Individuaalne tegevus, grupi tegevus
	Liikumine eluruumides	Siirdumise toetamine elukeskkonnas - nii abivahendid kui vahetu füüsiline aitamine. Abivahend/ kõrvalabi, juhendamine	Individuaalne tegevus
	Liikumine väljaspool eluruumi	Transpordi kasutamise toetamine - transpordi planeerimine ja harjutamine. Toetus (ühis)transpordi kasutamisel (liikumisteede planeerimine, harjutamine).	Individuaalne tegevus
Hõivatus	Töötamise toetamine	Töötamise toetamise komponendi raames toimub igakülgne toetus töö leidmiseks, saamiseks ja säilitamiseks, sh: Töövõime hindamine - töövõime ja -oskuste hindamine. Hindamine praktiliste töötegevuste käigus. Karjäärinõustamine - nõustamine töö leidmiseks, säilitamiseks, tuleviku planeerimiseks. Töö leidmine - toetus töö leidmisel ja tugiteenuste korraldamisel. Töötingimuste kohaldamine - erivajadustest lähtuvate paindlike ja sobivate töötingimuste ja töökeskkonna loomise toetamine. Toetus ja suhtlemine tööandjaga paindlike töötingimuste korraldamiseks. Tööandja motiveerimine sobivate tingimuste loomiseks.	Individuaalne tegevus, grupi tegevus
	Töö- või rakendustegevuse toetamine spetsiaalselt kohandatud keskkonnas	Töö tegemise võimalus turvalises ja kohandatud keskkonnas, kus on võimalik teha võimetekohaseid tööülesandeid turvalises töökeskkonnas ja jõukohases töötempo ning sealjuures on tagatud vajalik ulatuses juhendamine, nõustamine ja abi. Töötegevused toimuvad teenusepakkuja juures või kohandatud töökeskkonnas avatud tööturul. Rakendus tegevuskeskuses - rakendustegevused inimese aktiveerimiseks. Erinevad toimetulekuoskuste grupid, huviringid jm, mis tagavad piisava hõivatus.	Grupi tegevus
	Õppimise toetamine	Õppimise toetamine - toetus õpivõimaluste leidmisel, õpingute alustamisel ja säilitamisel. Õppimistingimuste kohaldamine - erivajadustest lähtuvate paindlike ja sobivate õppimistingimuste ja -keskkonna loomise toetamine. Vajadusel hariduse tugiteenuste korraldamine.	Individuaalne tegevus

	Rakendus kogukonnas	Vabatahtliku töö võimaluste leidmine vm võimaluste loomine kogukonda panustamiseks. Juhendamine või abistamine rakendusel kogukonnas.	Individuaalne tegevus
Vaba aeg ja huvitegevus	Vaba aja ja huvitegevuse toetamine	Vaba aja sisustamine, huvitegevuse leidmine ja säilitamine. Puhkuse ja hõive (töö jm rakenduse) vahelise tasakaalu hoidmine. Huviringides osalemine tegevuskeskuses või kogukonnas. Toetus huviringi valimisel ja sinna kohale jõudmisel. Individuaalse huvitegevuse toetamine.	Individuaalne tegevus, grupi tegevus
Eluase	Toetus elukoha vahetusel	Sobivama elamispinna korraldamine - nõustamine sobiva elamispinna või eluasemega teenuse valikul, võimalike elamispindadega teenuskohtadega tutvumine kohapeal. Toetus sobivama elamispinna organiseerimiseks, kui olemasolev eluase raskendab taastumist. Kolimisplaan/ üleminekuplaan - kolimise planeerimine, koostöös kliendi ja perega tegevuskava koostamine kolimisega seotud praktiliste küsimuste lahendamiseks, toetuse ja teenuse vahetuse sujuvaks üleminekuks. Praktiline abi kolimise teostamiseks (transport jm). Uue elukeskkonnaga tutvumine (vajadusel juba eelnevalt), kogukonna ja ümbrusega tutvumine.	Individuaalne tegevus
Igapäeva-eluga toimetulek	Igapäevaelu toetamine	Toetus vastavalt isiku vajadusele ja võimekusele. Igapäevaelu toetamise komponendi raames toetatakse isikut vastavalt tema vajadustele ja võimekusele (meeldetuletus, juhendamine, toetus, hooldus) alljärgnevates igapäevaelu valdkondades: a) Söömise ja söögitegemise toetamine - tugi poes käimisel ja/või toidu valmistamisel või söömisel. b) Enese eest hoolitsemise toetamine - tugi hügieenitoimingutes, riietumisel jms. c) Majapidamistoimingute toetamine - tugi koristamisel, pesu pesemisel jm elukoha eest hoolitsemisega seotud toimingutes. d) Rahadega toimetuleku toetamine, sh toetus eelarve planeerimisel ja raha kasutamisel, rahaliste toimingute tegemisel, pangateenuste kasutamisel, arvete tasumisel. Võlanõustamine võlgade vähendamiseks ja likvideerimiseks, uute võlgade tekkimise vältimiseks. e) Asjaajamise toetamine, sh suhtlus ametiasutuste ja erinevate teenuseosutajatega.	Individuaalne tegevus, grupi tegevus
	Ettevalmistus iseseisvumiseks	Iseseisvuskursus - iseseisva(ma) eluga toimetulekuks vajalike oskuste arendamine kursuse/ laagri, individuaal- või gruppitöö viisil. Iseseisva elu harjutamine ajutisel elamispinnal. Kohanemise toetamine - üleminekut võimaldav ja kohanemist toetav tegevus, sh uue teenuskomponendi pakujaga tutvumise periood, mis tagaks sujuvama ülemineku teenuste vahel ning informeeritud otsuse uue teenuskomponendi osutaja valikul.	Individuaalne tegevus, grupi tegevus