KINNITATUD
22.10.2026 käskkirjaga nr 2-10/25343-1
Lisa 2

Teenusmudeli katsetamise kirjeldus

Isikukeskse erihoolekande teenusmudeli rakendamine kohalikus omavalitsuses

(redaktsioon VI, kehtib alates 01.01.2027)

Taustainfo 2
Mõisted 3
1. KATSETAMISE OBJEKT, EESMÄRK JA SIHTRÜHM 4
1.1. Katsetamise objekt 4
1.2. Katsetamise eesmärk 4
1.3. Sihtrühm 4
1.4. Teenusmudeli piloteerimise osapooled 5
2. PILOTEERIMISE SISU JA ETAPID 6
2.1. Teenusmudeli lühikirjeldus 6
2.2. ISTE katsetamise korraldus KOVis 7
2.3. Omavalitsuste teenuskohtade arvu vahehindamine 7
2.4. Teenuskomponentide osutamise ja teenusmudelivälise abi kombineerimine 7
3. POOLTE TEGEVUSED TEENUSMUDELI KATSETAMISEL 8
3.1. KOV tegevused teenusmudeli katsetamisel 8
3.2. SKA tegevused teenusmudeli katsetamisel 11
4. ISIKUKESKSE TEENUSMUDELI KIRJELDUS 11
4.1. Teenusmudeli aluspõhimõtted 12
4.2. I etapp: Abivajaduse märkamine ja seostamine teenussüsteemiga 13
4.3. II etapp: Abivajaduse hindamine 14
4.4. III etapp: Teenuse planeerimine 14
4.5. IV etapp: Plaani elluviimine 16
5. TEENUSKOMPONENTIDE LOETELU 18

Taustainfo

Heaolu arengukava 2023-2030[1] kohaselt on üheks Eesti sotsiaalhoolekande arendamise prioriteetseks suunaks toetada esmatasandil pakutava hoolekandelise abi kättesaadavust ja kvaliteeti ning rakendada isikukeskse erihoolekande teenusemudelit.

Alates 2016. aastast on Eestis tegeldud uudse erihoolekande teenusmudeli 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 teenusmudeli prototüüp[2]. Loodud teenusmudelis käsitletakse psüühilise erivajadusega inimesele abi osutamist eluvaldkondade üleselt, integreerides erinevate süsteemide poolt osutatavad tegevused üheks terviklikuks inimest 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 teenuste 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 teenuseosutajatega, kes osutavad piirkonnas vajalikke teenuskomponente).

Alates 2017. aastast on Sotsiaalkindlustusamet (edaspidi SKA) katsetanud uut teenusmudelit ESF rahastatava tegevuse „Integreeritud, isikukeskse ja paindliku erihoolekandeteenuste süsteemi piloteerimine" raames[3]. 2017-2018 viidi SKA korraldamisel läbi esimene teenusmudeli katsetamine, mille raames katsetati uut isikukeskset vajaduspõhist teenusmudelit (edaspidi ISTE) ja kus psüühilise erivajadustega inimestele ning nende lähedastele vajalikku abi korraldas kohalik omavalitsus (edaspidi KOV). Esimeses katsetamises osales kaheksa Eesti omavalitsust. Tuginedes esimesel piloteerimisel saadud kogemustele ja teenusedisainerite ettepanekutele arendati ja parendati isikukeskset erihoolekande teenusmudelit ning 2019. aastal käivitus teine katsetamine. Ajaperioodil 2019-2022 korraldas SKA neli konkursivooru lepingupartnerite leidmiseks (KOVid). Oktoobris 2019 alustas teenusmudeli katsetamisega 8 KOVi, veebruaris 2020 lisandus 5 KOVi ja novembris 2020 liitusid veel 7 KOVi. 2021. aasta lõpuks katsetas teenusmudelit 20 ning 2022. aastal juba 28 KOVi Eesti erinevatest piirkondadest. 2023-2024 katsetavad ISTEt kokku 35 KOVi. Perioodil 2025–2026 osaleb ISTE mudeli katsetamises kokku 33 KOVi[4]. Saadud praktilistele kogemustele tuginedes on otstarbekas jätkata isikukeskse teenusmudeli põhimõtete rakendamist ja KOV tasandil psüühilise erivajadusega inimestele abi korraldamise katsetamist.

ISTE toetab psüühilise erivajadusega inimeste toimetulekut, ühiskonnaelus osalemist (sh võimetekohast osalemist tööhõives), kaasamist kogukonna tasandil ja leevendab lähedaste hoolduskoormust. ISTE katsetamist KOV korraldusel viiakse läbi alates 2023. aastast Euroopa liidu ühtekuuluvus- ja siseturvalisuspoliitika fondide 2021-2027 meetme „Iseseisvat toimetulekut toetavate ja kvaliteetsete sotsiaalteenuste ning hooldusvõimaluste tagamine" TAT „Sotsiaalkaitse ja pikaajalise hoolduse kättesaadavus" tegevuse „Integreeritud, isikukeskse ja paindliku erihoolekandeteenuste süsteemi katsetamine" raames[5].

---

[1] Heaolu arengukava 2023-2030 https://www.sm.ee/sites/default/files/documents/2023-04/Heaolu%20arengukava%202023-2030.pdf

[2] Teenuse disain erihoolekandeteenuste ja teenusesüsteemi ümberkorraldamiseks ja arendamiseks. Projekti lõpparuanne. Trinidad Wiseman, 2017. Tellija Sotsiaalministeerium. https://view.officeapps.live.com/op/view.aspx?src=https%3A%2F%2Fwww.sm.ee%2Fsites%2Fdefault%2Ffiles%2Fcontent-editors%2Fsisekomm%2Flopparuanne_taiendatud_10okt.docx&wdOrigin=BROWSELINK

[3] 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/sites/default/files/documents/2023-05/TVR_SKA_raamtekst.pdf

[4] Vt SKA kodulehel „Isikukeskse erihoolekande teenuse mudeli (ISTE) rakendamine kohalikus omavalitsuses" https://www.sotsiaalkindlustusamet.ee/spetsialistile-ja-koostoopartnerile/kohalike-omavalitsuste-noustamine/isikukeskse-erihoolekande

[5] Euroopa Liidu ühtekuuluvus- ja siseturvalisuspoliitika fondide 2021-2027 meetme „Iseseisvat toimetulekut toetavate ja kvaliteetsete sotsiaalteenuste ning hooldusvõimaluste tagamine" TAT „Sotsiaalkaitse ja pikaajalise hoolduse kättesaadavus" tegevuse „Integreeritud, isikukeskse ja paindliku erihoolekandeteenuste süsteemi katsetamine" raames https://www.sm.ee/sites/default/files/documents/2026-07/PKT_ISTE_TAT_raamtekst.pdf

Mõisted

ISTE katsetamise dokumentatsioonis kasutatakse mõisteid alljärgnevas tähenduses.

- **Põhiteenuse osutaja** - organisatsioon, mille sotsiaalhoolekande praktika tagab teenusmudeli katsetamises osalevale abivajajale tervikliku ja järjepideva personaalse juhtumikorralduslikku abi ja toetuse, sh tagab tegevusplaani koostamise ja jälgib selle täitmist ning korraldab selle elluviimiseks vajalikku võrgustikutööd (vt punkt 1.4. ja ptk 4). Põhiteenuse osutajaks võib olla juriidiline isik, kelle puhul äriregistris või riigi ja kohaliku omavalitsuse asutuste registris märgitud põhitegevusalade loetelu hõlmab sotsiaalhoolekandelisi tegevusi. Põhiteenuse osutaja võib olla KOV ise, KOV hallatav asutus või KOV-väline omavalitsuse partneriks olev teenuseosutaja (sh vabaühendus, sihtasutus või äriühing). Põhiteenuse osutaja võib samaaegselt olla ka tugiteenuse osutaja. Projektis osaleval inimesel on korraga üks põhiteenuse osutaja.
- **Erihoolekandeteenus** (EHT) on sotsiaalteenus, mis on suunatud raske, sügava või püsiva kuluga psüühilise erivajadusega täisealistele inimestele, kes oma tervislikust seisundist tulenevate tegevusvõime piirangute, vaimse võimekuse või muude toimetulekuraskuste tõttu vajavad toetust igapäevaelus osalemiseks ning igapäevaeluga toimetulekul teistega võrdsetel alustel.
- **Juhtumikorraldaja** - antud teenusmudeli katsetamise raames on juhtumikorraldaja KOV vastutusel olevate teenusmudeli tegevuste peamine läbiviija (sh abi- ja toetusvajaduse hindamine ja inimese teenussüsteemiga seostamine ja võrgustikutöö, teenusmudeli rakendamisega seotud korralduslik tegevus, sidusvaldkondade vahelise koostöö initsieerimine) ja teenusmudeli tegevuste elluviimise eest vastutaja, kontaktisik SKAle. (vt nõuded lisa 1 punkti 2.3.3. ja teenusmudeli kirjelduse punkt 1.4.).
- **Kogukond** - asumid või piirkondlikud kogumid, kus toimub üksteise märkamine, suhtlemine ja abistamine igapäevaelulistes asjades, ühised tegevused ning loomulik mitteformaalne suhtlus ja seotus läbi suhete, mis võimaldab kriisides ja teatud ressursside katkestuste korral hakkama saada (Gilchrist, 2019)[6].
- **Tugiteenuse osutajad** - erinevad teenuskomponente osutavad organisatsioonid, sh tänaseid erihoolekande- ja rehabilitatsiooniteenuseid vm sotsiaalteenuseid osutavad organisatsioonid (vt punkti 1.4). Tugiteenuse osutajaks võib olla KOV ise, KOV hallatav asutus või KOVi-väline omavalitsuse partneriks olev organisatsioon (sh vabaühendus, sihtasutus või äriühing). Tugiteenuse osutaja võib samal ajal olla ka põhiteenuse osutajaks. Projektis osaleval inimesel võib olla korraga mitu tugiteenuse osutajat.
- **Psüühilise erivajadusega inimesed** - raske, sügava ja püsiva kuluga psüühikahäirega inimesed, sh nii psüühilise haiguse kui intellektipuudega inimesed.
- **Sidusvaldkond** - psüühilise erivajadusega inimesele teisi vajalikke teenuseid ja toetusmeetmeid osutavad valdkonnad väljaspool tänast erihoolekande- ja sotsiaalse rehabilitatsiooni teenuste süsteemi, nt haridus- või tervishoiusüsteem, tööhõive süsteem jm.
- **Sotsiaalse rehabilitatsiooniteenus** (SRT) on sotsiaalteenus, mis on mõeldud erivajadusega inimese toetamiseks igapäevaeluga toimetulekul. Teenuse toel õpivad inimene ja tema lähedased, kuidas terviseseisundist tingitud erivajadustega igapäevaselt hakkama saada.
- **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 erihoolekande- ja rehabilitatsiooniteenuste sarnastest väiksemateks üksikosadeks lahutamise ja nendest inimese vajadustele vastava tervikliku teenuste paketi koostamise tulemusena. Teenus on erinevatest teenuskomponentidest moodustuv pakett, mis sisaldab nii põhiteenust kui tugiteenust.
- **Eluvaldkonna komponent ehk teenuskomponent** - konkreetses eluvaldkonnas abivajaja toimetulekut toetav tegevus, hinnatud toetusvajadusele vastav tegevus. Teenuskomponendid jagunevad põhiteenuse komponendiks ja tugiteenuse komponentideks ning põhinevad toetavate erihoolekande- ja sotsiaalse rehabilitatsiooniteenuste sarnastel tegevustel.
- **Teenuskomponendi tegevus** – teenuskomponent koosneb tegevustest (varasemad komponendid).

[6] Gilchrist, A. (2019). *The Well-Connected Community: A Networking Approach to Community Development*. Policy Press.

- **Teenuseosutajad** - üldnimetus põhiteenuse osutajate ja/või tugiteenuse osutajate kohta. Organisatsioonid, mille sotsiaalhoolekande praktikud teostavad teenusmudelis nii põhiteenuse kui tugiteenuse tegevusi ja osutavad teenuskomponente. Teenuseosutaja võib olla KOV ise, KOV hallatav asutus või KOV-väline omavalitsuse partneriks olev teenuseosutaja (sh vabaühendus, sihtasutus või äriühing).

1. KATSETAMISE OBJEKT, EESMÄRK JA SIHTRÜHM

1.1. Katsetamise objekt

Projekti „Isikukeskse erihoolekande teenusmudeli jätkurakendamine kohalikus omavalitsuses 2027" raames katsetatakse isikukeskset vajaduspõhist teenusmudelit, kus psüühilise erivajadusega inimestele ning nende lähedastele vajalikku abi korraldab KOV.

1.2. Katsetamise eesmärk

Eesmärk on jätkata sihtrühma kuuluvate inimeste toimetulekut toetavate integreeritud, isikukesksete ja paindlike toetusmeetmete ja teenuste süsteemi mudeli rakendamist, kus SKA ja KOV koostöös katsetavad isikukeskse komponendipõhise erihoolekande teenusmudeli rakendatavust omavalitsustes. Eelkõige on eesmärgiks rakendada psüühilise erivajadusega inimeste abistamisel teenuskomponentidel põhinevat lähenemist ja testida korraldusskeemi, kus psüühilise erivajadusega inimeste teenuste korraldaja rollis on KOV.

Tegevuse raames soovib SKA:

1) katsetada praktikas isikukeskse komponendipõhise teenusmudeli tegevusprotsesse ja selgitada välja, kuidas teenusmudel toetab psüühilise erivajadusega inimeste toimetulekut ja ühiskonnaelus osalemist, sh nende võimetekohast osalemist tööturuteenustel ja tööhõives;
2) abivajava inimese varaseks märkamiseks kohalikul tasandil parendada KOVide koostööd sidusvaldkondade partneritega;
3) arendada esmakordse abivajaja vajaduste hindamist ning juurutada ühtset abi- ja toetusvajaduse hindamist KOVi ja riigi tasandil, samuti testida abi- ja toetusvajaduse hindamisvahendi sobivust sihtrühma toetusvajaduse määra väljaselgitamiseks ja edasise tegevuse planeerimiseks;
4) toetada KOVides juhtumikorralduse töömeetodi rakendamist, et tagada psüühilise erivajadusega abivajajale ja tema lähedastele järjepidev koordineeritud tugi ja nõustamine kohalikul tasandil, KOV poolt;
5) suurendada sihtrühmale vajalike teenuste kättesaadavust regionaalselt, toetades omavalitsustes teenuskomponentide hankimist ning teenuseosutajate lisandumist;
6) välja selgitada teenusmudeli sobivus sihtrühma eri alarühmade puhul, sh soodustada isikukeskse lähenemise abil kooli lõpetamise järgselt võimalikult iseseisva elu jätkamist ja psüühilise erivajadusega inimeste integreerumist kogukonda;
7) toetada kogukonna ressursside kaasamist psüühilise erivajadusega inimeste teenuste süsteemi;
8) analüüsida teenusmudeli rakendamisega seotud kulusid, saada ülevaade teenuskomponentide kulupõhise hinna ja isikupõhiste eelarvete kujunemisest.

Katsetamise käigus soovib SKA koguda KOVidelt ja teistelt teenusmudeli katsetamisel osalevatelt partneritelt tagasisidet ja analüüsida teenusmudeli rakendajate jt osapoolte kogemust uutel põhimõtetel rakendatud teenusesüsteemi korralduse kohta. Kogutud teadmist analüüsides saab SKA teha Sotsiaalministeeriumile ettepanekuid seadusemuudatuste tegemiseks, et senist teenuste korraldust täiendada ja parandada.

1.3. Sihtrühm

Katsetatava isikukeskse teenusmudeli **sihtrühmaks** on raske, sügava või püsiva kuluga psüühilise erivajadusega inimesed, kelle puhul on täidetud kõik alljärgnevad tingimused:

1. ta on vähemalt 18-aastane;

2. tal ei ole diagnoositud põhihaigusena dementsust ega sõltuvust alkoholist või narkootilistest ainetest;
3. tal on hindamise käigus tuvastatud abi- ja toetusvajadus igapäevaeluga toimetuleku eluvaldkonnas;
4. 2027. aastal ISTE projekti kaasatud isikul peab olema 2026. aasta jooksul üle vaadatud abi- ja toetusvajaduse hindamine (või tegevusplaan) ning KOV hinnangul vajab isik teenuse jätkamist;
5. perioodil 01.01.2027-30.04.2027 projekti sisenejad peavad olema sisenemise hetkel SKA toetavate erihoolekandeteenuse (toetatud elamise teenus, töötamise toetamise teenus või igapäevaelu toetamise teenus, välja arvatud igapäevaelu toetamise teenus autismispektrihäirega inimesele ja päeva- ja nädalahoiu teenus) järjekorras.

Sihtrühma kohta kasutatakse dokumentatsioonis ka termineid abivajaja või teenuse saaja.

Erihoolekande teenusmudeli piloteerimises osalev abivajaja ei tohi samaaegselt saada erihoolekande- või sotsiaalse rehabilitatsiooni teenuseid praeguses riiklikus süsteemis (küll tohib abivajaja liikuda ühest süsteemist teise). Samuti ei tohi teenusmudelis osalev abivajaja saada samaaegselt samalaadseid teenuseid mitme välisrahastusel (sh Euroopa Sotsiaalfondist ja Euroopa Sotsiaalfond+) rahastatava tegevuse raames (vt ka punkt 2.4).

1.4. Teenusmudeli piloteerimise osapooled

Teenusmudeli piloteerimisel on olulisteks osapoolteks:

- **valla- või linnavalitsus**, kes vastutab teenusmudeli korralduse ja koordineerimise eest oma piirkonnas (sh tagasiside andmise eest SKAle), samuti psüühilise erivajadusega inimeste abivajaduse märkamise, hindamise ja inimese teenussüsteemiga seostamise eest;
- **põhiteenuse osutaja,** kes osutab abivajajale terviklikku ja järjepidevat personaalset juhtumikorralduslikku tuge. Põhiteenuse osutaja vastutab inimesele tervikliku teenuse planeerimise ja tegevusplaani elluviimise eest. Projektis osaleval inimesel on korraga üks põhiteenuse osutaja;
- **tugiteenuse osutaja**, kelleks on erinevad teenuskomponente osutavad organisatsioonid, sh tänaseid erihoolekande- ja sotsiaalse rehabilitatsiooni teenuseid vm sotsiaalteenuseid osutavad organisatsioonid. Projektis osaleval inimesel võib olla korraga mitu tugiteenuse osutajat;
- **SKA**, kes vastutab teenusmudeli katsetamisel omavalitsustele vajaliku toe tagamise eest oma valdkondliku pädevuse piires, samuti teenusmudeli tegevuste rahastamise ja toetuse väljamaksmise eest. SKA loob piloteerimise üldise raamistiku tuginedes teenusmudeli põhimõtetele. Lisaks on SKA ülesanne koostöö raames koondada, vahendada ja analüüsida informatsiooni erinevate KOVide katsetamisel saadud kogemuste ja praktikate kohta, teostada kontrolli lepingu täitmise üle ja ühtlustada üle-eestiliselt KOVide praktikat teenusmudeli rakendamisel, koolitada erinevaid osapooli ISTE rakendamiseks;
- **sidusvaldkondade partnerid ja kogukonnas tegutsevad organisatsioonid**, kelle teenuste kasutamiseks on inimesel oma eluolukorrast tulenevalt õigus ja vajadus ning kellega teevad KOV, põhi- ja tugiteenuse osutajad koostööd.

Teenusmudeli piloteerimisel tohib kasutada vaid praktikuid, kellel on olemas vajalikud teadmised ja oskused klienditööks abivajajatega.

- **KOVis on võtmeisikuks** teenusmudeli piloteerimist koordineeriv juhtumikorraldaja (on ühtlasi koostöölepingus märgitud volitatud esindaja). Teenusmudeli piloteerimiseks võib KOVis koordineeriva juhtumikorraldaja täiendavalt tööle võtta või rakendada KOVis olemasolevaid vajalike teadmiste ja oskustega töötajaid. Oluline on, et piloteerimisel oleksid omavalitsuses kaetud kõik teenusmudeli koordineerimisega seotud tööülesanded, sõltumata sellest, kas neid täidab üks või mitu töötajat (sh abi- ja toetusvajaduse hindamine, abivajaja seostamine põhiteenuse osutajaga, teenuskomponentide hankimine, aruandlus ja lepinguliste suhete korraldus SKA ja partneritega jm teenusmudeli katsetamise administratiivsete küsimustega tegelemine). Teenusmudeli tegevusi, mis on seotud vahetult klienditööga (sh inimeste abivajaduse märkamise, hindamise ja inimese teenussüsteemiga seostamise ja võrgustikutööga) peab läbi viima spetsialist, kes vastab lisa 1 punktile 2.3.3;

- **Põhi- või tugiteenuse** teenuskomponente vahetult osutavad **praktikud** peavad omama vastavasisulist pädevust või väljaõpet, mis võimaldab osutada teenuskomponendi sisulisi tegevusi. Kuna ISTE põhineb suurel määral erihoolekande- ja sotsiaalse rehabilitatsiooni teenuste sarnastel tegevustel, mida on teenusdisaini protsessi käigus täiendatud, siis saab lähtuda pädevuse hindamisel erihoolekande toetavate teenuste ja sotsiaalse rehabilitatsiooni teenuse osutajale kehtestatud haridusnõuetest, tuginedes vastavalt sotsiaalhoolekande seadusele (SHS) §68[7] ja §86. Miinimumpädevus teenuskomponentide osutamisel on tegevusjuhendaja kvalifikatsioon ehk vastavus SHS §86 kehtestatud nõuetele ja sotsiaalkaitseministri määrusele[8]. Piloteerimises osalev KOV peab tagama, et teenusmudeli elluviimisel rakendatakse vaid nõutava kvalifikatsiooni ja väljaõppega praktikuid. Kui teenuskomponendi tegevuse teostajale on õigusaktides sätestatud kvalifikatsioon või haridusnõuded, peab KOV tagama teenuskomponente vahetult osutavate praktikute vastavuse nõuetele (nt kehtestama nõuded töötajate värbamisel ja/või nimetama nõuded lepingupartnerite hankimisel). Vastutus teenuskomponentide osutajate kvalifikatsiooni ja väljaõppe olemasolu kontrollimisel on KOVil.

2. PILOTEERIMISE SISU JA ETAPID

2.1. Teenusmudeli lühikirjeldus

Isikukeskne erihoolekande teenusmudel käsitleb psüühilise erivajadusega inimese toetamist eluvaldkondade üleselt, integreerides seni erinevate süsteemide poolt osutatud tegevused inimest ja tema lähedasi toetavaks terviklikuks teenuseks. ISTE teenusmudelis on psüühilise erivajadusega inimesele osutatava toetuse sisu ja korraldus senisest teenusekorraldusest erinev:

1) Teenusmudeli katsetamise raames osutavad teenuseosutajad komponendipõhist teenust, mis põhineb suurel määral tänastel erihoolekande- ja sotsiaalse rehabilitatsiooni teenuste sarnastel tegevustel ja mida on teenusdisaini ning mudeli katsetamise protsessi käigus täiendatud. ISTE teenusmudelis käsitletakse psüühilise erivajadusega inimesele ja tema lähedastele osutatavat abi tervikliku integreeritud teenusena, mis põimitakse iga abivajaja puhul kokku personaalselt tema toetamiseks vajalikest eluvaldkondlike komponentide tegevustest. Igale teenusmudeli piloteerimises osalevale abivajajale tagab personaalse toe põhiteenuse osutaja (konkreetne sotsiaalhoolekande praktik), kes teda nõustab, juhendab ja kes koordineerib inimese eluolukorrale vastavalt võrgustikutööd teiste osapooltega, sh tugiteenuse osutajatega ja sidusvaldkondade partneritega.
2) Teenusmudelis on lisaks sisulisele ülesehitusele tänasest erinev teenuste korraldamise tasand. SHS kohaselt korraldab psüühilise erivajadusega inimestele osutatavaid erihoolekande- ja rehabilitatsiooniteenuseid SKA, muid sellele sihtrühmale vajalikke sotsiaalteenuseid aga KOV. Uue teenusmudeli piloteerimisel vastutab kogu psüühilise erivajadusega inimesele abi osutamise korralduse ja protsessi eest oma piirkonnas KOV. Praktikas tähendab see KOV tegevust selle nimel, et:
    a. omavalitsuses elavaid psüühilise erivajadusega abivajavaid inimesi on märgatud;
    b. KOVis kaasatud psüühilise erivajadusega inimeste abi- ja toetusvajadus on hinnatud;
    c. iga abivajaja on kokku viidud teda järjepidevalt toetava sotsiaalhoolekande praktikuga (põhiteenuse osutaja), kes vastutab inimesele vajaliku abi andmise eest (sh tagab abivajajale teenuse osutamise teenusmudelis nimetatud viisil ja kontakti loomise erinevate tugiteenuse osutajate ja sidusvaldkonna osapooltega);

[7] Sotsiaalhoolekande seaduses § 68 on sätestatud nõuded rehabilitatsioonimeeskonnale. Kui ISTE teenuskomponendi sisu rehabilitatsiooniteenuse sarnane (näiteks vaimse tervise komponendi raames saab inimene psühholoogilist nõustamist) siis peab teenust vahetult osutav spetsialist vastama rehabilitatsioonimeeskonna kvalifikatsiooninõuetele. SHS https://www.riigiteataja.ee/akt/114122023003

[8] Sotsiaalhoolekande seaduses § 86 on sätestatud ja selle alusel kehtestatud sotsiaalkaitseministri määruses nõuded, mille kohaselt erihoolekandeteenust võib vahetult osutada füüsiline isik, kellel on vähemalt keskharidus ja vajalik erialane ettevalmistus või sobiv kutse- või kõrgharidus erihoolekandeteenuse osutamiseks. Kohustuslik on tegevusjuhendaja koolituse läbimine täies mahus või tegevusjuhendaja koolituse sissejuhatava osa läbimine, mis võimaldab töötada koolituse täies mahus läbinud tegevusjuhendaja juhendamisel. SHS https://www.riigiteataja.ee/akt/114122023003 ja sotsiaalkaitseministri määrus „Tegevusjuhendaja ettevalmistusnõuded ja nõuded koolitusele" https://www.riigiteataja.ee/akt/128042022018

d. piirkonnas on abivajajatele vajalikud teenuskomponendid kättesaadavad (teenuse osutajateks võivad olla nii senised KOVi lepingupartnerid, SKA lepingupartnerid kui ka uued teenuseosutajad).

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

2.2. ISTE katsetamise korraldus KOVis

ISTE katsetamisel KOVides tuleb järgida punktis 3 kirjeldatud tegevusi ja punktis 4 kirjeldatud mudeli samme.

Projektiperioodi alguses keskendub KOV oma piirkonnas teenusmudeli piloteerimiseks vajalike partnerite leidmisele, nendega koostöösuhete loomisele (teenuseosutajad, sidusvaldkondade partnerid), teenuskomponentide hankimisele ning töökorralduse paika panemisele. Sellega paralleelselt toimub KOVis ka piirkonna psüühilise erivajadusega inimeste kaasamine teenusmudeli tegevustesse.

Projekti saab kaasata uusi inimesi ainult perioodil 01.01.2027-30.04.2027. Projekti sisenevad inimesed peavad vastama punktis 1.3. nimetatud sihtgrupi kirjeldusele ja olema sisenemise hetkel SKAs toetavate erihoolekandeteenuste (toetatud elamine, töötamise toetamine või igapäevaelu toetamine, välja arvatud igapäevaelu toetamise teenus autismispektrihäirega inimesele ja igapäevaelu toetamise teenus päeva ja nädalahoiuteenusena) järjekorras.

Kogu projektiperioodi ajal on KOV inimese vaates juhtumikorralduse võtmerollis. KOVis on põhirõhk tervikpildi omamisel abivajavast inimesest, tervikliku abi korraldamine ja ISTE mudeli rakendamisega seotud jooksvate probleemide lahendamine. Selle kõrvalt arendatakse koostöösuhteid, otsitakse uusi partnereid inimeste abivajadustele vastavate teenuskomponentide osutamiseks (viies vajadusel selleks läbi täiendavaid hankeid) jmt. SKA kogub KOVidelt ja teistelt katsetamises osalevatelt partneritelt regulaarselt tagasisidet, kaardistab ja analüüsib piloteerimises osalejate kogemusi teenusesüsteemi korralduse kohta, toimub kogemuste vahetamine.

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

2.3. Omavalitsuste teenuskohtade arvu vahehindamine

Piloteerimise vältel teostab SKA regulaarselt KOVide vahehindamisi jälgimaks teenuskohtade arvu täitumist ning teenusmudeli tegevuste läbiviimist. Vahehindamise tulemused mõjutavad katsetamisel osaleva KOVi edasist teenuskomponentide maksumust.

Vahehindamine toimub seisuga 30.04.2027, mille tulemusel korrigeeritakse koostöölepingus teenuskohtade arvu (lepingu punkt 2.4.) ja teenuskomponentide rahalist mahtu (lepingu punkt 4.2.) vastavalt tegelikult täidetud teenuskohtadele. Kui koostöölepingu kehtivuse ajal tekib olukord, kus KOVil on täidetud algselt lepinguga kokkulepitud teenuskohtade arvust vähem kui 20% võib SKA teha otsuse lepingu lõpetamiseks. Kui lepingu kehtivuse ajal, pärast 30.04.2027, tekib olukord, kus KOVil on kõik algselt koostöölepinguga kokkulepitud teenuskohad täitmata lõppeb leping alates viimase inimese teenuselt lahkumisele järgneva kuu viimase kuupäevaga.

2.4. Teenuskomponentide osutamise ja teenusmudelivälise abi kombineerimine

Katsetamisel ei saa osaleda sihtrühma kuuluv abivajaja, kes saab samaaegselt erihoolekande- või sotsiaalse rehabilitatsiooni teenuseid praeguses riiklikus süsteemis (küll tohib abivajaja liikuda ühest süsteemist teise, st olla teenusmudeli tegevustesse sisenemise hetkel erihoolekandeteenustel).

Abivajaja võib teenusmudeli tegevustes osalemise ajal kasutada sidusvaldkondade partnerite poolt osutatavaid teenuseid ja tegevusi, kuid tuleb vältida samalaadse sisu ja eesmärgiga tegevuste dubleerivat osutamist. Kui inimene osaleb teenustel või projektide tegevustes, mis on sisult ja eesmärgilt sarnased ISTE eluvaldkondkonna komponendis sisalduvate tegevustega (sh Euroopa Sotsiaalfondist, ESF+ ja teistest allikatest rahastatavad tegevused, Töötukassa teenused ja projektid, Tervise Arengu Instituudi projektid jmt), ei või ta samaaegselt saada neid (kokkulangevaid) teenuskomponente isikukeskse erihoolekande teenusmudeli katsetamise raames (vt peatükk 5).

Inimesele vajalike teenuskomponentide ning teiste teenuste ja projektide tegevuste sisulise kattuvuse jälgimine toimub sidusvaldkondadega koostöö käigus. Teenuste dubleerimise ennetamise ja jooksva kontrolli teostamise eest vastutab teenusmudeli piloteerimist koordineeriv KOV juhtumikorraldaja.

3. POOLTE TEGEVUSED TEENUSMUDELI KATSETAMISEL

Isikukeskse erihoolekande teenusmudeli katsetamine toimub KOVide ja SKA koostöös. Teenusmudeli katsetamine hõlmab nii otsese klienditööga seotud tegevusi kui korralduslikke tegevusi, sh nii kohalikus piirkonnas kui üleriiklikult teenusmudeli juurutamisega seotud tegevusi.

3.1. KOV tegevused teenusmudeli katsetamisel

Katsetamise käigus KOV:

3.1.1. kaardistab ISTE sihtgruppi kuuluvad inimesed oma vallas või linnas ja leiab perioodil 01.01.2027-30.04.2027 vabadele teenuskohtadele ISTE sihtgrupi kirjeldusele vastavad inimesed;

3.1.2. leiab kogukonna ressursid ja teenuseosutajad, kes osutavad teenuskomponente, mida on vaja inimesele ja tema lähedastele abi ja toe tagamisel. Teenusepakkujate leidmisel võib KOV rakendada kõiki sotsiaalkaitseliste abimeetmete korraldamise võimalusi, lähtudes asjakohastest regulatsioonidest, sh KOVis kehtestatud hankekorrast, riigihangete seadusest ja muudest õigusaktidest;

3.1.3. KOV lähtub teenuseosutajate leidmisel SKA poolt etteantud teenuskomponentide kirjeldustest (ptk 5) ja hinnakirjast (lisa 5);

3.1.4. KOV võib leida teenuskomponentide osutajad, kes pakuvad ühte või mitut teenuskomponenti. KOV võib teenuskomponente hankides määratleda täpsemalt oma partneritega seotud tingimused ja ootused teenusmudeli tegevuste elluviimisel lähtudes konkreetse sihtrühma ning oma piirkonna abivajavate inimeste vajadustest, kuid ei tohi kitsendada kirjeldatud teenusmudeli tegevusi ja võimalusi. Teenuskomponente võib juurde hankida teenusmudeli katsetamise jooksul vastavalt kaasatud inimeste abivajadusele. Seejuures KOV:

   a) jälgib ja tagab põhiteenuse osutajaid valides ja nendega lepingulisi suhteid luues, et katsetamise vältel oleks täidetud nõue, et põhiteenuse osutaja on juriidiline isik, kelle puhul äriregistris või riigi ja kohaliku omavalitsuse asutuste registris märgitud põhitegevusalade loetelu hõlmab sotsiaalhoolekandelisi tegevusi;
   b) jälgib ja tagab, et põhi- ja tugiteenuse osutajad vastaksid õigusaktides sätestatud kvalifikatsiooni- või haridusnõutele;
   c) jälgib ja tagab põhi- ja tugiteenuse osutajate teenuse kvaliteedi vastavuse sotsiaalteenuste kvaliteedipõhimõtetele ning teenusmudeli tegevuste osutamise vastavalt koostöö tingimustele kogu katsetamises osalemise perioodil,

3.1.5. avaldab valla- või linnavalitsuse kodulehel KOV teenusepakkujate nimekirja ja nende poolt osutatavate komponentide nimekirja;

3.1.6. teenusmudeli rakendamiseks ja abivajajate teenussüsteemiga sidumiseks:

   a) määrab teenusmudeli katsetamise kontaktisiku ja avaldab valla või linna kodulehel tema kontaktandmed;
   b) jagab oma vallas või linnas avalikkusele informatsiooni isikukeskse teenusmudeli võimalustest ja rakendamise kogemustest;
   c) kaardistab sidusvaldkondade asutused, nt tervishoiu- ja haridusasutused, hoolekandeasutused, politsei, töötukassa bürood, kogukonnateenuste osutajad jm asjassepuutuvad ja/või potentsiaalsed kogukonnas tegutsevad organisatsioonid piirkonnas;
   d) lepib sidusvaldkondadega kokku suhtluskanalid ja koostööprotsessid abivajaja seostamiseks teenussüsteemiga ja muude toetusmehhanismidega oma piirkonnas,

3.1.7. abivajava inimese kaasamiseks ja talle abi osutamiseks:

   a) tagab abivajava inimese teenusmudelis osalemiseks sisenemise ankeedi täitmise ja allkirjastamise (vorm 3.1.) ning kontrollib inimese sihtrühma kuulumist regulaarselt katsetamise vältel;
   b) viib läbi inimese abi- ja toetusvajaduse hindamise kasutades teenusmudeli hindamisvahendit (vorm 3.3.). Kaasatud inimese abi- ja toetusvajaduse hindamine

tuleb läbi viia esimesel võimalusel pärast inimese liitumist teenusmudeli tegevustega (pärast sisenemise ankeedi täitmist), kuid mitte hiljem kui 30 kalendripäeva jooksul ankeedi täitmise kuupäevast alates;

c) määratleb hindamisinstrumendi abil inimese abivajaduse taseme eri eluvaldkondades. Valib abi- ja toetusvajaduse hindamise tulemusi arvestades isiku ja vajadusel tema lähedastega koostöös välja põhiteenuse ja tugiteenuse osutajad (vt ptk 4 ja 5). Seejärel teeb hindamise tulemustele tuginedes otsuse inimese abivajaduse olemasolu ja põhiteenuse osutaja juures teenusmudeli põhimõtetel ja tegevustega temale vajaliku abi osutamise kohta (sarnane haldusaktiga);

d) seostab inimese põhiteenuse osutajaga ja tagab, et koostöös inimesega alustatakse teenuse planeerimist (st alustatakse põhiteenuse teenuskomponentide osutamisega), mille tulemusel valmib hiljemalt 30 kalendripäeva jooksul inimesele personaalne tegevusplaan. Tegevusplaani vormina võib kasutada põhiteenuse osutaja poolt loodud vormi, millel on vähemalt samad andmeväljad nagu on teenusmudelis katsetamiseks kasutataval vormil (näidiseks vorm 3.4.). Tegevusplaani võib hiljem vajadusel muuta ja täpsustada (vt samuti punkt 4.4.).

3.1.8. tagab inimesele regulaarse põhiteenuse ja tugiteenuse komponentide osutamise lähtudes isikukeskse teenusmudeli kirjeldusest (vt ptk 4);

3.1.9. tagab, et põhiteenuse osutaja koordineeriks inimese eluolukorrale vastavalt võrgustikutööd erinevate sidusvaldkondade ja teenuskomponentide osutajate vahel igakuiselt, sh KOV juhtumikorraldajaga;

3.1.10. tagab, et põhiteenuse osutaja viib regulaarselt läbi (vähemalt iga 6 kuu tagant) kaasatud abivajajate hindamise ja tegevusplaani korrigeerimise ning muudatused teenuskomponentide osutamises vastavalt inimese muutunud abivajadusele ning edastab sellekohase info KOV juhtumikorraldajale;

3.1.11. tagab, et põhiteenuse osutaja koostab abivajavale inimesele kokkuvõtva hinnangu abivajaduse ja teenuse osutamise kohta (vt vorm 3.9. kokkuvõttev hinnang) teenusmudeli katsetamise tegevuste lõppedes, inimese teenuse vajaduse lõppedes, inimese teenusmudelis osalemise katkestamisel või teenusmudeli tegevuste kontrolli käigus KOVi esitatud nõude peale;

3.1.12. peab inimese kohta toimikut (võimalusel digitaalselt) ja koondab toimikusse katsetamise käigus inimesele abi osutamisel koostatud dokumendid ja informatsiooni kõigist teenuskomponentidest, mida inimesele või tema lähedastele osutatakse;

3.1.13. avab inimese kohta menetluse sotsiaalteenuste ja -toetuste andmeregistris (edaspidi STAR). Kannab STARi inimese abi- ja toetusvajaduse hindamise tulemused ja vajadusel viibimiskoha märke vastavalt SKA meeskonna antud juhendile;

3.1.14. teeb igakülgset koostööd sidusvaldkondade partnerite ja kogukonnas tegutsevate organisatsioonidega, kelle teenuste kasutamiseks on inimesel oma eluolukorrast tulenevalt õigus ja vajadus ning kellega teevad KOV, põhi- ja tugiteenuse osutajad koostööd;

3.1.15. lähtub isikukeskse erihoolekande teenusmudeli rakendamisel koostöölepingust, konkursi tingimustest, ja teenusmudeli katsetamise kirjeldusest sh teenuskomponentide (vt ptk 5) kirjeldusest ning teenuskomponentide hinnakirjast (lisa 5);

3.1.16. tagab teenusmudeli piloteerimisel juhtumikorralduse töömeetodi rakendamise. Juhtumikorralduse tagamisel on KOVil, sõltuvalt kohalikest vajadustest, õigus valida, kas teenusmudeli koordineerimise toetus siduda sotsiaaltöötaja (hindamine, mille eelduseks on sotsiaalhoolekandes töötamiseks vastav erialane kõrgharidus) ja/või teenuskomponentide administreerimisega seotud (hankimine, lepinguliste suhete korraldus, arveldamine) tööjõukuludega või täidab neid rolle üks ja sama Inimene;

3.1.17. kasutab abi- ja toetusvajaduse hindamisvahendit ning teeb täiendus- ja muudatusettepanekuid, mis toetavad hindamisvahendi kasutamist KOVides. Oodatud on ka KOVi muud ettepanekud, nt andmevahetuse, isikukeskse teenusmudeli ning info- ja koolitusvajaduse osas;

3.1.18. arvestab SKA ettepanekuid isikukeskse teenusmudeli tegevuste ja protsessi parendamisel ning lähtub antud juhistest teenusmudeli rakendamisel. Lepingupartner osaleb koos teenuseosutajaga SKA koolitustel ja kogemusseminaridel teenusmudeli rakendamiseks ning edukaks läbiviimiseks, vastab tagasisideküsitlustele jm SKA päringutele;

3.1.19. osutab sihtgrupile isikukeskse teenusmudeli kohaselt abimeetmeid, eesmärgiga toetada inimese jõudmist tööturuteenustele, avatud tööturule või võimetekohasele muule hõivega seotud või samastatud tegevusele (nt vabatahtlik töö, õppimine vms);
3.1.20. KOV ja tema partnerid täidavad struktuuritoetuse andmisest avalikkuse teavitamise, toetusest rahastatud objektide tähistamise ning Euroopa Liidu osalusele viitamise nõudeid ja korda vastavalt kehtivatele õigusaktidele, sh Vabariigi Valitsuse 12.05.2022 määrust nr 54 „Perioodi 2021-2027 ühtekuuluvus- ja siseturvalisuspoliitika fondide vahendite andmisest avalikkuse teavitamine"[9];
3.1.21. esitab igakuiselt SKAle projektis osalejatele teenuse osutamise ja koordineerimise kohta digitaalselt allkirjastatud koondaruandevormi (koondaruande vormina käsitletakse lisa 3, vorm 3.8. „Teenuskomponentide andmekogu") hiljemalt aruandlusperioodile (tegevuste läbiviimisele) järgneva kuu 7. kuupäevaks e-posti aadressile info@sotsiaalkindlustusamet.ee, mis on aluseks toetuse väljamakse tegemisel. Koondaruande (vorm 3.8.) faili pealkirjas sisaldub aruannet esitava KOV nimi, aruandekuu ja aasta nimetus (näiteks „Teenuskomponentide andmekogu_01.2027_Tallinn") ning koondaruande failis kajastuma toetuse väljamakseks vajalikud rekvisiidid: lepingu number, konkursi nimetus, KOV juriidiline nimi, arvelduskonto number, viitenumber (olemasolul), periood (kuu) ning eraldi kuluread (teenusmudeli koordineerimise toetus ja teenuskomponentide maksumus);
3.1.22. lähtub, teenuskomponentide planeerimisel, osutamisel ja aruandluses teenuskomponentide loetelust (käesoleva dokumendi ptk 5 „Teenuskomponendid") ja teenuskomponentide hinnakirjast (lisa 5);
3.1.23. tagab, et teenuskomponentide osutamine kaasatud abivajajatele on dokumentaalselt tõendatud ja vajadusel SKAle esitatav. Selleks täidetakse iga abivajaja kohta „Teenuse osutamise andmestik" (vt vormi 3.5.), mis kajastab inimesele teenuskomponentide osutamise tegevusi ja see info on teenuseosutaja esindaja poolt allkirjastatud (nt teenuseid vahetult osutanud praktiku või organisatsiooni vastutava isiku või KOVi lepingupartneri vastutava isiku poolt). Teenuseosutaja võib kasutada teenuskomponentide osutamise sisutegevuste dokumenteerimiseks ja aruannete koostamise aluseks oma elektroonilise töölaua töövorme, juhul, kui neil on samad andmeväljad nagu on vormil 3.5.;
3.1.24. täidab kaasatud abivajajate kohta tegevustega liitumisel ja lõpetamisel ankeedi ning võtab inimeselt või tema seaduslikult esindajalt nõusoleku isikuandmete töötlemiseks (vt vormid 3.1. Ankeet sisenemisel ja 3.2. Ankeet väljumisel). Kogub ja säilitab katsetamisel osalejate ankeedid ja isikuandmete töötlemiseks antud nõusolekud vastavalt sõlmitud koostöölepingus sätestatule;
3.1.25. edastab digitaalselt ja isikuandmete töötlemise nõudeid järgides jooksvalt ja esimesel võimalusel SKAle katsetamisega liitunud abivajaja ankeedi isikuandmete töötlemise nõusolekuga ning väljuja väljumise ankeedi koopiad. Lisaks edastab KOV SKAle esimesel võimalusel teenuseosutaja poolt koostatud kokkuvõtvad hinnanud (vorm 3.9). Ankeedid ja kokkuvõttev hinnang tuleb saata hiljemalt möödunud perioodi koondaruande esitamise tähtajal, so 7. kuupäevaks;
3.1.26. tagab teenusmudeli tegevuste mõju hindamiseks abivajava inimese poolt elukvaliteedi hinnangu täitmise (vorm 3.6.) koheselt, kui inimene on põhiteenuse osutaja juurde suunatud. Elukvaliteedi hinnang täidetakse kaasatud inimese poolt teenuskomponentide kasutamisega alustamisel (st põhiteenuse - teenuse planeerimisega alustamisel) ning edaspidi regulaarselt pärast aasta möödumist eelmisest hinnangust ja/või teenusmudeli tegevuste lõpetamisel. Elukvaliteedi hinnangu küsimustik täidetakse alati, kui inimene lõpetab teenusmudeli tegevustes osalemise, sh ka siis kui eelmisest elukvaliteedi hinnangu täitmisest ei ole veel aasta möödunud. KOV kogub ja koondab jooksvalt inimese poolt täidetud elukvaliteedi hinnangu andmed tabelisse „Elukvaliteedi hinnangute koondandmed_xls" (vorm 3.7.) ning edastab need SKAle möödunud kvartalile järgneva kuu 7. kuupäevaks;
3.1.27. tagab regulaarse (vähemalt 1 kord aastas) teenuse saajate rahulolu-uuringu läbiviimise ja teenuse lõppemisel teenuse mõju hindamise;

[9] Kättesaadav: https://www.riigiteataja.ee/akt/117052022012

3.1.28. peab arvestust koostöölepingu alusel tehtavate väljamaksete maksumuse üle ja jälgib, et ei ületataks lepingu maksimaalset rahalist mahtu ega teenuskomponentide maksumusele seatud piiranguid (vt täpsemalt konkursi tingimused punkt 2.6.2);
3.1.29. teenusmudeli katsetamise ja/või koostöölepingu lõppedes (sh ennetähtaegsel lõppemisel) esitab kõikide teenusmudeli katsetamisel abi saanud inimeste kohta väljumise ankeedid (vormil 3.2.) ning on valmis esitama kõiki SKA poolt välja küsitud dokumente kuni 31.01.2028.

3.2. SKA tegevused teenusmudeli katsetamisel

Piloteerimise käigus SKA:

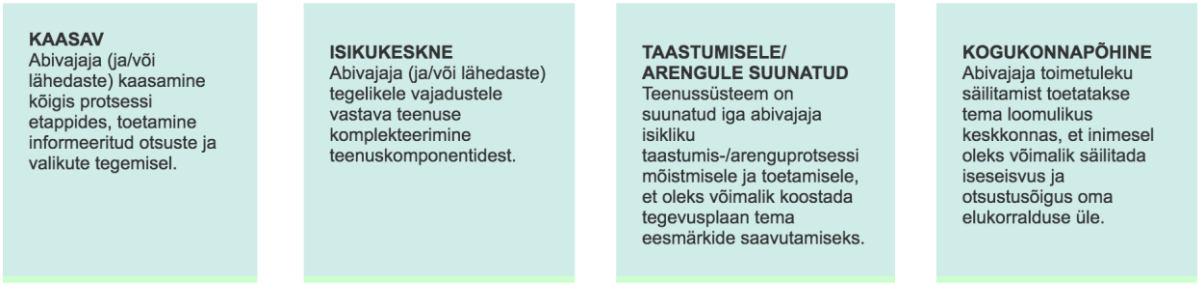
3.2.1. nõustab, juhendab ja koolitab teenusmudeli katsetamisel osalejaid teenusmudeli aluspõhimõtete, toimimise, osapoolte tegevuste ja vastutuse osas, korraldab kogemuste vahetamist. Teenusmudeli rakendamist puudutav kogemuste vahetamine toimub kogu katsetamise vältel;
3.2.2. korraldab teenusmudelis kasutatavate vormide, hindamisvahendite ja küsimustike kasutamise väljaõpet;
3.2.3. kogub KOVidelt ja teistelt katsetamisel osalevatelt partneritelt regulaarselt tagasisidet ja analüüsib kasutajate kogemust uutel põhimõtetel rakendatud teenusesüsteemi korralduse kohta;
3.2.4. jõustab KOVe teenuste korraldamisel ning arendamisel, arendab katsetatavat teenusmudelit jooksvalt kogu katsetamise perioodi vältel;
3.2.5. vahendab informatsiooni erinevate KOVide teenusmudeli katsetamisel saadud kogemuste kohta, eesmärgiga ühtlustada üle-eestilist teenusmudeli juurutamise praktikat;
3.2.6. kogub ja vahendab teavet teiste sarnaste tegevuste ja programmide kohta. Teeb koostööd sidusvaldkondadega teenusmudeli katsetamiseks vajalike tegevuste elluviimise toetamiseks;
3.2.7. teostab teenusmudeli katsetamise raames elluviidavate tegevuste ja koostöölepingust tulenevate kohustuste üle kontrolli;
3.2.8. tasub teenusmudeli piloteerimise eest koostöölepingus kokku lepitud tasu (sh teenuskomponentide maksumuse ja teenusmudeli koordineerimise toetus);
3.2.9. kontrollib koostöölepingus sätestatud tähtaja jooksul esitatud koondaruannete ja dokumentatsiooni vastavust nõuetele;
3.2.10. teeb muid ISTE edukaks rakendamiseks vajalikke tegevusi.

4. ISIKUKESKSE TEENUSMUDELI KIRJELDUS

Erihoolekande teenuste eesmärgiks on toetada psüühilise erivajadusega inimeste võimalikult iseseisvat toimetulekut ja osalemist ühiskonnaelus läbi juhendamise või kõrvalabi tagamise erinevates eluvaldkondades. Piloteeritav teenusmudel töötati välja teenusedisaini tegevuste raames aastatel 2016-2017 ning seda on täiendatud pärast aastast katsetamist ja mõjuanalüüsi aastal 2017-2018. Tuginedes katsetamise käigus saadud tagasisidele on aastatel 2019-2021, 2022, 2024 ja 2026 läbi viidud teenusmudeli protsesside ja tegevuste kirjelduste täiendamine.

2027 aastal valmistatakse ette ISTE mudeli katsetamise lõpetamine ja tulenevalt katsetamise kogemusest sisendi andmine erihoolekandereformi tegevustesse.

ISTE on:



Detailne teenusmudeli joonis:

https://www.sotsiaalkindlustusamet.ee/sites/default/files/2022-11/tenusmudeli_joonis.png

ISTE mudeli rakendamisel lähtutakse Eesti sotsiaalteenuste, erihoolekandeteenuste ja sotsiaalse rehabilitatsiooni teenuse kvaliteedijuhiste põhimõtetest ning sotsiaalse rehabilitatsiooni osutamise juhendist[10]. Vastutus kvaliteetsete teenuste korraldamise eest lasub KOVil. Teenuste osutamise kvaliteedi tagab teenuse osutaja.

4.1. Teenusmudeli aluspõhimõtted

- **Isikukesksed, sihtgrupi ja tema lähedaste vajadustele vastavad teenused**
  Komponendipõhises teenusmudelis on võimalik koostada abivajajale personaalselt tema toetusvajadusele vastav teenuspakett.

  Olulisel kohal on inimese ja tema pere võimalus valida sobivaid teenuskomponente erinevate teenuseosutajate juurest. Vajadusel on inimesele võimalik tuge pakkuda juba teenussüsteemi sisenemise varajases faasis. Kui inimesel on tema erivajadusest tulenevalt otsustamine ja valik raskendatud, võimaldab omavalitsuse juhtumikorraldaja ja/või põhiteenuse osutaja teha inimesel toetatud valikuid. Lisaks psüühilise erivajadusega inimestele vajavad toetust ka nende lähedased. Lähedaste toetamiseks on teenusmudelis tegevused tugiteenuse komponentide sees. Pere tugiteenuse komponendid on suunatud toetama ja abistama hoolduskoormusega pereliikmeid ja lähedasi selle ülesandega toime tulema. Peredele suunatud tugi 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**
  Teenusmudeli väljatöötamise oluliseks põhimõtteks oli leida teenussüsteemi sisenenud abivajajale ja tema lähedastele parim, meeldivaim, mugavaim ja kiireim viis jõuda vajaliku toeni. Sellest lähtuvalt on teenusmudeli üks fookustest selgelt teenussüsteemi sisenemisel ja abivajaduse märkamisel. Teenusmudeli eesmärk on tagada abivajajale ja lähedastele esmane info ja nõustamine seal, kus abivajadust märgati (nt KOV sotsiaaltöötajalt, intellektipuudega noorele juba koolist, psüühikahäirega inimesele haiglast või esmatasandi tervisekeskusest). Selleks kaardistab KOV teenusmudeli rakendamisel oma piirkonna sidusvaldkonnad, informeerib neid piirkonna teenusmudeli korraldusest ning lepib kokku koostööpõhimõtted, sh abivajajast teavitamise ja info edastamise viisid. See eeldab KOVi poolt proaktiivset abi osutamist, mis tagab abivajajale ja tema perele informeerituse õigustest ja teenussüsteemi võimalustest, samuti abi esimeste valikute tegemisel ja otsustamisel. 2027 perioodil kaasatakse uusi inimesi projekti vaid 01.01.2027-30.04.2027, kuid abivajajate märkamine, informeerimine ja nõustamine on jätkuvalt KOVi ülesanne.

[10] Eesti sotsiaalteenuste kvaliteedijuhis: https://www.sotsiaalkindlustusamet.ee/sites/default/files/documents/2024-02/Lisa%201%20-%20Eesti%20sotsiaalteenuste%20kvaliteedijuhis_27.02.2024.pdf
Eesti erihoolekandeteenuste kvaliteedijuhis: https://www.sotsiaalkindlustusamet.ee/sites/default/files/documents/2023-03/Erihoolekandeteenuste_kvaliteedijuhis.pdf
Sotsiaalse rehabilitatsiooni teenuse kvaliteedijuhis: https://sotsiaalkindlustusamet.ee/sites/default/files/documents/2023-11/Sotsiaalse%20rehabilitatsiooni%20teenuse%20kvaliteedijuhis_24.11.2023.pdf)
Sotsiaalse rehabilitatsiooni osutamise juhend: https://www.sotsiaalkindlustusamet.ee/sites/default/files/documents/2025-03/Sotsiaalse%20rehabilitatsiooni%20teenuse%20osutamise%20juhend_20.03.2025.pdf?utm_source=chatgpt.com

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

Inimese abi- ja toetusvajaduse hindamise ja teenuste planeerimise protsess peab olema võimalikult kaasav, isikukeskne ja terviklik. Protsessi kaasatakse vaid minimaalselt vajalikke, inimese ja lähedaste vajadusi tundvaid osapooli või erialapraktikuid. Abi- ja toetusvajaduse hindamisel tuleb lähtuda andmetest 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, haridussüsteemi arenguetappide hindamised). Teenuste planeerimiseks vajalikku lisainformatsiooni inimese toetusvajaduse ja toimetuleku kohta saab lisaks koguda põhiteenuse 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. Loodud lahendustes on arvestatud ka psüühikahäirega inimeste 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 toe sisu lähtudes inimese taastumise/ arengu faasidest, klienditeekonna etappidest, inimese ja pere muutuvatest vajadustest. Teenuskomponentide planeerimisel ja osutamisel lähtutakse samuti abivajaja vajadusest - teenuskomponendi maht ja vajalik toe määr sõltub konkreetselt inimese eluolukorrast ja vajadustest.

  Mudel võimaldab ühe inimese teenuspaketis paindlikult kombineerida erinevate teenuseosutajate poolt osutatavaid tugiteenuse komponente. Selline paindlikkus võimaldab teenuseosutajatel ka spetsialiseeruda ning arendada spetsiifilisi tõenduspõhiseid programme ja tegevusi (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 kogukonnaga paremini seostatud.

Teenusmudeli kirjeldus lähtub neljast peamisest erihoolekande teenuse klienditöö etapist:

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

Alljärgnev isikukeskse teenusmudeli detailne kirjeldus on jagatud kaheks peamiseks osaks:

(a) taustal toimuvad tegevused, mis ei ole vahetu töö abivajajaga;
(b) tegevused, mille käigus toimub otsene töö abivajava inimese ja tema lähedastega.

Teenusmudeli jaotamine etappideks võimaldab selgelt määratleda igas etapis osutatava toe 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:

- Sidussüsteemide kaardistamine ja partnerite informeerimine abi osutamise korraldusest – KOV vastutab oma piirkonnas abivajaduse proaktiivse märkamise ja koostöö toimimise eest

kaardistades sidussüsteemid (nt kiirabi, psühhiaatri kabineti, haigla, Töötukassa, koolid, varjupaigad jm piirkonnas olulised asutused).
- Suhtluskanalite ja koostööprotsesside kokku leppimine abivajaja seostamiseks teenussüsteemi (KOV juhtumikorraldajaga) ja piirkonna teiste toetusmehhanismidega.

Otsene töö abivajajaga:

- Sidussüsteemide töötajatele edastatav info toetab abivajajat teenussüsteemi sisenemisel – töötajad on informeeritud, teadlikud ja oskavad abivajadust märgata ning abivajajat teenussüsteemi sisenemisel toetada. Nad teavad, kuidas toimib piirkonnas psüühilise erivajadusega inimeste toetussüsteem ning oskavad abivajaja sellega õigeaegselt seostada.
- Sidussüsteemist edastatud info tulemusel jõuab sotsiaaltöötaja proaktiivselt abivajajani seal, kus vajadust märgati (nt koolis, kodus, haiglas). Inimese abivajadus avaldub üldjuhul sidusvaldkonna töö raames (nt tervishoid, haridus, tööhõive). Oluline on, et KOV-i sotsiaaltöötaja võtab inimesega ühendust kohe kui abivajadust märgati, mitte ei oodata, kuni inimene või pere ise pöörduvad või on tekkinud kriisiolukord.

4.3. II etapp: Abivajaduse hindamine

Vastutab: KOV

Abi- ja toetusvajaduse hindamise eesmärk on abivajaduse taseme määratlemine eri eluvaldkondades ja teenusele õigustatuse tuvastamine. Abivajadust hinnatakse hindamisinstrumendi abil ning selle tulemus on sisendiks omavalitsusele juhtumi dokumenteerimiseks (STAR süsteem, haldusotsus) ning põhiteenuse 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 erinevate sidusvaldkondade poolt.

Otsene töö abivajajaga (ja/või lähedastega):

(A) Koostöövalmis inimese puhul informeerib sotsiaaltöötaja abivajajat ja/või tema lähedasi nende õigustest ja toetusvõimalustest. Tutvustab neile teenussüsteemi toimimise põhimõtteid ning selgitab, mida abi- ja toetusvajaduse hindamisel hinnatakse ning kuidas teenuse planeerimine sellest lähtuvalt toimuma hakkab. Samuti tutvustatakse piirkonna põhiteenuse osutajaid ning koos tehakse informeeritud valik, millise põhiteenuse osutajaga vajalike teenuskomponentide planeerimist jätkata (juhul kui piirkonnas on mitu põhiteenuse osutajat). Sotsiaaltöötaja seostab abivajaja seejärel sobiva põhiteenuse osutajaga. Juhul, kui piirkonnas ei ole mitut põhiteenuse osutajat, on soovitatav põhiteenuse osutaja hindamisele kaasata, et abivajaja võimalikult kiiresti seostada ning põhiteenuse osutajat võimalikult vara informeerida ning vältida dubleerivaid hindamisi.

(B) inimese puhul, kes ei ole valmis koostööks toimub samuti abi- ja toetusvajaduse hindamine. Sotsiaaltöötaja küsib selleks võimalusel lisainfot abivajajaga kokku puutuvatelt inimestelt. Selle info põhjal otsustab sotsiaaltöötaja (võimalusel koos abivajaja lähedastega) sobivaima põhiteenuse osutaja, kes hakkab abivajajaga kontakti ja usaldussuhet üles ehitama.

Abivajajale ning tema lähedastele on teenussüsteemi sisenemisel oluline usaldusväärse kontakti olemasolu, kellelt saada terviklikku infot ja nõustamist kõigi teenuskomponentide ja teenuseosutajate, 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.

Abi- ja toetusvajaduse hindamise tulemusel on võimalik abivajaja seostada tema jaoks vajaliku spetsialiseerumisega põhiteenuse teenuseosutajaga, kes jätkab terviklikult toe planeerimist ja abi osutamist.

4.4. III etapp: Teenuse planeerimine

Vastutab: põhiteenuse osutaja

Inimesele vajalike teenuskomponentide ja nende tegevuste planeerimisega tegeleb teenusmudelis ainult põhiteenuse osutaja. Eesmärk on personaalse tegevusplaani koostamine, teenuskomponentide planeerimine ja teenuskomponentide osutajatega seostamine. Järjepidevalt, st kogu katsetamise perioodi vältel jälgitakse abivajaduse muutumist, hinnatakse senise teenuse tulemuslikkust ning vastavalt muutustele planeeritakse vajadusel inimesele osutatava teenuspaketi sisu ümber. Tegevusplaan, sinna planeeritud teenuskomponendid ja selle muudatused kooskõlastatakse KOViga, kes vastutab vajalike teenuskomponentide olemasolu ja eelarve eest.

Põhiteenuse osutamine toimub regulaarselt ehk igakuiselt.

Kokkupuude teenuse saaja (ja/või lähedastega):

(A) Koostöövalmis abivajaja puhul koostab põhiteenuse osutaja koos abivajajaga (ja/või lähedastega) personaalse tegevusplaani, mis allkirjastatakse teenuse saaja ja plaani koostaja(te) poolt. Tegevusplaani koostamisel võib põhiteenuse 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 abi- ja toetusvajaduse hindamise tulemused (st teenuse planeerimine ja eesmärkide seadmine peab lähtuma tuvastatud abivajaduse tasemest erinevates eluvaldkondades).

Teenuse planeerimise algetapis toimub inimese poolt hinnangu andmine oma elukvaliteedi erinevatele aspektidele kasutades elukvaliteedi hindamise küsimustikku[11]. Põhiteenuse osutaja toetab ja motiveerib inimest oma elukvaliteedi üle arutlema ja küsimustikku täitma.

(B) Inimese puhul, kes ei ole valmis koostööks, koostatakse toetusplaan. Toetusplaani koostamisse kaasatakse võimalusel abivajaja lähedased jt olulised võrgustiku liikmed. Toetusplaani eesmärgiks on üldjuhul abivajajaga kontakti loomine ning koostöövalmiduse saavutamine taastumisprotsessi toetamisel ja abi vastuvõtmiseks. Koostöövalmiduse saavutamisel vaadatakse toetusplaan üle ja asutakse koostama inimesele personaalset tegevusplaani.

Koostatud tegevusplaani (või toetusplaani) eesmärkidest lähtuvalt planeeritakse abivajajale teenuskomponendid ehk lisatakse spetsialisti tegevused eluvaldkondadega seoses ning seostatakse ta vastavate erihoolekande teenusmudeli teenuskomponentide või sidusvaldkondade teenuste osutajatega. Teenusmudel võimaldab teenuskomponente paindlikult ja vajaduspõhiselt tegevusplaani juurde lisada kohe, kui põhiteenuse osutaja selleks vajadust näeb. Regulaarsed vahehinnangud (vähemalt iga 6 kuu järel) ja kokkuvõtted ning andmete lisamine (mitte kustutamine) võimaldab muutusi jälgida, olukorda võrrelda.

Tegevus- ja/või toetusplaani pannakse kirja ka inimese lähedasele vajalik abi, selle eesmärk ja eesmärgist tulenevalt planeeritud teenuskomponendid.

Põhiteenuse osutamisega alustatakse hiljemalt 30 päeva pärast abivajaduse hindamist ning tegevusplaani koostamise ajal on vajadusel võimalik lisaks põhiteenusele osutada kiire abina igapäevaelu teenuskomponenti.

Kogu teenusmudeli katsetamise perioodi jooksul jälgib põhiteenuse osutaja inimese abivajaduse muutumist. Pärast aastast teenuskomponentide osutamist palub põhiteenuse osutaja anda inimesel uuesti hinnang oma elukvaliteedile. Elukvaliteedi hinnangust, abivajaduse muutusest ja sellest lähtuvad tegevusplaani muutused fikseeritakse tegevusplaanis. Projektis osaleja abivajadus tuleb vähemalt iga 6 kuu tagant üle hinnata.

Taustategevused:

Põhiteenuse osutajal on võimalik teenuse planeerimisse kaasata vajadusel väliseid spetsialiste/eksperte, kui põhiteenuse osutaja vajab abivajaja vajaduste mõistmiseks ning teenuse planeerimiseks lisapädevust (komponendi tegevus *välise spetsialisti/eksperdi kaasamine teenuse planeerimisse*, nt tööks abist keeldujate või muude spetsiifiliste vajadustega sihtgruppide puhul, nt pervassiivse arenguhäirega inimeste, suurema ohtlikkuse või riskikäitumisega inimeste puhul, kellega tööks põhiteenuse osutaja kogemusest ei piisa).

[11] Gigantesco, A, Giuliani, M. „Quality of life in mental health services with a focus on psychiatric rehabilitation practice", 2011 https://www.iss.it/documents/20126/45616/ANN_11_04_07.pdf

4.5. IV etapp: Plaani elluviimine

Vastutused:

- **Põhiteenuse osutaja tagab** tervikliku plaani elluviimise (terviklik personaalne juhtumikorraldus).
- **Tugiteenuse osutaja vastutab** inimese tegevusplaani elluviimisel oma teenuskomponendi sisuliste tegevuste ja teenuse kvaliteedi eest.
- **KOV (juhtumikorraldaja) vastutab** teenuste rahastuse haldamise, vajalike teenuskomponentide osutajate leidmise korraldamise, aruandluse, teenuse kvaliteedi nõuetele vastavuse ja omavaheliste lepinguliste kohustuste täitmise eest.

Plaani elluviimise etapis teevad kõik osapooled koostööd – põhiteenuse osutaja, tugiteenuse osutaja(d) ning KOV tagamaks paindlik ja terviklik teenuse osutamine, mis arvestab inimeste personaalset toetusvajadust kõigis eluvaldkondades. Põhiteenuse osutamine toimub regulaarselt ehk igakuiselt.

Teenuse osutamine toimub läbi tugiteenuse teenuskomponentide, mida võivad osutada erinevad teenuseosutajad (sh põhiteenuse osutaja). Komponendipõhine lähenemine võimaldab kombineerida ühte teenuspaketti erihoolekande ja rehabilitatsiooniteenuse sarnaseid sisutegevusi kui ka olemasolevaid kogukonna ressursse.

Kogu plaani elluviimise etapis jätkub põhiteenuse osutamine.

Tugiteenuse osutamine toimub inimesele regulaarselt ehk igakuiselt. Sarnaselt erihoolekandeteenustele lõpetatakse inimesele ISTE projekti kaudu abi osutamine kui ta ei kasuta tugiteenust kauem kui kaks kalendrikuud järjest, välja arvatud statsionaarse tervishoiuteenuse kasutamise korral[12].

Kokkupuude teenuse saajaga (ja/või lähedastega)

Põhiteenuse osutaja nõustab abivajajat ja seostab ta tugiteenuse komponentide osutaja(te)ga. Vastavalt tuvastatud abivajadusele ja teenuse planeerimise tulemustele osutatakse inimesele tugiteenuse komponente erinevates eluvaldkondades, et tagada inimesele isikukeskne ja terviklik teenus. Teenuskomponentide osutamine toimub paindlikult lähtuvalt inimese vajadusest sh tema elu- või töökohas, koolis, kogukonnas, pargis, teenuse osutaja ruumides vms.

Põhiteenuse osutaja ülesanne on plaani elluviimise raames inimese vajaduste osas tervikvaate omamine, võrgustiku töö koordineerimine ja tugiteenuse osutajatega esmane seostamine, sh sotsiaalse võrgustikuga suhtlemine. Toetuse eesmärgiks on terviklik personaalne juhtumikorraldus (sh tagada inimesele informeeritus protsessist, luua lihtne ja arusaadav dokumentatsioon, arusaadav ülevaade teenussüsteemi toimimise põhimõtetest, toetus teenuskomponentidega tutvumiseks koha peal jms). Põhiteenuse osutaja tagab abivajajale võimalikult kiire, lihtsa ja arusaadava asjaajamise tugiteenuse komponentideni jõudmisel.

Taustategevused

Põhiteenuse osutaja tagab teenusplaani elluviimise koostöös tugiteenuse komponentide osutajate ja KOViga.

KOV tagab plaani elluviimiseks vajalikud tegevused.

Põhiteenuse osutaja tagab inimese planeeritud tugiteenuse komponentideni jõudmise ja kättesaadavuse abivajajale. Põhiteenuse osutaja peab arvestust osutatud teenuskomponentide mahu ja tegevuste üle vormi „Teenuse osutamise andmestik" (vorm 3.5.) abil ja lähtudes ptk 5 toodust. Igakuiselt edastatakse see info KOV juhtumikorraldajale, kes on teadlik abi korralduse tegevustest ja kannab andmed vormile 3.8. „Teenuskomponentide andmekogu".

Teenusmudeli tegevuste lõppedes, inimese teenuse vajaduse lõppedes, inimese poolt teenusmudeli tegevuste katkestamisel, või KOVi poolt teenusmudeli tegevuste kontrolli käigus esitatud nõude peale koostab põhiteenuse osutaja kokkuvõtte teenuse osutamisest ja hinnangu inimese abivajaduse kohta (vorm 3.9.). Kokkuvõtvas hinnangus kirjeldatakse isikukeskselt tegevusi ja nende mõju inimesele, põhjendatakse muudatusi tegevusplaanis, nimetatakse

[12] SHS §80 lg 1 p 1, https://www.riigiteataja.ee/akt/114122023003#para68lg7

takistused ja antakse soovitusi edaspidiseks. Kokkuvõtvad hinnangud tuleb esitada SKAle koos väljumise ankeediga.

ISTE projektis osalemisega tekib abivajajal õigus projekti käigus tuvastatud abi- ja toetusvajaduse tõttu saada erihoolekandeteenuse eelisjärjekorda[13].

[13] Sotsiaalkaitseministri määrus „Erihoolekandeteenuse järjekorra pidamise kord ja nõuded" § 3 lg 8, https://www.riigiteataja.ee/et/akt/110012025016?leiaKehtiv

5. TEENUSKOMPONENTIDE LOETELU

Teenuskomponentide loetelu annab täpse ülevaate teenuse planeerimiseks vajalikest põhi- ja tugiteenuse teenuskomponentidest.

PÕHITEENUSE KOMPONENDID

Põhiteenuse osutaja töötab juhtumikorralduse põhimõtteid järgides ning tagab läbi personaalse ja sisulise juhtumikorralduse tervikliku plaani elluviimise, sh koordineerib terviklikult võrgustikutööd. Põhiteenuse teenuskomponentide eesmärk on kõikide inimese eluolukorras vajalike osapoolte koostöö hoidmine tagamaks paindlik ja terviklik teenuse osutamine, mis arvestab inimeste personaalset toetusvajadust kõigis eluvaldkondades.
Põhiteenuse raames toimub inimesele tegevusplaani koostamine, teenuskomponentide planeerimine ja seostamine teenuskomponentide osutajatega. Järjepidevalt, kogu teenuse perioodi vältel, jälgitakse abivajaduse muutumist ning vastavalt muutustele planeeritakse vajadusel teenus ümber.
Põhiteenuse osutaja ülesanne on plaani elluviimise raames inimese vajaduste osas tervikvaate omamine, sh tugiteenuse osutajatega esmane seostamine (nt vajadusel inimese perearsti nimistusse saamisega seotud toimingud jms või Töötukassa tegevustega esmane seostamine).
Põhiteenuse osutaja tagab abivajajale võimalikult kiire, lihtsa ja arusaadava asjaajamise tugiteenuse teenuskomponentide osutajateni jõudmisel.
Teenuskomponendi hinna sisse on arvestatud teenuse osutamisega seotud dokumenteerimine, eel- ja järeltöö ning teenusega kaasnevad kulud (personal, inventar, üldkulud).
*Põhiteenuse komponent ei sisalda muid teenuse sisutegevusi. Kui on vajadus muude individuaalsete sisutegevuste järele, lisanduvad teenuskomponendid vastavalt abivajadusele.

Komponent	Tegevus	Tegevuse kirjeldus	Tegevus projektis osalejaga või meeskondlik tegevus
Põhiteenus	**Teenuse planeerimine ja tegevusplaani elluviimise tagamine**	**Teenuse planeerimise** raames toimub: 1. terviklik ja järjepidev toetusvajaduse ja selle muutumise hindamine; 2. teenuskomponentide planeerimine, sh tegevusplaani koostamine koos inimesega, vajadusel kaasates inimese lähedased ja teised vajalikud sidusvaldkonna esindajad; 3. regulaarne toetusvajaduse arvestamine, tegevusplaani üle vaatamine ja muudatuste planeerimine; 4. teenuse tegevuste kokkuvõte, tulemuste ja mõju hindamine. **Tegevusplaani elluviimise tagamise** raames toimub: 1. tegevusplaani elluviimise terviklik toetamine ja selle täitmise koordineerimine; 2. võrgustikutöö koordineerimine ja teostamine (sh sotsiaalse võrgustikuga suhtlemine), koostöö kõikide inimese eluolukorrast tulenevate võrgustikuliikmete ja sidusvaldkonna esindajatega (nt tervishoiutöötajad, haridussüsteemi töötajad, tööhõivesüsteemi töötajad, teised teenuse osutajad); 3. inimese nõustamine olemasolevatest abimeetmetest, esmane seostamine ja kontaktide loomine vajalike teenuskomponentide osutajate ning sidusvaldkondade ja KOV teenustega, sh vajadusel: a) tervishoiuteenustega sidumine, et inimene jõuaks vajalike teenusteni ning jälgiks ravi, vajadusel esmased pere- või eriarsti vastuvõttude organiseerimine; b) teavitustöö kogukonnas: kogukonna hirmude maandamine ja positiivse suhtumise tekkimise toetamine. Naabrite/kogukonna/võrgustiku toetamine ja teavitamine, et tagada neile ja inimesele 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.	Tegevus projektis osalejaga ja meeskondlik tegevus

		Käsitletav kui esmane toetus, kontaktide loomine, olukordade selgitamine sidusvaldkondade esindajatega, sh sissetuleku tagamisel, nt töövõime või puude hindamise õiguse välja selgitamisel abistamine ja asjaajamise korraldamine, tagamaks, et inimesele tekiks võimalus regulaarseks sissetulekuks.	
	Välise spetsialisti/ eksperdi konsultatsioon teenuse planeerimiseks	Välise spetsialisti konsultatsiooni eesmärk on luua lisapädevuse kaasamise võimalus põhiteenuse osutajale teenuse planeerimisel. Lisapädevuse kaasamise vajadus võib tuleneda keerulisest kliendijuhtumist, kus põhiteenuse osutajal puudub spetsiifilise psüühilise erivajadusega sihtgrupiga töös kogemus. Komponendi raames on võimalik sisse osta konsultatsiooni spetsialistidelt/ekspertidelt, kel on rehabilitatsioonispetsialisti pädevus ja/või kogemus väga spetsiifiliste või keeruliste kliendigruppidega. Põhiteenuse osutaja saab välist spetsialisti kaasata teenuse planeerimise protsessis, enne tegevusplaani valmimist, aga ka regulaarse toetusvajaduse ja tegevusplaani ülevaatamise käigus ja muudatuste planeerimisel. Näiteks on võimalik kaasata eripädevusega väline ekspert juhtumite puhul, kus inimene keeldub abist madala haigusteadlikkuse tõttu, kuid sotsiaaltöötaja hinnangul vajab juhtum sekkumist. Väline ekspert aitab sel juhul põhiteenuse osutajal koostada toetusplaani kontakti loomiseks ja koostöövalmiduse saavutamiseks.	Tegevus projektis osalejaga
	Personaalne toetamine erakorralistes eluolukordades	Personaalne toetamine inimese elus ettetulevates erakorralistes eluolukordades. Teenuskomponendiga tagatakse: 1) personaalne toetus ootamatult tekkinud kriisi korral või olukorras, mis vajab kiiret sekkumist nt inimese või tema pere toetamine haiguse äkilisel ägenemisel, raviarsti/tööandajaga suhtlemine; töövõimetuslehe korraldamine; ootamatu haiglaravi vajadus ja selle korraldamine, sh tahtest olenematule ravi vajaduse korral jne. Võimalik tagada kiire sekkumine ja toetus ebastabiilse olukorra stabiliseerimiseks, inimese baasvajaduste ja turvalisuse tagamiseks; 2) haiguskriitikata inimese ja/või abist keelduja motiveerimine, koostöö ja usaldussuhte loomine, et abivajaja oleks valmis abi vastu võtma ja jõuaks erinevate eluvaldkondade teenuskomponentideni. Eesmärk on luua kontakt, kasvatada koostöövalmidust ja motiveerida abi vastu võtma ning valmistada ette tingimused tegevusplaani koostamiseks koostöös põhiteenuse osutajaga. Käsitletav ka kiire ja lühiajalise kriisiabi ja/või SOS kontaktina – töötaja tegevus, kes on kättesaadav ja toetab inimest kriisi korral lühiajaliselt. Teenuskomponent ei ole inimese regulaarne igapäevane nõustamine ja toetamine. Kasutatakse ainult sellisel juhul, kui tegevus vastab ülalnimetatule.	Tegevus projektis osalejaga

TUGITEENUSE KOMPONENDID

Tugiteenuse eesmärk on tagada paindlikkus ja terviklik lähenemine teenuse sisu planeerimisel, mis arvestaks kõiki eluvaldkondi.
Komponendipõhine lähenemine võimaldab kombineerida ühte teenussüsteemi nii tänaseid erihoolekande ja rehabilitatsiooniteenuse sarnaseid sisutegevusi kui ka kogukonna ressursse.

Tugiteenuse teenuskomponendi osutaja:
vastutab oma teenuskomponendi sisuliste tegevuste ja teenuskomponendi kvaliteedi eest.
teeb oma tegevuste läbiviimiseks ja eesmärgi täitmiseks teenuskomponendi sees vajadusel võrgustikutööd. Võrgustiku all mõeldakse nii inimese lähivõrgustikku (pereliikmed, sõbrad, naabrid jt) kui formaalset võrgustikku (omavalitsuse sotsiaaltöötaja, teiste teenuste osutajad, perearst, tööandja jt);
hindab oma tegevuse mõju ja tulemusi.

Teenuskomponendid sisaldavad eeltööd, otsest tööd inimesega ja järeltööd, vajadusel dokumenteerimist. Kõik teenuskomponendi läbiviimisega kaasnevad kulud sisalduvad selle hinnas.

Tegevused projektis osalejaga on individuaalsed tegevused projektis osalejaga ehk teenuse osutamine ühele inimesele.
Tegevused pereliikmega on suunatud toetama ja abistama hoolduskoormusega pereliikmeid ja lähedasi selle ülesandega toime tulema, kuid fookus on projektis osalejal.
Tegevus grupis on tegevus kus abivajajad osalevad tegevuses grupina, mille suurus on 2-12 inimest.

Komponent	Tegevus	Tegevuse kirjeldus	Tegevuses osaleja
Sotsiaalsete suhete komponent	**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); e) toetus ja nõustamine lapsevanemaks olemisel, sh lapsevanemaks vajalike oskuste arendamine, tugi ja nõustamine lapse kasvatamisel individuaalselt või grupis (kursused, tugigrupp jm). Tegevuseks ei ole lapsega pere tugiisiku teenuse tegevuste läbiviimine, mis on kirjeldatud Sotsiaalhoolekande seaduses KOV teenusena.	Tegevus projektis osalejaga Tegevus pereliikmega Tegevus grupis
Vaimse tervise komponent	**Taastumise ja vaimse tervise haigusega toimetuleku toetamine**	Tegevused, mis on suunatud taastumisteekonna protsesside toetamiseks. a) Vaimse tervise alase info jagamine ja nõustamine (sh digitaalselt, telefoni teel) ning teiste tegevusi läbi viivate praktikuteni edasi jõudmise tagamine. b) Raviarstiga koostöös sobiva ravi ja seda toetavate taastumistegevuste planeerimine, sh ohumärkide plaani ja kriisikaardi koostamine koostöös oluliste tugivõrgustiku liikmetega (lähedased, vaimse tervise õde jt). c) Nõustamine ja tugi haiguse, selle sümptomite, ravi ja ravimi kõrvalmõjudega toimetulekuks, haiguse ägenemise ennetamiseks, sh sümptomite kontrolli jms grupiõppeprogrammid. d) Nõustamine ja tugi haiguse mõjude, takistuste, stressi ja negatiivsete emotsioonidega toimetulekuks. e) Taastumiskursus - taastumise mõtteviisi arendamiseks, oma loo ja taastumisprotsessi läbitöötamiseks, eesmärkide läbimõtlemiseks.	Tegevus projektis osalejaga Tegevus pereliikmega Tegevus grupis

		f) Vaimse tervise alane (psühhiaatria õde, psühhiaater) või sotsiaalne nõustamine ja teraapiad, sh nt kognitiivne remediatsioon (ajutreening), erinevad loovteraapiad, tegevusteraapia jms. Pere nõustamine ja koolitus. Vaimse tervise alane nõustamine, koolitus, grupinõustamine perele: informeerimine, emotsionaalne ja praktiline tugi ning juhendamine haiguse ja sellest tulenevate piirangute ja võimaluste mõistmiseks, sobiva toe pakkumiseks, peresuhete ja -toetuse optimeerimiseks, sh kriisiolukorras käitumise ja sobivate strateegiate õppimiseks.	
	Vaimse ja motoorse võimekuse arendamine ja säilitamine	Teenuskomponendi tegevused on suunatud abivajajate kognitiivsete võimete arendamiseks ja säilitamiseks, sh nii intellektipuudega inimestele kui tõsise vaimse tervise haigusega inimestele. Motoorse võimekusega tegelemine aitab kaasa vaimse tervise stabiilsusele ja vaimse võimekuse säilimisele. Teraapiad ning tegevused vaimse ja motoorse võimekuse säilitamiseks ja arendamiseks, sh: a) erinevad loovteraapiad; b) sotsiaalpedagoogi, eripedagoogi, logopeedi nõustamine ja tegevused, nt alternatiivkommunikatsiooni vahendite kasutama õppimine – PCS, piktogrammid; c) sensoorse interpretatsiooni toetamine (aistinguliste iseärasuste kaardistamine, sekkumiste planeerimine); d) sensoorne dieet (meelte tasakaalustamine), tunnetuslik suhtlemine; e) füsioteraapia, sh loomade kaasamine teraapiates; f) erinevad tegevusteraapilised tegevused, sh tegevusteraapia jms.	Tegevus projektis osalejaga Tegevus pereliikmega Tegevus grupis
	Psühholoogiline nõustamine ja psühhoteraapia	Nõustamine ja psühhoteraapia personaalse identiteedi tugevdamiseks, jõustamiseks, taastumisloo läbitöötamiseks, stressi, emotsioonide ja negatiivsete mõtetega toimetulekuks, oma keha tunnetuseks jms. Psühholoogiline nõustamine, psühhoteraapia perele (psüühilise erivajadusega inimese hooldus- ja toetuskoormusega kaasnevate olukordadega toimetulekuks), sh teraapia koos abivajava inimesega. Psühholoogiline nõustamine psüühikahäirega vanema alaealistele lastele ja noortele (individuaalne, grupis, laagrites vm).	Tegevus projektis osalejaga Tegevus pereliikmega Tegevus grupis
	Kogemus-nõustamine	Nõustamine saab olla psüühikahäire kogemusega inimese, sarnase kogemusega perede või taastujast kogemusnõustaja poolt, kes on saanud vastava ettevalmistuse. Kogemusega inimeste vahel toimuv teadmiste- ja kogemuste vahetus ja/või nõustamine, mille käigus jagatakse kogemuslikku emotsionaalset, sotsiaalset ja/ või praktilist tuge. Kogemusnõustamine vastavalt sellele, mis on isiku eesmärgid või väljakutsed. Rääkimine inimestega, kes on sarnase taastumisprotsessi läbi teinud. Eesmärgiks on haiguse, ravimite kõrvaltoimete ja sümptomitega toimetulekuks haigusteadlikkuse tõstmine. Tugigrupp ja/või eneseabigrupp - grupid sarnase probleemiga inimeste toetamiseks, haiguse ja sümptomitega toimetulekuks, erinevatele probleemidele, psüühikahäirest tulenevatele piirangutele ja diagnoosigruppidele suunatud grupid, nt depressiooni suund, sõltuvus, häälte kuulmine jne. Tugi- ja eneseabigruppe võivad juhtida spetsialistid koos kogemusnõustajaga või vastava väljaõppega kogemusnõustaja üksi. Tugigrupp perele - regulaarselt toimuv grupp (sarnaste probleemidega peredele), grupijuhtimisel osalevad koos eriala praktikutega ka kogemusnõustajad.	Tegevus projektis osalejaga Tegevus pereliikmega Tegevus grupis

		Eneseabigrupp perele - sarnase kogemusega inimeste tugi, grupijuhina tegutseb tavapäraselt kogemusnõustaja, kellel on kogemus olla ise samas olukorras pereliige.	
	Riski- ja probleemse käitumise juhtimine	Etteplaneeritud ja kavandatud tegevused inimesel esineva riski- ja probleemse käitumise maandamiseks ja olukordade ennetamiseks. Riskijuhtimine - riskikäitumise hindamine ja juhtimine, sh riskide hindamine kahjustava sündmuse ennetamiseks (nt enda hooletusse jätmine, suitsiid, agressiivsus, oht lastele). Tegevuste planeerimine olemasolevate riskide ohjamiseks ja kõigi seotud osapoolte kaitsmiseks. Koostatakse vajadusel ohumärkide plaan, kriisikaart jm (nt CARe metoodika alusel). Probleemse käitumise juhtimine, sh käitumiseksperdi nõustamine tugimeeskonnale ja perele probleemse käitumise mõistmiseks ja korrigeerimiseks, emotsioonide ja negatiivsete mõtetega toimetulekuks. Inimese ettevalmistus kriisiolukorraks, nt harjutamine ja õpetamine kriitilistes olukordades käituma - turvalisuse tagamise ja abi kutsumise oskused.	Tegevus projektis osalejaga Tegevus pereliikmega
Füüsilise tervise komponent	**Füüsilise tervise alane nõustamine ja toetus**	Füüsilise tervise eest hoolitsemise toetamine, nõustamine ja motiveerimine tervislike eluviiside tagamiseks (füüsiline aktiivsus, toitumine, tervislikud eluviisid jms). Tervishoiuteenustega jooksev (igapäevavajadustega seonduvalt) kontakti loomine, hoidmine ja seostamine (pereõde, perearst jm arstidega kontakti loomine, vajadusel retseptide ja ravimitega seonduvad tegevused).	Tegevus projektis osalejaga Tegevus pereliikmega Tegevus grupis
	Füüsilise aktiivsuse toetamine	Sportimis- ja liikumisvõimaluste soodustamine: värskes õhus viibimise ja sportimisvõimaluste leidmise toetamine. Liikumisharjumuste kujundamine, -parandamise või -säilimise toetamine, võimetele sobiva liikumisvõimaluse leidmise toetamine.	Tegevus projektis osalejaga Tegevus pereliikmega Tegevus grupis
	Teraapiad füüsilise tervise toetamiseks	Füsioteraapiline nõustamine jm teraapilised tegevused füüsilise tervise toetamiseks. Tegevusega tagatakse inimesele tema füüsilise sooritusvõime ja tegevuskeskkonnaga seotud hindamine ja kohanduste soovitamine. Inimese füüsilise liigutuslikku sooritusvõimet ja iseseisvat toimetulekut arendavate, taastavate ja/või säilitavate tegevuste/juhiste koostamine ja rakendamise toetamine/nõustamine. Eesmärk on anda inimesele teadmised ja harjutused, mida iseseisvalt sooritada. Sisaldab ka abivahendite vajaduse hindamist ja sobivate abivahendite soovitamist ning kasutama õpetamist spetsialisti poolt (füsioterapeut, tegevusterapeut vms, kellel on vastav õigus ja pädevus). On samuti inimese ja tema lähedaste nõustamine, sh ergonoomiliste abistamise võtete õpetamine inimese elu- ja tegevuskeskkonnas. Ei sisalda füsioteraapilist ravi (passiivseid tegevusi).	Tegevus projektis osalejaga Tegevus pereliikmega Tegevus grupis
	Liikumine eluruumides	Siirdumise ja liikumise toetamine inimese elukeskkonnas. Teenuskomponendiga tagatakse inimesele vajalik tugi (vajadusel abivahend või ka vahetu teise inimese poolt osutatav füüsiline tugi) ja teda on juhendatud oma igapäevases eluruumides liikumiseks ning tegutsemiseks.	Tegevus projektis osalejaga Tegevus pereliikmega
	Liikumine väljaspool eluruume	Transpordi kasutamise toetamine - transpordi planeerimine ja harjutamine. Tugi (nt ühis) transpordi kasutamisel (liikumisteede planeerimine, harjutamine). Teenuskomponendiga tagatakse inimesele nõustamine ja juhendamine transpordi kasutamise ja planeerimise osas. Vajadusel harjutatakse kasutama ühistransporti, läbima uusi teekondi (hirmude maandamine, toetamine uutes ja/või ärevust tekitavates olukordades).	Tegevus projektis osalejaga Tegevus pereliikmega Tegevus grupis

Hõivatuse komponent Hõivatuse komponendi arvestuslik isikupõhine kalendriaasta piirhind 2027.a on 2424 eurot.	**Töötamise toetamine**	Töötamise toetamise raames toetatakse abivajajat töö otsimisel ja/või säilitamisel: a) töösuutlikkuse hindamine - töösuutlikkuse ja -oskuste, ressursside ja riskide hindamine ning kaardistamine, praktiliste töötegevuste käigus sobivate töövaldkondade väljaselgitamine; b) vajaliku toe ja tööotsingute planeerimine; c) esmane karjäärinõustamine - nõustamine töö leidmiseks, säilitamiseks, tuleviku planeerimiseks; d) töö leidmine - tugi töö leidmisel ja töötamiseks vajalike tugiteenuste korraldamisel, sh vajadusel koostöö Töötukassaga; e) töötingimuste kohaldamine - erivajadustest lähtuvate paindlike ja sobivate töötingimuste ning töökeskkonna loomise toetamine. Tööandjaga suhtlemine ja toetamine paindlike ning vajadustele vastavate töötingimuste korraldamiseks ja tagamiseks. Tööandja motiveerimine sobivate tingimuste loomiseks; f) juhendamine tööga alustamisel, töötamise ajal ja töö lõpetamisel. Töötamise toetamise tegevused võivad toimuda teenuseosutaja juures, tööandja juures või kohandatud keskkonnas sh töö- või tegevuskeskustes.	Tegevus projektis osalejaga Tegevus pereliikmega Tegevus grupis
	Töösarnase või rakendus-tegevuse toetamine spetsiaalselt kohandatud keskkonnas	Töösarnase või rakendusliku tegevuse teostamise võimalus turvalises ja kohandatud keskkonnas, kus saab teha võimetekohaseid ülesandeid jõukohases tempos ning sealjuures on tagatud vajalikus ulatuses juhendamine, nõustamine ja abi. Töösarnased tegevused toimuvad teenuseosutaja juures või kohandatud keskkonnas sh töö- või tegevuskeskustes.	Tegevus grupis
	Õppimise toetamine	Õppimise toetamine - tugi õpivõimaluste leidmisel, õpingute alustamisel ja säilitamisel. Õppimistingimuste kohaldamine - erivajadustest lähtuvate paindlike ja sobivate õppimistingimuste ja -keskkonna loomise toetamine. Vajadusel hariduse tugiteenuste korraldamine.	Tegevus projektis osalejaga Tegevus pereliikmega Tegevus grupis
	Rakendus kogukonnas	Vabatahtliku töö või muude võimaluste leidmine kogukonda panustamiseks, sh vabatahtliku tegevuse leidmine. Juhendamine ja/või abistamine kogukonna tegevustega liitumisel.	Tegevus projektis osalejaga Tegevus pereliikmega Tegevus grupis
Vaba aja ja huvitegevuse komponent	**Vaba aja ja huvitegevuse toetamine**	Vaba aja sisustamine, huvitegevuse leidmine ja säilitamine. Puhkuse ja hõive (töö jm rakenduse) vahelise tasakaalu hoidmine. Huviringides osalemise toetamine tegevuskeskuses või kogukonnas. Tugi huviringi valimisel ja sinna kohale jõudmisel ning tegevustega liitumisel. Individuaalse huvitegevuse toetamine kogukondlikes tegevusi pakkuvates asutustes, tugi tegevustega liitumisel.	Tegevus projektis osalejaga Tegevus pereliikmega Tegevus grupis
Elukoha komponent	**Toetus elukoha vahetusel**	Sobivama elamispinna korraldamine - nõustamine sobiva elamispinna või eluasemega seotud teenuse valikul, võimalike elamispindadega teenuskohtadega tutvumine kohapeal. Toetus sobivama elamispinna organiseerimiseks, kui olemasolev eluase raskendab taastumist või toimetulekut. Kolimisplaan/üleminekuplaan - kolimise planeerimine, koostöös abivajaja ja tema perega tegevusplaani koostamine kolimisega seotud praktiliste küsimuste lahendamiseks ja sujuvaks üleminekuks. Praktiline abi kolimise teostamiseks (transport jm). Uue elukeskkonnaga tutvumine (vajadusel juba eelnevalt), kogukonna ja ümbrusega tutvumine.	Tegevus projektis osalejaga Tegevus pereliikmega

Igapäevaelu komponent	**Igapäevaelu toetamine**	Tugi vastavalt inimese vajadusele ja võimekusele. Igapäevaelu toetamise raames toetatakse inimest 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 tugi eelarve planeerimisel ja raha kasutamisel, rahaliste toimingute tegemisel, pangateenuste kasutamisel, arvete tasumisel, sh võlgade tekkimise vältimine; e) asjaajamise toetamine, sh suhtlus ametiasutuste ja erinevate teenuseosutajatega, regulaarsed tegevused sissetuleku tagamiseks, nt KOV toimetulekutoetuse taotlemisel abistamine.	Tegevus projektis osalejaga Tegevus pereliikmega Tegevus grupis
	Ettevalmistus iseseisvumiseks	Iseseisvuskursus - iseseisva(ma) eluga toimetulekuks vajalike oskuste arendamine kursuse/laagri, individuaal- või grupitöö viisil. Iseseisva elu harjutamine ajutisel elamispinnal. Kohanemise toetamine - üleminekut võimaldav ja kohanemist toetav tegevus, sh uue teenuse osutajaga tutvumise periood, mis tagaks sujuvama ülemineku teenuste vahel.	Tegevus projektis osalejaga Tegevus pereliikmega Tegevus grupis