

TEENUSE DISAIN ERIHOOLEKANDETEENUSTE JA TEENUSESÜSTEEMI ÜMBERKORRALDAMISEKS JA ARENDAMISEKS

Projekti lõpparuanne

Tellija:

Sotsiaalministeerium

Tööde teostaja:

Trinidad Wiseman
Registrikood 11244225
Akadeemia tee 21/4, Tallinn 12618

Projekti rahastatakse Euroopa Sotsiaalfondi meetmest:
„Tööturul osalemist toetavad hoolekandeteenused“ tegevuse
2.2.1 „Eakatele, erivajadustega ja toimetulekuraskustega
inimestele ning nende pereliikmetele töölesaamist toetavad
hoolekandeteenused“ eesmärkide saavutamiseks toetuse andmise
tingimused
(TAT) „Tööturul osalemist toetavad hoolekandeteenused“.



Euroopa Liit
Euroopa struktuuri-
ja investeerimisfondid



Eesti
tuleviku heaks

Sisukord

Sisukord.....	1
Sissejuhatus.....	3
Dokumendi lisade nimekiri	3
Kasutatud lühendid ja mõisted	4
1 Disainiprotsess	5
1.1 Kasutajauuring.....	5
1.2 Koosloome töötoad	7
1.3 Teenusmodeli loomine.....	8
1.4 Uue teenusmodeli piloteerimine ja tagasiside kogumine.....	8
2 Tänapäevase teenussüsteemi probleemide kaardistus.....	11
2.1 Vaimse tervise alane ennetus- ja teavitustegevus	11
2.2 Toetusvajaduse märkamine	12
2.3 Abivajaja ja lähedaste informeeritus õigustest ja võimalustest	13
2.4 Teenuste taotlemine, asjaajamine, koordineerimine	13
2.5 Üleminek haridussüsteemist erihooletusse	14
2.6 Esmatasandi vaimse tervise teenused, koostöö tervishoiusüsteemiga	15
2.7 Abi ja toetus psüühilise erivajadustega inimeste lähedastele.....	16
2.8 Teenuste kättesaadavus.....	17
2.9 Abivajaja toetusvajaduse hindamine, toetuse planeerimine	18
2.10 Ettevalmistus ja lisatugi muutustega kohanemisel.....	22
2.11 Erihoolekandeteenuste rahastus.....	22
2.12 Teenuste sisu ja teenuseosutajate pädevuse arendamine	23
2.13 Erihoolekandeteenuste sihtgrupi jaoks olemasolevate ressursside kasutus	24
2.14 Kogukonnapõhiste ressursside kasutamine	25
3 Uue teenusmodeli aluspõhimõtted	27
3.1 Isikukesksed, sihtgrupi ja tema lähedaste vajadustele vastavad teenused	27
3.2 Kasutajasõbralik, lihtne ja arusaadav teenussüsteem, sujuv liikumine teenussüsteemis	28
3.3 Painsuslikkus teenuste planeerimisel ning korraldamisel.....	28
3.4 Terviklik lähenemine ja optimaalne ressurssikasutus	29
4 Teenusmodeli kirjeldus.....	31
4.1 Erihoolekandeteenuste viimine kohalikule tasandile	31
4.2 Moodul 0 - esmane toetus	32
4.3 Moodul 1 - baastoetus	34
4.4 Moodul 1* - hädaabi toetus	35
4.5 Moodul 2 - lisatoetus	36
4.6 Alternatiivne vastutusmodel: vaimse tervise keskus psüühikahäirega sihtgrupile	37
4.6.1 Minimaalne vajalik lahendus - tervishoiusüsteemi sotsiaaltöötajad esmase toetuse osutajana.....	38
4.7 Uue mudeli kohaldamise erisused erihooletandeteenuste sihtgruppidele	39
4.8 Teenusprotsesside korraldus.....	40
4.8.1 Teenusmodeli protsesside ajalised mõõtmised	40
4.8.2 Resursside planeerimine ja administreerimine	41
4.8.3 Koostöö sidusvaldkondadega	46

4.8.4	<i>Sidusvaldkondade poolt pakutavad sisukomponendid</i>	46
5	Kasutajakogemusele tuginev mõjuanalüüs uue teenusmodeli piloteerimise tulemuste põhjal	47
5.1	Toetusvajaduse märkamine	47
5.2	Teenusteni jõudmine, asjaajamine, koordineerimine	50
5.3	Abivajaja toetusvajaduse hindamine, toetuse planeerimine	55
5.4	Abi ja toetus lähedastele	61
5.5	Teenuste kättesaadavus	63
5.6	Vaimse heaolu toetamine, esmatasandi vaimse tervise teenused ja koostöö tervishoiusüsteemiga	65
5.7	Sihtgrupi jaoks olemasolevate sotsiaalteenuste ressursside kasutus	69
6	Ettepanekud teenusmodeli juurutamiseks	75
	Kokkuvõte	79
	Kasutatud kirjandus	80

Sissejuhatus

Erihoolekande teenuste ja teenussüsteemi disaini projekti eesmärk oli teenusesüsteemi efektiivsem ja paindlikum korraldus psüühilise erivajadusega inimeste ja nende lähedaste vajaduste lähtepunktist. Projekti lõpparuanne annab ülevaate teenussüsteemi disainiprotsessist ning projekti tulemitest.

Esimeses peatükis on kirjeldatud disainiprotsessi neli etappi, nende raames läbi viidud tegevused ja etappide tulemid. Esimeses alapeatükis (1.1) on kirjeldatud projekti alguses läbi viidud kasutajauuringut, teises alapeatükis (1.2) koosloomeprotsessi. Peatükis 1.3 on kokku võetud uue teenusmodeli disaini kontseptsioon, mis loodi läbi viidud kasutajauuringu ning koosloomeprotsessi tulemusel. Peatükis 1.4 on kirjeldatud uue teenusmodeli piloteerimist ja tagasiside kogumist.

Teises peatükis on kokku võetud kasutajauuringu raames kaardistatud tänase teenussüsteemi probleemkohad. Kolmandas peatükis on kirjeldatud uue teenusmodeli aluspõhimõtteid ning neljandas uut teenusmodelit. Viiendas peatükis on võimalik tutvuda teenusmodeli kasutajakogemusele tugineva mõjuanalüüsiga, mis oli aluseks mudeli muudatustele ja täiendustele.

Kuuendas peatükis on esitatud ettepanekud mudeli juurutamiseks. Ettepanekud kajastavad piloodi mõjuanalüüsi käigus kinnitust saanud üldisemaid, mudeli juurutamisega seotud probleeme ja nende võimalikke lahendusi. Ettepanekutes toodud tegevused on olulised eeltingimused või paralleelselt toimuvad arendused mudeli toimimiseks ja juurutamiseks.

Dokumendi lisadena on vormistatud teenusmodeli kirjeldus (Lisa 1), mida on võimalik kasutada mudeli selgitamiseks ilma käesoleva projekti lõpparuandeta. Lisa 2 sisaldab parandatud ja täiendatud teenuskomponentide tabelit ning lisa 3 esmase hindamise instrumenti. Lisas 4 on kokku võetud piloodi käigus kogutud tagasiside. Lisades 5 ja 6 (sh 6.1 ja 6.2) on aruandele lisatud projekti eelmiste etappide tulemid.

Dokumendi lisade nimekiri

Lisa 1. Teenusmodeli kirjeldus

Lisa 2. Teenuskomponentide loetelu

Lisa 3. Esmase hindamise instrument

Lisa 4. [Kogutud tagasiside kokkuvõte](#)

Lisa 5. Projekti esimese etapi tulem: Kasutajauuringu raames kaardistatud kliendi vajadused ja süsteemi vastavused

Lisa 6. Projekti II ja III etapi tulem

Lisa 6.1 Komponentide tabel (esialgne versioon)

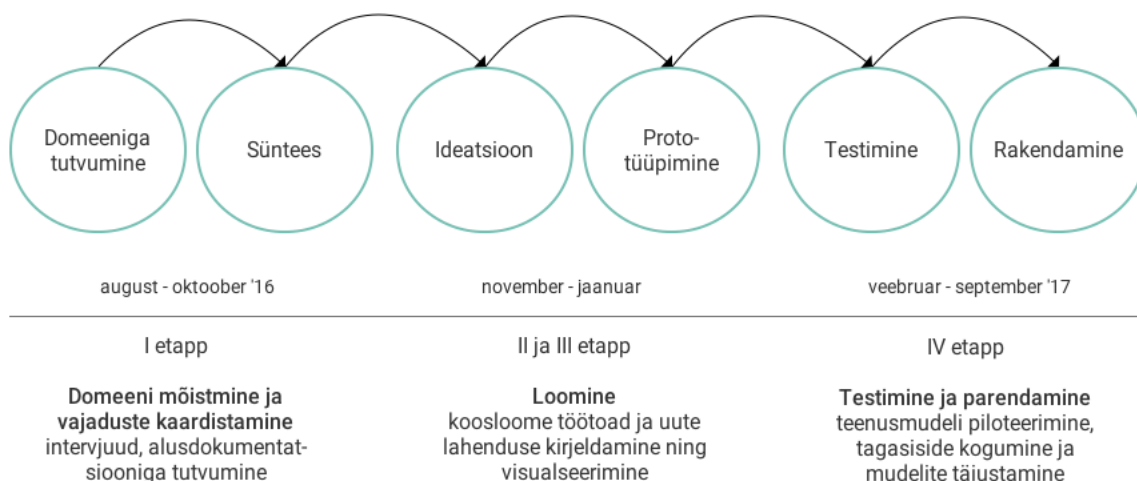
Lisa 6.2 Teenusmodelite ja protsesside kirjeldused (esialgne versioon)

Kasutatud lühendid ja mõisted

- IP - intellektipuu
- PH - psüühikahäire
- KOV - kohalik omavalitsus
- VTK - vaimse tervise keskus
- VTÕ - vaimse tervise õde
- WHO - World Health Organisation
- DI - deinstitutionaliseerumine
- Sidusvaldkond - sidusvaldkonnana nähakse käesolevas töös psüühilise erivajadusega inimesele väljaspool tänast erihoolekandeteenuste süsteemi teisi vajalikke teenuseid ja toetusmeetmeid osutavaid valdkondi, nt haridussüsteem, tervishoiusüsteem, tööhõive süsteem, rehabilitatsiooniteenuste süsteem jm

1 Disainiprotsess

Disainiprotsess jagunes neljaks etapiks: (1) kasutajauuring - domeeni mõistmine ja vajaduste kaardistamine, (2) koosloome töötoad, (3) uue teenusmodeli kontseptsiooni kirjeldamine ja visualiseerimine, (4) mudeli testimine ja parendamine. Kõiki etappe on täpsemalt kirjeldatud alljärgnevates alapeatükkides.



Joonis 1. Disainiprotsess ja projekti etapid.

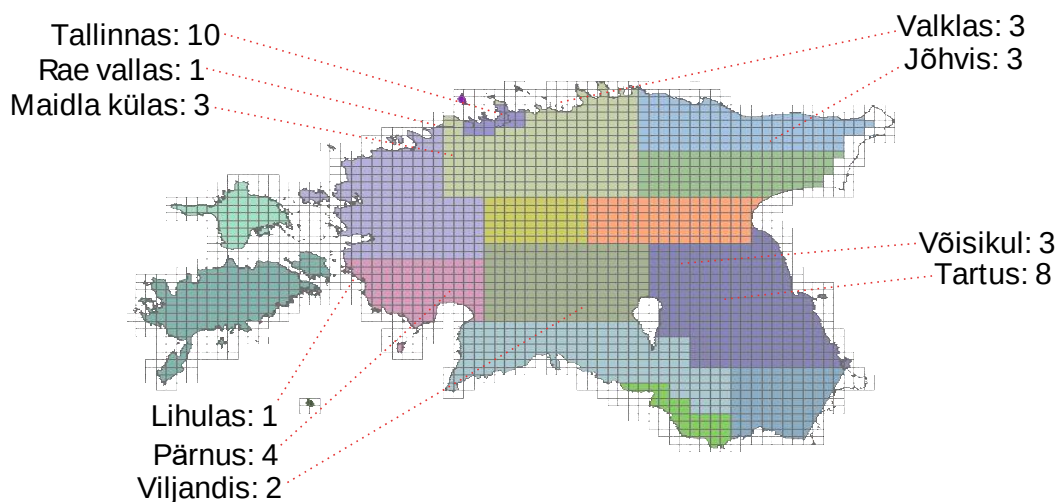
1.1 Kasutajauuring

Projekti esimesed sisutegevused algasid augustis 2016. Kasutajauuringu raames viidi esmalt läbi 7 grüpiintervjuud valdkonna ekspertide ja sidusvaldkondade esindajatega (vt joonis 2) ning 38 individuaalintervjuud tänaste erihoolekande klientide ning nendega igapäevaselt vahetult kokku puutuvate inimestega (sh kliendi lähedased, teenuseosutajad, tööandjad. Vt lisaks joonis 3).



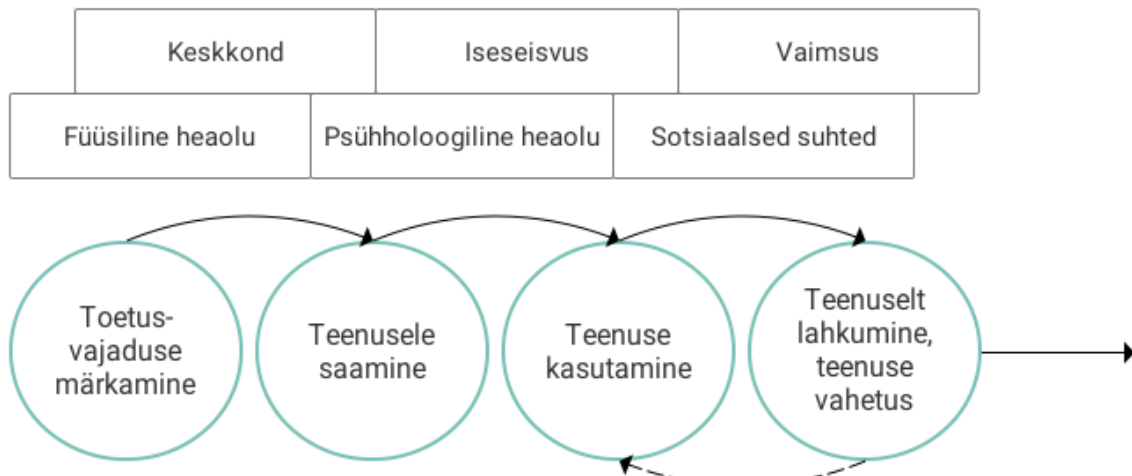
Joonis 2. Kasutajauuringu raames viidi läbi 7 grüpiintervjuud

Paralleelselt algas valdkonna alusdokumentatsiooni ja varasemate uuringutega tutvumine. Kasutajauuringu valimi ja läbi töötatud kirjanduse nimekirjaga on võimalik tutvuda Lisas 5 (Projekti esimese etapi tulem: Kasutajauuringu raames kaardistatud kliendi vajadused ja süsteemi vastavused).



Joonis 3. Kasutajauuringu raames viidi läbi 38 individuaalintervjuud.

Kogutud materjali analüüsiks ja kliendi vajaduste kaardistamiseks kasutati raamistikku (vt ka joonis 4), mis lähtub klienditeekonnast erihoolekandesüsteemis ning WHO vaimse tervise valdkonna spetsiifilisest elukvaliteedi raamistikust (THE WHOQOL-100 AND THE WHOQOL-BREF, WHO 1997).



Joonis 4. Vajaduste kaardistamise raamistik, mis koosneb klienditeekonnast erihoolekandesüsteemis ning WHO vaimse tervise valdkonna spetsiifilisest elukvaliteedi raamistikust.

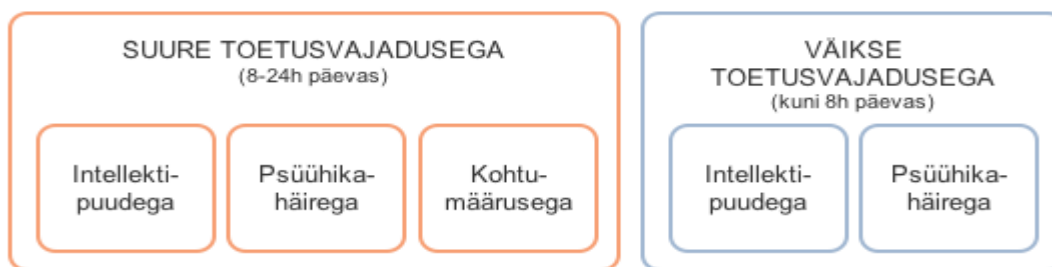
Kliendi ja teenussüsteemi kokkupuutekohad on raamistikus jaotatud neljaks protsessi etapiks: (1) kliendi vajaduste märkamine, (2) teenusele saamine, (3) teenuse kasutamine, (4) teenuselt lahkumine või teenuse vahetamine. Igas protsessi etapis kaardistati kliendi vajadused elukvaliteedi domeenide alusel (psühholoogiline heaolu, füüsiline tervis, iseseisvus, sotsiaalsed suhted, keskkond, vaimsus ja uskumused).

Elukvaliteedi domeenide ja nende käsitlemise aluseks on valitud WHO vaimse tervise valdkonna spetsiifiline elukvaliteedi instrument (The World Health Organization Quality of Life Instruments (WHOQOL-100 and WHOQOL-BREF), mis võrreldes teiste elukvaliteedi mudelite või raamistikega, on erihoolekande sihtgrupi spetsiifiline ja valdkonnas varasemalt tuttav. Nimetatud kuus elukvaliteedi domeeni on täpsemalt kirjeldatud Lisas 5.

Projekti esimese etapi tulemusel kaardistatud kliendi vajadused ja olemasoleva teenussüsteemi võimalused (Lisa 5) olid sisendiks teise etapi alguses toimunud koosloome töötubadele.

1.2 Koosloome töötoad

Projekti teises etapis viidi läbi 9 koosloome töötuba, kus teenuste sihtgrupp oli jaotatud 5 kategooriasse, lähtuvalt psüühikahäire spetsiifikast (intellektipuue või psüühikahäire) ning toetusvajaduse määrast (vt joonis 5). Töötubade eesmärgiks oli koos valdkonna huvipooltega tuleviku klienditeekondade kirjeldamine. Teekondade kirjeldamisel kasutati sisendina eelnevas projekti etapis kaardistatud kliendi vajadusi ning kasutajauuringu põhjal koostatud 15 erinevat kliendi juhtumit (persoonat).



Joonis 5. Töötubades kasutatud teenuste sihtgrupi jaotus.

Töötubades osalesid teenuste kasutajad (praegused ja endised kliendid), klientide esindajad ja lähedased, teenuseosutajad ja -korraldajad ning valdkonna eksperdid. Töötubade eesmärgiks oli kirjeldada tuleviku klienditeekondasid viisil, et teekonna käigus saaks kaetud võimalikult paljud projekti esimeses etapis kaardistatud kliendi vajadused. Töötubades kirjeldatud klienditeekondadega on võimalik tutvuda lisa 6.2 (II-III etapi tulem).

Koosloome töötubades kirjeldatud tuleviku klienditeekonnad ning projekti esimeses etapis kaardistatud kliendi vajadused ning erihooletunde valdkonnas tuvastatud probleemid olid sisendiks uue teenuskontseptsiooni loomisel.

1.3 Teenusmodeli loomine

Koosloome töötubades koostatud tuleviku klienditeekondade põhjal toimus uute teenuskomponentide tuvastamine ning protsesside kirjeldamine ja visualiseerimine.

Kõik koosloome käigus tekkinud klienditeekondade kirjeldused digitaliseeriti.

Uute lahenduste kirjeldamisel lähtuti töötubades välja pakutud ideedest, projekti esimeses etapis läbi viidud intervjuudest ja läbi töötatud kirjandusest (sh teiste riikide praktikatest) ning seeläbi teenussüsteemis tuvastatud probleemidest ja võimalustest. Samuti oli töö aluseks endiselt esimeses projekti etapis kasutusele võetud kliendi vajaduste kaardistamise raamistik ja WHO elukvaliteedi valdkonnad.

Koostati uue teenusmodeli prototüüp ja selle erinevad variatsioonid ning teenusprotsesside kirjeldused millega on võimalik tutvuda lõpparuande neljandas peatükis, lühem mudeli kirjeldus on esitatud Lisas 1.

Teenusprotsesside kirjeldustele lisaks koostati teenuskomponentide tabel (Lisa 2) ja teenussüsteemi kiire sisenemise toetamiseks esmase toetusvajaduse hindamise instrument (Lisa 3).

1.4 Uue teenusmodeli piloteerimine ja tagasiside kogumine

Peale uue teenusmodeli kontseptsiooni valmimist (projekti II ja III etapi tulem) 2017. aasta veebruaris sai alguse mudeli piloteerimise ettevalmistamine koostöös

Sotsiaalkindlustusametiga. Piloodi raames otsustati testida teenusmodeli ühte variatsiooni, mille raames võtab teenuste korraldamise eest vastutuse kohalik omavalitsus.



Joonis 6. Planeeritud piloodi sisutegevuste kulg ja tagasiside kogumine mai-august 2017.

Piloodi sisutegevused algasid 2017. aasta mais. Piloodis osaleb 8 kohalikku omavalitsust: Haapsalu linn, Jõhvi linn, Keila linn, Märjamaa vald, Otepää vald, Tallinna linn, Vändra alev, Võhma linn. Igas omavalitsuses on võimalik uue teenusmodeli alusel abi pakkuda viiele kliendile (kokku 40 inimest).

Piloodi sisutegevused said alguse sissejuhatava seminariga (11.05.2017), kus teenusmodeli toimimise loogikat tutvustati ja arutati. Seminaril osalesid kohalike omavalitsuse sotsiaalosakondade töötajad ning piirkonna tänased erihoolekandeteenuste osutajad (eelkõige omavalitsuste allasutused).

Piloodi käigus koguti tagasisidet kvalitatiivsete meetoditega. Esmase toetuse mooduli tegevuste raames toimusid vaatlusintervjuud, mille fookuses oli inimeste sisenemine teenussüsteemi (esmise toetuse mooduli tegevused). Vaatlusintervjuud viidi läbi neljas omavalitsuses (Jõhvi, Haapsalu, Märjamaa, Tallinn) ja vaadeldi inimeste informeerimist ning esmise hindamise instrumendi kasutamist. Võimalusel intervjuueeriti ka teenussüsteemi sisenejaid ning nende lähedasi. Ülejäänud neljalt omavalitsuselt küsiti samade teemade kohta tagasisidet kirjalikul teel.

Juunis toimus esimene kogemusseminar, kus arutati teemasid, mis puudutasid esmast toetusvajaduse hindamist ja klientide seostamist teenuseosutajaga ning mooduli toimimisloogikat.

Augustis toimus teine kogemusseminar, kus osalesid nii omavalitsuse sotsiaalosakondade esindajad, kui piloodis osalevad teenuseosutajad. Kogemusseminaril koguti grupitöö raames tagasiside mudeli toimimisloogika kohta (baastoetus, personaalne tugi, lisatoetus ja komponendipõhisus, hädaabi moodul). Osalejatel oli võimalik oma kogemustele tuginedes võtta kokku, kuidas teenusmodeli teooria praktikas toiminud on. Samuti toimus arutelu kogukonnaressursside kasutamise võimalustest teenuste planeerimisel. Enne seminari

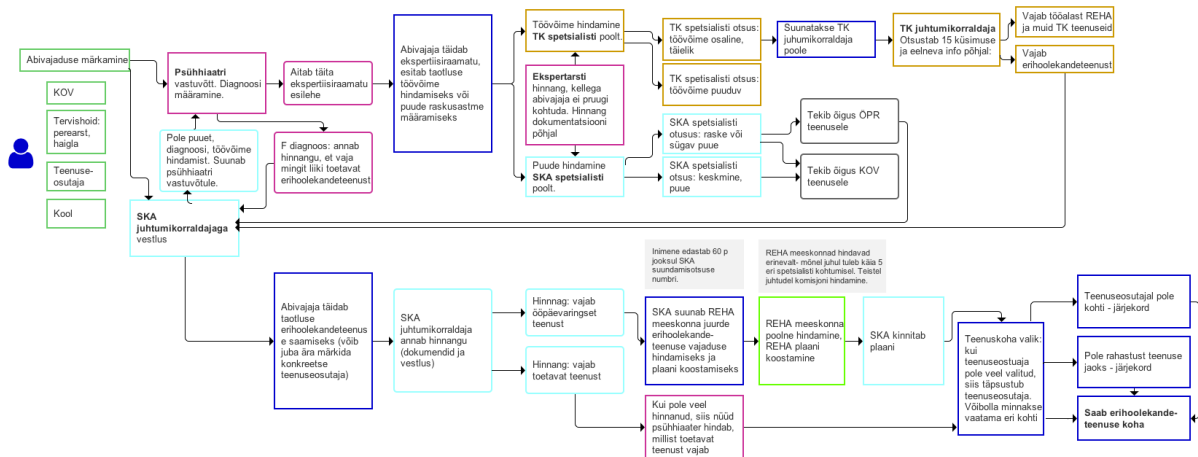
vastasid kõik omavalitsused kirjalikule tagasiside küsimustikule, mis käsitles esmase ja baastoetuse mooduli tegevusi ning lisatoetuse planeerimist.

Septembris vastasid omavalitsused ja baastoetuse osutajad kirjalikule küsimustikule, kus küsiti tagasisidet piloodis osalejate kogemuse kohta uue teenusmudeli alusel teenuste osutamisest. Kogutud tagasisidega on võimalik tutvuda Lisas 4.

Piloodi raames kogutud tagasiside alusel koostati uue teenusmudeli kasutajakogemusele tuginev mõjuanalüüs (ptk 5) ning täiendati ja parandati teenusmudeli kirjeldust (ptk 4 ja Lisa 1), teenuskomponentide loetelu (Lisa 2) ning esmase hindamise instrumenti (Lisa 3).

2 Tänapäevasteenussüsteemi probleemide kaardistus

Olemasoleva teenussüsteemi probleemide kaardistuse aluseks on projekti esimeses etapis läbi viidud kvalitatiivne kasutajauuring ning tutvumine valdkonda reguleerivate raamdokumentide, arengukavade, soovituslike juhiste ning valdkonnas läbi viidud uuringutega (vt kasutatud kirjanduse nimekirja).



Joonis 7. Tänapäevase klienditeekonna erihooletandeteenuse järeldamine.

Vajaduste kaardistamine näitas, et tänane teenussüsteem paneb rõhku pigem keskkonnaga seonduvate vajaduste katmisele ning igapäeva eluga seonduva toimetulekuvõime toetamisele. Teenuste raames tegeletakse vähesel määral abivajaja lähedaste toetamise ning nõustamisega, samuti inimese psühholoogilise heaolu tagamisega - täna pööravad sellele tähelepanu mõned üksikud teenuseosutajad, kelle töö aluseks on uuenduslikud ja tõenduspõhised meetodid. Kuna vaimse heaolu tagamist nähakse pigem tervishoiusüsteemi ülesandena ja tänaste erihooldekande teenustega seoses pole ka seadusandlikul tasemel sellele tähelepanu pööratud, ei jätku abivajaja vaimse heaolu tagamiseks tänaste teenuste raames üldjuhul ressursi. Ka tervishoiu- ja rehabilitatsiooniteenuste raames on vastavate teenuste kättesaadavus vähenenud. Lisa 5 (Kasutajauuringu raames kaardistatud kliendi vajadused ja süsteemi vastavused) annab täpsema ülevaade, millistele disainiprotsessi käigus selgunud kliendi vajadustele on tänases teenussüsteemis vastet olemas ning millistele mitte. Alljärgnevalt on kirjeldatud olemasoleva teenussüsteemi protsessi ja korraldamisega seotud peamisi puudujääke, mis takistavad isikukeskset, teenuse kasutaja ja lähedaste vajadustest lähtuvat teenuseosutamist.

2.1 Vaimse tervise alane ennetus- ja teavitustegevus

Varasemates uuringutes ja valdkonna arengukavades juhitakse tähelepanu elanikkonna vähesele teadlikkusele vaimse tervise probleemidest, nende ennetamisest, õigeaegsest märkamisest ja abivõimalustest ning eneseabi võtetest. (intervjuud; Hetkeolukorra ülevaade erihooletandeteenustest ja teenusesüsteemist (2016). Sotsiaalministeerium; Rahvastiku tervise arengukava 2009-2020). Eestis puudub selge kontseptsioon ja sektorite ülene

regulatsioon vaimse tervise teenuste osutamiseks, mis sätestaks lisaks tervishoiu-, rehabilitatsiooni- ja toetavatele teenustele ka tegevused vaimse tervise edendamiseks ning vaimse tervise häirete ennetamiseks. Keskendutakse pigem tagajärgede likvideerimisele (Vaimse tervise teenuste kaardistamine ja vajaduste analüüs (2012). Tervise Arengu Instituut.).

Riskigruppi kuuluvate isikute ligipääs abile pole tagatud, ei toimu süstemaatilist jälgimist ja ennetust (traagilised sündmused: lähedaste kaotus, koolikiusamine jms). Töotervishoiu kontrollis pööratakse vaimsele tervisele tähelepanu vaid suure (füüsilise vigastuse) riskiga töökohtade puhul (intervjuud).

2.2 Toetusvajaduse märkamine

Paljud abivajajad jõuavad abi otsimise või esmase diagnoosini alles siis, kui probleemid või psüühikahäire on pikka aega kestnud (Vaimse tervise teenuste kaardistamine ja vajaduste analüüs (2012). Tervise Arengu Instituut). Esmahaigestunud on liiga kaua oma probleemidega üksinda, sest nende abivajadust ei märgata (intervjuud, töötoad).

Selleks on mitmeid põhjuseid:

- Vaimse tervise valdkonna, sh tervishoiu ja sotsiaalteenused on kättesaadavad regionaalselt ebaühtlaselt, suuremates keskustes (intervjuud). Paljudes sidusvaldkondades, kes abivajajatega kokku puutuvad, ei märgata abivajadust ja/või sellest ei teavitata sotsiaalsüsteemi esindajaid (intervjuud, töötoad).
- Keeruline olukord on klientidega, kelle haiguskriitika on vähene või puudub, kes ei otsi ise abi ja kes ei võta ka abi vastu, sh pere või KOV eestkostel olevad kliendid. Eestis kasutatakse vähe tõenduspõhiseid lähenemisi ja puudub pädevus tööks abist keeldujatega. Süsteemi tasandil on ebaselge, kes peaks tegelema riskihindamise ja -juhtimisega - kuna seda peaksid tegema sotsiaal- ja tervishoiuvaldkond koostöös, tuleks täpsemalt määratleda osapoolte kohustused ja infovahetuse põhimõtted. Erihoolekandeteenuse osutajatel puudub sageli probleemse käitumise- ning kriisiolukordades sekkumise pädevus. Kriisiolukorras kutsutakse reeglina politsei ja kiirabi, kes abivajaja tahtevastast ravile toimetavad (intervjuud). Abist keeldujate puhul, kellel esineb ennast või teisi kahjustavat käitumist, ei toimu pädevat sekkumist ning nad saadetakse sageli tahtevastasele teenusele. Mobiilsed kriisimeeskonnad, väikesed kriisikeskused ja multidistsiplinaarsed lahendused, mis ühendavad sotsiaal- ja tervishoiuspetsialiste, on regioonis nõrgalt esindatud. (Uuring psüühilise erivajadusega inimestele suunatud erihoolekandesüsteemi ümberkorraldamiseks ja tõhustamiseks teiste riikide praktikate alusel: lõppraport (2016). Tallinna Ülikool).
- Inimesed keelduvad teenustest sageli juhul, kui neil on lisaks psüühika- või intellektipuudele ka sõltuvushäire, sest teenusel olek piirab inimese tegutsemisvabadust sõltuvusega seotud vajaduste rahuldamiseks (intervjuud). Teenuseosutajatel on vähene pädevus töötada sõltuvusprobleemidega (intervjuud; Uuring psüühilise erivajadusega inimestele suunatud erihoolekandesüsteemi ümberkorraldamiseks ja tõhustamiseks teiste riikide praktikate alusel: lõppraport (2016). Tallinna Ülikool).
- Uuringud on välja toonud, et kui inimene ei saa õigeaegset abi, siis toimub tagasilangus ja toimetuleku halvenemine, millest tekib kokkuvõttes suurem kulu teenussüsteemile (Sotsiaalteenuste kvaliteedi analüüs ja ettepanekud tervikliku

kvaliteedisüsteemi tagamise juurutamiseks: analüüsi lõpparuanne (2013). Astangu; Uuring psüühilise erivajadusega inimestele suunatud erihoolekandesüsteemi ümberkorraldamiseks ja tõhustamiseks teiste riikide praktikate alusel: lõppraport (2016). Tallinna Ülikool).

2.3 Abivajaja ja lähedaste informeeritus õigustest ja võimalustest

Erivajadusega inimestel ja nende lähedastel on abivajaduse tekkimisel keeruline saada ülevaadet oma õigustest ning võimalustest. Puuduvad kesksed infokanalid, kust nad saaksid ülevaatliku info enda õigustest ja erinevates teenussüsteemides neile vajalikest olemasolevatest toetusvõimalustest. Toetusmeetmete korraldajad (SKA, KOVid) esitlevad erinevaid toetusmeetmeid tihti lähtuvalt seadusandlusest. Teenused ja abivõimalused on kirjeldatud keerulises keeles ning teenuse korraldaja perspektiivist.

Abivajadus ilmneb üldjuhul sidusvaldkonna töö raames, kuid sidusvaldkonna spetsialistidel puudub ülevaade väljaspool oma süsteemi olevatest toetusvõimalustest. Ka neile tundub süsteem sageli keeruline ja hoomamatu (intervjuud, töötoad).

Abivajajatele ei pakuta toetust ja infot toetusvõimalustest üldjuhul proaktiivselt. Lähedaste hulgas on levinud hoiak: selleks et midagi saada, tuleb võidelda. Pered peavad palju vaeva nägema ja süvenema, et mõista oma seadustest tulenevaid õigusi (intervjuud, töötoad). Olukorra muudab veelgi keerulisemaks asjaolu, et erihoolekande sihtgrupi jaoks vajalikud toetusmeetmed jagunevad mitme erineva tasandi ja institutsiooni vahel (tervishoiu-, rehabilitatsiooni-, erihoolekande-, KOV- ja töötukassa teenused) ning puudub terviklik, kõikide eluvaldkondadega arvestav toetussüsteem. Abivajaja peab info küsimiseks pöörduma mitmesse eri asutusse. Sellega kaasneb palju bürokraatiat, mis muudab toimiva tervikliku toetuspaketi kombineerimise mitmest eri kanalist inimesele ja perele keeruliseks.

Info koondamisega tulevad toime mitmed erihoolekandeteenuste ostuajad, kuid ka nende jaoks on erinevate abimeetmete haldamine ja kombineerimine ressursimahukas (intervjuud, töötoad).

Info erinevate erihoolekandeteenuse osutajate ja teenuste kohta on ebaühtlane ja raskesti ligipääsetav (nt SKA veebilehel üksnes .pdf formaadis). Paljudel teenuseosutajatel on kasutajasõbralikud ja informatiivsed veebilehed, kuid koondinfo nende kohta keskses kanalites puudub (intervjuud, töötoad).

Varasemalt teenussüsteemi sisenenud inimesed on harjunud olemasolevate teenustega ja pole alternatiivsetest võimalustest teadlikud. Abivajajad ja nende lähedased ei oska teistsuguseid teenuseid tahta, kuigi need võiksid olla toetusvajadustele ja võimetele paremini vastavad (intervjuud; koosloome töötoad).

Valdkonnas puudub esindusorganisatsioon või huvikaitseorganisatsioon, mis oleks spetsialiseerunud erihoolekandeteenuste sihtgrupi nõustamisele ja esindamisele (intervjuud; koosloome töötoad; Uuring psüühilise erivajadusega inimestele suunatud erihoolekandesüsteemi ümberkorraldamiseks ja tõhustamiseks teiste riikide praktikate alusel: lõppraport (2016). Tallinna Ülikool).

2.4 Teenuste taotlemine, asjaajamine, koordineerimine

Killustatud teenused ja probleemid tervikliku info kättesaamisega muudavad teenuste taotlemise ja asjaajamise protsessi abivajajale ajamahukaks ja raskesti hoomatavaks.

Taotlused pole paljude abivajajate ja nende lähedaste jaoks piisavalt lihtsas keeles ja arusaadavad, mistõttu vajavad nad üldjuhul kõrvalist abi nende täitmisel. Madal on arusaam teenusele saamise protsessist ja ooteaegade põhjustest.

Tänase teenussüsteemi juures on palju kattuvust erihoolekande- ja rehabilitatsiooniteenuse eesmärkides ja sisus psüühika- ja intellektipuudega sihtgrupi jaoks (intervjuud, Sotsiaalteenuste kvaliteedi analüüs ja ettepanekud tervikliku kvaliteedisüsteemi tagamise juurutamiseks: analüüsi lõpparuanne (2013). Astangu). Erihoolekandeteenuse kasutajatel on õigus samal ajal kasutada ka sotsiaalse rehabilitatsiooniteenust või tööalast rehabilitatsiooniteenust, mille käigus osutatavad teenused ja tegevused võivad olla samasisulised erihoolekandeteenusele. (Hetkeolukorra ülevaade erihoolekandeteenustest ja teenusesüsteemist (2016). Sotsiaalministeerium.)

Kattuvus on ka erinevate erihoolekande teenuste eesmärkides ja sisus (nt IET, TT, TE).

Abivajajale osutatakse tihti samaaegselt erinevaid teenuseid, mis üksteist osaliselt dubleerivad, sest teenuse üksiktegevusi pole võimalik väiksemas mahus eraldi määrata.

Näiteks võib tänases teenussüsteemis tekkida olukord, kus abivajajal on korraga erihoolekandeteenustest IET, TET ja TT teenus ning rehabilitatsiooniteenus, mida osutab sama teenuseosutaja. IET ja TE teenuste eesmärkidest kattuvad sel juhul tegelemine sotsiaalse toimetuleku toetamisega ning igapäevaelu korraldamisega. IET ja TT teenused tegelevad samaaegselt inimese ettevalmistamisega iseseisvaks tööle asumiseks.

Inimesel ja tema lähedastel on keeruline mõista taotluste sisu ja erinevate hindamise ning koostatavate tegevusplaanide eesmärgipärasust. Näiteks on vaja täna eraldi taotleda erihoolekande, rehabilitatsiooni-, töötukassa- ja KOV teenuseid. Asjaajamine on kõigis taotlusprotsessides erinev, osaliselt tuleb mitmesse erinevasse kohta esitada samu andmeid, kuigi need andmed on ühele riiklikule süsteemile juba esitatud.

Süsteemis puudub abivajaja jaoks üks abistaja ja koordineerija, kes aitaks muuta erinevad teenused üheks terviklikuks abipaketiks. Mitmed teenuseosutajad teevad seda täna, kuid sellega kaasneb suur halduskoormus. Tänases teenussüsteemis on võimalik inimesele korraga koostada mitu erinevat tegevusplaani. Näiteks saab tekkida olukord, kus ühele inimesele koostatakse 5 erinevat ametlikku tegevusplaani, et tagada erinevates eluvaldkondades vajalik toetus ja rahastus (IET, TE, TT, rehabilitatsiooniteenused, KOV teenuste kasutamiseks koostatav juhtumiplaan). Mitmel juhul tõid teenuseosutajad välja, et sisuline töö toimub sellistel juhtudel hoopis kuuenda plaani alusel, mis koos abivajajaga koostatakse.

Teenuste ja ka rahastamise võimaluste integreerimine terviklikuks ja inimese vajadustele vastavaks toetussüsteemiks jääb sageli kasutamata, kuna puudub juhtumikorraldaja, kes vastutaks inimesele vajaliku abi koordineerimise eest. Sotsiaalhoolekande seaduses (edaspidi SHS) nimetatud juhtumikorralduse regulatsioon, mille alusel lasub juhtumikorralduse kohustus KOV-il ei ole seni taganud konkreetset vastutuse võtmist juhtumikorralduslikul alusel (SHS § 9).

2.5 Üleminek haridussüsteemist erihoolekandesse

Intellektipuudega sihtgrupi puhul põhjustab suuri probleeme liikumine haridussüsteemist erihoolekandeteenustele. Puudub selge süsteem toimetuleku toetamiseks liikumisel lapsest täiskasvanu ikka. Sageli tekib olukord, et peale koolitee lõpetamist valitseb erivajadusega noore ja tema lähedaste elus tühimik ja teadmatus. Paljudel juhtudel jääb noor

sobiva toetuse puudumise tõttu koju lähedaste hooldusele. Peamiste põhjustena võib välja tuua:

- Lähedase usalduse puudumise erihoolekande süsteemi suhtes. Süsteem on keeruline ning teenustele saamine läbipaistmatu. Sageli seostatakse erihoolekandeteenuseid suurte hoolekodudega, kus abivajajatesse inimväärselt ei suhtuta. Usalduse puudumine erihoolekandesüsteemi suhtes on laiem probleem ning mõjutab kõiki süsteemi sisenevaid abivajajaid ning nende lähedasi.
- Pered usaldavad üksikuid teenuseosutajaid ning sealsetele teenuskohtadele on seetõttu pikad järjekorrad. Usalduse pälvinud teenuseosutajate ühise nimetajana võib välja tuua, et need on sageli teiste abivajajate lähedaste poolt korraldatud, kes varasemalt sama probleemi ees seisid (nt Maarja küla, Haraka Kodu).
- Puuduvad sobivad teenused või pole sobivad teenused kõigile kättesaadavad. Näiteks puudusid pikka aega teenused, mis oleks sobinud autismispektrihäirega inimestele. Alates 01.01.17 rahastatakse autismispektrihäirega abivajajatele IET teenust sellisel määral, mis võimaldab väikeses grupis teenust osutada päevasel ajal. Endiselt puuduvad selle sihtgrupi spetsiifikaga arvestavad ööpäevaringsed teenused juhuks, kui lähedased pole valmis osaliselt hoolduskoormust kandma. Samuti puuduvad teenused liitpuudega abivajajatele, kellel oleks tarvis üksnes päevast toetust (hoolduse komponendiga teenused on üldjuhul ööpäevaringsed).
- Puudub kindel protsess, kuidas üleminek haridussüsteemist peaks toimuma. Kumbki teenussüsteem (sh KOV) ei võta vastutust ülemineku korraldamiseks. Regulaarne ettevalmistus koolisüsteemis sõltub spetsialistide motiveeritusest ja koostööst perega (intervjuud).
- Edasiõppimise võimalused täiskasvanud erivajadustega inimesele pole piisavalt kättesaadavad. Intellektipuudega inimestele puuduvad lihtsustatud sh töökohapõhised õppeprogrammid, mis oleks kättesaadavad nende elukoha läheduses (intervjuud).

Erihoolekandeteenusele liikumine ei ole paljudele peredele eelpoolmainitud põhjustel sobivaks lahenduseks ning toob tagasilöögi senisele pikaajalisele tööle noorega (Uuring psüühilise erivajadusega inimestele suunatud erihoolekandesüsteemi ümberkorraldamiseks ja tõhustamiseks teiste riikide praktikate alusel: lõppraport (2016). Tallinna Ülikool; intervjuud, koosloome töötoad). Suure hoolduskoormusega lähedased langevad välja tööturult ning vajavad suure tõenäosusega ka ise ühel hetkel vaimse tervise toetamisega seonduvaid teenuseid.

2.6 Esmatasandi vaimse tervise teenused, koostöö tervishoiusüsteemiga

Esmatasandi tervishoius ei pöörata vaimse tervise teemadele piisavalt tähelepanu. Perearstide seisukohast pole vaimse tervise teemad sageli prioriteetsed, millega kaasneb vähene teadlikkus vaimse tervise probleemidest ning abivajadust ei pruugita õigel ajal märgata.

Töötervishoiu kontrollis on vaimse tervise hindamise komponent sees vaid juhul kui tegemist on suure riskiga töökohaga, kuid pinged ja „üle töötamine“, mille tõttu kahjustub vaimne tervis, võib toimuda igal töökohal.

Tervishoid ja erihoolekandeteenuste osutajad tegutsevad lahus, puudub süsteemne ja integreeritud koostöö, sh infovahetus.

Regionaalselt pole psühhiaatrilise ravi võimalused ühtlaselt kättesaadavad. Valdavalt on psühhiaatritel vähene teadlikkus ja valmisolek integratiivraviks. Tervishoiusüsteemis ei tegeleta piisavalt haigusteadlikkuse tõstmisega, mis peaks olema üks ravi eesmärke. Palju potentsiaalseid toetuse vajajad ei saa ravi kõrvale piisavat toetust koduses keskkonnas peale ambulatoorse ravi lõppemist (nt vaimse tervise õe nõustamine, vajadusel koduviisiidid), et tagada ravi jätkamine. Haigusteadlikkuse puudumise tõttu ei sisene abivajajad erihoolekande teenuste süsteemi, kuna ei pea spetsiifilist teenust vajalikuks. Suur hulk psüühikahäirega abivajajaid satub sageli haiglaravile, kuna haigusteadlikkus on madal ja ravimite tarvitamine ei ole regulaarne (intervjuud, töötoad).

Psüühikahäirega inimestele on suureks probleemiks ka tervishoiuteenuste kättesaadavus kohalikul tasemel. Psühhiaatrilise abi korraldamine territoriaalse vastutuse põhimõttel ei ole veel realiseerunud (Vaimse tervise teenuste kaardistamine ja vajaduste analüüs (2012). Tervise Arengu Instituut.). Statsionaarne ravi toimub üksnes suuremates keskustes. Ka ambulatoorset ravi saab paljudes piirkonna tõmbekeskustes ebaühtlaselt (sh psühhiaatrite vastuvõttud).

Psühhiaatriline abi ja nõustamine pole piisav ka olemasolevate teenuste raames, sh suure toetusvajadusega psüühikahäirega inimestele. Psühhiaatri teenus on eraldi süsteemist rahastatud ning leidub vähe psühhiaatreid, kes keerulise kliendigrupiga on motiveeritud töötama. Raskete kliendigruppidega ööpäevaringsed teenuskohad asuvad sageli keskustest eemal ning teenusel olijaid on keeruline ning ressursimahukas psühhiaatri vastuvõtule transportida.

Tänase teenussüsteemi (nii tervishoiu- kui sotsiaalsüsteemi) nõrkuseks peetakse vähest kriisisekkumise pädevust, spetsialiseeritud kriisisekkumiste puudumist (tänases süsteemis pere, kiirabi ja politsei roll).

Vähe tähelepanu pööratakse ka riskihindamisele ja -juhtimisele kahjustava sündmuse ennetamiseks (nt enda hooletusse jätmine, suitsiid, agressiivsus, risk lastele jms) (intervjuud, töötoad).

2.7 Abi ja toetus psüühilise erivajadustega inimeste lähedastele

Statistikaameti andmetel oli 2016. aastal pereliikme hooldamise tõttu mitteaktiivseid 15-74 aastaseid inimesi umbes 15 000 (Statistikaamet. Eesti tööjõu-uuring 2016). Nende inimeste hooldatavate hulgas on ka psüühilise erivajadusega täisealisi isikuid, kellel on tuvastatud raske, sügava või püsiva kuluga psüühikahäire, kuid kes ei kasuta erihoolekandeteenuseid.

Peamiste põhjustena, miks teenuseid ei kasutata on välja toodud:

- Sobivate teenuste puudumine teatud sihtgruppidele (autismihäire, sõltuvushäire, dementsus).
- Puuduvad teenused, mis võimaldaksid hoolduskoormust osaliselt jagada. Näiteks pole intervallhoiuteenus erihoolekandeteenusena kättesaadav.
- Vähene teadlikkus olemasolevatest toetusvõimalustest ja usalduse puudumine teenussüsteemi ja teenuseosutajate suhtes (sh müüdid „konveierasutuste“ ja ebainimliku suhtumise kohta).

- Lähedased ei ole valmis kliendi iseseisvumiseks/ kodust lahkumiseks, kuna lähedase eest hoolitsemine on olnud pikka aega suur osa nende elust ja identiteedist, mis on märk sellest, et nad vajaksid ka ise nõustamist ja toetust.

Suure hoolduskoormusega pered on väsinud ja ülekoormatud ning nende töövõimekus on pärsitud. Stressi ja ülekoormatuse tõttu vajavad nad ise rohkem tervishoiuteenuseid (grupiintervjuud). Peredel on suur vaesusriski oht, sest pereliikme eest hoolitsemine on kulukas ja paljude erivajadustega kaasnevad kulutused, mida tänased toetused ei korva. Ka teenuseid saavate inimeste lähedased ei saa piisaval määral abi ja nõustamist, et tagada oma erivajadusega pereliikmele vajalik ja pädev toetus. Tänaaste teenuste raames tehakse peredega tööd väga vähesel määral, sest seda ei rahastata teenuste raames (intervjuud, töötoad).

2.8 Teenuste kättesaadavus

Teenuste regionaalne kättesaadavus on täna ebaühtlane. Eestis puudub ülevaade piirkondlikust teenusevajadusest, mille alusel saaks teenuseid planeerida.

SKA pole teenuste arendamisel ja korraldamisel töötanud selle nimel, et teenused oleksid regionaalselt ühtlaselt kättesaadavad. Seetõttu on tekkinud olukord, kus teenuseosutajate ja nende poolt osutatavate teenuste ja kohtade jaotus Eesti erinevates maakondades on ebaühtlane ning ei ole seotud selles piirkonnas teenust vajavate isikute arvuga. Teenuste kättesaadavus-probleemi tõttu puudub sageli abivajajal ka valikuvõimalus (intervjuud, koosloome töötoad; Uuring psüühilise erivajadusega inimestele suunatud erihoolekandesüsteemi ümberkorraldamiseks ja tõhustamiseks teiste riikide praktikate alusel: lõppraport (2016). Tallinna Ülikool).

KOV-i tasemel on erinev valmisolek erihoolekandeteenuseid pakkuda ja arendada (grupiintervjuud). Suuremates tõmbekeskustes pakutakse arvukamalt erinevaid toetavaid teenuseid ja seal on tekkinud arvestatavad kompetentsikeskused ning väga heal tasemel teenuseosutajad, kellel on tihe koostöö KOV-idega. Väiksemates kohtades valitseb erihoolekande teenuste puudus ja transpordiprobleemid, sest kohalikul tasemel puudub motivatsioon ja tihti võimekus (inimressurss, raharessurss, teadmiste puudus) teenuste korraldamiseks ja arendamiseks.

Erihoolekandeteenuseid nähakse seal eelkõige riigi vastutusena ja riiklikke erihoolekandeteenuseid kasutatakse omaavalitsuste poolt, kui võimalust keerulise probleemiga inimesest vabanemiseks. Seetõttu on ööpäevaringsetel erihoolekandeteenustel palju inimesi, kes tuleks toime väiksema toetusega oma elukeskkonnas. Teatud juhtudel on inimeste saatmine ööpäevaringse toetusega teenustele tingitud ka eluaseme puudumisest - KOVID ei täida oma kohustust tagada inimestele eluase.

See tendents pärssib oluliselt teenuse kasutajate integreerimist kogukonda ning kogukonnaressursside kasutamist, sest abivajajad on sageli sunnitud oma elukohast ja kogukonnast lahkuma. Uus kogukond on erivajadusega tulijate suhtes sageli umbusklik ning teenused ja teenuste kliendid seetõttu üsna isoleeritud, sest suurte vahemaade tõttu nõrgeneb kontakt ka lähedastega.

Erihoolekande- ja sidusvaldkondade teenused on sihtgrupile sageli kättesaamatud ka majanduslikel põhjustel. Erivajadustega inimeste materiaalne toimetulek on tulenevalt nende enda ja sageli ka lähedaste vähenenud töövõimest halb. Paljude teenustega (sh

sidusvaldkondade teenustega) kaasneb arvestatavaid lisakulusid (eelkõige seoses transpordiga), mis paljudele abivajajatele üle jõu käivad.

2.9 Abivajaja toetusvajaduse hindamine, toetuse planeerimine

Tänane toetusvajaduse hindamine on valdavalt ebaühtlane ja ressursimahukas.

Toetussüsteem erihoolekandeteenuste sihtgrupile on killustatud ja erinevate osapoolte koostöö info liikumisel pole piisav. Inimestele tehakse hindamisi ja koostatakse tegevusplaane erinevate teenusosutajate poolt ja eri teenuste raames. Teenuste vajaduste hindamine ei toimu terviklikult ning inimese vajadusi ei vaadelda valdkondade üleselt. Vajaduste hindamine toimub mitmes etapis ja mitme eri osapoolte poolt - dokumentide alusel teenustele õigustatuse hindamine ning rehabilitatsiooniteenuse vajaduse eelhindamine SKA poolt, töövõime hindamine, rehabilitatsioonimeeskonna poolne hindamine suure toetusvajadusega klientidele, erihoolekande teenuseosutaja poolne hindamine tegevusplaani koostamiseks, KOV juhtumiplaani koostamine. Hindamise tulemused ei toeta ega täienda üksteist (intervjuud).

Hindaja	Mida hinnatakse?
SKA	Teenuste vajaduse hindamine ja otsustamine, kas inimesel on õigus teenusele (taotlusega esitatud dokumentide alusel) SHS § 70. Erihoolekandeteenuse taotlemine ja otsuse tegemine (1) Isik esitab Sotsiaalkindlustusametile taotluse erihoolekandeteenuse saamiseks. (2) Sotsiaalkindlustusamet hindab isiku erihoolekandeteenuse vajadust, lähtudes järgmisest: 1) eesmärgid, mille esinemisel on õigustatud erihoolekandeteenuse osutamine; 2) toimetulekuvõime; 3) tegevusvõime; 4) osalusvõime; 5) tervises seisund; 6) andmed Eesti Töötukassa osutatud tööturuteenuste kohta.
SKA	Teenuse vajaduse hindamine (eelhindamine). SHS § 62. Sotsiaalse rehabilitatsiooni teenuse vajaduse tuvastamine (1) Sotsiaalkindlustusamet määrab kindlaks käesoleva seaduse § 59 lõike 1 punktides 3–7 nimetatud isikute sotsiaalse rehabilitatsiooni teenuse vajaduse, lähtudes järgmisest:

	1) eesmärgid, mille esinemisel on õigustatud sotsiaalse rehabilitatsiooni teenuse osutamine; 2) toimetulekuvõime; 3) tegevusvõime; 4) osalusvõime; 5) terviseseisund; 6) andmed Eesti Töötukassa osutatud tööturuteenuste kohta.
Rehabilitatsioonimeeskond	Määrus: Sotsiaalse rehabilitatsiooni teenuse eest tasu maksmise kohustuse riigi poolt ülevõtmisel teenusevajaduse otsustamiseks ja teenuse osutamiseks vajalike andmete loetelu (RT otselink määrusele) § 3. Sotsiaalse rehabilitatsiooni plaani ja sotsiaalse rehabilitatsiooni teenuse vajaduse kindlaksmääramisel koostatava tegevuskava andmed Rehabilitatsiooniplaan peab sisaldama hinnangut ja soovitusi abivajajale järgmiste valdkondade kohta: 1) iseseisev toimetulek: hinnatakse toimetulekuoskusi, teistest sõltuvust igapäevatoimingutes, otsuste langetamisega seotud iseseisvust, kohanemisvõimet, elamistingimustest ja majanduslikust toimetulekust lähtuvat iseseisvust, kirjeldatakse terviseseisundit (sh psüühikahäire raskusastet) ja raviskeemi jälgimist ning toimetuleku seost terviseseisundi ja haigusteadlikkusega; 2) psühholoogiline tasakaal: hinnatakse käitumist, emotsionaalset seisundit, suhtlemis- ja kontaktivõimet, koostööoskusi, kognitiivseid protsesse ja isiksuseomadusi; 3) õppimine ja hariduse omandamine: hinnatakse õpioskusi, sealhulgas hariduslikke erivajadusi, võimeid (sh kommunikatsioonivõime), kutsesobivust ja kutsevaliku perspektiive, lähtudes kliendi motivatsioonist, püsivusest ja võimetest; 4) tööle saamine ja tööl püsimine: hinnatakse kutsesobivust ja töövõimalusi, lähtudes füüsilisest ja emotsionaalsest tegevusvõimest; hinnatakse ja uuritakse tegevuseeldusi; kirjeldatakse tegevusvõimet mõjutavaid muid tegureid; 5) sotsiaalne aktiivsus: hinnatakse kliendi kaasatust, osalusvõimet pärssivaid näitajaid ja arendamisvõimalusi; 6) elu- või töökoha kohandamine: nimetada, millised kohandamised on tehtud ja/või vajalikud; 7) abivahendi kasutamine 8) puude liik: psüühikahäire, vaimupuue, kõnepuue, kuulmispuue, nägemispuue, liikumispuue, liitpuue

	(liitpuude korral nimetada selle hulka kuuluvad puude liigid) või muud toimetuleku piirajad;
Rehabilitatsioonimeeskond	Rehabilitatsioonimeeskond hindab isiku ööpäevaringset erihoolekandeteenuse vajadust. Vajadusel võib SKA suunata inimese rehabilitatsiooniplaani koostamisele, eesmärgiga hinnata erihoolekandeteenuste vajadust. § 101 (1) p4 Õigus saada ööpäevaringset erihooldusteenust on täisealise isikul, kelle rehabilitatsiooniplaanis on märgitud ööpäevaringse erihooldusteenuse vajadus; SHS § 70 (5) Sotsiaalkindlustusametil on õigus suunata isik käesoleva seaduse § 65 lõikes 2 nimetatud sotsiaalse rehabilitatsiooni teenuse osutaja juurde rehabilitatsiooniplaani koostamisele erihoolekandeteenuse vajaduse hindamiseks.
Psühhiaater	SHS § 90, § 93, § 96, § 97, § 99. Psühhiaater annab hinnangu IET, TT, TE, KE teenuse osutamise kestuse ja tegevuste soovitusliku sageduse kohta kuus ning raske, sügava või püsiva kuluga psüühikahäire olemasolu, sealhulgas diagnoosi märgib psühhiaater või rehabilitatsiooniteenuse osutaja Sotsiaalkindlustusametile esitatavas kirjalikus hinnangus või rehabilitatsiooniplaanis.
Erihoolekande teenuse osutaja	SHS § 83 (6) tegevusplaani koostamine 30 päeva jooksul. SHS ei too eraldi välja nõudeid vajaduste hindamiseks. Tegevusplaani saab seostada erihoolekandeteenuste eesmärkidega, mis tuginevad hinnatud vajadustele. Tegevusplaani koostamise käigus hinnatakse nt AS Hoolekandeteenuse poolt järgmisi valdkondi: elukäik, staatus ja identiteet, sotsiaalsed suhted, motivatsioon, oskused, psühho-sotsiaalne haavatavus, füüsiline tervis, riskikäitumine. Erinevad teenuseosutajad kasutavad erinevaid meetodikaid tegevusplaani väljatöötamiseks.
KOV	Juhtumiplaani koostamine - Hinnang isiku abivajadusele, abimeetmete rakendamise tegevuskava SHS § 15. Hindamiskohustus ja otsus abi andmise kohta (1) Kohaliku omavalitsuse üksus selgitab välja abi saamiseks pöördunud isiku abivajaduse ja sellele vastava abi.

	(2) Abivajaduse väljaselgitamisel lähtutakse terviklikust lähenemisest isiku abivajadusele, võttes arvesse tema toimetulekut ja ühiskonnaelus osalemist mõjutavaid asjaolusid, sealhulgas: 1) isiku personaalse tegevusvõimega seonduvaid asjaolusid; 2) isiku füüsilise ja sotsiaalse elukeskkonnaga seonduvaid asjaolusid.
Töötukassa	Töövõime hindamise metoodika kohaselt on hinnatavad valdkonnad: 1) liikumine; 2) käeline tegevus; 3) suhtlemine: nägemine, kuulmine, kõnelemine; 4) teadvusel püsimine ja enesehooldus; 5) õppimine ja tegevuste elluviimine; 6) muutustega kohanemine ja ohu tajumine; 7) inimeste vaheline lävimine ja suhted.
SKA	Puude tuvastamiseks hinnatakse kehalist ja vaimset võimekust, sh: 1. Liikumine 2. Käeline tegevus 3. Suhtlemine: nägemine, kuulmine ja kõnelemine 4. Teadvusel püsimine ja enesehooldus 5. Õppimine ja tegevuste elluviimine 6. Muutustega kohanemine ja ohu tajumine 7. Inimestevaheline lävimine ja suhted 8. Alkoholi, narkootiliste, psühhotroopsete ja teiste sõltuvust tekitavate ainete ning ravimite mõju 9. Muud tervisehäired

Ööpäevaringset erihoolekandeteenust või sotsiaalse rehabilitatsiooniteenust taotleva inimese hindamisse (rehabilitatsioonimeeskonna poolt) on kaasatud palju spetsialiste ning hindamised toimuvad sageli nõu komisjoni vormis, kus hinnatav ei osale võrdsetel alustel hindajatega. Kaasatud ekspertidel on tihti vähene teadlikkus erihoolekandesüsteemi olemusest ja võimalustest ning nad kohtuvad abivajajaga esmakordselt. Hindamise tulemused on sellest lähtuvalt lakoonilised ning ei näita inimese tegelikku abivajadust, puuduvad ekspertide soovitusel konkreetsete tõenduspõhiste meetodite kasutamise kohta, mille alusel teenuseosutaja saaks oma tööd planeerida (Täisealistele isikutele koostatud rehabilitatsiooniplaanide analüüs, 2016 SKA).

Põhjalikum inimese vajaduste ja võimete tundmine ning hindamisel arvestamine toimub suurema tõenäosusega juhul, kui on kaasatud teenuseosutaja, kes abivajajat juba tunneb.

Abivajajaid ja nende lähedasi ei kaasata toetusvajaduse hindamise protsessi võrdse osapoolena, nad ei saa teha oma elu puudutavaid valikuid ning teenuse sisu pole tänases teenussüsteemis paindlik (nt peab abivajaja võtma kogu teenuse, milles on tegevusosasid, mida ta ei vaja).

Suure toetusvajadusega klientide reaalne kaasamine tegevusplaani koostamisel ja elluviimisel nõuab rohkem aega ja juhendamist, kuid teenuste rahastamine pole täna diferentseeritud ning ei arvesta suurema toetusvajadusega klientidega. Sellest lähtuvalt pole ööpäevaringsed teenused sageli korraldatud inimesekeskelt, teenuse kasutajatel puuduvad tegelikud valikuvõimalused isegi igapäevaelu korraldusega seonduvates küsimustes (Uuring psüühilise erivajadusega inimestele suunatud erihoolekandesüsteemi ümberkorraldamiseks ja tõhustamiseks teiste riikide praktikate alusel: lõppraport (2016). Tallinna Ülikool; intervjuud). Teenuseosutajatel pole kohustust kasutada teenuse osutamise planeerimisel ja personaalse tegevusplaani koostamiseks hindamisel tõenduspõhiseid meetodikaid, nende kasutamine sõltub teenuseosutaja motivatsioonist ja ettevalmistusest.

2.10 Ettevalmistus ja lisatugi muutustega kohanemisel

Inimese ettevalmistust erihoolekandeteenustele sisenemiseks on tänases teenussüsteemis vähenenud, kuigi sellega kaasnevad inimese jaoks sageli suured elumuutused. Puudub teenustega tutvumise võimalus ja teenuse sobimatuse korral paindlik teenuse vahetus, kuigi tegelik teenuse sisu ja sobivus selgub alles teenuse kasutamise käigus.

Samuti puudub piisav ettevalmistus inimestele, kes liiguvad ööpäevaringsetelt teenustelt kogukonnas elamise või toetatud elamise teenustele, sh deinstitutionaliseerumise protsessi raames. Ettevalmistuse raames pööratakse rõhku iseseisvuse arendamisele igapäevatoimingutes ning sageli jääb tagaplaanile inimese psühholoogiline valmisolek elumuutusteks. Tänapäeval erihoolekandeteenustepakkujatel on vähe teadmisi ja kogemusi psühholoogilise toe ja vaimse heaoluga seotud tegevusteks ning nende saamiseks on vajalik inimesel siseneda rehabilitatsioonisüsteemi ja taotleda neid tegevusi teisest süsteemist.

2.11 Erihoolekandeteenuste rahastus

Tänapäevaste teenuste korraldus, osutamine ja rahastamise põhimõtted on jäigad ega arvesta piisavalt konkreetse teenusekasutaja vajadustega ei teenuse sisu, osutatava teenuse mahu, osutamise koha, aja ja sageduse osas.

Toetavate teenuste rahastamise tänapäevane korraldus ei motiveeri teenusepakkujat sisukat teenust pakkuma. Näiteks tõlgendatakse sageli nõuet pakkuda toetust minimaalselt 4h kuus sellena, et teenust rahastatakse kuni 4h kuus.

Rahastus pole vastavalt abivajajate toetusvajadusele diferentseeritud, mistõttu puuduvad tänapäeval sobivad teenused suurt toetust vajavatele sihtgruppidele, nt sõltuvus- ja autismispektrihäirega inimestele (kes vajavad ööpäevaringset toetust).

Samuti on seetõttu keeruline pakkuda toetavaid teenuseid suurema järelevalve või hooldusvajadusega inimestele, sest teatud sihtgruppide puhul pole tänapäevaste toetavate teenuse maksumuses arvestatud suurema järelevalve või hooldusega kaasnevat kulu (nt liitpuudega abivajajate puhul). (intervjuud, töötoad).

Teenuste hinnad ei tugine isikuga tehtavale tööle või tegelikele kulukomponentidele, vaid on kuupõhised kohamaksumused, mis ei ole sageli tegelike teenuse osutamisega seotud kuludega vastavuses. (intervjuud, koosloome töötoad; Uuring psüühilise erivajadusega inimestele suunatud erihoolekandesüsteemi ümberkorraldamiseks ja tõhustamiseks teiste riikide praktikate alusel: lõppraport (2016). Tallinna Ülikool).

Teenuseosutajad teevad sellest lähtuvalt tihti kompromisse kliendi huvide arvelt. Näiteks eraldatakse ööpäevaringsetel teenustel vähe ressursi individuaalseks tööks kliendiga (valdavalt kliendi-personali suhe 1/10) ning personali pädevuse (koolitused, supervisioon) ja teenuste sisu arendamine (uued lähenemised, meetodid, inventar) jääb tagaplaanile. Abivajaja pole teenuste rahastamise perspektiivist teenussüsteemi võrdne osapool, tal puudub igasugune valikuvõimalus ja otsustusõigus planeerida teenuste rahastamist vastavalt oma vajadustele ning valikutele teenuseosutaja suhtes - arveldamine toimub teenuste rahastaja ja teenuseosutaja vahel. Abivajajal pole näiteks võimalik otsustada, et ta sooviks saada osa teenuse sisust ühe teenuseosutaja juures ning osa teise teenuseosutaja juures (nt tugigrupis osalemine teise teenuseosutaja juures). (intervjuud, töötoad).

Teenused ei arvesta täna sageli spetsiifiliste kliendigruppide vajadustega (nt ööpäevaringne teenus autismispektrihäirega inimestele, sõltuvushäire), sest teenuste diferentseerimata rahastuse tõttu pole teenuseosutajatel motivatsiooni spetsialiseeruda tööks keeruliste kliendigruppidega.

Teenuseosutajad pole tihti motiveeritud panustama teenuste arendamisse ning tõenduspõhiste lähenemiste kasutuselevõtmisele, sest teenuste rahastamine ei võimalda katta personali koolitamise kulusid meetodikate juurutamiseks.

2.12 Teenuste sisu ja teenuseosutajate pädevuse arendamine

Kaasaegsed suunad psüühikahäirega inimestega töös ja teenuste arendamisel rõhutavad taastumisele suunatud mõtteviisi ning taastumist ja iseseisvumist toetavate teenuste arendamise vajadust. Taastumist toetav hoolekanne on suunatud kliendi toetamisele teel ellu koos psüühilise piiranguga või sellest piirangust sõltumata. Ravi ja rehabilitatsioon on suunatud iga inimese isikliku taastumisprotsessi mõistmisele ja toetamisele. Teenuse osutajad ja kliendid peavad järk-järgult õppima taastumisprotsesse ära tundma ning seejärel hakkama tunnetama taastumist soodustavaid ja pärssivaid tegureid. Taastumisele suunatud hoolekandes asetatakse rõhk inimese tugevate külgede väljaselgitamisele ja kasutamisele, et oleks võimalik koostada tegevuskava tema probleemide lahendamiseks ning eesmärkide saavutamiseks. Äärmiselt oluline, et klient ja tema lähedased saaksid õiget informatsiooni, ning et neil oleks valikuvõimalusi. (Recovering Care. Wilken, 2010).

Vähesed teenuseosutajad tegelevad teenuse raames süstemaatiliselt inimeste psühholoogilise heaolu tagamisega, tavapäraselt puudub selleks piisav ettevalmistus. Inimeste psühholoogilise heaolu tagamist ja adekvaatse minapildi kujundamist peetakse teenuse raames väheoluliseks valdkonnaks, mille jaoks teenuseosutajal üldjuhul ressursi ei jätku. Tänapäevaste teenuste fookus on pigem vaid inimese igapäevaelu oskuste ja toimetuleku toetamisel. Inimestel puudub sageli ligipääs psühholoogi teenusele ka tervishoiu- ja rehabilitatsiooniteenuste raames.

Vähesed teenuseosutajad pööravad tähelepanu teenuste arendamisele, mis seostaksid abivajajaid oma kogukonnaga ning püüaksid toetuse pakkumisel ära kasutada kogukonnas olemasolevaid ressursse. Inimese toetamine tema kodus ja kogukonnas eeldab oluliselt suuremat individuaalset lähenemist, kui seda pakutakse tänases teenussüsteemis.

Toetavate teenuste raames pannakse suurt rõhku spetsiaalselt kohandatud (tegevus- või päeva-) keskuste formaadile, mis on paljudel juhtudel otstarbekas intellektipuudega inimeste võimete arendamiseks ja säilitamiseks, kuid pigem päsib psüühikahäirega inimeste kogukonda integreerimist ning taastumist, sest eraldab abivajajad nende tavaelu kontekstist ja ei pruugi motiveerida neid elukorralduse normaliseerumisse ning taastumisse panustama. Tänapäeval teenustel on märkimisväärne hulk inimesi, kelle esmaseks diagnoosiks on küll psüühikahäire või intellektipuue, kuid kaasuva diagnoosina sõltuvus narkootilistest ainetest või alkoholist. Teenuseosutajatel jääb täna vajaka teadmistest ja oskustest, meetodilistest ja tõenduspõhistest sekkumistest nimetatud sihtgrupiga tööks.

Disainiprotsessi käigus toodi ekspertide poolt korduvalt välja vajadust teenuseosutajate koolitamiseks. Täna on puudu pädevusest töötada vähese koostöövalmiduse- ja madala haigusteadlikkusega klientidega, toetada psüühikahäirega abivajajate haigusega toimetulekut ja taastumisprotsessi, hinnata ja valida sobivaid sekkumisi raskesti mõistetava käitumise puhul, viia läbi riskihindamist, tegeleda riskijuhtimisega ning pakkuda pädevat kriisisekkumist. Puudu on ka pädevusest luua v ellu kutsuda spetsiaalselt perede toetamisele suunatud programme (nt perekoolitusprogramm, tugi- ja eneseabigrupp jm). Madala teadlikkuse tõttu kasutatakse vähe spetsiaalselt esmahaigestunutele suunatud ning tervishoiusüsteemiga integreeritud sekkumisi, nt noorte esmahaigestunute tugigrupid, elamise- ja rehabilitatsiooniprogrammid, mille puhul on fookus haiguse teadvustamisel ja sümptomitega toimetulekul ning noore tulevikul - õpingute, huvitegevuse jm noortele omase elu jätkumisel tema loomulikus keskkonnas.

2.13 Erihoolekandeteenuste sihtgrupi jaoks olemasolevate ressursside kasutus

Tänapäevane toetussüsteem erihoolekandeteenuste sihtgrupile on killustunud - abivajajale vajalike teenuste korraldamine ja rahastamine toimub mitmes erinevas teenussüsteemis paralleelselt ja märkimisväärsed osad teenustest kattuvad (intervjuud, töötoad). Ekspertide hinnangul ja läbi viidud uuringute tulemuste alusel on täna teostatavad toetusvajaduse hindamised kulukad ning nende tulemused ei aita sisuliselt abivajajale teenuseid planeerida - SKA poolt üle vaadatud 100 rehabilitatsiooniplaanist vaid 6-s oli toodud välja kaalutlev analüüs, kuidas erinevaid teenuseid kasutades on antud kliendi puhul võimalik tagada tema iseseisev toimetulek (Täisealistele isikutele koostatud rehabilitatsiooniplaanide analüüs, 2016 SKA).

Abivajajale osutatakse tihti samaaegselt erinevaid erihoolekande- ja rehabilitatsiooniteenuseid, mis üksteist osaliselt dubleerivad, sest teenuse üksiktegevusi pole võimalik väiksemas mahus eraldi määrata (vt lisaks ptk 2.4).

Riigieelarvelistest erihoolekandeteenuse kohtadest moodustasid institutsionaalsed erihoolekandeteenused 01.01.2016 a seisuga 42,5% kõikidest täidetud teenuskohtadest ning kogukonnapõhised erihoolekandeteenused 57,5 % (Erihoolekande hetkeolukorra kaardistus, Sotsiaalministeerium 2016). Ekspertide hinnangul on täna ööpäevaringsetel teenustel suur hulk inimesi, kellele sobiks paremini kogukonnapõhised erihoolekandeteenused, kuid kes vastavate teenuste puudumise tõttu piirkonnas taotlevad riiklikult rahastatud

ööpäevaringseid teenuseid. Näiteks 2016. aastal SKA poolt läbi viidud ööpäevaringse erihooldusteenuse saajate ümberhindamise tulemustest selgus, et uuringu valimis olnud ööpäevaringse teenuse klientidest võiks kogukonnapõhisele erihooldekandeteenusele liikuda 29% (Statistiline ülevaade ööpäevaringse erihooldusteenuse saajate ümberhindamise tulemustest erinevate gruppide lõikes, SKA 2016).

Suur ööpäevaringsete teenuste osakaal teenussüsteemis tuleneb tänasest teenuste rahastamise korraldusest, kus ööpäevaringsete teenuste rahastuse tagab riik, kuid toetavate teenuste puhul kaasneb ka KOV poolne rahastamise ja teenuste väljaarendamise kohustus oma piirkonnas. Teatud juhtudel on inimeste saatmine ööpäevaringse toetusega teenustele tingitud ka eluaseme puudumisest - KOVid ei täida oma kohustust tagada inimestele eluase. Riigi poolt pakutavad ööpäevaringsete erihooldekandeteenuste kättesaadavus on seetõttu pärssinud kohalikul tasemel toetavate teenuste välja arendamist.

Intellekti- ja liitpuudega abivajajatest ei sisene täna suur hulk inimesi teenussüsteemi, kuna nende lähedaste usaldus pakutavate teenuste suhtes ning sobivate teenuskohtade kättesaadavus on vähenenud.

Ekspertide hinnangul on Eestis märkimisväärne arv psüühikahäirega abivajajaid, kes täna erihooldekande teenussüsteemi ei sisene ning kasutavad oma haigusega toimetulekuks üksnes tervishoiuteenuseid. Haiguse tõttu on neil ja nende lähedastel sageli halvenenud toimetulekuvõime. Neil on tihti madal haigusteadlikkus ning nad pole võimelised ilma toetuseta haigusega toime tulema ning satuvad haiguse ägenedes regulaarselt haiglaravile. Kuna nii nende lähedastel kui ka kogukonnaliikmetel puuduvad teadmised, kuidas haiguse ägenemise puhul käituda, vajatakse kiirabi ja politsei sekkumist, et abivajajad haiglaravile toimetada. Sellega kaasnevad kulud tervishoiusüsteemis, mida oleks võimalik ennetustegevuse, sotsiaalsüsteemi toetuse ja lähedaste teadlikkuse tõstmisega vähendada. Erihoolekandesüsteemi sisenenud abivajajad jõuavad täna süsteemipoolse toetuseni erinevatel põhjustel liiga hilja (vt lisaks eelnevaid peatükke). Selleks hetkeks on abivajajate (ja sageli ka lähedaste) iseseisev toimetulekuvõime oluliselt vähenenud ning teenuste raames tuleb hakata tegelema isikute sotsiaalse rehabiliteerimisega.

Nii tervishoiu- kui ka erihooldekandesüsteemis on vähe levinud taastumise mõtteviis ning sellest lähtuvalt ei ole tänaste teenuste eesmärk elukorralduse normaliseerumine. Erihoolekandeteenuste raames ei pöörata tähelepanu abivajajate vaimse heaolu tagamisele ning sellest tulenevalt pole töö toimetulekuvõime taastamise nimel valdkonna ekspertide hinnangul tihti tulemuslik (intervjuud; Uuring psüühilise erivajadusega inimestele suunatud erihooldekandesüsteemi ümberkorraldamiseks ja tõhustamiseks teiste riikide praktikate alusel: lõppraport (2016). Tallinna Ülikool). Tervishoiu- ja sotsiaalsüsteem ei tee inimeste taastumise nimel koostööd (vt lisaks eelnevaid peatükke). Erihoolekandesüsteemist väljuvate inimeste hulk on seetõttu madal ning inimesed, kes oleksid võimelised piisava toetusega haigusest taastuma, jäävad teenussüsteemi elu lõpuni.

2.14 Kogukonnapõhiste ressursside kasutamine

Erihoolekandeteenuseid tarbivad inimesed on suhteliselt isoleeritud ja vähe seostatud kogukonnaga, nad suhtlevad ja tegutsevad vähe väljaspool erihooldekandeteenust, toetavat teenust pakutakse sageli ööpäevaringsete teenusega samades ruumides, tervishoiuasutuste kõrval jne. Suhtlusvõrgustikku väljaspool erihooldekannet ei teki, sest kliendid ei puutu kokku

teenuseväliste inimeste ja tegevustega teenuste raames. Suurte teenusepakkujate kliendid on tihti ühiskonnast eraldatud nii teenuse sisu kui geograafilise paiknemise tõttu (intervjuud).

Rahvusvahelises uurimisprojekti, milles osalesid neli Euroopa riiki, teiste hulgas ka Eesti (Tallinna Ülikool), leiti, et praegused kogukonnapõhised teenused on harva seotud kogukonnaga. Teenuste süsteem on tükeldatud teenindamaks erinevaid sihtrühmi ja selle asemel, et tugevdada kaasamist ja osalemist kohalikul tasandil, loovad praegused teenused kogukonnas uut eraldatust, pakkudes eraldi elamis-, töötamis- ja puhkealasid eakatele, puuetega inimestele ja vaimsete probleemide all kannatajatele.

Toetatud elamine eraldatud piirkondades, toetatud töötamine ainult puuetega inimestele mõeldud töökohtades ja sihtrühmale suunatud päevakeskused ei too kaasa kogukonda sulandumist isegi kui neid teenuseid osutatakse kogukonnas. Sotsiaalne ettevõtlus ei paku teenuste osutajatele mitte ainult sissetulekut, vaid on ka hea rehabilitatsioonimeetod, mis võimaldab luua uusi identiteete väljaspool puuet. Integreeritud lahendused, mis toetavad töötamist avatud tööturul, on efektiivsemad kui igasugused toetatud töötamise vormid või nn.

töötäradpiad teistest eraldatuna (sh kaitstud töö keskustes). (Uuring psüühilise erivajadusega inimestele suunatud erihoolekandesüsteemi ümberkorraldamiseks ja tõhustamiseks teiste riikide praktikate alusel: lõppraport (2016). Tallinna Ülikool).

Kogukonnas ja riiklikes süsteemides olevate teenuste ja ka rahastamise võimaluste integreerimine jääb sageli kasutamata, kuna puudub juhtumikorraldaja, kes vastutaks inimesele vajaliku abi koordineerimise eest ning kes juhiks ja nõustaks süsteemselt inimest läbi erinevate valdkondade ja ühiskonda kaasamise protsessis. Seaduses nimetatud juhtumikorralduse regulatsioon ei ole seni taganud konkreetset vastutuse võtmist juhtumikorralduslikul alusel. Inimese toetamine tema kodus ja kogukonnas eeldab oluliselt suuremat individuaalset lähenemist, kui seda pakutakse tänases teenussüsteemis. Samuti tööd kogukonnaga, kogukonna teavitamist, koostööd avalikke teenuseid pakkuvate organisatsioonide ning ettevõtjatega (intervjuud, koosloometöötoad).

3 Uue teenusmodeli aluspõhimõtted

Projekti eesmärgiks on erihoolekandeteenused ümber disainida psüühilise erivajadusega inimeste ja nende lähedaste vajaduste lähtepunktist, millega kaasneb kogu teenusesüsteemi efektiivsem ja paindlikum korraldus.

Uue teenusmodeli aluseks on kasutajauuringus kaardistatud klientide vajadused ning hankes kirjeldatud projekti eesmärgid:

1. Disainitud teenused ja teenuse süsteemi lahendused vastavad sihtgrupi ja tema lähedaste vajadustele, säilitavad ja arendavad kasutajate toimetulekuoskusi võimalikult iseseisvaks eluks kaasatud kogukonna liikmena;
2. Uued lahendused on isikukesksed ja nende osutamise protsess on kasutajasõbralik, paindlik ja võimalikult efektiivne.
3. Isiku vajadustele vastavaid toimetulekut toetavaid tegevusi ja teenuse sisukomponente on võimalik paindlikult kokku panna erinevates kombinatsioonides ja muuta vastavalt inimese võimekuse ja abivajaduse muutustele ning teenuse korraldamise ja osutamise protsess on efektiivne ja lihtne hallata.
4. Uute lahenduste ressursikasutus on optimaalne ja lähtub maksimaalselt olemasolevas süsteemis, sidusvaldkondades ja kogukonnas olemasolevatest ressurssidest.

3.1 Isikukesksed, sihtgrupi ja tema lähedaste vajadustele vastavad teenused

Komponendipõhises teenusmodelis on võimalik koostada abivajajale personaalselt tema toetusvajadusele vastav teenuspakett ning isiklik eelarve. Isikustatud eelarve või isiklik eelarve tähendab puuetega inimestele suunatud poliitikat, mille puhul on teenusekasutajatel õigus teha oma igapäevaelu puudutavates küsimustes valikuid ja langetada otsuseid. Kõige üldisemalt tähendab isikustatud eelarve teenuste organiseerimist nii, et teenusekasutajal on võimalik otsustada, kuidas talle vajalike teenuste kasutamiseks eraldatud raha kasutatakse. Teenuste korraldamise protsessi keskmeks on isikustatud planeerimise põhimõte. Seda lahendust kaaludes on oluline võtta arvesse nii tugevusi kui riske – näiteks tuleb tagada, et isikustatud eelarve käsutajal oleks kindlus ja teadlikkus valida toetusmeetmeid kvaliteetsete, teadmisi-/tõenduspõhiste, mõistliku hinnaga variantide hulgast (Uuring psüühilise erivajadusega inimestele suunatud erihoolekandesüsteemi ümberkorraldamiseks ja tõhustamiseks teiste riikide praktikate alusel: lõppraport (2016). Tallinna Ülikool). Oluliseks osaks teenussüsteemis on inimese ja tema pere võimalus valida sobivaid teenuskomponente erinevate teenuseosutajate juurest. Personaalne toetus võimaldab teha toetatud valikuid, kui inimesel on tema erivajadusest tulenevalt raskendatud otsustamine ja valik.

Lisaks klientidele vajavad toetust ka nende lähedased. Lähedaste toetamiseks on teenussüsteemis eraldi komponentide grupid, mille raames on võimalik toetust vajadusel määrata juba abivajaja teenussüsteemi sisenemise varajases faasis või abist keeldumisel. Perede hoolduskoormuse vähendamisele, psühholoogilisele ja praktilisele toimetulekule suunatud teenuskomponendid, nagu nõustamine, koolitus, tugigrupid jms, on oluline osa inimesele ja tema lähedastele tervikliku toetuse planeerimisel. Perele suunatud toetus on

eriti oluline juhul, kui inimene ise keeldub abist või ei ole vajalik abi ja teenused koheselt kättesaadavad ning hoolduskoormus langeb vaid pere õlgadele.

3.2 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 toetuseni.

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 noor koolist, psüühikahäirega inimene haiglast või tervisekeskusest). Selleks on mudeli raames ette nähtud esmane toetus ja proaktiivne abi pakkumine, 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 järjepideva personaalse toe ja teenuste koordineerimise tagamine. Pidev personaalne toetus tagab ka sujuva ülemineku ja liikumise teenuste vahel, erinevate sekkumiste, sh sidusvaldkondade teenuste ning kogukonnaressursside koordineerimise ja kättesaadavuse.

Inimese toetusvajaduse hindamise ja teenuste planeerimise protsess peab olema võimalikult kaasav, isikukeskne ja terviklik. Protsessi kaasatakse vaid minimaalselt vajalikke, inimese ja lähedaste vajadusi tundvaid osapooli. Toetusvajaduse 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). Lisainformatsioon inimese toetusvajaduse ja toimetuleku kohta kogutakse läbi koostegemise ja kogemise, keskkonnas, kus inimene elab ja tegutseb. Toetuse planeerimisel on oluline mõõdetavate eesmärkide seadmine seoses elukvaliteedi parandamisega 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 professionaalset hädaabi situatsioonis, kui inimene keeldub abist või tema seisund vajab kiiret sekkumist.

3.3 Paindlikkus teenuste planeerimisel ning korraldamisel

Kirjeldatud komponendipõhine mudel võimaldab kombineerida erinevaid teenuskomponente ning koostada igale inimesele ja tema perele sobiv teenuskomponentidest koosnev teenuspakett. Teenuse protsess võimaldab paindlikult muuta ja täiendada teenuse paketti - 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 teenuspakettis 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 teenuste kombineerimise läbi saab luua hajutatud teenuspakette, kus abivajaja ei jää ühe asutuse nn ökosüsteemi kinni ja on erinevate kohtade ning inimeste läbi kogukonnaga paremini seostatud.

3.4 Terviklik lähenemine ja optimaalne ressursikasutus

Väljapakutud teenusmodeli raames pakutakse inimesele toetust ühtses, erinevaid teenuseid ja sidusvaldkondi integreerivas korralduslikus teenussüsteemis. See sisaldab nii teenuste planeerimist ja hindamist kui ka toetavaid ning rehabiliteerivaid tegevusi. Mudelis nimetatud teenuskomponentide põhiseks lahenduseks on täna olemas erinevates süsteemides tegevuste teostajad, kuid nende laiem rakendamine võib kaasa tuua vajaminevate ressursside kasvu. Välja pakutud teenusmodel annab võimaluse kasutada olemasolevaid ressursse oluliselt efektiivsemalt, vältides dubleerivaid tegevusi ning integreerides erinevad teenused inimese vajadustest tulenevaks üheks terviklikuks teenussüsteemiks. Näiteks võib abivajaja personaalne toetuspakett sisaldada sidusvaldkondade tegevusi, mida pakuvad osaliselt või täielikult sidusvaldkonna esindajad teise teenussüsteemi ja oma igapäevaste töökohustuste raames, nt Töötukassa teenused, arsti ja õe poolt ravi jälgimine ja nõustamine. Selleks, et abivajajale tagada terviklik toetus, mis arvestaks kõigi tema eluvaldkondadega, on pakutud mudelis olulisel kohal teenuse osutaja poolne järjepidev teenuste koordineerimine ja juhtumikorralduslik lähenemine. Institutsionaalsetelt teenustelt kogukonnapõhiste teenustele liikumist, tugevamat sidumist KOV ja teiste avalike teenuste ning muude, kogukonnas pakutavate tegevustega võimaldab teenuse süsteemi korraldamise fookuse viimine kohaliku omavalitsuse tasandile. Ka tänases süsteemis on KOVil kohustus anda abi juhtumikorralduse põhimõttel, kui isik vajab iseseisva toimetuleku parandamiseks pikaajalist ja mitmekülgset abi (SHS § 9). Täna erinevates teenussüsteemides pakutavate toetusmeetmete (KOV, erihoolekanne, rehabilitatsioon) koondamine üheks terviklikuks süsteemiks, mida koordineeritakse kohalikul tasandil, võimaldaks kasutada olemasolevaid ressursse optimaalsemalt.

Väljapakutud teenusmodel toetub deinstitutionaliseerimise põhimõtetele (Common European Guidelines on the Transition from Institutional to Community-based Care (2012); Community-based rehabilitation: CBR guidelines (2010). World Health Organization), millest lähtuvalt on teenused detsentraliseeritud. Kohalikul omavalitsusel on väljapakutud lahendustes oluline roll teenussüsteemi planeerimisel, korraldamisel ja toetuse pakkumisel kohalikul tasandil.

Riigi taseme ülesandeks jääb teenussüsteemi keskne arendus, sh tõenduspõhiste meetodiliste töövõtete kättesaadavaks muutmine kohalikule tasandile.

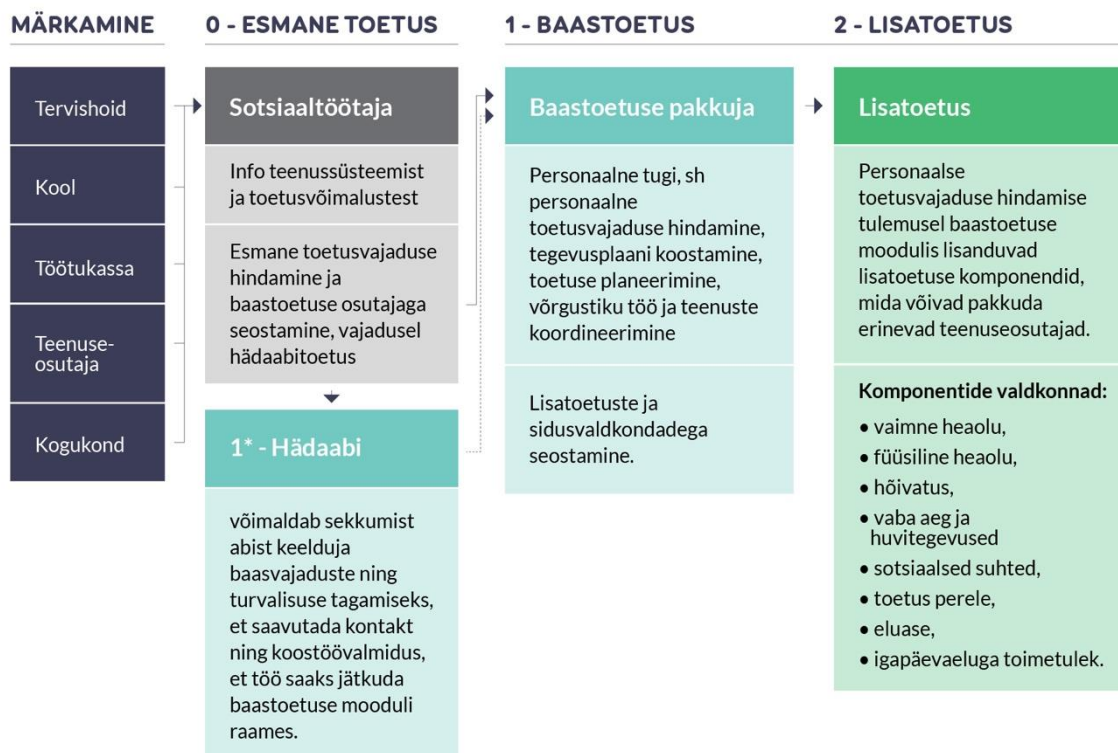
DI protsessi üks olulisemaid suundi on kogukonnapõhiste teenuste ja -alternatiivide arendamine. Inimese toetamine tema kodus ja kogukonnas, kogukonna ressursside maksimaalne kasutamine, võimaluste leidmine, kuidas psüühilise erivajadusega inimesed saaksid parimal viisil oma kogukonnas toime tulla ning ka ise kogukonda panustada. Ühelt poolt tagab see sotsiaalse toe ja hõivatuse inimese loomulikus keskkonnas, teisalt aitab kaasa kogukonna teadlikkuse ja sallivuse kasvule. Kogukonnas rakendust leides ei ole puudega

inimene ainult abivajaja, vaid väärtust loov kogukonna liige (Common European Guidelines on the Transition from Institutional to Community-based Care, 2012). Avalike teenuste ja kogukonnas olevate ressursside rakendamine teenussüsteemi töös on oluline võtmetegur ka ressursside optimeerimisel.

4 Teenusmodeli kirjeldus

Teenusmodel on üles ehitatud neljale moodulile. Moodulite eesmärk on pakkuda abivajajatele teenussüsteemi sisenemisel ning süsteemis liikumisel tuge ning selgeid pidepunkte, mis vastaks nende toetusvajadusele. Moodulid on:

- Moodul 0 - Esmane toetus
- Moodul 1 - Baastoetus
- Moodul 1* - Hädaabi toetus
- Moodul 2 - Lisatoetus



Joonis 8. Mooduli ja komponendipõhine teenusmodel

Moodulitena üles ehitatud teenussüsteem võimaldab selgelt määratleda mooduliga pakutava toetuse eest vastutajad ja nende ülesanded nii teenuskomponentide ja teenuspakettide sisu korraldamiseks kui ka moodulite vahel liikumise tagamiseks. Komponentipõhisus võimaldab tagada teenussüsteemi paindlikkuse. Moodulite eesmärgid ja vastutajate rollid on täpsemalt kirjeldatud järgnevates alapeatükkides.

4.1 Erihoolekandeteenuste viimine kohalikule tasandile

Uus teenusmodel näeb ette, et tänased erihoolekande ja rehabilitatsiooniteenuste vahendid koondatakse psüühilise erivajadusega inimeste jaoks ühte teenussüsteemi. Teenuste

kättesaadavuse tagamine ning koondatud ressursside haldamine jääb kohalikul tasemel KOV ülesandeks (vt lisaks ptk 3.4 Terviklik lähenemine ja optimaalne ressursikasutus).

KOV ülesandena nähakse oma piirkonna teenuste vajaduse kaardistamist ning teenuste arendamist ja/või teenusepakkujatele soodsa keskkonna loomist, mis tagaks teenuste kättesaadavuse.

Sotsiaalkindlustusamet toetab kohaliku taseme teenusvajaduse kaardistamist ning teenuste arendamist nii rahaliste ressursside kui oma pädevusega. Teenuste tagamine väga spetsiifilistele suure järelvalve või toetusvajadusega kliendigruppidele, keda ei ole kohalikul tasandil arvukalt (kohtumäärus, ebastabiilne remissioon jm) jääb endiselt riigi tasandi (Sotsiaalkindlustusameti) korraldada.

4.2 Moodul 0 - esmane toetus

Mooduli eesmärk on tagada abivajajate varajane märkamine ning toetus teenussüsteemi sisenemisel.

Mooduli tegevused:

- KOV sotsiaaltöötaja vastutab oma piirkonnas abivajaduse märkamise ja proaktiivse sekkumise eest, sh kaardistab sidussüsteemid ja seab nendega sisse süstemaatilised suhtluskanalid.
- Esmase toetuse pakkuja, enamasti KOV sotsiaaltöötaja, informeerib abivajajat ja/või tema lähedasi nende õigustest ja toetusvõimalustest.
- Sotsiaaltöötaja täidab lühikese ja ülevaatliku toetusvajaduse hindamise küsimustiku, et määratleda toetusvajaduse aste ning seostada sellest lähtuvalt inimene sobiva baastoetuse osutajaga (kes viib järgmise mooduli raames läbi põhjaliku personaalse toetusvajaduse hindamise).
- Juhul kui abivajaja pole valmis koostööks, seostab esmase toetuse pakkuja temaga hädaabi toetuse pakkuja.
- Sotsiaaltöötaja jääb juhtumi korraldust ja rahastust administreerima - tal on ülevaade järgmiste moodulite raames tehtavatest tegevustest.

Inimese abivajadus avaldub üldjuhul sidusvaldkonna töö raames (nt tervishoid, haridus, tööhõive). Esmase toetuse pakkuja vastutus on oma piirkonnas sisse seada süstemaatilised suhtluskanalid, et info sidussüsteemi poolt märgitud abivajajast jõuaks võimalikult kiiresti KOV sotsiaaltöötajani. Ta võtab inimese või lähedastega proaktiivselt ühendust ning algatab esmase toetuse mooduli tegevused. Vajadusel toimub esmane kontakt seal, kus abivajajat märgati (nt kodus, haiglas).

Oluline on see, et inimesega võetakse ühendust kohe kui abivajadust märgati, mitte ei oodata, kuni inimene või pere pöörduvad või on tekkinud kriisiolukord. Teenussüsteemi sisenemise toetamise aluseks ei ole allkirjastatud avaldus vaid sotsiaaltöö spetsialistide tuvastatud psüühikahäirest tulenev toetusvajadus.

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

teenusepakkujate, oma õiguste ja võimaluste kohta. Esmase toetuse pakkuja vastutuseks on oma tööd korraldada nii, et abivajajal ja tema lähedastel tekiks arusaam oma õigustest ja võimalustest ning kindlustunne, et nende huvidega arvestatakse.

Esmase toetuse mooduli raames viiakse läbi abivajaja toetusvajaduse esmane hindamine, mille tulemusel on mooduli eest vastutajal võimalik abivajaja suunata tema jaoks õige fookusega teenuseosutajani, kes jätkab terviklikuma toe pakkumist ja planeerimist järgmise mooduli raames (baastoetus).

Esmase toetusvajaduse hindamiseks töötati disainiprotsessi raames välja hindamisinstrument, mis võimaldab kiirelt hinnata abivajaja toetusvajaduse astet erinevates eluvaldkondades (Lisa 3). See on töövahendiks esmase toetuse pakkuja, kes saab tulemuste alusel seostada inimese sobiva baastoetuse osutajaga. Instrument on ka esmane sisend abivajaduse märkamise olukorra dokumenteerimiseks ning saab olla hiljem aluseks inimesega tehtava töö tulemuslikkuse hindamisel.

Toetusvajaduse astmete tuvastamise alusel on võimalik tulevikus kindlaks määrata ka maksimaalse isikliku eelarve suurus, mille ulatuses on võimalik abivajajale järgnevates moodulites erinevaid toetuskomponente pakkuda (isikliku eelarve ideed projektis ei piloteeritud, kuid piloteerimisel jälgitakse teenuskomponentide põhjal isikupõhiselt tehtud kulusid, mis saab olla edaspidi sisendiks toetusvajaduse astmetel tugineva isikliku eelarve suuruse määratlemisel).

Hindamisinstrumendiga hinnatakse inimese toimetulekut seitsmes eluvaldkonnas:

(1) sotsiaalsed suhted, (2) vaimne heaolu, (3) füüsiline heaolu, (4) hõivatus, (5) vaba aeg ja huvitegevus, (6) elukeskkond, (7) igapäevatoimingud.

Igas valdkonnas hinnatakse inimese toetusvajaduse astet ning täpsustatakse isiku spetsiifilisi vajadusi kommentaaride jm lahtrites.

Toetusvajaduse astmed

Aste	Toetusvajadus	Toimetulek
0	Iseseisev	Ei vaja toetust.
1	Madal toetusvajadus	Toimetulek kergelt häiritud. Vajab meeldetuletust ja nõustamist
2	Keskmine toetusvajadus	Toimetulek mõõdukalt häiritud. Vajab regulaarset (1-4 korda nädalas) juhendamist ja abi.
3	Kõrge toetusvajadus	Toimetulek raskelt häiritud. Vajab igapäevaselt kõrvalabi ja toetust.
4	Äärmuslik toetusvajadus	Võimetu toime tulema v tegelema. Vajab püsivalt hooldust ja/või järelevalvet.

4.3 Moodul 1 - baastoetus

Mooduli eesmärk on tagada inimesele usalduslik individuaalne kontakt ning sisuline juhtumikorralduslik toetus kogu teenussüsteemis viibimise ajal.

Mooduli tegevused:

- Personaalne toetusvajaduse hindamine ja tegevusplaani koostamine (eesmärkide seadmine ja nende täitmist toetavate lisatoetuse teenuskomponentide planeerimine) inimesega koos, vajadusel kaasates pere.
- Tegevusplaani ja sellega seostatud teenuskomponentide loetelu koostamine rahastajaga.
- Regulaarne toetusvajaduse ja tegevusplaani ülevaatamine jätkub kogu teenuse perioodi jooksul, vajadusel planeeritakse jooksvalt muudatusi.
- Tegevusplaani elluviimise toetamine, inimese seostamine vajalike lisatoetuse teenuskomponentide pakkujate ning sidusvaldkondade teenustega.
- Võrgustiku töö koordineerimine (sh sotsiaalse võrgustikuga suhtlemine; koostöö KOViga, kes administreerib teenuste rahastust)

Esmase toetuse mooduli käigus kogutud info edastatakse baastoetuse pakkujale, kes alustab selle alusel personaalset toetusvajaduse hindamist ning koos kliendi ja/või perega tegevusplaani koostamist.

Toetusvajaduse hindamine toimub inimesega vahetult kokku puutuva personaalset tuge pakkuva tugiisiku poolt, läbi koos tegemise ja kogemise inimese igapäevases elukeskkonnas. Klient (ja võimalusel/vajadusel ka tema lähedased) on hindamisprotsessi kaasatud võrdsete osapooltena. Lisaks kaasab baastoetuse pakkuja hindamisse vajadusel teiste valdkondade spetsialiste - eelkõige nende valdkondade toetusvajaduse hindamiseks, milles tal endal puudub piisav pädevus (nt vaimne heaolu, füüsiline heaolu, hõivatus). Tugiisiku vastutus on tagada toetusvajaduse muutumise pidev jälgimine ning muutustest lähtuv teenuse sisu (teenuskomponentide) ümber planeerimine.

Koostatud tegevusplaani eesmärkidest lähtuvalt määratakse kliendile teenuskomponendid ning seostatakse ta vastavate erihoolekande või sidusvaldkondade teenuseosutajatega. Tegevusplaani ja teenuskomponentide loetelu koostatakse omavalitsuse sotsiaaltöötajaga, kes tegeleb juhtumi rahastuse haldamisega.

Baastoetuse mooduli raames toimub ka võrgustiku töö koordineerimine - sh sotsiaalse võrgustikuga suhtlemine. Toetuse eesmärgiks on terviklik personaalne juhtumikorraldus, mille raames toetuse pakkuja minimeerib abivajaja ja tema lähedaste bürokratliku asjaajamisega seonduvad kohustused teenuste ja toetuse tagamiseks. Baastoetuse pakkuja tagab abivajajale võimalikult kiire, lihtsa ja arusaadava asjaajamise teenuskomponentide kättesaadavuse tagamiseks (sh informeerituse protsessist, lihtsas keeles ja arusaadav dokumentatsioon, arusaadav ülevaade teenussüsteemi toimimise põhimõtetest).

Kuigi baastoetuse mooduli komponendid määratakse kõigile teenussüsteemi sisenenud abivajajatele, on ülesannete täpne jaotus mooduli raames paindlik. Mooduli eest vastutaja pädevuses on otsustada, kes abivajajale mooduli sees olevaid tegevusi ja toetust pakub. Osadel juhtudel võib olla otstarbekas, et kõiki tegevusi pakub üks isik (nt viib läbi nii toetusvajaduse hindamist kui koordineerib võrgustiku tööd). Teistel juhtudel on otstarbekam vastutused erinevate isikute vahel jagada ning mooduli eest vastutab seeläbi omavahel koostööd tegev toetusvõrgustik

Baastoetuse osutaja võib lisaks baastoetuse tegevustele pakkuda ka lisatoetuse mooduli teenuskomponente, ehk individuaalseid sisutegevusi (nt igapäevaelu toetamine või hõivatuse toetamine).

4.4 Moodul 1* - hädaabi toetus

Mooduli eesmärk on tagada kiire sekkumine juhuks, kui inimene pole valmis koostööks. Moodul võimaldab sekkumisi abist keelduja baasvajaduste ning turvalisuse tagamiseks, eesmärgiga saavutada kontakt ning koostöövalmidus, et töö saaks jätkuda baastoetuse mooduli raames.

Mooduli tegevused:

- Personaalne toetusvajaduse hindamine ja toetusplaani koostamine võrgustiku poolt (sh lähedased).
- Toetusplaani tegevuste elluviimine, kontakti loomine ja inimese ja/või lähedaste seostamine vajalike lisatoetuse teenuskomponentide pakujate ning sidusvaldkondade teenustega. Toetusplaani alusel saab tagada toetuse abist keelduja ebastabiilse olukorra stabiliseerimiseks, baasvajaduste ja -turvalisuse tagamiseks. Samuti kohese toetuse lähedastele, et nad oleks võimalised abivajajat toetama ja ise toime tulema.
- Regulaarne toetusvajaduse ja tegevusplaani ülevaatamine jätkub kogu teenuse perioodi jooksul, vajadusel planeeritakse jooksvalt muudatusi.
- Võrgustiku töö koordineerimine (sh sotsiaalse võrgustikuga suhtlemine; koostöö KOViga, kes administreerib teenuste rahastust)
- Abist keeldumise korral vastutab hädaabi toetuse pakkuja selle eest, et abivajaja ei langeks süsteemi vaateväljast välja.

Hädaabi mooduli raames viiakse läbi sarnaseid tegevusi, nagu baastoetuse moodulis. Võtmeroll on spetsiaalse ettevalmistusega töötajal (pädevus tööks abist keeldujaga, kursisolekut olulisemate tõenduspõhiste metoodikatega selliste sekkumiste tarbeks), kelle eesmärk on luua kontakt, motiveerimine abi vastu võtma ja valmistada ette tingimused baastoetuse mooduli tegevuste toimimiseks.

Kuna mooduli eesmärk on tagada toetus ka inimestele, kes ei ole psüühikahäirest tulenevalt koostööks valmis (nt madal haigusteadlikkus), siis ei ole töö aluseks abivajaja allkirjastatud avaldus, vaid esmase toetuse pakkuja hinnang sekkumise vajalikkuse kohta.

Mooduli raames toimub toetusvajaduse hindamine ning koostatakse toetuse pakkuja jt toetusvõrgustiku liikmete tegevuste vaatest toetusplaani, koordineeritakse plaani elluviimist ja võrgustikutööd. Inimese toetamine toimub suures osas läbi pere ja võrgustiku koostöö. Mooduli raames on võimalik toetuse pakkumine perele ja lähedastele, et nad oleks võimalised abivajajat toetama ja ise toime tulema.

Vajadusel tehakse tööd kogukonnasuhete parandamise ja toetamisega ning pakutakse kriisiabi.

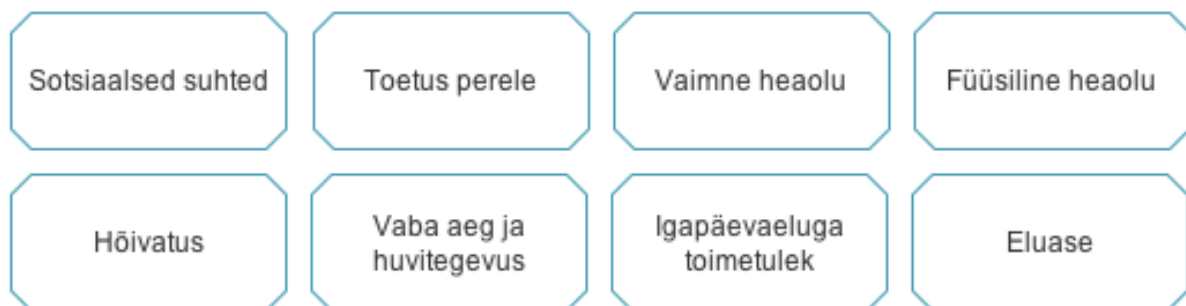
Mooduli eesmärkide saavutamiseks on võimalik toetusplaani alusel kasutada lisatoetuse komponente. Toetusplaani ja komponentide loetelu koostatakse rahastajaga.

4.5 Moodul 2 - lisatoetus

Mooduli eesmärk on pakkuda paindlikkust ja terviklikku lähenemist teenuste sisu planeerimisel, mis arvestaks inimeste personaalset toetusvajadust kõigis eluvaldkondades.

- Lisatoetuse moodul koosneb teenuskomponentidest, mida võivad pakkuda erinevad teenuseosutajad (sh baastoetuse osutaja).
- Teenuskomponentide valdkonnad on: toetus perele, sotsiaalsed suhted, vaimne heaolu, füüsiline heaolu, hõivatus, vaba aeg ja huvitegevus, eluase, igapäevaeluga toimetulek.
- Komponendipõhine lähenemine võimaldab kombineerida ühte teenussüsteemi nii tänaseid erihoolekande ja rehabilitatsiooniteenuse sisutegevusi kui ka kogukonna ressursse.

Lisatoetuse komponentide loetelu on esitatud Lisas 2.



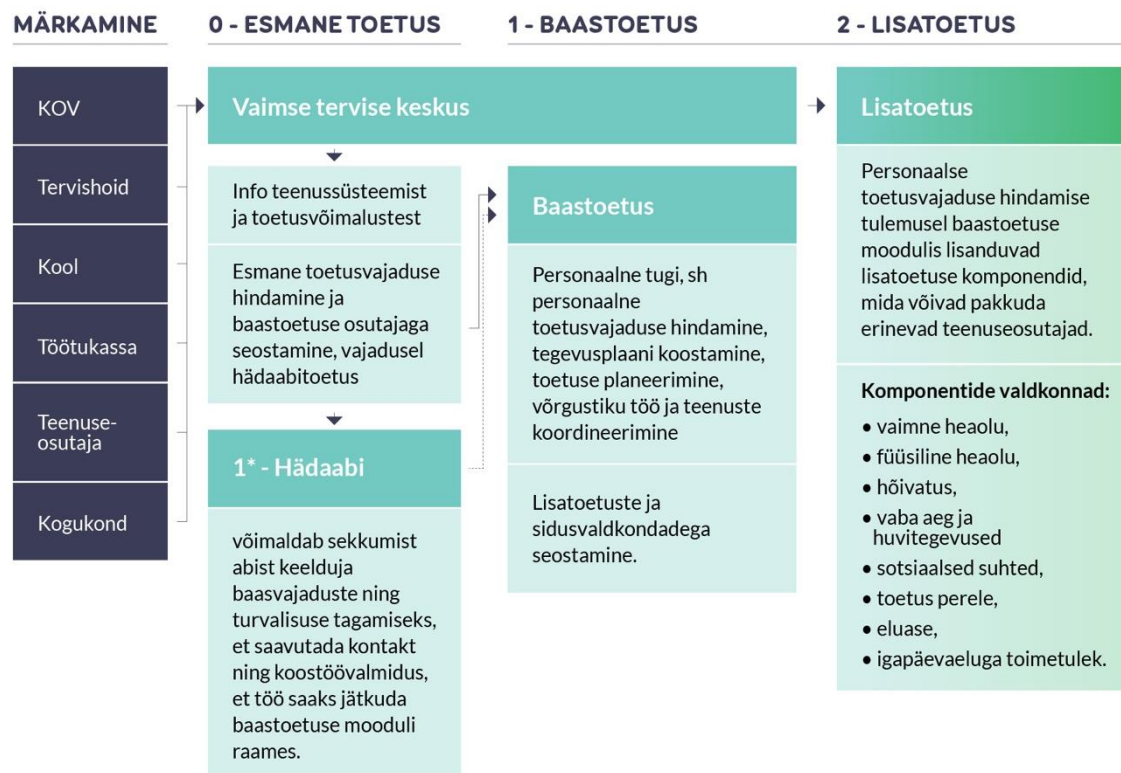
Joonis 9. Lisatoetuse mooduli komponentide valdkonnad

Komponendipõhisus võimaldab koostada personaalseid teenuspakette. Personaalse toetusvajaduse hindamise ja toetuse planeerimise käigus baastoetuse mooduli raames selgub, milliseid teenuskomponente ja millises mahus abivajaja tegevusplaanis püstitatud eesmärkide saavutamiseks vajab. Sõltuvalt teenuste kättesaadavusest ja kliendi vajadustest ning eelistustest võib ta valida endale ühe teenuseosutaja, kes pakub terviklikult kõiki (või valdavat osa) tema jaoks vajalikest teenuskomponentidest. Samas on võimalik ka hajutatud

toetussüsteem, mis võib osutada otstarbekaks eelkõige väiksema toetusvajadusega abivajajate puhul tagamaks suuremat seostatust kogukonnaga.

4.6 Alternatiivne vastutusmodel: vaimse tervise keskus psüühikahäirega sihtgrupile

Psüühikahäirega sihtgrupi puhul on eriti oluline tervishoiu ja sotsiaalsüsteemi koostöö, kuna inimene vajab paralleelselt sotsiaalteenustele ka pädevat ravi ja haigusega toimetuleku toetamist (mida pakub tervishoiusüsteem). Süsteemide paremaks integreerimiseks kujunes koosloome töötubade tulemusel selgelt välja esmatasandi vaimse tervise keskuse juhtrolliga teenusmodel.



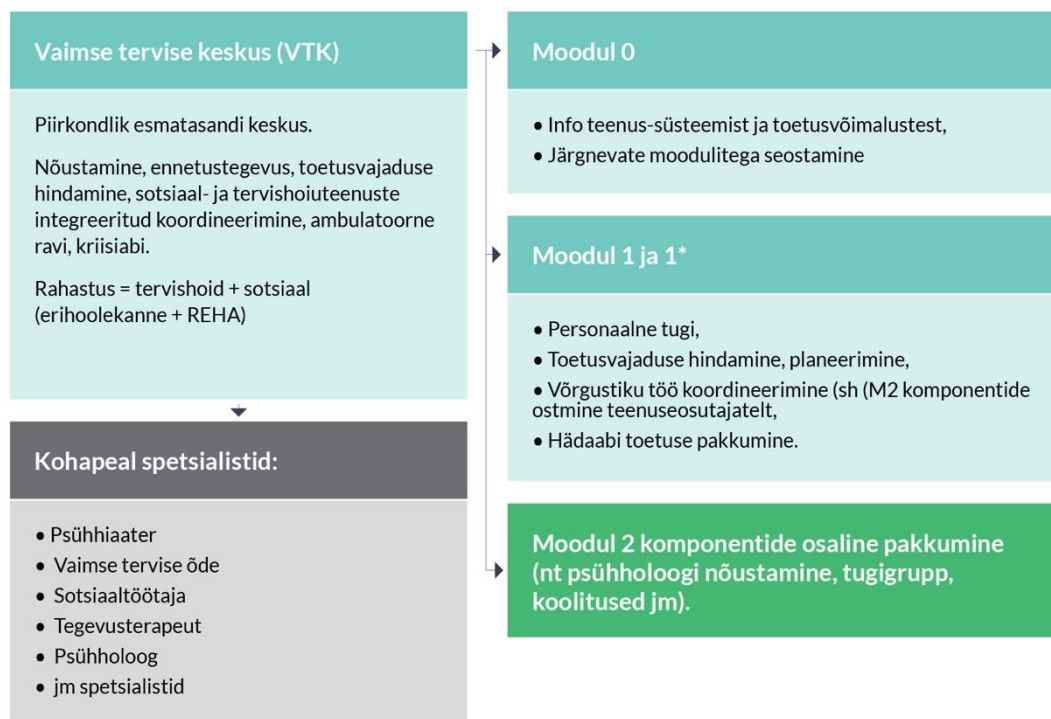
Joonis 10. Vaimse tervise keskuse juhtrolliga model

Vaimse tervise keskus (VTK) on tinglik nimetus piirkondliku vastutuse ja integreeritud teenustega (tervishoiuteenused ja sotsiaalteenused) toetusmudelile, mis tegeleb ambulatoorse ravi, vaimse tervise teemalise nõustamise, ennetustegevuse, toetusvajaduse hindamise ning sotsiaal- ja tervishoiuteenuste integreeritud koordineerimisega. VTK on alternatiivne lähenemine tänasele psühhiaatrilise ambulatoorse ravi ja psüühikahäirega inimestele suunatud rehabilitatsiooniteenuste korraldusele. VTK koondab multidistsiplinaarset meeskonda, kuhu kuuluvad erinevad tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonna

spetsialistid, nt psühhiaater, vaimse tervise õde, sotsiaaltöötaja, tegevusterapeut, psühholoog jms. Samuti vastutab VTK koduõenduse ja kriisiabi pakkumise eest (nt mobiilne kriisimeeskond, kriisinõustamine).

VTK rahastamiseks nägid koosloome töötubades osalejad ette kahe süsteemi vahendite kombineerimist: tervishoid (ravimeeskond) ning sotsiaalhoolekanne (sihtgruppide olemasolevad erihoolekande- ja rehabilitatsioonivahendid).

Tervishoiu- ja sotsiaalteenuste integreerimine, sotsiaal- ja tervishoiuvaldkonna ekspertide koondamine sama eesmärgi nimel töötavaks meeskonnaks annab võimaluse arendada ühtset arusaamist ja lähenemist seoses taastumise ja integratiivraviga. Valdkondade koostöö võimaldab planeerida abivajajatele terviklikumat sotsiaalteenust, mis oleks kooskõlas nende ravi- ja taastumisplaaniga.



Joonis 11. Vaimse tervise keskuse rollid teenussüsteemis

Mudeli raames võtab VTK vastutuse psüühikahäirega inimestele nii esmase toetuse, hädaabi toetuse, baastoetuse kui ka osaliselt lisatoetuse komponentide pakkumise eest.

VTK integreerib tervishoiu ja sotsiaalteenused. Tervishoiuteenuste eest vastutab keskuse raames tervishoiusüsteem, raviga integreeritud sotsiaalteenuste eest kohaliku taseme sotsiaalteenuste korraldaja ehk KOV.

4.6.1 Minimaalne vajalik lahendus - tervishoiusüsteemi sotsiaaltöötajad esmase toetuse osutajana

Vaimse tervise keskuste loomine nõuab olulisi ümberkorraldusi ning täiendavat ressursialdust tervishoiuvaldkonnas. Samas mudel, kus üksnes KOV võtab vastutuse inimese

toetamisel teenussüsteemi sisenemisel jääb suurele osale psüühikahäirega inimestest ebapiisavaks. Nende võimalikult varajaseks märkamiseks ja sotsiaalteenustega seostamiseks on minimaalselt vaja sotsiaaltöötajate olemasolu tervishoiusüsteemis, kes suudaksid erihoolekande sihtgrupi toetusvajadust märgata. Nad võtaksid tervishoiusüsteemis märgatud abivajajate osas esmatoetuse mooduli vastutuse ning toetaksid neid süsteemi sisenemisel (inimeste informeerimine toetusvõimalustest, esmase hindamise läbiviimine ja selle tulemuste alusel sobiva baastoetuse osutajaga seostamine).

Sellisel juhul teavitab ja kooskõlastab tervishoiusüsteemi sotsiaaltöötaja esmahindamise tulemused KOViga ning KOV võtab üle juhtumi administreerimise, ilma et peaks ise inimesega eraldi kohtuma. Nii on võimalik tagada kiirem sekkumine inimeste puhul, kes satuvad tervishoiusüsteemi vaatevälja. Samuti soosiks selline lähenemine teenuseosutajate ja tervishoiuspetsialistide suuremat koostööd ning integreeritud lähenemist.

4.7 Uue mudeli kohaldamise erisused erihoolekandeteenuste sihtgruppidele

Üheks oluliseks alguspunktiks teenussüsteemi sisenemisel intellektipuudega sihtgrupi puhul on **liikumine haridussüsteemist erihoolekandesüsteemi**. Ka sellisel juhul nähti töötubades osalenute poolt teenuste korraldamisel juhtrolli kohalikul omavalitsusel, kes ülemineku aegsasti ette valmistab (planeerimine algab vähemalt eelviimasel õppeaastal). Sellisel juhul on KOV ja teenuseosutajate oluliseks partneriks haridusasutus, kes abivajaja toetusvajadust juba tunneb.

Teenussüsteemi uute sisenejate kõrval on väga oluline sihtgrupp ka juba **teenusel olevad kliendid**, kellel võib tekkida toetusvajaduse muutumisel vajadus **teenuse vahetuseks** (ehk baastoetuse osutaja ja/või lisatoetuse teenuskomponentide muutmiseks). Teenusel olevate klientide puhul võib eeldada, et neil on tänase teenuseosutaja näol olemas minimaalselt baastoetuse pakkuja, kes on kursis kliendi toetusvajaduse määra ja selle muutustega. Juhul, kui kliendi toetusvajaduse muutus on olnud nii suur, et olemasoleva baastoetuse teenuseosutaja teenuste fookus pole tema jaoks enam piisav, siis tuleb ette valmistada uue baastoetuse teenuseosutaja valimine.

Muutunud toetusvajaduse ilmsiks tulekul (nt regulaarse tegevusplaani ülevaatamise käigus või kliendi enda initsiatiivist lähtuvalt) tuleb olemasoleval teenuseosutajal viia läbi personaalne toetusvajaduse hindamine, mille fookus on hinnata muutunud toetusvajadust ja planeerida muutunud toetusvajadusele vastavad uued teenuskomponendid ja vajadusel baastoetuse teenuseosutaja vahetus. Samuti määratleda eesmärgid ja ettevalmistavad tegevused sujuva ülemineku tagamiseks.

Olemasoleva baastoetuse pakkuja ülesandeks jääb sellisel juhul piirkondliku teenuste korraldaja ja rahastaja teavitamine muutuse vajadusest ning kaasamine ülemineku protsessi korraldamisse.

Ülemineku hindamise tulemusel selgub, milliseid üleminekut toetavaid teenuskomponente on vaja kliendile enne uue teenuseosutaja juurde liikumist määrata. Hindamise tulemusel selgub ka see, millise spetsiifikaga uus baastoetuse osutaja peab olema.

Ülemineku perioodil on võimalik kliendil tarbida edasi vajalikul määral oma olemasolevaid teenuseid ning käia sealjuures tutvumas võimalike uute teenuseosutajate ja erinevate toetusvõimalustega. Üleminekuperioodil valib klient uue baastoetuse osutaja, kes hakkab läbi viima personaalset hindamist uue tegevusplaani koostamiseks ning lisatoetuse komponentide määramiseks võttes aluseks olemasoleva tegevusplaani ning kogu info eelmiselt baastoetuse pakkujalt.

Ülemineku perioodi lõpuks on uue baastoetuse osutaja poolt läbi viidud personaalne hindamine ning koostatud tegevusplaan, mille alusel klient saab sujuvalt uuele teenusele liikuda.

Eraldi tuleb käsitleda ka **kohtumäärusega teenusele** suunatud abivajajaid. Kohtumäärusega teenuse osutamine on inimesele tahtevastastelt abimeetmete rakendamine, et tagada teiste või tema enda turvalisus. Kohtumäärusega teenusele jõuavad uue teenusmudeli puhul abivajajad, kes on ilma teenuseosutaja poolt pakutava toetuseta endale või teistele ohtlikud ning kellele ei ole olnud võimalik vajalikku abi osutada. Tahtevastasele teenusele suunamise üheks peamiseks põhjuseks täna on abist keeldumine või muus kontekstis (sh muude teenuste raames) pakutud toetusmeetmete ebapiisavus, mille tõttu ei ole vähenenud inimese ohtlikkus endale või teistele.

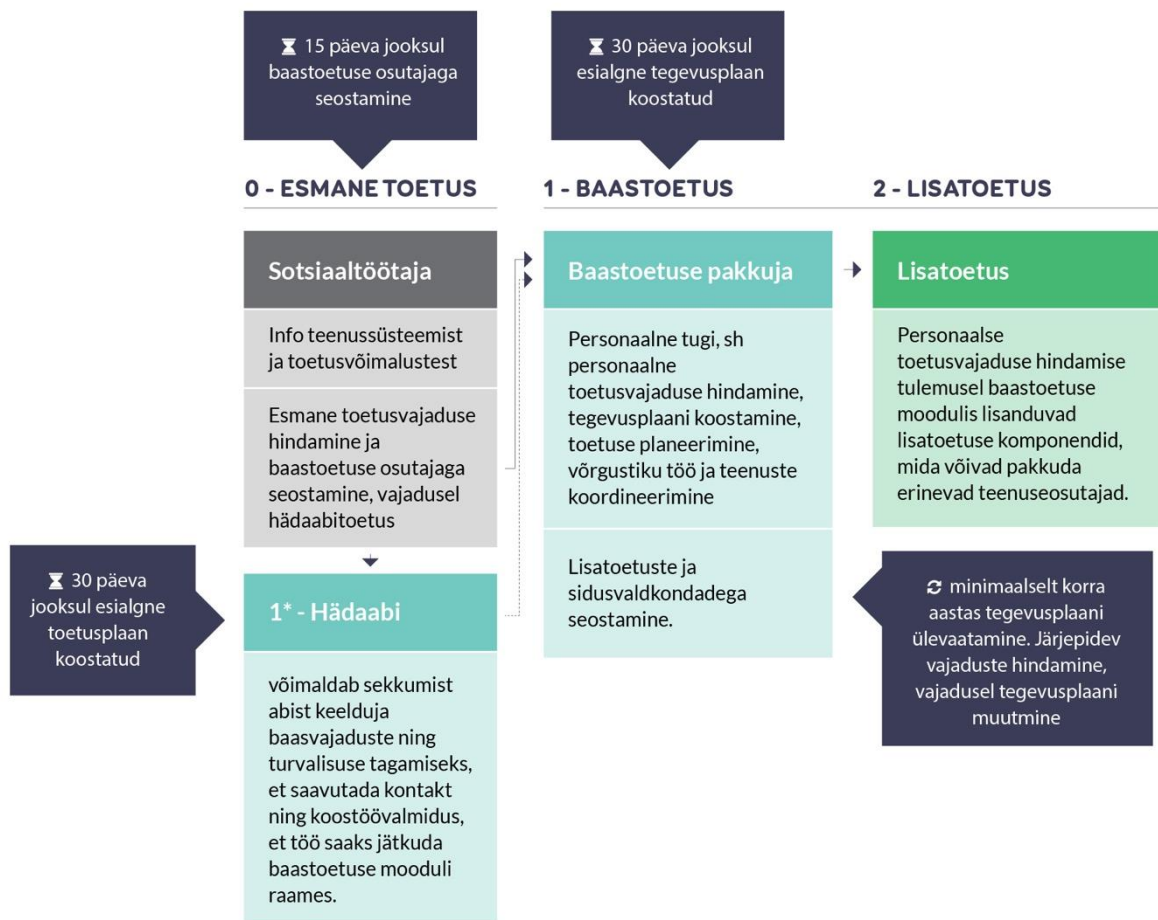
Tahtevastasele teenusele jõudva abivajaja teenussüsteemi sisenemise protsess algab sarnaselt teiste abist keeldujate protsessiga, kus esmase toetuse pakkuja tuvastab vajaduse hädaabi mooduli määramiseks. Kui abimeetmete rakendamine ei toimi ja toetuse pakkujad hindavad, et abivajaja on endiselt endale või teistele ohtlik, algatab esmatoetuse pakkuja kohtumenetluse abivajaja kohtumäärusega teenusele suunamiseks.

Tahtevastase teenuse puhul peab teenuskomponentide osutaja olema valmis tööks keerulise sihtgrupiga. See eeldab teenuseosutajalt spetsiifilisemat pädevust ja ettevalmistust ning eritingimustele vastavate keskkonnatingimuste loomist. Sh mainiti ekspertide poolt vajadust arendada pädevust järgmiste töömeetodite ja lähenemiste osas: avatud dialoog kliendiga (open dialogue), süstemaatiline meeskonnatöö ja tihe koostöö ravimeeskonnaga (mis tagaks ühtse ja tervikliku lähenemise kõigilt osapooltelt), riskide hindamine, ohumärkide plaani koostamine, intiimsusküsimustega tegelevad programmid (nt UCLA), logi pidamine ja seisundi muutuste analüüs muutuse põhjuste väljaselgitamiseks, alternatiivsete kommunikatsioonivahendite koostamine ja kasutamine, tegevusteraapilised lähenemised. Käesoleval ajal on selle teenuse kasutajaid Eestis u 100 inimest sh arvukalt inimesi, kes on tahtevastasel teenusel seetõttu, et nende tegelikele vajadustele vastavad teenused pole piisavalt kättesaadavad (autismihäire, dementsus). Sellest lähtuvalt tuleks analüüsida, kas kohtumäärusega teenuse korraldamine ja arendamine peaks jääma esmatasandile KOV ülesandeks või on otstarbekam jätkata selle teenuse korraldamist ja arendamist riiklikul tasandil.

4.8 Teenusprotsesside korraldus

4.8.1 Teenusmudeli protsesside ajalised mõõtmed

Esmase toetuse mooduli raames tehtav esmane hindamine ning baastoetuse osutaja valik peaks olema tehtud 15 tööpäeva jooksul peale abivajaduse tuvastamist.



Joonis 12. teenusprotsessi ajalised mõõtmised

Baastoetuse teenuseosutajal on esialgse personaalse tegevus- või toetusplaani koostamiseks aega 30 päeva. Selle alusel määratakse abivajajale lisatoetuse komponendid. Hiljem on võimalik vajadusel eesmärgi täpsustada ning tegevusplaani täiendada. Minimaalselt vaadatakse tegevusplaani üle kord aastas. Jooksev vajaduste hindamine või ümberhindamine võib tuleneda komponendi metoodikast. Jooksva hindamise alusel võib olla vajadus ja on võimalus teha ettepanekuid tegevusplaani täiendamiseks ning teenuskomponentide lisamiseks või osutamise lõpetamiseks.

4.8.2 Ressursside planeerimine ja administreerimine

4.8.2.1 Isiklik eelarve

Disainiprotsessi raames läbi viidud koosloome töötubades rõhutati valdkonna ekspertide poolt vajadust võimaldada klientidel teha oma elu korraldamisel rohkem valikuid ja otsuseid. Teenusmudeli ressursside planeerimise aluseks sobiks sellest lähtuvalt isiklik eelarve. Ideed piloodi raames ei testitud tulenevalt pilootprojekti rahastusega seonduvatest kitsendustest (ESF vahendid), kuid piloteerimisel jälgitakse teenuskomponentide põhjal isikupõhiselt tehtud kulusid, mis saab olla edaspidi sisendiks toetusvajaduse astmetel tugineva isikliku eelarve suuruse määratlemisel).

Isikustatud eelarve v. isiklik eelarve tähendab puuetega inimestele suunatud poliitikat, mille puhul on teenusekasutajatel õigus teha oma igapäevaelu puudutavates küsimustes valikuid ja langetada otsuseid. Kõige üldisemalt tähendab isikustatud eelarve teenuste organiseerimist nii, et teenusekasutajal on võimalik otsustada, kuidas talle vajalike teenuste kasutamiseks eraldatud raha kasutatakse. Teenuste korraldamise protsessi keskmeks on isikustatud planeerimise põhimõte. Seda lahendust kaaludes on oluline võtta arvesse nii tugevusi kui riske – näiteks tuleb tagada, et isikustatud eelarve käsutajal oleks kindlus ja teadlikkus valida toetusmeetmeid kvaliteetsete, teadmisi-/tõendus põhiste, mõistliku hinnaga variantide hulgast (Uuring psüühilise erivajadusega inimestele suunatud erihoolekandesüsteemi ümberkorraldamiseks ja tõhustamiseks teiste riikide praktikate alusel: lõppraport (2016). Tallinna Ülikool).

Isikliku eelarve maksimaalne suurus sõltub abivajaja toetusvajaduse astmest. Astmed ja neile vastavad maksimaalse eelarve suurused saab eelnevalt kehtestada riigi poolt (sh astmete hulk ja neile vastavate eelarvete suurus).

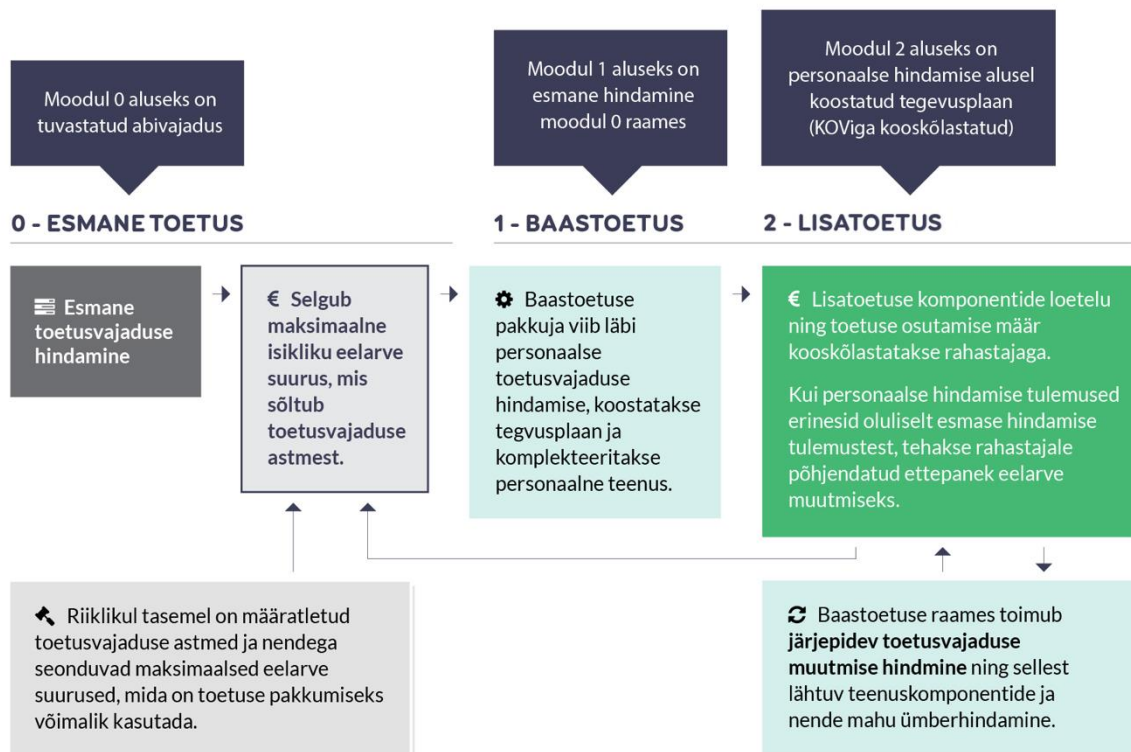
Maksimaalne isikliku eelarve suurus selgub esmase toetuse mooduli raames läbi viidud esmase toetusvajaduse hindamisel. Isiklik eelarve on baastoetuse osutajale üldiseks raamiks toetuse planeerimisel ning selle täpne suurus selgub baastoetuse raames tehtava põhjalikuma personaalse toetusvajaduse hindamise tulemusel es.

Koos inimese ja/perega koostatakse personaalne tegevusplaan, mille alusel määratakse lisatoetuse komponendid. Personaalse hindamise ja tegevusplaani koostamise käigus hinnatakse nii baastoetuse mahu määra kui lisatoetuse komponentide vajadust ning mahtu. Baastoetuse maht ja lisatoetuse komponentide loetelu (mis on seostatud tegevus- või toetulusplaaniga) kooskõlastatakse esmatoetuse osutajaga, kes tegevuste rahastuse kinnitab (KOV).

Kui selgub, et personaalse hindamise tulemused erinevad oluliselt esmase hindamise tulemustest toetusvajaduse astme ja sellest lähtuva isikliku eelarve suuruse osas, siis teeb baastoetuse osutaja esmatoetuse osutajale (KOVile) põhjendatud ettepaneku isikliku eelarve ümbervaatamiseks.

Baastoetuse teenuseosutaja hoiab esmase toetuse pakkuja, kes on ühtlasi teenuste korraldaja ja rahastaja kohalikul tasemel, kursis hindamistulemuste ja selle tulemusel kujunenud personaalse teenuspaketi ja selle muutustega. Baastoetuse teenuseosutajal on kohustus esitada personaalses tegevusplaanis olevate komponentide kohta KOVile teavitus, et tegevusplaanis olevad teenuskomponendid saaksid rahastatud. KOV peab abivajaja kohta toimikut ning koondab sinna info kõigist tema teenuskomponentidest, millega toetust pakutakse. Teenuste korraldaja sujuvamaks koostööks teenuseosutajatega on vaja tagada info digitaalne liikumine ja koostööplatvormid, mis toetaks tööprotsessi. Infot võimaldaks koondada nt STAR infosüsteem, kuid see ei ole täna koostöö toetamiseks piisavalt paindlik ja vajaks kindlasti edasiarendust.

Personaalse toetusvajaduse hindamise tulemusel on võimalik taotleda ka esmase toetusvajaduse tulemuste ümberhindamist, juhul kui põhjalikuma hindamise käigus või aja jooksul selgub, et abivajaja tegelik toetusvajaduse aste erineb oluliselt esmase hindamise tulemustest.



Joonis 13. Toetusvajaduse hindamine ja isikliku eelarve kujunemine.

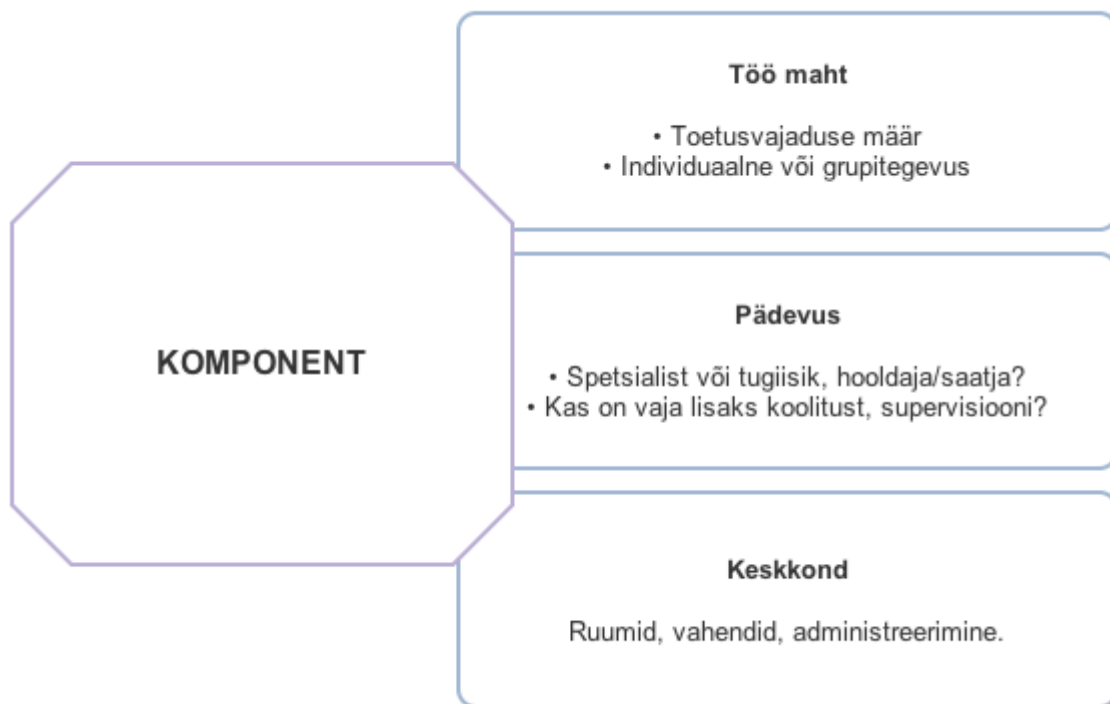
4.8.2.2 Komponentide hinnastamine

Kuna komponendi töö maht sõltub abivajaja toetusvajadusest, kujuneb selle lõplik hind abivajaja isiklikus eelarves läbi personaalse toetusvajaduse hindamise.

Komponendi hind kujuneb reeglina järgmistest osadest:

1. Toetuse maht ehk töö maht, mis sõltub abivajaja toetusvajaduse astmest ja sellest, kas sisukomponenti pakutakse individuaalse või grupitegevusena.
2. Teenuskomponendi jaoks vajalik pädevus, mis tuleneb teenuse sisust (spetsiaalne koolitus/ettevalmistus, metoodikate valdamine). Ühe komponendi pakumiseks võib olla vaja mitut spetsialisti, kellel võib olla erinev pädevus (nt tugigrupp, mida viivad läbi kogemusnõustaja ja sotsiaaltöötaja). Pädevustasemest sõltub komponendi tunnihind.
3. Keskkonnategurid - sh ruumid ja vahendid, arendus- ning administreerimiskulud. Keskkonnategurite puhul mängib samuti suurt rolli abivajaja toetusvajaduse määr (taastumisaste, arenguaste ja kaasuvad puuded), millest tulenevalt võib vaja minna spetsiifilisi keskkonnatingimusi (nt autistid, tahtevastaselt teenusel olijad) ja/või töövahendeid.

Komponentide puhul saab teenuse rahastaja teha ettepanekuid, milliseid sisutegevusi komponendi raames on vaja teostada ning millistest metoodikatest peaks sealjuures lähtuma. Sellest lähtuvalt saab määratleda ka teenuskomponendi pakumise jaoks vajaliku pädevuse.



Joonis 14. Teenuskomponendi hinna osad.

Individuaalse eelarve planeerimisel saab teatud komponentide puhul kulusid täpselt ette planeerida (nn standardiseeritud hinnaga komponentide puhul, nt iganädalane kindla tundide mahuga teraapiagrupp). Teiste komponentide puhul saab lähtuda tegelike kulude põhise eelarvestamisest (juhul kui pole võimalik töö mahtu täpselt ette planeerida, nt personaalne tugi).

Ressursside optimeerimiseks on oluline panna rõhku sellele, et ekspertide poolt pakutavate komponentide pakkumise raames peab tegelema ka kliendi tugiisiku või toetusmeeskonna juhendamise ja koolitamisega. Eksperti (nt tegevusterapeut, käitumisterapeut jm) ülesanne on sel juhul sobivate meetodide põhise käitumis- ja tegutsemisjuhiste rakendamine konkreetse abivajaja eripärast lähtuvalt ja abivajajaga töötava meeskonna või tugiisiku juhendamine nende töövõtete kasutamisel. Eksperti poolt pakutava komponendi kasutamine on sel juhul piiritletud aja jooksul kindlal eesmärgil, mille järgse lõpetatakse teenuskomponendi osutamine.

Isikliku eelarve, komponentide ja kulude administreerimisega tegeleb baastoetuse pakkuja koostöös KOViga (sh lisatoetuse komponentide pakkujatega suhtlemine, dokumentatsiooni ettevalmistus ja haldamine).

Teenuste korraldajana nähakse eelkõige KOV-i, kes võtab piirkondliku vastutuse ja kellele võiks kaaluda teenuste kättesaadavuse tagamiseks tänase erihoolekandeteenuste ja sihtgrupile ette nähtud rehabilitatsiooniteenuste vahendite eraldamist, vastavalt piirkonna abivajajate arvu prognoosile (psüühikahäirega inimeste arv elanikkonna hulgas).

Kohalikul tasemel on otstarbekas välja töötada kõige optimaalsem administreerimise mudel.

4.8.2.3 Komponentide hinnastamine suure toetusvajadusega kliendigruppide puhul: erivajadustele vastava keskkonna loomine

Keskkonnategurite puhul mängib suurt rolli abivajaja toetusvajaduse määr (taastumisaste, arenguaste ja kaasuvad puuded), millest tulenevalt võib vaja minna spetsiifilisi keskkonnatingimusi ja/või töövahendeid nt autistide ja tahtevastaselt teenusel olijate puhul.

Autismihäire puhul on teenuse aluseks erivajadustele kohaldatud keskkond, mis peab olema piiritletud, turvaline ja rutiinne. Ideaalseks keskkonnaks peavad disainitöötubades osalenud valdkonna eksperdid väikest kodusarnast kohta, kuni 6 kliendile. Kliendi töötaja suhe on sellisel teenusel 1 personal 2 kliendi kohta.

Elukeskkonnana nähti ekspertide poolt peremaja või galerii laadset ülesehitust, kus väiksemad üksused on omavahel ühenduses. See võimaldab jagada töötajate kompetentsi ja koormust. Keskkond peab välja nägema võimalikult tavaline ja kodu sarnane. Sealjuures tuleb aga arvestada, et ehituseks tuleks kasutada sobivaid materjale, mis ei lähe kergelt katki ja mida on võimalik kergelt/kiirelt/odavalt remontida (nt uste, seinte, akende puhul). Ruumid peavad olema autismihäirega inimeste jaoks sobivalt märgistatud (piktogrammide, fotode, PCS pildide).

Kindlasti peab autismihäire puhul olema võimalik lukustada ruumide uksi. Oluline on võtta kasutusele ka kaasaegsed süsteemid uste avamiseks ning sulgemiseks (nt kiipkaardid). Samuti kasutada jälgimiskaameraid raskesti mõistetava käitumisega olukordade analüüsimiseks ja ennetamiseks.

Autismihäirega inimeste puhul peetakse sobivaks väikseid üheseid magamistubasid, mis on pindalalt väiksemad kui kehtivad nõuded ette näevad, sest väike ruum annab autismihäirega inimestele turvatunde.

Sobivas keskkonnas peavad olema eraldi elu ja tegevusruumid ning vaba aja veetmise võimalused. Erinevatest ruumidest nimetati meelte- ja tundetuba, kehakultuurituba, töötuba (nt pakkimine, sorteerimine jm).

Spetsiaalse eraldusruumi järele autismihäirega inimeste raskesti mõistetava käitumise episoodide puhul puudub vajadus.

Samas peab personalil olema eraldatud puhkeruum ja ruum tööde planeerimiseks.

Väga oluline on sobivate keskkonnatingimuste loomine ka värskes õhus. Selleks sobib autismihäire puhul piiratud aed, kus on erinevad liikumist ja suhtlust motiveerivad vahendid, nt kiiged, liivakast, liumägi, korvpalliplats, vana autovrakk, peenramaa, väiksed koduloomad (miniloomaaed - jänessed, lammased jm).

Tahtevastaselt teenusel olevate klientide puhul peeti oluliseks piisavat privaatsust ning võimalust liikuda vabas õhus ja olla füüsiliselt aktiivne.

Privaatsed tingimused on eelkõige võimalik luua ühese magamistubade korral, kuhu juurde kuulub ka privaatne tualett-duširuum.

Kuna klientide liikumisvõimalused on kinniste teenuste puhul väga suurel määral piiratud, tuleks neile luua kinnisel territooriumil sportimis ja vaba aja veetmise võimalused nii sise- kui ka välitingimustes.

4.8.3 Koostöö sidusvaldkondadega

Koostöö sidusvaldkondadega on eriti oluline abivajaduse märkamise protsessis. Kuna inimese abivajadus avaldub üldjuhul sidusvaldkondade töö raames (nt tervishoid, haridus), peab info abivajadusest jõudma operatiivselt ja süsteemide üleselt (nt kasutades elektroonilisi infovahetuskanaleid) esmatoetuse mooduli eest vastutajani. Selleks tuleb kooskõlas isikuandmete kaitse seadusega välja töötada infovahetuse protsessid sidusvaldkondadega, kus võetakse vastutus abivajajast teatada.

Tervishoiusüsteemi esindaja (nt haigla sotsiaaltöötaja/ õde) peab võtma vastutuse iga erihoolekande teenuste õigustatud patsiendi puhul teavitada esmatoetuse mooduli eest vastutajat. Tervishoiusüsteem teeb KOViga koostööd, et abivajajal oleks võimalik süsteemi sisenemiseks toetus saada võimalikult varakult.

Haridussüsteemist erihoolekandesüsteemi liikujate puhul on kohaliku omavalitsuse haridusvaldkonna eest vastutajal olemas olemas info intellektipuudega õppurite ja koolilõpetajate kohta (kuna kooli ülalpidamine ja õppijate üle arvestuse pidamine on omavalitsuse kohtustus). Esmatoetuse mooduli eest vastutajana intellektipuudega sihtgrupi puhul võtab KOV ise haridusasutusega ühendust ning algatab ettevalmistusprotsessi. Kui abivajadus tuvastatakse esmakordselt mõne muu sidusvaldkonna esindaja poolt (nt Töötukassa, teenuseosutaja), on neil samuti kohustus teavitada O-mooduli eest vastutajat. Baas- ja lisatoetuse pakkumise faasis on koostöö tervishoiusüsteemiga oluline eelkõige psüühikahäirega sihtgrupi puhul. Selleks tuleb välja töötada raviarsti ja/või õe ning teenuseosutaja vaheline infovahetus- ja koostöömudel. Disainiprojektis ja piloodis osalenud valdkonna eksperdid rõhutasid korduvalt ootusena, et tervishoiusüsteem tunnustab ja hakkab kasutama taastumise mõtteviisile toetuvalt terviklikke ravi- ja taastumisplaanide, millest lähtuvalt oleks teenuseosutajal võimalik planeerida taastumise eesmärgi toetav sotsiaalteenus.

Samuti on koostöö teenuseosutaja ja ravimeeskonna vahel oluline riskihindamise ja -juhtimise ning kriisisekkumiste planeerimiseks ning teenuste vahel liikumise protsessi ettevalmistamisel.

4.8.4 Sidusvaldkondade poolt pakutavad sisukomponendid

Märkimisväärset osa sihtgruppide vajalikest teenustest pakuvad osaliselt või täielikult sidusvaldkonna esindajad teise teenussüsteemi ja oma igapäevaste töökohustuste raames (nt töötamise toetamise valdkonna komponentidest suurt osa pakub Töötukassa). Need komponendid on erihoolekande teenusmudeli raames kirjeldatud selleks, et abivajaja toetuse planeerimisel oleks võimalik vajadused kaardistada ning korraldada täpne vastutuste jagunemine juhul, kui abivajaja ise pole võimeline sidusvaldkonna teenusteni jõudma. Sel juhul lasub baastoetuse osutajal vastutus toetuse realiseerumise korraldamiseks koostöös sidusvaldkonnaga.

Näiteks, kui inimesel on hõive valdkonnas tuvastatud keskmine toetusvajadus, tuleks baastoetuse osutajal korraldada abivajaja töövõime hindamine Töötukassa spetsialisti poolt

(sh aitab baastoetuse pakkuja ametkonnaga suhtluses, transpordiküsimuste korraldamisel, dokumentatsiooni korraldamise jm tegevustega, milleks abivajaja ise suuteline pole).

5 Kasutajakogemusele tuginev mõjuanalüüs uue teenusmodeli piloteerimise tulemuste põhjal

Tänases teenussüsteemis tuvastatud probleemide (vt ptk 2) lahendamiseks loodi projekti III etapis uue teenusmodeli prototüüp, mida projekti IV etapis piloteeriti.

Alljärgnevalt on kirjeldatud peamised tuvastatud probleematilised kohad tänases teenussüsteemis ning lahenduste hüpoteesid, mida uue teenusmodeliga saavutada taheti.

Piloodi raames kogutud tagasiside võimaldas hinnata:

- Millised lahenduse hüpoteesid piloodis toimisid, ehk millele saime piloodi käigus kinnitust?
- Millised probleemid jäid lahenduseta?
- Millised uued tõrked piloodi käigus ilmneshid, millega me ei osanud arvestada?
- Millised uued lahendused ilmneshid, mida me ette ei näinud?

Lisaks on kirjeldatud muudatused, mis kogutud tagasiside alusel mudelisse sisse viidi (täiendatud mudeli kirjeldus ptk 4, Lisa 1) ning loetletud ettepanekud seoses piloodi jätkamise ja täiendava tagasiside kogumisega, sest disainiprojekt lõppes 2017. aasta septembris ning pilootprojekt kestab 2018. aasta lõpuni.

5.1 Toetusvajaduse märkamine

Tuvastatud probleem: Abivajajaid ei märgata õigeaegselt, sekkumine toimub liiga hilja

Paljudes sidusvaldkondades, kes abivajajatega kokku puutuvad, ei märgata abivajadust ja/või sellest ei teavitata sotsiaalsüsteemi esindajaid.

Inimesed jõuavad täna süsteemipoolse toetuseni sageli liiga hilja. Selleks hetkeks on abivajajate (ja sageli ka lähedaste) iseseisev toimetulekuvõime oluliselt vähenenud ning teenuste raames tuleb hakata tegelema isikute sotsiaalse rehabiliteerimisega.

Lahenduse hüpotees

- Mudeli raames on kohaliku omavalitsuse ülesanne kaardistada sidussüsteemid (sh seada sisse süstemaatiline infovahetus), kus tema piirkonna inimeste abivajadus võib avalduda.
- Esmase toetuse moodul, mille ülesannete hulka kuulub proaktiivne abipakkumine.

Mis piloodis toimis? Millele saadi kinnitust?

Mitmed piloodis osalevad kliendid olid KOVi orbiidile sattunud läbi sidussüsteemide teavituste (nt naiste varjupaik, sünnitushaigla). Koostöö toimib osaliselt aga ei ole süstemaatiline, sest vastutus pole osapoolte vahel selgelt paika pandud.

Mis jäi lahenduseta?

Piloodi raames ei toimunud kõigis KOVides süstemaatilist oma piirkonna sidussüsteemide kaardistamist, kus potentsiaalseid abivajajaid võidakse märgata. Kuna piloodis oli võimalik teenuseid osutada viiele kliendile ühes omavalituses, siis enamjaolt olid abivajajad KOVidele juba varasemalt teada (st nende abivajadust oli juba varem märgatud).

Korduvalt toodi välja, et koostöö tervishoiu valdkonnaga on probleemne - psühhiaatrite hõivatus ja infovahetuse piirangud teevad koostöö keeruliseks.

Millised olid uued tõrked, mida ei osatud ette näha?

Pilooti võeti eranditult juba varem märgatud kliendid, kellele ei olnud senises teenussüsteemis võimalik sobivat toetust pakkuda. Seetõttu ei saa teha järeldusi täiesti uute abivajajate märkamise kohta, kellest varem midagi teada ei olnud.

Mudeli muudatused

Tuleb rõhutada KOV vastutust oma piirkonna sidussüsteemide kaardistamiseks ja süstemaatiliste koostööprotsesside sisseseadmiseks (sh kindlasti tervishoiuvaldkonnaga). Piloodi põhjal võib järeldada, et täna on omavalitsustes hulgaliselt abivajajaid, keda on märgatud aga keda tänases süsteemis pole jõutud abistada. Seetõttu jõuavad omavalitsused Ettepanek, et tervishoiusüsteemis peaks olema rohkem sotsiaaltöötajaid, kes oleksid võimelised võtma vastutuse selle eest, et märgatud abivajajad siseneksid teenussüsteemi (vt ka ptk [4.6.1](#)).

Tuvastatud probleem: Abi pakkumine pole proaktiivne

Inimesed, kes pole valmis ise (pole suutlikud) teenuseid taotlema (multiprobleemsed, puudub haigusteadlikkus, sõltuvusprobleemid, puudub usaldus süsteemi vastu), jäävad täna teenussüsteemist välja.

Kui inimene ei saa õigeaegset abi, siis toimub tagasilangus ja toimetuleku halvenemine, millest tekib kokkuvõttes suurem kulu teenussüsteemile.

Ka juba märgatud abivajajatele ei pakuta toetust ja infot toetusvõimalustest üldjuhul proaktiivselt. Lähedaste hulgas on levinud hoiak: selleks et midagi saada, tuleb võidelda.

Lahenduse hüpotees

- Hädaabi moodul võimaldab tööd abivajaja ja perega alustada kohe. Teenuseosutajal on võimalik hakata looma kontakti läbi võrgustiku ja pere, kui inimene ei võta abi vastu.
- Esmatoetuse moodulis on sotsiaaltöötaja tegevus proaktiivne.

Mis piloodis toimis? Millele saadi kinnitust?

KOVil ja teenuseosutajal olid piloodi raames vahendid (rahastus) tööks kirjeldatud sihtgrupiga. Nad said individuaalselt ja proaktiivselt hakata tegelema probleemiga, pakkuda tuge perele ning hakata looma kontakti.

Sotsiaaltöötajate tegevus piloodi raames oli proaktiivne. Pilooti valiti juhtumid, kelle aitamiseks varem vahendid puudusid ja kes olid nende hinnangul nõrked. Tegemist oli enamuse juhtudest abivajajatega, kes polnud ise tulnud abi taotlema ja keda tuli pigem veenda abi vajalikkuses. Toetust oli võimalik pakkuda ke nendele inimestele, kelle veenmine esmatoetuse mooduli raames ei õnnestunud (hädaabi mooduli vahendusel).

Kinnitust sai individuaalse töö vajalikkus multiprobleemsete ja abist keelduvate klientide puhul, seda just kontakti ja toetuse pakumise alguses. Piloodis osalevatest klientidest olid kõik KOV-le varasemalt teada, kuid kuna tegemist oli multiprobleemsete klientidega ja/või abist keeldujatega, siis olid nad jäänud aktiivsest abist ilma ning sekkumine oli toimunud vaid kriisiolukorras. Need olid kliendid, kes vajasisid individuaalset toetust ja ka pädevat sekkumist ja kontakti loomist-hoidmist, mida KOV-l seni polnud võimalik korraldada.

Mis jäi lahenduseta?

Üksikud piloodis osalevad KOVid polnud siiski proaktiivsed - oodatakse kuni keegi nende poole pöördub või kuni olukord muutub kriitiliseks.

Töötajatel puudub piisav pädevus sekkumisteks, kus inimene pole nõus abi vastu võtma. Tervishoiust ei jõua info tihti abi vajavast inimesest KOVi.

Millised olid uued tõrked, mida ei osatud ette näha?

Võrgustiku töö koordineerimise komponent ei olnud hädaabi komponentide loetelus - ometi on teenuseosutajal selleks vahendeid vaja.

Piloodi käigus selgus, et piiratud lisatoetuse komponentide loetelu on ebapiisav ning abist keeldujale on mooduli eesmärkide saavutamiseks vajalik planeerida ka teisi lisatoetuse komponente. Näiteks igapäevaelu toetamise komponendi tegevuste läbi on võimalik saavutada inimesega kontakt.

Millised uued lahendused piloodi käigus kujunesid?

Kuna KOV ei saavuta abist keelduva kliendiga üldjuhul kontakti ja andmed abivajaduse kohta on tihti puudulikud, on otstarbekas KOVil ja hädaabi toetuse pakkujal koos viia läbi esmane hindamine.

Mudeli muudatused

Hädaabi mooduli tegevused piiritleti personaalse toe komponendiga, kus kirjeldati vajalikke kontakti loomise, seostamise ja võrgustiku töö koordineerimisega seotud tegevusi. Eelnevalt oli hädaabi moodulis piiratud loetelu lisatoetuse komponente. Muudeti piiratud loetelu põhimõtet - hädaabi toetuse raames on võimalik vajadusel kasutada kõiki lisatoetuse komponente, kui need on vajalikud mooduli eesmärkide saavutamiseks.

Tuvastatud probleem: Täiskasvanuks saavad puudega lapsed jäävad õigel ajal märkamata

Eelkõige intellektipuue ja liitpuudega sihtgrupi puhul põhjustab suuri probleeme liikumine haridussüsteemist erihoolekandeteenustele. Puudub selge süsteem laste toimetuleku toetamiseks liikumisel lapsest täiskasvanu ikka. Sageli tekib olukord, et peale koolitee lõpetamist valitseb erivajadusega noore ja tema lähedaste elus tühimik ja teadmatus. Paljudel juhtudel jääb noor sobiva toetuse puudumise tõttu koju lähedaste hooldusele. Suure hoolduskoormusega lähedased langevad välja tööturult ning vajavad suure tõenäosusega ka ise ühel hetkel vaimse tervise toetamisega seonduvaid teenuseid. Pered ei usalda erihoolekandesüsteemi, sageli jääb noor peale kooli koduseks.

Lahenduse hüpotees

Proaktiivne, selge ja paindlik teenusprotsess, mille ettevalmistus saab alguse juba enne kooli lõpetamist (1-2 aastat). Esmase toetuse pakkujal on kohustus kaardistada oma piirkonna sidusvaldkonnad, kus abivajadus võib avalduda. Ülemineku korraldamise eest vastutajana nähakse käesoleva disainiprojekti tulemustele tuginedes eelkõige kohalikku omavalitsust koostöös haridusasutuse ja teenuseosutajatega (sh omavaheline andmete vahetamine - koolis koostatud hinnanguid ja plaane saab arvesse võtta ja kasutada teenuste planeerimisel). Esmatoetuse pakkuja teeb tihedat koostööd perega, informeerib võimalustest, kaasab pere valiku ja otsustamise protsessi, pakkudes sellega perele turvalisust ja kindlust tuleviku suhtes ja suurendades usaldust süsteemi ja teenuste suhtes.

Mis piloodis toimis? Millele saadi kinnitust?

Piloot võimaldas luua paindliku ülemineku koolissüsteemist väljajale/ erihoolekande süsteemi sisenejale, arvestades tema senist elukorraldust. Esmase toetuse pakkuja tegi tihedat koostööd perega varasemalt toimiva teenuspaketi jätkamise võimaluste leidmisel. Kuna kool oli piloodi sisutegevuste alguseks (juunis 2017) lõppenud, siis toimus infovahetus peamiselt perega. Kooli esindajaid otseselt planeerimisse ei kaasatud. Varasemate teenuste infot võeti aluseks uue tegevusplaani koostamisel. Baastoetuse osutaja kinnitas, et nende töös on ka varasemalt praktika kasutada eelnevate hindamiste tulemusi (näiteks rehabilitatsiooniplaan, rehabilitatsiooniteenustel tehtud tegevusterapeudi ADL- hinnangud, eripedagoogi, füsioterapeudi, logopeedi hindamised ning eelnevad haridussüsteemis tehtud hindamised (kooli individuaalõppekava, arenguvestluste tulemused)). Võeti arvesse pere soovi jätkata võimalusel samade, perele ja noorele tuttavate, teenuseosutajatega.

Millised olid uued tõrked, mida ei osatud ette näha

Piloodi formaadi tõttu (5 osalejat ühest KOVist) ei toimunud omavalitsuses oma piirkonna sidusvaldkondade kaardistamist ja süstemaatilise koostöö sisseseadmist. Selleks ei olnud vajadust, sest kõik piloodis osalejad olid omavalitsusele enne pilootprojekti teada ja koostööd linnaosa sotsiaalameti laste osakonnaga tehti vaid ühe piloodis osaleja juhtumi raames.

5.2 Teenusteni jõudmine, asjaajamine, koordineerimine

Tuvastatud probleem: Teenussüsteem on klientide jaoks killustunud, raske on saada aru oma õigustest ja võimalustest

Psüühilise erivajadusega inimestel ja nende lähedastel on abivajaduse tekkimisel väga keeruline saada ülevaadet oma õigustest ning võimalustest. Erihoolekande sihtgrupi jaoks vajalikud toetusmeetmed jagunevad mitme erineva tasandi ja institutsiooni vahel ning puudub terviklik, kõikide eluvaldkondadega arvestav toetussüsteem (tervishoid, rehabilitatsiooniteenused, erihoolekandeteenused, KOV sotsiaalteenused, töötukassa). Abivajaja peab info küsimiseks pöörduma mitmesse eri asutusse. Sellega kaasneb palju bürokraatiat, mis muudab toimiva tervikliku toetuspaketi kombineerimise mitmest eri kanalist tavainimesele keeruliseks.

Puuduvad kesksed infokanalid, kust nad saaksid ülevaatliku info erinevates teenussüsteemides neile vajalikest olemasolevatest toetusvõimalustest ja enda õigustest. Toetusmeetmete korraldajad (SKA, KOVid) esitlevad erinevaid toetusmeetmeid tihti lähtuvalt seadusandlusest. Teenused ja abivõimalused on kirjeldatud tavainimesele keerulises keeles ning teenuse korraldaja perspektiivist.

Lahenduse hüpotees

Sihtgrupile vajalike teenuste (erihooletandeteenused, reha teenused, KOV sotsiaalteenused) koondamine ühte teenussüsteemi. Esmase toetuse moodul, mille eest vastutajal on ülesanne abivajajat ja lähedasi informeerida teenussüsteemi võimalustest ja inimese õigustest.

Mis jäi lahenduseta?

Omavalitsused ei pidanud vajalikuks inimestele teenusmudeli toimimist ning nende õigusi ja võimalusi selgitada. Sellest tulenevalt tekib oht, et kliendid ja nende lähedased ei ole oma õigustest teadlikud.

Piloodi raames ei tutvustatud inimestele teenussüsteemi kui tervikut, sest KOVidel oli endal raskusi uuest loogikast aru saamisega. Samuti välditi "projekti" ja "piloodi" mõistete kasutamist, sest see tekitab väidetavalt sihtgrupi ja nende lähedaste hulgas usaldamatust.

Teadmatuse olukord võimaldas piloodi juhtumite raames tekkida olukordi, kus esmatoetuse ja baastoetuse pakkujad ei täitnud oma ülesandeid ning abivajajad jäid mitme kuu vältel toetuseta, kuigi toetuse korraldamiseks olid rahalised ressursid piloodi raames olemas.

Millised olid uued tõrked, mida ei osatud ette näha?

Piloodi raames oli valdavaks tagasiside nii esmase toetuse pakkujalt kui ka piloodis osalevatelt klientidelt ja nende lähedastelt, et nende jaoks ei ole teenussüsteemi toimimise loogikast aru saamine oluline. Inimesed ei olnud huvitatud teenussüsteemi toimimisest aru saamisest, sest neile pakuti proaktiivselt ja kiirelt vajalikku abi.

Piloodi raames puudus lihtsasti arusaadav ning ülevaatlik materjal teenussüsteemi olemusest, mis oleks kajastanud teenussüsteemi toimimist kliendi perspektiivist. Teenuseosutajad ja kohalikud omavalitsused ei saanud oma kohustustest uue mudeli raames üheselt aru.

Mudeli muudatused

Esmase toetuse mooduli eest vastutaja kohustuse rõhutamise inimeste informeerimisel. Mudeli ja osapoolte vastutuste selgem kirjeldus (nii ptk 4 kui Lisa 1). Teenusmudeli toimimise põhimõtete lühikirjelduse loomine kasutaja perspektiivist (Lisa 1).

Ettepanekud tagasiside kogumiseks

Piloodi käigus tuleks koguda piloodis osalevatelt inimestelt või nende lähedastelt tagasisidet selle kohta, kas nad saavad aru oma õigustest ja võimalustest uue teenusmudeli raames. Selleks saab kasutada nii Lisas 1 toodud lühikirjelduse arusaadavuse testimist piloodis osalejatega, kui ka tagasiside küsimist piloodi lõpufaasis.

Ettepanekud edaspidiseks

Kindlasti tuleb uue teenusmudeli juurutamisel edasi tegeleda inimeste ja/või nende lähedaste informeerimise ja jõustamise küsimustega, et tagada olukord, kus nad on teenussüsteemis koheldud võrdse osapoolena ning saaksid oma elu mõjutavate teenuste planeerimisel kaasa rääkida. Selleks tuleks mudeli juurutamisel kaaluda kliendi perspektiivist koostatud õiguste ja võimaluste kirjeldust, mille arusaadavust erinevatele sihtgruppidele tuleks edaspidi ka testida. Sama info teenussüsteemi aluspõhimõtete ja inimeste õiguste ja võimaluste kohta peaks olema lihtsasti kättesaadav riiklikul tasemel, nt SKA poolt hallatava, infoportaali kaudu.

Tuvastatud probleem: Teenuste taotlusprotsessid on keerulised, ebaloogilised ning ajamahukad

Killustatud teenused ja probleemid tervikliku info kättesaamisega muudavad teenuste taotlemise ja asjaajamise protsessi abivajajale ajamahukaks ja raskesti hoomatavaks. Taotlused pole paljude abivajajate ja nende lähedaste jaoks piisavalt lihtsas keeles ja arusaadavad, mistõttu vajavad nad üldjuhul kõrvalist abi nende täitmisel. Madal on arusaam teenusele saamise protsessist ja ooteaegade põhjustest.

Erihoolekandeteenuse kasutajatel on õigus samal ajal kasutada ka sotsiaalse- ning tööalase rehabilitatsiooni teenuseid, mille käigus osutatavad sisutegevused võivad olla samasisulised erihoolekandeteenusele. Kattuvus on ka erinevate erihoolekande teenuste eesmärkides ja sisus (nt IET, TT, TE). Abivajajale osutatakse tihti samaaegselt erinevaid teenuseid, mis üksteist osaliselt dubleerivad, sest teenuse üksiktegevusi pole võimalik väiksemas mahus eraldi määrata. Toimiva teenuspaketi kokku saamiseks peab abivajaja läbima arvukalt erinevaid hindamisi ja tegevusplaanide koostamisi, mis ei ole omavahel kooskõlas. Täna on vaja eraldi taotleda erihoolekande, rehabilitatsiooni-, töötukassa- ja KOV teenuseid. Asjaajamine on kõigis taotlusprotsessides erinev, osaliselt tuleb mitmesse erinevasse kohta esitada samu andmeid, kuigi need andmed on ühele riiklikule süsteemile juba esitatud.

Lahenduse hüpotees

- Sihtgruppide vajalike teenuste (erihoolekandeteenused, reha teenused, KOV sotsiaalteenused) koondamine ühte teenussüsteemi kaotab ära vajaduse mitmest eri teenussüsteemist eraldi teenuseid taotleda. Inimese toetusprotsess ja terviklik abi pakkumine saab alguse ühest kohast. Esmase toetuse osutaja võtab vastutuse inimese toetamiseks teenussüsteemi sisenemisel. Fookuses ei ole teenuste taotlemine vaid

võimalikult kiire toetusvajaduse kaardistamine - mil määral ja millistes valdkondades inimene abi vajab (esmane hindamine).

- Esmase toetuse osutaja vastutus on inimene baastoetuse osutajaga seostada, kes jätkab põhjaliku personaalse hindamise ja teenuste planeerimisega. Baastoetuse osutaja koordineerib inimese seostamist ka sidusvaldkondade teenustega, et toetus oleks inimese jaoks võimalikult terviklikult korraldatud.

Mis piloodis toimis? Millele saadi kinnitust?

Toimis hästi teenusele sisenemise protsess, kus inimene ei pidanud abi saamiseks eraldi taotlust esitama ning kui esmase hindamise instrumendiga oli dokumenteeritud abivajadus, algas KOV ja baastoetuse osutaja koostöös vajaliku toetuse planeerimine. See on oluline erinevus tänase hoolekande põhimõttega, kus inimene mingi teenuse saamiseks peab ise selleks taotluse esitama.

Toetust pakuti ka juhul, kui inimene ei olnud nõus või võimeline avaldust esitama ja allkirjaga kinnitama. Rõhutati, et erihoolekande sihtgrupi puhul ei tohiks avaldus ja allkirjaga nõusolek olla tingimuseks teenuste saamisel.

Hästi toimis esmahindamine koos baasteenuse osutajaga, kui klient ja tema vajadused üldiselt olid eelnevalt teada. Seeläbi välditi topelt info kogumist, ning oli võimalik seostada inimene baastoetuse osutajaga. Esmase hindamise tulemus oli sisendiks baastoetuse osutajale.

Piloodi raames oli KOV-ile uus praktika, et suheldi pere ja võrgustikuga inimese esmasel hindamisel. Seda peeti väga kasulikuks.

Teenuse saamise eeltingimuseks polnud vaja psühhiaatri hinnangut - teenussüsteemi oli võimalik siseneda ka inimestel, kellel on vähene haigusteadlikkus ja kelle jaoks psühhiaatri hinnangu saamine oli varasemalt takistuseks teenuste saamisel.

Mis jäi lahenduseta?

Kuigi inimeste toetusvajadus oli KOVile sageli varasemast teada ja nad oleksid võinud instrumendi iseseisvalt ja olemasoleva info põhjal täita, viidi siiski sageli läbi nõ komisjoni hindamise stiilis kohtumine.

Mitmed KOVid tahtsid juba esmase hindamise käigus ise inimestele lisatoetust planeerida, kuigi nende ülesanne oli inimese teenussüsteemi sisenemist toetada ja inimene baastoetuse osutajaga seostada. Selle põhjuseks võis olla vähene usaldus baastoetuse osutaja pädevuse suhtes inimese toetusvajadust iseseisvalt hinnata.

KOVide tagasisides mainiti, et klientide puhul, kelle abivajadus oli varasemalt teada, ei andnud esmahindamine olulist lisaväärtust. Sealjuures ei nähtud esmase hindamise instrumendis alati lisaväärtust oma töö dokumenteerimisel ja juhtumi eesmärkide seadmisel, sest senises tööprotsessis pole kõik piloodis osalejad oma tööd dokumenteerinud ja juhtumite puhul eesmärgi seadnud.

Mitmete baastoetuse osutajate tagasisidest lähtus, et esmase hindamise tulemused on personaalse tegevusplaani koostamiseks liiga vähe informatiivsed. Samas ei olnud mudelis ette nähtud, et esmase hindamise tulemused on ainus sisend tegevusplaani koostamiseks vaid pigem aluseks inimese õige fookusega baastoetuse osutajaga seostamisel.

Millised olid uued tõrked, mida ei osatud ette näha?

Teenuste planeerimise ja toetusvajaduse hindamise protsess venis seoses suvepuhkustega ning inimeste seostamine baastoetuse pakkujatega võttis kauem aega kui oleksime oodanud. Mitmes KOVis võttis sobiva baastoetuse pakkuja leidmine samuti kauem aega, kui oleksime eeldanud. Peamine põhjus sealjuures see, et KOV polnud varem vajaliku pädevusega erihoolekande spetsialistidega koostööd teinud.

Klientide puhul, kelle abivajadus oli varasemalt teada, ei andnud esmahindamine olulist lisaväärtust, sarnane info oli juba varasema hooldus- vm vajaduste hindamise käigus kogutud. Esmahindamine toimus reeglina ühepoolse info kogumisena, kus töötaja poolne eesmärk oli infot koguda, inimesel passiivne roll infot jagada.

Hindamisinstrument oli liialt häire rõhutamise keskne, mistõttu seda ei olnud mugav koos kliendiga täita.

Esmahindamise instrumendi täitmisel seostati riskikäitumise hindamine vaid inimese ohtliku ja ennast kahjustava käitumisega. Muid riske, nagu enda hooletusse jätmine või laste hooletusse jätmine, ennast kahjustav käitumine jm ei osatud tähelepanu pöörata.

Millised uued lahendused piloodi käigus kujunesid?

Esmakohtumisele kaasati baastoetuse või hädaabi toetuse osutajad, et inimene nendega koheselt seostada (sest tegelikult oli inimese abivajadus KOVile juba pikemat aega teada). Esmahindamine toimus teenuseosutajaga seostamisena.

KOVid tõid välja, et tavapäraselt hinnatakse vaid seda, kas klient vajab abi ja juhtumikorraldust. Piloodi käigus hinnati erinevaid eluvaldkondi ning KOVil tekkis terviklik pilt inimese vajadustest, millest lähtuvalt oma tööd planeerida.

Mudeli muudatused

Kui inimesega kontakt on KOVil juba varasemalt olemas ja/või abivajadus on suurel määral teada, nt kui on läbiviidud hooldusvajaduse hindamine, saadud info teenuseosutajatelt v sidussüsteemidelt, siis ei pea koos inimesega esmahindamist läbi viima. Esmahindamise läbiviimisel on rõhutatud, et inimeselt tuleks uurida üksnes nende valdkondade kohta, mille kohta varasem info on puudulik. KOV saab instrumendi täita ise ja inimese kohe sobiva baastoetuse osutajaga seostada. Mudelis on rõhutatud, et põhjalikum personaalne hindamine ja toetuse planeerimine jääb baastoetuse osutaja vastutuseks.

Esmase hindamise instrumendi muudatused, mis muutsid instrumendi inimesekesksemaks töövahendiks:

- instrumenti võib täita nii koos kui ilma kliendita;

- fookuse muutmine häire raskuse hindamiselt - toetusvajaduse ja toimetuleku määra hindamisele;
- ülesehitus eluvaldkondade põhiseks, ehk terviklik vaade inimese elule. Kirjeldatud on eluvaldkonnad, millega inimene suudab suhestuda ja mis ei rõhuta tema psüühilist erivajadust;
- eluvaldkondade hindamisel ei ole ette antud konkreetseid küsimus - intervjuu küsimuste sõnastus jääb intervjuu läbiviija otsustada, mis peaks tagama loomulikuma vestluse;
- riskihindamise valdkondade täpsustamine, et hindamise läbiviija oleks suuteline hindama riskikäitumist laiemalt.

5.3 Abivajaja toetusvajaduse hindamine, toetuse planeerimine

Tuvastatud probleem: Toetusvajaduse hindamine on killustunud ja dubleeriv

Tänane toetusvajaduse hindamine on valdavalt ebaühtlane ja ressursimahukas.

Toetussüsteem erihoolekandeteenuste sihtgrupile on killustatud ja erinevate osapoolte koostöö info liikumisel pole piisav. Inimestele tehakse hindamisi ja koostatakse tegevusplaane erinevate teenusosutajate poolt ja eri teenuste raames. Teenuste vajaduste hindamine ei toimu terviklikult ning inimese vajadusi ei vaadelda valdkondade üleselt. Vajaduste hindamine toimub mitmes etapis ja mitme eri osapoole poolt - dokumentide alusel teenustele õigustatuse hindamine ning rehabilitatsiooniteenuse vajaduse eelhindamine SKA poolt, töövõime hindamine, rehabilitatsioonimeeskonna poolne hindamine suure toetusvajadusega klientidele, teenuseosutaja poolne hindamine tegevusplaani koostamiseks, KOV juhtumiplaani koostamine. Hindamise tulemused ei toeta ega täienda üksteist.

Lahenduse hüpotees

- Erinevate hindamiste arvu minimeerimine abivajaja jaoks. Killustatud teenussüsteemi ühtlustamine - sh erihoolekande-, rehabilitatsiooni- ja KOV sotsiaalteenuste koondamine ühtseks teenussüsteemiks, mis väldiks teenuste dubleerimist ning erinevate toetust pakkuvate süsteemide poolt inimese vajaduste mitmekordset ühtedel ja samadel eesmärkidel hindamist.
- Mooduli- ja komponendipõhise teenussüsteemi välja töötamine, mis võimaldaks toetusmeetmeid koondada ning hindamiste arvu vähendada.
- Baastoetuse moodul, mille pakkuja võtab vastutuse tervikliku toetusvajaduse hindamise ja toetuse planeerimise ning inimese seostamise eest teenuste ja sidusvaldkondadega.
- Esmahindamise tulemused on sisendiks baastoetuse osutajale töö alustamiseks
- Tervikliku ja järjepideva personaalse hindamise sisseadmine, mis arvestaks erinevate eluvaldkondadega ning selgitaks välja abivajaja tegeliku võimekuse, motivatsioonid ning jälgiks nende muutumist ajas. Terviklikku ning järjepidevat vajaduste hindamist on võimalik teostada koos inimesega tema loomulikus elukeskkonnas läbi koos tegemise ja kogemise. Sellest lähtuvalt peaks toetusvajaduse hindamine toimuma teenuseosutaja poolt, kes abivajajaga regulaarselt suhtleb ja talle teenuseid pakub, kaasates hindamisse vajadusel eksperte valdkondadest, milles tal endal vajalik pädevus puudub.

Mis piloodis toimis? Millele saadi kinnitust?

Baastoetuse osutajal on võimalik planeerida inimesele terviklik ja personaalne toetuspakett ühe põhjaliku hindamise alusel. Piloodis baastoetuse osutaja poolt läbi viidud personaalse hindamine ja tegevusplaani koostamise alusel oli võimalik inimesele korraga planeerida tänase KOV, erihoolekande- ja rehabilitatsiooniteenuseid.

Enamus piloodis osalevaid baastoetuse osutajaid olid võimelised kandma baastoetuse mooduli ülesandeid.

Vajaduste hindamine oli üldjuhul metoodiline. Kaks teenuseosutajat kasutasid oma asutuse hindamisvahendit, mis ei põhinenud otseselt rahvusvaheliselt tunnustatud metoodikal, kuid mida on süstemaatiliselt arendatud ja kasutatud. Teised teenuseosutajad kasutasid CARE ja Equal metoodikat.

Juhtudel, kui personaalset toetust pakkuv inimene ei olnud üksinda pädev läbi viima personaalset hindamist ja tegevusplaani koostamist, kaasati vajaliku pädevusega töötaja (nt vanemtegevusjuhendaja, sotsiaalkeskuse juhataja).

Hädaabi toetuse mooduli raames koostati inimestele, kes ei olnud valmis koostööks, toetusplaanid. Toetusplaanide koostamisel osalesid ka pereliikmed.

Mis jäi lahenduseta?

Terviklikuks planeerimiseks on keeruline saada vajalikku infot sidusvaldkondadest (eelkõige tervishoiust ja töötukassast).

Koostööks ja infovahetuseks KOViga pole baastoetuse osutajal ühtset platvormi, mis tööprotsessi toetaks.

Millised olid uued tõrked, mida ei osatud ette näha?

Piloodi alguses oli plaanis KOV ja teenuseosutaja infovahetuseks kasutada STAR programmi. Piloodis selgus kiiresti, et programm ei toeta mudeli tööprotsessi ning pole piisavalt paindlik. Seda ei saa kasutada kahepoolseks infovahetuseks, teenuseosutajatel on vaid osaline juurdepääs infole.

Kaks KOVi töid välja, et piirkonnas ei ole pädevaid baasteenuse osutajaid, kes suudaks läbi viia personaalset hindamist (Jõhvi, Märjamaa). Klientide personaalne toetusvajaduse hindamine pole seal nelja kuu jooksul tehtud.

Mudeli muudatused

Mudelis on selgemalt sõnastatud erinevate moodulite tegevused ja vastutus.

Rahastaja seisukohast on oluline, et tegevusplaan oleks võimalik seostada planeeritud teenuskomponentidega.

Tuvastatud probleem: Teenussüsteem ei võimalda toetust planeerida inimkeskselt, paindlikult ja efektiivselt

Tänane teenuste pakkumine on olnud teenuseosutaja keskne - teenuste planeerimisel ei lähtuta inimese individuaalsetest vajadustest vaid lähtutakse tänaste teenuste kirjeldustest (IET; TT; ÖE jm), teenuseosutaja pädevustest ja võimalustest. Seetõttu jäävad täna paljud kliendid teenussüsteemist välja, kui neile nõ standard-lahendus ei sobi. Näiteks ei ole täna piisavalt kättesaadavad teenused sihtgruppidele (autismihäire, topeltdiagnoos, nt psüühika- ja sõltuvushäire), kellega töötamine nõuab suuremat ressursi ja pädevust.

Teenuse sisu pole tänases teenussüsteemis paindlik - abivajajale osutatakse tihti samaaegselt erinevaid erihoolekande- ja rehabilitatsiooniteenuseid, mis üksteist osaliselt dubleerivad, sest teenuse üksiktegevusi pole võimalik väiksemas mahus eraldi määrata.

Täna on ööpäevaringsetel teenustel suur hulk inimesi, kellele sobiks paremini kogukonnapõhised erihoolekandeteenused, kuid kes vastavate teenuste puudumise tõttu oma piirkonnas on jõudnud riiklikult rahastatud ööpäevaringsetele teenustele.

Lahenduse hüpotees

Komponendi ja moodulipõhine teenusmudel, mis võimaldab paindlikku ja individuaalset lähenemist. Eluvaldkondade põhiselt jaotatud teenuskomponendid, mis soosivad kliendi vajaduste keskset toetuse planeerimist ja terviklikku lähenemist.

Mis piloodis toimis? Millele saadi kinnitust?

Tegevusplaanis oli võimalus inimese eri vajadustest lähtuv komponentide planeerimine, sh võimalus kasutada eri organisatsioonide poolt pakutavaid teenuseid.

Hädaabi toetuse moodul võimaldas alustada tööd (kontakti loomist) inimestega, kes ei ole valmis abi vastu võtma (puudub haigusteadlikkus).

Mis jäi lahenduseta?

Uue mudel raames lähtuti üldjuhul vaid KOV enda sotsiaalosakonna ja allasutuste võimekusest teenuseid pakkuda. See võis ühest küljes olla seotud ka piloodi korraldusega, mis oleks mitte-allasutustelt teenuste tellimisel kaasa toonud suurema halduskoormuse (pakkumiste küsimine).

Kuigi uus teenusmudel võimaldab planeerida toetust ka ilma tänaste erihoolekandeteenusteta (kogukonnaressursse jm teenuseid kasutades), oli KOVidel ja teenuseosutajatel suuri raskusi uues raamistikus mõtlemisega.

Millised olid uued tõrked, mida ei osatud ette näha?

Komponentide loetelu oli piloodis osalejate jaoks liiga detailne. Raskusi valmistas esmase toetuse ja baastoetuse ülesannete määratlemine, samuti baastoetuse personaalse toe ning paljude lisatoetuse komponentide erinevusest aru saamine.

Hädaabi komponentide hulgas ei olnud võrgustiku töö koordineerimist ja personaalset tuge. Hädaabi mooduli raames pakutavate komponentide nimekiri oli piiratud. Piloodis on kliente, kelle puhul nähakse tulevikus vajadust nt igapäevaelu toetamisega seonduvate

komponentide pakkumiseks, et kontakti luua või säilitada., kuid need komponendid puudusid hädaabi komponentide loetelust.

IP ja PH sihtrühmadele eraldi komponentide loetelu ei pidanud piloteerijad vajalikuks, sest suures osas komponendid kattusid. Üks loetelu lihtsustaks teenuste planeerimist.

Mitmel puhul planeeriti teenuseid lähtuvalt enda pädevusest või piirkonnas kättesaadavatest teenustest (st olemasolevatest teenustest). Nt kuna KOVis puudub täna intervallhoiu teenus, polnud võimalik teenust perele pakkuda. Ei kaalutud muude alternatiivsete lahenduste otsimist, milleks vahendid olid piloodis olemas (nt intervallhoiu teenuse pakkumine inimese kodus vm).

Uute lahenduste välja mõtlemine ja korraldamine on piloodi raames baastoetuse osutajale ja KOVile liiga töömahukad. Samas hindasid KOVid oma võimekust teenuste arendamiseks või teenuseosutajatele soodsa keskkonna loomiseks pikemas perspektiivis väga heaks.

Uues teenusmudelil olid esmase- ja baastoetuse mooduli tegevused vormistatud komponentidena. Moodulite eest vastutajad said seetõttu aru, et nende tegevuste läbiviimine võib olla valikuline.

Mudeli muudatused

Esmase-, baas- ja hädaabitoetuse moodulis komponentide koondamine ning sõnastamine mooduli eest vastutaja ülesannetena. Lisatoetuse komponentide detailsusastme vähendamine ning erihoolekande teenuste sihtgrupile oluliste teiste sidusvaldkondade komponentide esitamine eraldi loeteluna.

Hädaabi mooduli tegevused piiritleti personaalse toe komponendiga, kus kirjeldati vajalikke kontakti loomise, seostamise ja võrgustiku töö koordineerimisega seotud tegevusi. Eelnevalt oli hädaabi moodulis piiratud loetelu lisatoetuse komponente. Muudeti piiratud loetelu põhimõtet - hädaabi toetuse raames on võimalik vajadusel kasutada kõiki lisatoetuse komponente, kui need on vajalikud mooduli eesmärkide saavutamiseks.

Tuvastatud probleem: Puudub osapool, kes vastutaks tervikliku toetuse planeerimise eest, mis arvestaks kõiki eluvaldkondasid

Teenussüsteemis puudub abivajaja jaoks üks abistaja ja koordineerija, kes aitaks muuta erinevad teenused üheks terviklikuks abipaketiks. Teenuste ja ka rahastamise võimaluste integreerimine terviklikuks ja inimese vajadustele vastavaks toetussüsteemiks jääb sageli kasutamata, kuna puudub personaalne juhtumikorraldaja, kes vastutaks inimesele vajaliku abi koordineerimise eest ning on inimesele kogu protsessi ajal vajadusel toeks.

Lahenduse hüpotees

Baastoetuse moodul, mis sisaldab personaalse toetuse ja võrgustiku töö koordineerimise komponenti. Baastoetuse osutaja alustab inimese toetusvajaduse personaalsest hindamisest ning hakkab sellest lähtudes koos inimesega toetust planeerima. Samuti tegeleb ta juhtumi

korraldamise ja individuaalse toetuse pakkumisega, mis hõlmab endas lisatoetuse ja sidusvaldkondade teenustega seostamist ning võrgustiku koostöö koordineerimist.

Mis piloodis toimis? Millele saadi kinnitust?

Toetuse pakkumine ja planeerimine toimus piloodi esimestel kuudel valdavalt läbi baastoetuse osutamise, väga suurt rolli mängis personaalne tugi. Lisatoetus planeeriti sageli suures osas sama teenuseosutaja juurde, kes pakub baastoetust (KOV allasutused). Võrgustiku töö raames toimus suhtlus teenuseosutajate, KOVi ja perede vahel. Samuti seostati inimesi vajadusel kolmandate teenuseosutajatega.

Mis jäi lahenduseta?

Mitmes KOVis oli keeruline leida piisava pädevusega baastoetuse pakkuja (Jõhvi, Märjamaa), tekkis ka keeleprobleem. Olemasolevad teenuseosutajad polnud võimelised tööks venekeelsete klientidega. Seetõttu jäid venekeelsed kliendid kahes omavalitsuses piloodist välja (Haapsalu, Jõhvi).

Millised olid uued tõrked, mida ei osatud ette näha?

Piloodis osalejad ei saanud aru, kust jookseb personaalse toetuse ja lisatoetuse komponentide piir. Personaalse toe komponent kattus osaliselt nii võrgustiku töö koordineerimise, personaalse hindamise ja tegevusplaani koostamise kui paljude lisatoetuse komponentidega.

Paljusid individuaalse tegevusega seotud lisatoetuse komponente võib pakkuda sama inimene, kes pakub personaalset tuge. Seetõttu teostati nt igapäevaelu toetamise tegevusi paljudel juhtudel personaalse toe komponendi alt, kuigi selleks oli ette nähtud teised lisatoetuse komponendid.

KOV ja baastoetuse osutaja juhtumikorraldus toimub paralleelselt (nt KOV kohustus koostada STARis juhtumiplaan). Puudub platvorm, mis seda koostööd toetaks.

Mudeli muudatused

Baastoetuse osutaja ülesannete selgem kirjeldus ning mooduli kolme eraldi komponendi liitmine üheks komponendiks. Eraldi komponentide eristamist ei peeta vajalikuks, sest piloodi käigus selgus, et neid tegevusi tuleb läbivalt kõigi klientide puhul teha ja need on omavahel suuresti kattuvad või paralleelsed.

Personaalse toe ülesannete selgem sõnastamine. Lisatoetuse komponentide hulgast seostava ja korraldava sisuga komponentide kaotamine ja nende tegevuste viimine baastoetuse personaalse toe komponendi alla (nt transpordi tagamine, rahaliste toetuste taotlemine, tervisekorraldus, sissetuleku tagamine jm).

Tuvastatud probleem: Kliente ja nende lähedasi ei kaasata teenuste planeerimisse, neil puuduvad valikuvõimalused

Täna teenuste raames puuduvad abivajajal sageli seoses teenuste kättesaadavusprobleemidega valikuvõimalused. Abivajajaid ja nende lähedasi ei kaasata toetusvajaduse hindamise protsessi võrdse osapoolena, nad ei saa teha oma elu puudutavaid

valikuid (sest kättesaadavusprobleemide tõttu pole millegi vahel valida). Abivajaja pole teenuste rahastamise perspektiivist teenussüsteemi võrdne osapool, tal puudub igasugune valikuvõimalus ja otsustusõigus planeerida teenuste rahastamist vastavalt oma vajadustele ning valikutele teenuseosutaja suhtes - arveldamine toimub teenuste rahastaja ja teenuseosutaja vahel. Abivajajal pole näiteks võimalik otsustada, et ta sooviks saada osa teenuse sisust ühe teenuseosutaja juures ning osa teise teenuseosutaja juures (nt tugigrupis osalemine teise teenuseosutaja juures).

Lahenduse hüpotees

Komponendi ja moodulipõhise teenussüsteemi rajamine, mis võimaldab abivajajal erinevaid teenuskomponente erinevatelt teenuseosutajatelt valida ning teenuskomponentide planeerimisel aktiivse osapoolena kaasa rääkida.

Inimese ja tema pere kaasamise rõhutamine esmase ja baastoetuse mooduli töös. Inimese ja pere informeerimise ja teenuseosutajatega tutvumise komponendid esmase toetuse raames, mille eesmärgiks on tagada jõustatus, informeeritud valikud ja otsused teenussüsteemi sisenemisel ja toetuse planeerimisel.

Mis piloodis toimis? Millele saadi kinnitust?

Soovi korral kaasati inimene ja pere toetuse planeerimise protsessi. Enamus baastoetuse osutajad kasutasid tegevusplaani koostamisel inimest ja pere kaasavaid meetodikaid (CARE, Equal). Teenuseosutajad, kes kasutasid oma sotsiaalkeskuses välja töötatud hindamise ja planeerimise instrumente, rõhutasid samuti inimese ja pere soovidega arvestamist.

Kliente polnud võimalik kaasata juhul kui nad keeldusid abist või ei olnud koostööks valmis. Sel juhul koostati toetusplaan, võimalusel koostöös pereliikmetega.

Mis jäi lahenduseta?

Sisuliselt polnud inimestel võimalik esmase toetuse pakkujat valida. Kõigis KOVides pakub piloodis baastoetust reeglina KOV allasutus või KOVi poolt valitud üks koostööpartner, kelle sobivuse otsustas KOV sotsiaaltöötaja.

Inimestel ja peredel polnud endiselt õigust teenuste valikus ja rahastamise kasutamise küsimustes võrdse osapoolena kaasa rääkida, sest isikliku eelarve ideed piloodi raames ei testitud. Valikute puudumine võis tuleneda ka piloodi korraldusest, sest lühikese aja jooksul oli omavalitsustel mugavam teenuste osutamine läbi oma allasutuste korraldada.

Millised olid uued tõrked, mida ei osatud ette näha?

Mitmel juhul polnud inimene ja pere valmis koostööks ja abi vastu võtmiseks, kuigi spetsialistide hinnangul inimene vajaks toetust. Teenuseosutajate hinnangul puudus neil piisav pädevus koostöövalmiduse suurendamiseks ning inimesed langesid piloodist välja. Teenusmudel oleks sellistes olukordades näinud ette hädaabi toetuse mooduli võimaluste kasutamist, mitte teenuse osutamise lõpetamist, kuid KOV-id ei olnud valmis sellekohast komponenti hakima mõnelt teiselt teenuseosutajalt.

Pered ja kliendid polnud huvitatud teenussüsteemi toimimisest aru saama. Esmase toetuse pakkujad ei pidanud informeerimist teenussüsteemi põhimõtetest vajalikuks.

Mudeli muudatused

Esmase toetuse mooduli eest vastutaja kohustuse rõhutamise inimeste informeerimisel. Mudeli ja osapoolte vastutuste selgem kirjeldus (nii ptk 4 kui Lisa 1). Teenusmudeli toimimise põhimõtete lühikirjelduse loomine kasutaja perspektiivist (Lisa 1).

Ettepanekud tagasiside kogumiseks

Piloodi käigus tuleks koguda piloodis osalevatelt inimestelt või nende lähedastelt tagasisidet selle kohta, kas nad saavad aru oma õigustest ja võimalustest uue teenusmudeli raames. Selleks saab kasutada nii Lisas 1 toodud lühikirjelduse arusaadavuse testimist piloodis osalejatega, kui ka tagasiside küsimist piloodi lõpufaasis.

Ettepanekud edaspidiseks

Kindlasti tuleb uue teenusmudeli juurutamisel edasi tegeleda inimeste ja/või nende lähedaste informeerimise ja jõustamise küsimustega, et tagada olukord, kus nad on teenussüsteemis koheldud võrdse osapoolena ning saaksid oma elu mõjutavate teenuste planeerimisel kaasa rääkida (vt ka ptk 5.2, kus käsitleti sama probleemi).

Oluline on suurendada kriisisekkumise ja hädaabi toetuse pakkumise pädevust teenuseosutajate hulgas (vt ka ptk 6 Ettepanekud edaspidiseks).

5.4 Abi ja toetus lähedastele

Tuvastatud probleem: Lähedastele pakutav toetus ei ole piisav, peredel on suur hoolduskoormus

Lähedased jäävad koju omaseid hooldama, sest sobivad teenused puuduvad teatud sihtgruppidele (nt autismihäire, topeltdiagnoosid).

Puuduvad teenused, mis võimaldaksid hoolduskoormust osaliselt jagada. Näiteks pole intervallhoiu teenus erihoolekandeteenusena kättesaadav.

Teenuseosutajate keskne teenussüsteem on loonud olukorra, kus lähedastel puudub usaldus teenussüsteemi ja teenuseosutajate suhtes (sh müüdid konveierasutuste ja ebainimliku suhtumise kohta).

Abist keelduvad inimesed jäävad täna teenussüsteemist välja. Samuti ei ole teenuseosutajatel täna võimalik abi pakkuda inimese lähedastele, kelle kaudu oleks võimalik ka abist keeldujat toetada. Seetõttu jõuavad paljud abivajajad täna toetuseni liiga hilja. Selleks hetkeks on nende (ja sageli ka lähedaste) iseseisev toimetulekuvõime oluliselt vähenenud ning teenuste raames tuleb hakata tegelema isikute sotsiaalse rehabiliteerimisega.

Teenuseid saavate inimeste lähedased ei saa piisaval määral abi ja nõustamist, et tagada oma erivajadusega pereliikmele vajalik ja pädev toetus. Tänapäevaste teenuste raames tehakse peredega tööd väga vähesel määral, sest seda ei rahastata teenuste raames.

Sageli pole lähedased ei valmis kliendi iseseisvumiseks/ kodust lahkumiseks, kuna lähedase eest hoolitsemine on olnud pikka aega suur osa nende elust ja identiteedist, mis on märk sellest, et nad vajaksid ka ise nõustamist ja toetust.

Lahenduse hüpotees

- Eraldi komponentide grupina/valdkonnana on toodud pere toetamine (perenõustamine, koolitus, kogemusnõustamine jm). Eraldi komponendina on kirjeldatud intervallhoid, et pakkuda peredele võimalust puhkuseks ja vähendada hoolduskoormust.
- Hädaabi moodul - kui inimene ise ei võta abi vastu, on võimalik pakkuda peredele toetus ja nõustamist.

Mis piloodis toimis? Millele saadi kinnitust?

Pere toetamise komponendid olid piloodis osalevate klientide peredele aktiivselt kasutatud.

Hädaabi mooduli kaudu toetatud klientide toetusplaanid sisaldasid eranditult pere toetamise komponente. Kinnitust sai hüpotees, et kui inimene ise ei võta abi vastu, siis on oluline toetada või luua kontakti inimesega läbi pere ja pakkuda peredele aktiivset toetust.

Mis jäi lahenduseta?

Tulenevalt paljude tänaste erihoolekande- ja KOV sotsiaalteenuste vähesest kättesaadavusest piirkonniti (nt intervallhoid, tugisiku teenus, pere koolitus ja nõustamine), polnud võimalik peredele piloodis vajalikku teost pakkuda ka siis kui vastav vajadus oli toetusvajaduse hindamise käigus tuvastatud. Täpsemalt ei suutnud baastoetuse osutaja korraldada peredele kolme kuu jooksul toimivat toetuspaketti, kuigi hinnati, et kahte intellektipuudega tütar (üks nendest raske puude ja autismihäirega) hooldav üksikema vajaks kiiremas korras toetust. Piirkonna potentsiaalne teenuseosutaja ei olnud valmis intervallhoiu teenust piloodi raames pakkuma. Baasteenuse osutaja ei osanud leida muid alternatiive pere toetamiseks, kuigi eelarvelised vahendid selleks piloodi raames olid tagatud. Põhjusena toodi tihti välja, et piloodi raames puudus asjaajamiseks KOV tasandil inim- ja ajaressurss, sest piloodi tegevusi tuli teha oma täiskohaga töö kõrvalt.

Millised olid uued tõrked, mida ei osatud ette näha?

Oli peresid, kelle psüühikahäirega lähedane abi vastu ei võtnud ja kes ka ise abi ei soovinud, väites et nad saavad hakkama. Kuigi esmahindamise läbi viinud töötaja väitel vajaks pere toetust ja nõustamist, puudus neil enda hinnangul pädevus kontakti loomiseks abivajajatega ja nad ei olnud valmis seda sisse hankima ka mõne teise teenuseosutaja poolt.

Mudeli muudatused ja ettepanekud edaspidiseks

Vt eelmises punktis kirjeldatud muudatusi ja ettepanekuid.

5.5 Teenuste kättesaadavus

Tuvastatud probleem: Teenuste regionaalne kättesaadavus on ebaühtlane

Riiklikul tasemel pole suudetud tagada teenuste ühtlast kättesaadavust, sest puudub ülevaade piirkondlikust teenusevajadusest, mille alusel saaks teenuseid planeerida. SKA pole teenuste arendamisel ja korraldamisel töötanud selle nimel, et teenused oleksid regionaalselt ühtlaselt kättesaadavad.

KOVID ei võta teenuste arendamise ja korraldamise vastutust kohalikul tasandil, sest neil on mugavam inimesed riigiteenusele saata. Väiksemates kohtades valitseb teenusepakkujate ja teenuste puudus, sest kohalikul tasemel puudub motivatsioon ja tihti võimekus teenuste korraldamiseks ja arendamiseks. Erihoolekandeteenuseid nähakse seal eelkõige riigi vastutusena ja riiklikke erihoolekandeteenuseid kasutatakse omavalitsuste poolt, kui võimalust keerulise probleemiga inimesest vabanemiseks (sh oma eelarve kulude kokkuhoiduks). Seetõttu on ööpäevaringsetel erihoolekandeteenustel palju inimesi, kes tuleks toime väiksema toetusega oma elukeskkonnas.

Lahenduse hüpotees

KOV vastutusega teenusmudeli puhul on KOVID vastutus hinnata piirkondlikku teenuste vajadust ja koostöös teenuseosutajatega luua ja arendada piirkonnas vajaminevaid teenuseid. Komponendipõhisus võimaldab paidlikult, kliendi vajadustest lähtuvalt luua toetuspakett, mida ei pea osutama üks teenuseosutaja. Võimalus on teenuskomponente ise välja arendada v osta sisse piirkonnas tegutsevate teiste organisatsioonide v ka eraisikute poolt pakutavaid komponente.

Riiklikul tasandil (nt SKA roll konsultandina, lisaressurss analüüsideks ja arendustegevusteks) toetada KOVIDe piirkondlikku teenuste vajaduse kaardistamist ning planeerimist.

Esmatasandi vaimse tervise keskuste rajamine tagab psüühikahäirega sihtgruppide regionaalselt ühtlasemalt vajalikud esmatasandi vaimse tervise teenused seostatult erihoolekande- ja rehabilitatsiooniteenustega.

Mis piloodis toimis? Millele saadi kinnitust?

Piloodis osalenud KOVID ja teenuseosutajad kinnitasid, et said oma elanikele vajalikku toetust planeerida ja osutada kiiremini kui see oleks võimalik olnud tänases süsteemis (ära jäi teenuste taotlemise protsess ja suhtlus SKAga ning järjekorrad riiklikele teenustele). KOVID said lisavahendeid, mille abil oli võimalik korraldada kohalikul tasemel teenuseid nii suure kui väikese toetusvajadusega inimestele. Kõiki vajalikke teenuseid oli võimalik planeerida üheaegselt ja terviklikult, arvestades inimese ja pere erinevaid vajadusi.

Väikestes KOVIDes, kus ei ole täna ühtegi erihoolekande teenuseosutajat, pakuti omavalitsuse vahenditest (tugiisik, peretöötaja) vajalikku toetust. Lisaressursside kasutamise korral oldi valmis arendama KOV tugiisku teenuse baasilt baastoetust ning piirkonnas vajaminevaid teenuskomponente, nt eluaseme komponent või igapäevaelu toetamine inimese kodus.

Mis jäi lahenduseta?

Tagasisidest selgus, et mitmed KOVid pole kursis, kui palju teenuseosutajaid nende piirkonnas on. Seda eelkõige mõnevõrra suuremates omavalitsustes, kus tegelikult tegutseb mitmeid erihoolekande ja rehabilitatsiooniteenuste osutajaid, kellega nad varem pole koostööd teinud, sest sinna suunatakse inimesi SKA vahendusel (nt Jõhvis). Uue mudeli raames lähtuti üldjuhul vaid KOV enda sotsiaalosakonna ja allasutuste võimekusest teenuseid pakkuda. See võis ühest küljes olla seotud ka piloodi korraldusega, mis oleks mitte-allasutustelt teenuste tellimisel kaasa toonud suurema halduskoormuse (pakkumiste küsimine), mida omavalitsustele piloodi raames otseselt ei kompenseerita.

Kuigi uus teenusmudel võimaldab planeerida toetust ka ilma tänaste erihoolekandeteenusteta, oli KOVidel ja teenuseosutajatel kohati suuri raskusi uues raamistikus mõtlemisega.

Millised olid uued tõrked, mida ei osatud ette näha?

Oli juhtumeid, kui piirkonnas puudus vajalik komponent, siis ei otsitud alternatiivset komponendi pakkujat või ei mõeldud komponendi sisutegevuste pakkumisele teistel viisidel (nt intervallhoiu teenus inimese kodus).

Ettepanekud piloodi jätkamisel

Kogemusseminaride raames tuleks edaspidi arutada seda, kuidas iga KOV saaks välja mõelda oma piirkonna optimaalse korraldusliku mudeli ning kaardistada piirkonna teenuste vajaduse. Samuti seda, kuidas sõltuvalt KOV suurusest, võimekusest ja senisest töö ülesehitusest on võimalik tagada paindlik teenuste korraldus ja vajalike teenuste kättesaadavus.

Tuvastatud probleem: Vähene toetus teenuste vahel liikujatele (eriti DI kontekstis)

Inimese ettevalmistust erihoolekandeteenustele sisenemiseks on tänases teenussüsteemis vähene, kuigi sellega kaasnevad inimese jaoks sageli suured elumuutused. Puudub teenustega tutvumise võimalus ja teenuse sobimatuse korral paindlik teenuse vahetus, kuigi tegelik teenuse sisu ja sobivus selgub alles teenuse kasutamise käigus.

Samuti puudub piisav ettevalmistus inimestele, kes liiguvad ööpäevaringsetelt teenustelt kogukonnas elamise või toetatud elamise teenustele sh deinstitutionaliseerumise protsessi raames. Ettevalmistuse raames pööratakse rõhku iseseisvuse arendamisele igapäevatoimingutes kuid sageli jääb tagaplaanile inimese psühholoogiline valmisolek elumuutusteks, sest tänapäeval teenustel ei ole teadmiste ja ressurssi psühholoogilise toe ja vaimse heaoluga seotud tegevusteks ning nende saamiseks on vajalik siseneda rehabilitatsioonisüsteemi ja taotleda neid tegevusi teisest süsteemist.

Lahenduse hüpotees

- Komponendipõhise teenussüsteemi rajamine, mis võimaldaks teenuse osasid vajadusel paindlikumalt vahetada. Nt kui teenusega tutvumise käigus selgub, et mõni teenuse osa (teenuskomponent) ei sobi, oleks võimalik see osa (komponent) välja vahetada või proovida teist teenuseosutajat, ilma et peaks terve teenuse (toetuspaketi) välja vahetama.

- Täna ses rehabilitatsioonisüsteemis olevate tegevuste pakkumine erihoolekandesüsteemi teenuskomponentidena, mis toetavad abivajajate kohanemist teenussüsteemi sisenemisel ja teenuste vahel liikumisel.
- Terviklik ja järjepidev toetusvajaduse hindamine ja teenuse planeerimine, mille käigus selgub vajadus teenuskomponentide muutuseks ja sellest lähtuvalt lisatoetuseks muutustega kohanemisel.

Mis piloodis toimis? Millele saadi kinnitust?

Piloodis osalejatel on võimalik teenuskomponente vahetada, nende vajaduste hindamise ja toetuse planeerimise protsessi saab samuti korraldada paindlikult ja järjepidevalt. Piloodi dokumentatsioonist selgub, et samade isikute toetusvajadust on hinnatud mitme kuu jooksul, ka peale seda kui esimene tegevusplaan oli juba koostatud. Perioodil mai-august kogutud andmete põhjal on keeruline teha järeldusi, kas toetusplaanis oli vaja komponente välja vahetada - tegevusplaani muudatusi pole seni laekunud.

Samuti on kümne piloodis osaleja puhul kasutatud teenuste ja teenuskohtadega tutvumise komponenti, mille eesmärk on võimaldada lisatuge ja turvatunne muutustega kohanemisel (ettevalmistus, eelnev tutvumine teenuse ja inimestega, kohanemisperiood esmakordselt teenusele minekul).

Pilootprojektis ei osale ühtegi inimest, keda võiks pidada DI protsessi raames teenuse vahetajaks (ööpäevaringselt teenusel kogukonnapõhisele teenusele liikuv sihtgrupp, kelle puhul probleem eriti teravalt tuvastati).

Ettepanekud piloodi jätkamisel

Koguda tagasisidet selle kohta, kas järjepideva toetusvajaduse hindamise kõigus selgus teenuskomponentide väljavahetamise vajadust ning kuivõrd paindlikult seda oli võimalik korraldada.

5.6 Vaimse heaolu toetamine, esmatasandi vaimse tervise teenused ja koostöö tervishoiusüsteemiga

Tuvastatud probleem: Vähene tähelepanu vaimse heaoluga seotud sekkumistele

Nii tervishoiu- kui ka erihoolekandesüsteemis on vähe levinud taastumise mõtteviis ning sellest lähtuvalt ei ole tänaste teenuste eesmärk elukorralduse normaliseerumine. Erihoolekandeteenuste raames pööratakse vähe tähelepanu abivajajate vaimse, sh psühholoogilise heaolu tagamisele ning sellest tulenevalt pole töö toimetulekuvõime taastamise nimel valdkonna ekspertide hinnangul tihti tulemuslik. Erihoolekandesüsteemist väljuvate inimeste hulk on seetõttu madal ning inimesed, kes oleksid võimelised piisava toetusega haigusest taastuma, jäävad teenussüsteemi elu lõpuni.

Vähesed teenuseosutajad tegelevad teenuse raames süstemaatiliselt inimeste psühholoogilise heaolu tagamisega, tavapäraselt puudub selleks piisav ettevalmistus.

Inimeste psühholoogilise heaolu tagamist ja adekvaatse minapildi kujundamist peetakse teenuse raames väheoluliseks valdkonnaks, mille jaoks teenuseosutajal üldjuhul ressursi ei jätku. Tänapäevaste teenuste fookus on pigem inimese igapäevaelu oskuste ja toimetuleku toetamisel. Inimestel puudub sageli ligipääs psühholoogi teenusele ka tervishoiu- ja rehabilitatsiooniteenuste raames.

Tervishoiusüsteemis ei tegeleta piisavalt haigusteadlikkuse tõstmisega, mis peaks olema üks ravi eesmärke. Haigusteadlikkuse puudumise tõttu ei sisene abivajajad erihoolekande teenuste süsteemi, kuna ei pea spetsiifilist teenust vajalikuks.

Lahenduse hüpotees

- Vaimse heaolu tagamisega seotud sekkumiste tugevdamiseks erihoolekandes, on eraldi välja toodud taastumise ja haigusega toimetuleku toetamisega seotud lisatoetuse komponendid.
- Erihoolekande teenuste raames suurema tähelepanu pööramine abivajajate vaimse heaolu tagamisele ning perede toetamisele võimaldab pikemas perspektiivis vähendada teenussüsteemi kulusid, kuna inimese toimetulek ja taastumine on sellisel juhul tõenäolisem.

Mis piloodis toimis? Millele saadi kinnitust?

Piloodi raames kasutati vaimse tervise alast nõustamise ja haigusega toimetuleku toetamise komponente Hädaabi mooduli klientidele. Nimetatud komponendid olid sel juhul ravimeeskonnaga koostöö ja võrgustikutöö kõrval peamine toetus. Psühholoogi nõustamist oli võimalik pakkuda kiiremini, sest selleks olid vahendid piloodi raames olemas.

Millised olid uued tõrked, mida ei osatud ette näha?

Vaimse heaolu komponente planeerisid piloodi raames teenuseosutajad, kellel on sarnaste teenustega ka eelnev kogemus. Teised teenuseosutajad pakkusid küll vaimse tervise nõustamist perele, kuid kliendi toetamise fookus oli pigem igapäevaelu oskuste, hõivatuse ja sotsiaalsete suhete toetamisel. Vaimse heaolu komponentide pakkumiseks ei otsinud piloteerijad valdavalt lahendusi/ teenuskomponendi pakkujaid väljastpoolt oma allasutuste võimalusi.

Ettepanekud piloodi jätkamisel

Vaimse heaolu toetamise olulisus vajab kindlasti baas- ja lisatoetuse teenuseosutajate hulgas teadvustamist ning nende teadlikkus ja pädevus selle alaste teenuste planeerimisel arendamist. Seda võiks arutada eraldi teemana kogemusseminaril.

Tuvastatud probleem: Tervishoiu ja sotsiaalteenuste vähene integreeritus ja koostöö

Tervishoid ja psüühilise erivajadusega inimestele teenuste osutajad tegutsevad lahus, puudub süsteemne ja integreeritud koostöö, sh infovahetus.

Esmatasandi tervishoius ei pöörata vaimse tervise teemadele piisavalt tähelepanu.

Valdavalt on psühhiaatritel vähene teadlikkus ja valmisolek integratiivraviks. Palju potentsiaalseid toetuse vajajad ei saa ravi kõrvale piisavat toetust koduses keskkonnas peale ambulatoorse ravi lõppemist (nt vaimse tervise õe nõustamine, vajadusel koduvisiidid), et tagada ravi jätkamine.

Lahenduse hüpotees

Tervishoiu- ja sotsiaalteenuste integreerimine (nt vaimse tervise keskuste loomise või kahe süsteemi teenuste integreerimise näol) ning taastumise mõtteviisi juurutamine mõlemas valdkonnas võimaldab vähendada abivajajate arvu, kes haigusteadlikkuse puudumise tõttu raviplaani ei järgi ning regulaarselt statsionaarset haiglaravi vajavad. Lahenduse hüpoteesi piloodi käigus ei piloteeritud.

Mis piloodis toimis? Millele saadi kinnitust?

Hädaabi mooduli rakendamisel toimus tõhus koostöö raviarsti- ja õega, kui teenuseosutajal oli varasemalt koostööprotsess ja infovahetus läbi mõeldud ja rakendatud.

Mis jäi lahenduseta?

Mitmed teenuseosutajad juhul oli piloodi käigus endiselt raske teha psühhiaatriga koostööd, takistuseks toodi just erinev nägemus kliendi taastumisprotsessist ja toetamisest (bioloogiline versus holistiline ja taastumisele suunatud mõtteviis).

Erihoolekandeteenuste ja tervishoiusüsteemi vaheline infovahetus on endiselt suureks probleemiks. Raviarstiga koostöö sõltub mõlema osapoole heast tahtest. Takistustena tuuakse isikuandmete kaitse seadus ning psühhiaatrite hõivatus (neil pole aega sotsiaalsüsteemiga koostööks ja vaimse tervise õdedel on täna väike roll teenuseosutajatega suhtlemisel). Samas on organisatsioon, kes on leidnud sobivaid ametlikke lahendusi koostööks tervishoiu- ja erihoolekandesüsteemi vahel.

Ainult erihoolekandeteenuste disainimisega ei saavutata disainiprojektis oodatud tulemusi ja ka tulemusi inimese elukvaliteedi vaatest. Pakutud KOV vastutusega mudel ei hakka toimima, kui tervishoiusüsteemiga koostööd ja integreeritud lähenemist ei tugevdata.

Millised uued lahendused piloodi käigus kujunesid?

On teenuseosutajaid (nt Tallinna Vaimse Tervise Keskus), kes on piirkonna psühhiaatriaigla sõlminud koostöölepe, mis sisaldab mõlema poole kohutusi koostööks ja infovahetuseks. Läbi on mõeldud protseduurid nii isikuandmete kaitse kui mõlema poole rollist ja vajadustest lähtuvalt. Sarnane praktika võiks olla kasutusel ka teistes piirkondades.

Mudeli muudatused

Taastumise mõtteviisi ja integratiivse lähenemise leviku soodustamiseks tuleks minimaalse vajaliku lahendusena kaaluda eelnevalt alternatiividena kirjeldatud KOV ja tervishoiu põhise VTK mudeli ühildamist (vt ptk 6.4.1). Mudel, kus üksnes KOV võtab vastutuse inimese toetamisel teenussüsteemi sisenemisel jääb suurele osale psüühikahäirega inimestest ebapiisavaks. Nende võimalikult varajaseks märkamiseks ja sotsiaalteenustega seostamiseks on vaja sotsiaaltöötajate olemasolu tervishoiusüsteemis. Sel viisil integreeritud mudelis kannaksid tervishoiusüsteemi sotsiaaltöötajad samuti esmase toetuse mooduli vastutust - inimeste informeerimine toetusvõimalustest, esmase hindamise läbiviimine ja selle tulemuste alusel sobiva baastoetuse osutajaga seostamine. Sellisel juhul teavitab ja kooskõlastab tervishoiusüsteemi sotsiaaltöötaja esmahindamise tulemused KOViga ning KOV võtab üle juhtumi administreerimise, ilma et ta peaks ise inimesega eraldi kohtuma. Sellisel juhul on võimalik tagada kiirem ja selgem sekkumine inimeste puhul, kes satuvad tervishoiusüsteemi vaatevälja. Samuti soosiks selline lähenemine teenuseosutajate ja tervishoiuspetsialistide suuremat koostööd ning integreeritud lähenemist. See eeldab koostööd tervishoiusüsteemiga - sotsiaaltöötajate olemasolu ning nende piisavat ressursi süstemaatiliselt ja järjepidevalt esmase toetuse vastutuse võtmiseks.

Tuvastatud probleem: Teenussüsteemis puudub kriisisekkumise pädevus

Tänase teenussüsteemi (nii tervishoiu- kui sotsiaalsüsteemi) nõrkuseks peetakse vähest kriisisekkumise pädevust, spetsialiseeritud kriisisekkumiste puudumist (tänapäevases süsteemis pere, kiirabi ja politsei roll).

Vähe tähelepanu pööratakse ka riskihindamisele ja -juhtimisele kahjustava sündmuse ennetamiseks (nt enda hooletusse jätmine, suitsiid, agressiivsus, risk lastele jms). Kuna nii nende lähedastel kui ka kogukonnaliikmetel puuduvad teadmised, kuidas haiguse ägenemise puhul käituda, vajatakse kiirabi ja politsei sekkumist, et abivajajad haiglaravile toimetada. Sellega kaasnevad kulud tervishoiusüsteemis, mida oleks võimalik ennetustegevuse, sotsiaalsüsteemi toetuse ja lähedaste teadlikkuse tõstmisega vähendada.

Lahenduse hüpotees

Komponentide loetelus on olemas kriisisekkumisega seonduvad komponendid sh riskihindamine. Samuti nõustamine ja toetus perele ning kogukonna teavitamine.

Mis jäi lahenduseta?

Kriisisekkumise komponentide detailsusaste oli liiga suur. Nimekirjas oli kirjeldatud mujal maailmas kasutusel olevaid lähenemisi, mida meil täna Eestis ei rakendata ning mille pakkumise vastutus peaks jääma tervishoiusüsteemile või mille väljaarendamine peaks toimuma sotsiaal- ja tervishoiuteenustega integreeritult.

Millised olid uued tõrked, mida ei osatud ette näha?

Kriisisekkumise raames oli teenuskomponentide nimekirjas SOS kontakti komponent, mille pakkumise ja rahastamise loogikast teenuseosutajad aru ei saanud.

Esmahindamise instrumendi täitmisel seostati riskikäitumise hindamine vaid inimese ohtliku ja ennast kahjustava käitumisega. Muudele riskidele, nagu enda hooletusse jätmine või laste hooletusse jätmine, ennast kahjustav käitumine jms, ei osatud tähelepanu pöörata.

Riskijuhtimise komponenti piloodi raames ei planeeritud, kuigi suures osas oli tegemist keeruliste, abi mitte vastu võtvate klientidega, kellel on suur tõenäosus ennast ja teisi kahjustavale käitumisele.

Riskijuhtimise komponendi mittekasutamine tuleneb tõenäoliselt vastava pädevuse ja varasema kogemuse puudumisest.

KOVIDel puudus arutama teistsugusest kriisisekkumisest ja pädevus uute komponentide rakendamiseks. Ainult komponendi olemasolu ei lahendanud probleemi, sest selle rakendamiseks puudus piisav teadlikkus.

Mudeli muudatused

Kriisisekkumise komponentide koondamine ja detailsusastme vähendamine komponentide loetelus, SOS kontakti ülesanded baastoetuse mooduli raames. Komponentide sisu ja rollide selgem kirjeldus.

Ettepanekud edaspidiseks

Täna puudub KOVIDel ja teenuseosutajatel pädevus kriisisekkumise komponentide rakendamisest. Tuleks kaaluda eraldi pilootprojekti läbi viimist, kus vastava ettevalmistusega meeskonnad (erihoolekandeteenuse osutajad ja tervishoiutöötajad) erinevates piirkondades välja pakutud meetmeid rakendavad, et selguks tegelik ressursivajadus ja kriisisekkumise teenuste optimaalne piirkondlik korraldus. Teenuseosutajad ja KOVID vajavad neil teemadel kindlasti koolitust, komponendid ilma selleta tööle ei hakka.

5.7 Sihtgrupi jaoks olemasolevate sotsiaalteenuste ressursside kasutus

Tuvastatud probleem: Teenuste korraldus ja rahastus ei toeta kliendi vajadustest lähtuvat teenuste pakkumist

Tänapäevaste teenuste korraldus, osutamine ja rahastamise põhimõtted on jäigad ega arvesta piisavalt konkreetse teenusekasutaja vajadustega ei teenuse sisu, osutatava teenuse mahu, osutamise koha, aja ja sageduse osas.

Toetavate teenuste rahastamise tänapäevane korraldus ei motiveeri teenusepakkujat sisukat teenust pakkuma. Näiteks tõlgendatakse sageli nõuet pakkuda toetust minimaalselt 4h kuus sellena, et teenust rahastatakse kuni 4h kuus.

Teenuste hinnad ei tugine isikuga tehtavale tööle või tegelikele kulukomponentidele, vaid on kuupõhised kohamaksumused, mis ei ole sageli tegelike teenuse osutamisega seotud kuludega vastavuses. Rahastus pole vastavalt abivajajate toetusvajadusele diferentseeritud, mistõttu puuduvad tänapäev sobivad teenused suurt toetust vajavatele sihtgruppidele, nt sõltuvus- ja autismispektrihäirega inimestele (kes vajavad ööpäevaringset toetust). Samuti on seetõttu keeruline pakkuda toetavaid teenuseid suurema järelevalve või hooldusvajadusega inimestele, sest teatud sihtgruppide puhul pole tänapäev toetavate

teenuse maksumuses arvestatud suurema järelevalve või hooldusega kaasnevat kulu (nt liitpuudega abivajajate puhul).

Lahenduse hüpotees

- Teenuste rahastamise süsteemi sisseseadmine, kus eelarve suurus sõltub abivajaja tegelikust toetusvajadusest.
- Komponendi ja moodulipõhise teenussüsteemi rajamine, mis võimaldab abivajajal erinevaid teenuskomponente erinevatelt teenuseosutajatelt valida ning teenuskomponentide planeerimisel aktiivse osapoolena kaasa rääkida.
- Teenuskomponentide hinnastamisel teenuse sisust tulenevate tegelike kuluosadega arvestamine: töö maht, vajalik pädevus ning keskkonnatingimused.

Mis piloodis toimis? Millele saadi kinnitust?

Teenuste osutamine toimus kulupõhiselt ja klientidele koostati nende vajadustest lähtuvad toetuspaketid. Inimestele oli võimalik toetust pakkuda nende toetusvajaduse määra alusel - suurema toetusvajadusega inimesed vajasisid rohkem individuaalset toetust jne. Samuti kombineeriti ühte toetuspaketti mitme erineva teenuseosutaja teenuseid, vastavalt hinnatud toetusvajadusele.

Mis jäi lahenduseta?

Ka rahastuse olemasolu ei taganud klientidele vajaliku toetuse korraldamist juhtudel, kui piirkonnas puudus vajalik kompetents või olemasolev teenus. Omavalitsustel ja baastoetuse osutajatel puudus ressurss (aeg ja inimesed) alternatiivsete lahenduste organiseerimiseks. Põhjenduseks toodi, et piloodi raames vajalikke tegevusi tuleb teha oma tänase täiskohaga töö kõrvalt. Seetõttu võttis inimestele teenuste korraldamine oodatust oluliselt rohkem aega.

Millised olid uued tõrked, mida ei osatud ette näha?

Piloodis osalevatel teenuseosutajatel oli mitmel juhul raskusi oma teenuste hinnastamisega, sest seni oli tööprotsessi korraldatud omavalituse eraldatud eelarve ja erihoolekande süsteemist laekuvate pearahade alusel (mitte reaalsete kulude alusel).

Komponentide tabeli detailsus muutis töö planeerimise ja aruandluse protsessi keeruliseks - komponendid on tabelis kirjeldatud nii detailselt, et reaalsel teenuse osutamisel on sageli korraga vaja paralleelselt tegeleda mitme komponendi tegevustega. Näiteks toidu valmistamise õppimise puhul (kliendi eesmärk) saab komponentidena loetleda: Personaalne tugi; Eelarve planeerimine ja rahaliste toimingute tegemine, asjaajamine; Söömise ja söögitegemise toetamine; Majapidamis-toimingute toetamine.

Tulenevalt komponentide loetelu liigsest detailsusest kasutati aruandluses sellistes olukordades hoopis personaalse toe komponenti, mille kirjeldus oli samuti piloodis osalejatele segane.

Mudeli muudatused

Komponentide nimekirja detailsusastme vähendamine, komponentide liitmine. Esmase ja baastoetuse komponentide koondamine ning moodulite sisu kirjelduste selgem sõnastamine muudab teenusmudeli ja nende vastutuse teenuseosutajatele kergemini arusaadavaks ning teenustega seonduva aruandluse vähem ajamahukaks.

Ettepanekud piloodi jätkamisel

Teenuste hinnastamisega seonduvate küsimuste arutamine kogemusseminari raames. Muudetud teenuskomponentide tabeli kasutuselevõtmine piloodis, mis võimaldaks koguda tagasisidet muudatuste mõju kohta.

Tuvastatud probleem: Teenussüsteemi killustatus ja teenuste dubleerimine

Tänane toetussüsteem erihoolekandeteenuste sihtgrupile on killustunud - abivajajale vajalike teenuste korraldamine ja rahastamine toimub mitmes erinevas teenussüsteemis paralleelselt ja märkimisväärsed osad teenustest kattuvad. Sellest tulenevalt toimub tänases teenussüsteemis ressursside raiskamine. Nt osutatakse abivajajale tihti samaaegselt erinevaid erihoolekande- ja rehabilitatsiooniteenuseid, mis üksteist osaliselt dubleerivad, sest teenuse üksiktegevusi pole võimalik väiksemas mahus eraldi määrata

Lahenduse hüpotees

Erihoolekandeteenuste sihtgrupile vajalike teenuste killustatust ja paralleelsete süsteemide ülalpidamisega kaasnevaid kulusid on võimalik optimeerida koondades sihtgrupi jaoks olemasolevad ressursid (erihoolekande, rehabilitatsiooni, KOV sotsiaalteenuste) ühte teenussüsteemi, mille vahendeid korraldab kohalik omavalitsus oma piirkonnas. See võimaldab vältida ka korduvaid ja kulukaid toetusvajaduse hindamisi erinevates teenussüsteemides ning abivajajate, nende lähedaste ja erihoolekandeteenuse osutajate administratiivse ressursi kulu teenuste ja rahastuse taotlemisel ning seoses aruandlusega.

Mis piloodis toimis? Millele saadi kinnitust?

Kolme teenussüsteemi vahendite koondamine ja mudeli moodulite loogika toimis - inimestele oli võimalik toetus planeerida kiiremini ja paindlikumalt vastavalt nende tegelikule toetusvajadusele.

Suuremas osas piloodis osalevatest omavalitustest saadi teenuste ühtsema korraldamisega hästi hakkama (nt Võhmas, Vändras, Otepää, Keilas, Tallinnas)

Mis jäi lahenduseta?

Kõik KOVid ei saanud hakkama teenuste korraldamise ja kättesaadavuse tagamisega oma piirkonna abivajajatele. Märjamaal ja Jõhvis jõuti piloodi nelja kuu jooksul sisutegevustes vaid esmase hindamise läbiviimiseni. Peale seda ei leitud oma piirkonnast teenuseosutajat, kes oleks valmis võtma baastoetuse ostuaja vastutust. Põhjusena nimetati nii suvepuhkuste perioodi kui seda, et teenuste korraldamist tuleb teha oma põhitöö kõrvalt. Probleemiks jäi endiselt ka lisatoetuse teenuskomponentide (eriti tänaste rehabilitatsiooniteenuste) regionaalne kättesaadavus - paljudel juhtudel pakkus piirkonnas

toetust vaid üks baastoetuse teenuseosutaja, kellel ei olnud samuti suve jooksul võimekust vajalikke lisatoetuse komponentide kättesaadavust tagada.

Millised olid uued tõrked, mida ei osatud ette näha?

Segadust tekitas teenuskomponentide nimekiri ja selle detailsuse aste ning komponentide kirjeldused, mis osaliselt üksteis dubleerisid - nt personaalne tugi ning paljud igapäevaeluga toimetuleku valdkonna komponendid.

Üllatuslik oli ka KOVide suurem motivatsioon ja kaasatus tegevusplaanide sisulisel koostamisel ja toetuse planeerimisel, kuigi neil oli mudeli järgi ette nähtud pigem juhtumi administreerimine peale seda kui abivajaja on baastoetuse osutajaga seostatud. Suurem kaasatus toetuse planeerimisel ei jätnud piisavalt aega oma ülesannetele täitmiseks esmase mooduli raames (nt lisatoetuse teenuste kättesaadavuse korraldamine).

Mudeli muudatused

Teenuskomponentide ühtlustamine. Esma- ja baastoetuse komponentide koondamine ning toetuse pakkuja ülesannete täpsem kirjeldus.

Tuvastatud probleem: Vähene kogukonnaressursside kasutamine

Tänased kogukonnapõhised teenused on vähe seotud kogukonnaga (kaitstud töö, kogukonnas elamine jm). Vähesed teenuseosutajad pööravad tähelepanu inimese seostamisele oma kogukonnaga ning püüavad toetuse pakkuja ära kasutada kogukonnas olemasolevaid ressursse. Inimese toetamine tema kodus ja kogukonnas eeldab oluliselt suuremat individuaalset lähenemist, kui seda pakutakse tänases teenussüsteemis.

Kogukonnas ja riiklikes süsteemides olevate teenuste ja ka rahastamise võimaluste integreerimine jääb sageli kasutamata, kuna puudub juhtumikorraldaja, kes vastutaks inimesele vajaliku abi koordineerimise eest ning kes juhiks ja nõustaks süsteemselt inimest läbi erinevate valdkondade. Seaduses nimetatud juhtumikorralduse regulatsioon ei ole seni taganud konkreetset vastutuse võtmist juhtumikorralduslikul alusel. Samuti tööd kogukonnaga, kogukonna teavitamist, koostööd avalikke teenuseid pakkuvate organisatsioonide ning ettevõtjatega

Lahenduse hüpotees

- Teenuste korraldamise viimine kohaliku omavalitsuse tasandile, mis võimaldab teenussüsteemi tugevamat sidumist kogukonnaressurssidega ning fookuse liikumist institutsionaalsetelt teenustelt kogukonnapõhiste teenustele.
- Inimese vajadustele vastavate komponentide komplekteerimine võimaldab siduda üheks toetusprotsessiks KOV-, erihoolekande- ja rehabilitatsioonimeetmed, integreerides terviklikku süsteemi ka sidusvaldkondade- ning kogukonnaressurssid.
- Teenussüsteemi sisenenud abivajajale järjepideva personaalse toe ja teenuste koordineerimise tagamine, sh personaalne tugi kodus ja oma kogukonnas toimetulekuks ning rakenduse leidmiseks, seostamiseks kogukonnas olemasolevate ressurside ja tegevustega (huvi ja vaba aja keskused, raamatukogud, kohalikud külaseltsid, väikeettevõtted, kogukonna üritused vms).

Mis piloodis toimis? Millele saadi kinnitust?

Personaalse toe komponendi kaudu tegeleti inimese toetamisega tema kodus ja kogukonnas. Kasutati Kogukonna suhete toetuse komponenti Hädaabi kliendi toetamisel, et luua toetusvõrgustik naabrite ja teiste teenuste pakujate kaudu. Kogukonnas rakenduse leidmise raames otsiti kliendile töövõimalusi kohalike tööandjate poolt.

Kinnitust sai vajadus kogukonnaressursside mõiste ja võimaluste selgitamise järele, samuti heade praktikate ja näidete levitamise järele. Kuna esialgsed tegevusplaanid olid väga teenuste kesksed, siis käsitleti kogemusseminaril eraldi kogukonnaressursside kasutamise teemat. Seminari grupid töö tulemuseks olid mitmekesiselt kogukonna ressursse kasutavad toetusmudelid, mida individuaalse töö ja personaalse toe komponendi kaudu oleks edukalt võimalus rakendada ka praktikas.

Mis jäi lahenduseta?

Teenuseosutajad ei ole harjunud väljapoole oma teenuseid mõtlema. Kogukonnaressursside kasutamise vajadus tundub abstraktne ning tülikas ja selle olulisusest ei saada aru. Pigem nähakse, et see toob kaasa probleeme, sest kogukond ei ole selleks valmis.

Mudeli muudatused

Baastoetuse mooduli kirjelduses kogukonnaressursside kaasamise olulisuse rõhutamine.

Ettepanekud piloodi jätkamisel

Heade näidete ja konsultatsiooni pakkumine piloodis osalejatele kogukonnaressursside kasutuselevõtuks.

Tuvastatud probleem: Teenuse rahastus ei kata teenuste ja töötajate arendusega seotud kulusid, vähe kasutatakse tõenduspõhiseid ja kaasaegseid sekkumisi

Teenuseosutajad pole tihti motiveeritud panustama teenuste arendamisse ning tõenduspõhiste lähenemiste kasutuselevõtmisele, sest teenuste rahastamine ei võimalda katta kulusid kogu personali meetodikate kasutamise koolituseks.

Teenuseosutajatel pole kohustust kasutada teenuse osutamise planeerimisel ja personaalse tegevusplaani koostamiseks hindamisel tõenduspõhiseid meetodikaid, nende kasutamine sõltub teenuseosutaja motivatsioonist ja ettevalmistusest.

Lahenduse hüpotees

- Komponendi ja moodulipõhise teenussüsteemi loomine, mis võimaldaks teenusekasutajatel teenuseosutajate vahel valida ning tekitaks seeläbi teenuseosutajate vahel konkurentsi.
- Komponendi ja moodulipõhise teenussüsteemi rakendamine ning tegelikest kuludest lähtuva rahastamise sisse seadmine, mis arvestaks abivajajate toetusvajadusega ning motiveeriks teenuseosutajaid sellest lähtuvalt spetsialiseeruma.
- Tõenduspõhiste hindamismeetodite juurutamine teenuseosutajate seas, et toetusvajaduse hindamise tulemusel koostatud tegevusplaanide ja teenuspakettide eesmärgipärasust ja tulemuslikkust oleks võimalik hiljem mõõta. Hindamise

käsitlemine teenuskomponendina võimaldab sellega siduda konkreetseid nõudeid või soovitusi hindamismeetodite kasutamiseks.

Mis piloodis toimis? Millele saadi kinnitust?

Toetusvajaduse hindamine toimus piloodi raames valdavalt rahvusvaheliselt tunnustatud metoodikate abil (Equal, CARE). Inimeste tegevus- ja toetusplaanidesse planeeriti taastumist toetavaid rehabilitatsiooniteenuseid.

Mis jäi lahenduseta?

Toetuse planeerimisel ei peetud oluliseks sisutegevuste pakkumist, mis oleksid metoodilised ja programmilised (nt ka tänased rehabilitatsiooniteenused). Ühest küljest võib olla tegemist teadlikkuse ja kättesaadavuse probleemiga, teisest küljest pole paljud piloodis osalevad teenuseosutajad veel lisatoetuse pakkumiseni jõudnud.

6 Ettepanekud teenusmudeli juurutamiseks

Allpool toodud ettepanekud kajastavad olemasoleva teenussüsteemi probleemide analüüsi ja piloodi mõjuanalüüsi käigus kinnitust saanud üldisemaid, mudeli juurutamisega seotud probleeme ja nende võimalikke lahendusi. Toodud tegevused on olulised eeltingimused või paralleelselt toimuvad arendused mudeli toimimiseks ja juurutamiseks.

Toetusvajaduse märkamine, ennetus ja koostöö tervishoiusüsteemiga

1. Abi ja toetuse pakkumine võimalikult varajases faasis peale abivajaduse märkamist, mis ennetaks toetusvajaduse suurenemist. Oluline on teavitustöö ja kokkulepped tervishoiuvaldkonnaga (psühhiaater ja vaimse tervise õde) süstemaatilise infovahetuse sisseseadmiseks KOVi ja teenuseosutajatega, mis tagaks abivajajate märkamise, teavitamise ja järjepideva koostöö. Vajadus, et tegevusjuhendajal/sotsiaaltöötajal oleks rohkem õigusi ravimeeskonnaga koostööks, samuti, et arstil oleks õigus infot vahetada teenuse osutajaga ning vastupidi. On teenuseosutajaid (nt Tallinna Vaimse Tervise Keskus), kes on piirkonna psühhiaatriahaiglaga sõlminud koostööleppe, mis sisaldab mõlema poole kohustusi koostööks ja infovahetuseks. Läbi on mõeldud protseduurid nii isikuandmete kaitse kui mõlema poole rollist ja vajadustest lähtuvalt. Sarnane praktika võiks olla kasutusel ka teistes piirkondades.
2. Psüühikahäirega inimeste varajaseks märkamiseks ja seostamiseks teenustega on otstarbekas suurendada sotsiaaltöötajate rolli haigla, tervisekeskuse, psühhiaatriakabineti juures, kes oleks võimelised abivajajaid sotsiaalteenustega siduma. Kliendi seisukohast on optimaalseim lahendus, kui haigla sotsiaaltöötaja võtab vastutuse (vähemalt statsionaarsetele) patsientidele esmatoetuse pakkumise eest - informeerib inimest abivõimalustest ning viib läbi esmase hindamise. Võtab ühendust kohaliku omavalitsusega ning informeerib neid abivajajast, võimalusel suhtleb ja seostab juba haiglas viibimise ajal inimese baastoetuse osutajaga.
3. Integreeritud rahastuse ja teenustega (sotsiaal- ja tervishoiuteenused) kriisisekkumiste väljaarendamine (nt mobiilsed ja multidistsiplinaarsed kriisimeeskonnad, kes teevad vajadusel väljasõite kliendi koju, kriisikeskused ning kriisinõustamine, kriisikodu jm edukad teistes riikides tunnustatud praktikad). Sh spetsiifilise pädevuse ja -teenuste arendamine tööks klientidega, kes abi vastu ei võta. Tegemist on kahtlemata tervishoiusüsteemi korraldust puudutava ettepanekuga, mis vajab põhjalikumat arutelu, seostamist esmatasandi tervishoiu ja erihoolekande arengutega.
4. Tervishoiu taastumise mõtteviisi levitamine, koostöö Psühhiaatrite seltsiga integratiivravi tugevdamiseks. Tugevam roll sellealases töös võiks olla nii teenuste korraldajatel (SKA ja Sotsiaalministeerium) kui erihoolekande- ja rehabilitatsiooniteenustega seotud esindusorganisatsioonidel.

5. Fookuse muutmine tagajärgede likvideerimiselt uute juhtumite ennetamisele, mis saab toimuda sidusvaldkondade raames läbi süstemaatilise ennetustöö (tervishoid, haridus, tööhõive). Elanikkonna teadlikkuse tõstmine riiklike teavituskampaaniatega, esmatasandi tervisekeskuste poolne ennetus ja teavitustegevus sinna pöördunud patsientide hulgas.
6. Vaimse tervise õe ambulatoorsete vastuvõttude (sh kodus toetamine) kättesaadavuse tagamine üle Eesti esmatasandi tervishoius. Haiglate infovahetus esmatasandi tervishoiuga (VT õega), kes jätkaks ambulatoorse raviga inimese elukoha lähedal, vajadusel teeks koduviisi.
Psühholoogide ressursi kasutamise võimalus esmatasandil.
Töötervishoiu kontrollis võiks olla vaimse tervise hindamine (stressi taseme test, läbipõlemis sündroomi test vms) samalaadne kohustus, nagu on silmade kontroll või vererõhu mõõtmine.

Koostöö ja infovahetus (KOV ja teenusosutajad)

7. STAR vm infosüsteemi arendamine ühtseks infohalduse platvormiks, mis võimaldaks KOVi ja teenuseosutajate koostööd ja infovahetust. Hetkel on teenuseosutaja vaade piiratud, mistõttu pole see ühiseks infovahetusplatvormiks sobiv. Võimaluste otsimine süstemaatiliseks infovahetuseks ka teiste sidusvaldkondadega (nt tervishoid, Töötukassa, Sotsiaalkindlustusamet, Rajaleidja jm hariduse infosüsteemid).

Üleminek haridussüsteemist erihoolekandesse

8. Haridusasutuste teadlikkuse tõstmine erihoolekandeteenuste võimalustest, millest lähtuvalt üleminekut ette valmistada. Haridusasutuse kaasamine inimese kohanemisel ja sisse elamisel uues teenussüsteemis, sest kool oskab noore ja perega pikaajalisele koostööle tuginedes anda erihoolekandeteenuse osutajale väärtusliku sisendi inimese erivajaduste kohta seoses suhtlemise ja kommunikatsiooniga, käitumise- ja keskkonna kohandamisega.
9. Koostöös kutseharidussüsteemiga uute ja regionaalselt ühtlaselt kättesaadavate võimaluste väljaarendamine õpingute jätkamiseks täiskasvanud intellektipuudega inimestele (nt kutseõppe lihtsustatud programmid, paindlikud õppimisvõimalused, töökohapõhine õpe, töö tugiisik jm erivajadustega arvestava õppimisvõimalused maakondlike kutseõppeasutuste juures).

Inimeste informeerimine ja teavitustegevus

10. Terviklik info teenussüsteemi korralduse ja toetusvõimaluste (sh sidussüsteemide) kohta keskselt kättesaadav ka ilma spetsialisti vastuvõtuta (nt SKA veebileht, ideaalis keskne infoportaal psüühika- ja intellektipuudega inimestele). Info esitlus lähtub inimese vajadustest, mitte seadusandlusest või teenuste korraldaja kohustustest ning koondab kogu olulise info ja viited valdkonna kohta lihtsalt loetavas keeles.

11. Erihoolekande valdkonna huvipooltel on selge ootus sõltumatu huvikaitseorganisatsiooni järele, mis oleks spetsialiseerunud erihoolekandeteenuste sihtgrupi nõustamisele ja esindamisele ning kelle tegevust toetatakse riiklikult ja erihoolekandesüsteemist sõltumatult.

KOV võimekus ja teenuste piirkondlik kättesaadavus

12. KOVide toetamine SKA poolt mudelis toodud ülesannete täitmiseks ning teenuste kättesaadavuse tagamiseks oma piirkonnas. Toetuse all on mõeldud nii vastava eelarve eraldamist erihoolekandevahenditest esmatoetuse rolli täitmisel, kui tsentraalselt korraldatud nõustamist, juhendamist ja koolitust, sh:
- Koolitus ja nõustamine esmahindamiste läbiviimiseks ning üldiseks psüühikahäirega inimestega tööks ja teenuste korraldamiseks.
 - Nõustamine ja toetus oma piirkonnas kättesaadavate ja täna puuduvate, kuid sihtgrupele vajalike väljaarendamist vajavate komponentide kaardistamiseks.
 - Nõustamine ja toetus, kuidas on võimalik piirkonnas luua soodne keskkond, et teenuseostuajad vajalikke teenuseid arendaksid.
 - Nõustamine KOVidele, et mõelda läbi oma piirkonna vajadustest ja võimalustest lähtuv optimaalne korralduslik mudel (nt teenuste pakkumine läbi oma teenuste ja/või allasutuste ja/või teenuste sisse ostmine teenuseosutajalt), mis arvestaks kaasaegseid lähenemisi (integratiivravi, taastumise mõtteviis, kogukonnapõhisus) ja lähtuks ka kõigist teistest teenusmudeli aluspõhimõtetest.
13. Riiklikul tasandil regionaalne teenuste vajaduse kaardistamine ning planeerimine (SKA roll). Tsentraalne info kogumine ja jagamine (SKA roll) üle Eesti potentsiaalsetest baas- ja lisateenuse osutajatest.

Teenuste sisu ja teenuseosutajate pädevus

14. Teenuse pakkujate nõustamine ja vajalike koolituste/ programmide/ metoodikate jagamine, et pakkuda mitmekesiseid ja kliendi vajadusi tervikuna katvaid teenuskomponente. Häid praktikaid kirjeldavate materjalide väljatöötamine, sh rahvusvaheliselt tunnustatud sekkumiste ja metoodikate kättesaadavaks muutmine ja levitamine. Infoportaali-platvormi loomine teenuseosutajatele, mis võimaldaks parimate praktikate ja kogemuste vahetamist.
15. Tsentraalselt korraldatud täiendkoolituste pakkumine ja/või nõustamine spetsiifiliste pädevuste tõstmiseks, pädevuse ühtlustamiseks. Koolitusvajaduse analüüsi läbiviimine ja koolitustegevuse plaani väljatöötamine koostöös valdkonna ekspertidega. Piloodi käigus selgunud koolitus- ja nõustamisvajadus:
- Töö abist keeldujatega, personaalne toetus Hädaabi moodulis;

- Baastoetuse raames kliendi personaalne hindamine ja tegevusplaani koostamine;
- Haigusteadlikkuse tõstmine ja vaimse heaolu tagamine, sh sümptomite kontroll ja haigusega toimetuleku õpetus;
- Riskikäitumise hindamine ja -juhtimine;
- Töö sõltuvusprobleemidega inimestega;
- Töö peredega;
- Töö psüühikahäirega eakatega;
- Töö autismispektri häirega inimestega;
- Probleemse käitumise juhtimine;
- Kriisisekkumine;
- Kogemusnõustamine ja toetusgrupid peredele;
- Töö inimestega, kel traumajärgne psüühikahäire;
- Töö liitpuudega klientidega;
- Töö topelt-diagnoosiga (psüühikahäire või intellektipuue, millele lisandub sõltuvushäire).

16. Teenuseosutajate toetamine (rahaline motiveerimine, nõustamine jms), et arendataks spetsiifilist pädevust vajavaid teenuseid või teenuseid, mis täna vähe kättesaadavad.

Piloodis osalejate poolt nimetatud täna vähe kättesaadavad teenused:

- Intervallhoiuteenus jm teenused väga suure hooldusvajadusega klientidele, mis pakuksid järelvalvet ja hooldust;
- Teenused peredele, sh toetus lähedastele tuge pakkuvate ühenduste ja organisatsioonide poolt;
- Psühholoogiline nõustamine;
- Erinevad teraapiavormid;
- Kogemusnõustamine (nii individuaalne kui grupid);
- Võlanõustamine;
- Aktiviseeriv tööle orienteeritud teenus raske ja sügava intellektipuudega isikutele.

Kogukonnaressursside kasutus

12. Kogukonnaressursside mõiste ja võimaluste selgitamine, samuti heade praktikate ja näidete levitamine (koolitused, seminarid, konverentsid).

Kogukonnaga töötamise heade praktikate ja juhendmaterjalide koostamine, mis oleks abiks kõigile, kelle roll on töötada kogukonnaga, toetada inimest tema kogukonnas.

Infoportaali-platvormi loomine teenuseosutajatele, mis võimaldaks parimate praktikate ja kogemuste vahetamist. Kohaliku kogukonna- ja sotsiaalse ettevõtlusega seotud teenuskomponentide ja -lahenduste suurem tunnustamine ja toetamine.

13. Süsteemne ja planeeritud teavitus- ja arendustegevus kogukondade tugevdamisega seotud vabaühenduste ja sotsiaalsüsteemiga koostöö toetamiseks. Soodustada kogukonnas aktiivselt tegutsevatel vabaühendustel pakkuda teenuskomponente, mis

aitavad kaasa inimeste paremale toimetulekule ja rakenduse leidmisele oma kodus ja kogukonnas.

Kokkuvõte

Disainiprojekti eesmärgiks oli erihoolekandeteenused ümber disainida psüühilise erivajadusega inimeste ja nende lähedaste vajaduste lähtepunktist, millega kaasneb kogu teenusesüsteemi efektiivsem ja paindlikum korraldus.

Välja pakutud teenussüsteemi lahendused ning ettepanekud aitavad kaasa nii disainiprojekti eesmärkide saavutamisele, kui kogu DI protsessi toetamisele Eestis. Teenusmudeli rakendamise oodatavad tulemused erihoolekande teenussüsteemis on järgmised:

- Isikukesksed, sihtgrupi ja tema lähedaste vajadustele vastavad teenused;
- Kasutajasõbralik, lihtne ja arusaadav teenussüsteem, sujuv liikumine teenussüsteemis;
- Paindlikkus teenuste planeerimisel ning korraldamisel;
- Terviklik lähenemine ja optimaalne ressursikasutus.

Väljapakutud teenusmudeli näol on endiselt tegemist prototüübiga, mille testimine on alles algusjärgus. Oluline on käimasolevas pilotprojektis uuesti testida mõjuanalüüsi tulemusel tehtud mudeli muudatusi, sh täiendatud esmahindamise instrumenti (Lisa 3) ning uut komponentide jaotust (Lisa 4). Piloodi lõpus on oluline hinnata lahenduse mõju nii teenusosutajate ja -korraldajate, kui teenuse kasutajate vaatest. Disainiprotsessi lõpus läbi viidud kasutajauuring keskendus lühiajalise mõju ja tulemuste hindamisele. Piloodi lõpus on võimalus uurida uue teenussüsteemi kaudu pakutava toetuse mõju kliendi elule, vajaduste katmisele ja eesmärkide saavutamisele. Ka mudeli lihtsuse, arusaadavuse ja kasutajasõbralikkuse hindamiseks on vajalik edasine andmete kogumine ja analüüs.

Piloodi käigus on oluline koguda lisainfot ja analüüsida edasi teenusmudeli rakendamiseks vajalike ressursse, sh osapoolte valmisolekut või võimekust osaleda väljapakutud tervikliku toetussüsteemi ülalpidamisega seotud kuludes. Optimaalse ressursikasutuse hindamiseks on vajalik põhjalik finantsanalüüs, sh võrdlus tänase teenussüsteemiga.

Pakutud teenusmudeli toimimisel on kriitilise tähtsusega eelmises peatükis toodud ettepanekud ja arendustegevused. Oluline on rõhutada, et erihoolekandesüsteem ei saa olla edukas ainult oma valdkonna arendustega. Haridus- tööhõive ja tervishoiusüsteemiga koostöö, ühtsete tegevuspõhimõtete rakendamine ja nägemus inimese taastumisest ja arengust on eeltingimuseks mudeli edukale toimimisele.

Kasutatud kirjandus

- Common European Guidelines on the Transition from Institutional to Community-based Care (2012).
- Community-based rehabilitation: CBR guidelines (2010). World Health Organization
- ÜRO Puuetega inimeste õiguste konventsioon (Ratifitseeritud Eesti Vabariigi Riigikogu poolt 2012)
- Erihoolekande arengukava aastateks 2014-2020. Sotsiaalministeerium.
- Hetkeolukorra ülevaade erihoolekandeteenustest ja teenusesüsteemist (2016). Sotsiaalministeerium.
- Täisealistele isikutele koostatud rehabilitatsiooniplaanide analüüs (2016). SKA.
- Statistiline ülevaade ööpäevaringse erihooldusteenuse saajate ümberhindamise tulemustest erinevate gruppide lõikes (2016). SKA.
- Psühhiaatria eriala arengukava kaasajastamine ja täiendamine (2012) ja Psühhiaatria arengukava (2015).
- Rahvastiku tervise arengukava 2009–2020 (täiendatud 2012).
- Uuring psüühilise erivajadusega inimestele suunatud erihoolekandesüsteemi ümberkorraldamiseks ja tõhustamiseks teiste riikide praktikate alusel: lõppraport (2016). Tallinna Ülikool.
- Vaimse tervise teenuste kaardistamine ja vajaduste analüüs (2012). Tervise Arengu Instituut.
- Sotsiaalteenuste kvaliteedi analüüs ja ettepanekud tervikliku kvaliteedisüsteemi tagamise juurutamiseks: analüüsi lõpparuanne (2013). Astangu Kutserehabilitatsiooni Keskus.
- Wilken, J. (2010). Recovering Care. A contribution to a theory and practice of good care. Amsterdam: SWP Publishers.
- Täisealistele isikutele koostatud rehabilitatsiooniplaanide analüüs (jaanuar-mai 2016 Sotsiaalkindlustusametile esitatud plaanid).
- ANED country report on the implementation of policies supporting independent living for disabled people: Netherlands. Jacqueline Schoonheim (2009).
- ANED country report on the implementation of policies supporting independent living for disabled people: Finland. Antti Teittinen (2009).
- ANED country report on the implementation of policies supporting independent living for disabled people: Norway. Jan Tøssebro (2009).
- ANED country report on the implementation of policies supporting independent living for disabled people: Belgium. Patrick Devlieger (2009).
- Swedish Disability Policy: service and care for people with functional impairments. Swedish National Board of Health and Welfare.
- Policy on Independent Supported Living for Disabled Persons in Malta (2011)
- Mansell, J. (2006) Deinstitutionalisation and community living: progress, problems and priorities. Journal of Intellectual and Developmental Disability, 31(2), 65-76.
- Towell, D. (2012) Deinstitutionalisation and Community Living.
- Uuring vaimupuudega noorte osalemisest tööturul (2014).
- From care in homes to care at home: European experiences with (de)institutionalisation in long-term care. European Centre (2015).

- Erinevad elukvaliteedi (hindamise) raamistikud:
 - 1) The world health organization quality of life instruments (THE WHOQOL-100 AND THE WHOQOL-BREF) 1997
 - 2) Puude hindamise küsimustik (WHODAS 2.0)
 - 3) Töövõime hindamise metoodika, Sotsiaalministeerium 2015
 - 4) CARE metoodika (Comprehensive Approach of Rehabilitation), D.den Hollander, J.P Wilken
 - 5) Quality of Life Inventory – QOLI (Frish et al., 1992)
 - 6) Quality of Life Index for Mental Health – QLI-MH 100 item-self-rating questionnaire (Becker et al., 1993)
 - 7) Quality of life in mental health services with a focus on psychiatric rehabilitation practice (Gigantesco A, et al. 2006)
 - 8) The Quality of Life Framework PDD (Schalock, R.L. & Verdugo, M.A., 2002)