

Kaseva

Palveluyhdistys Kaseva ry

PALVELUKUVAUS



ITSENÄISEN ASUMISEN TUKI

Tukea omassa vuokra- tai omistusasunnossa asumiseen ja itsenäisen elämän harjoitteluun

PALVELUYHDISTYS KASEVA RY

Palveluyhdistys Kaseva ry on vuonna 1992 perustettu asumisen ja kuntouttavien palvelujen monialaosaaja. Yhdistyksen toiminnan tavoitteena on vammaisten ja pitkäaikaissairaiden itsenäisen elämän ja yhteiskunnallisen osallisuuden edistäminen.

Palvelukuvaus:

ITSENÄISEN ASUMISEN TUKEA

Palveluyhdistys Kaseva ry:n itsenäisen asumisen tuki on palvelu, jossa asiakas asuu itse vuokraamassaan tai omistamassaan asunnossa ja saa sinne tarvitsemansa ja toivomansa tuen. Tuki voi olla itsenäistymisvaiheen tukea tai pitkäaikaisempaa arjen tukea. Palvelu on suunnattu asiakkaille, joiden tuen tarve liittyy esimerkiksi autismikirjon piirteisiin, neuropsykiatrisiin erityispiirteisiin, mielenterveyden haasteisiin tai kehitysvammaan. Asiakkaan oikeus palveluun voi perustua sosiaalihuoltolakiin (1301/2014), vammaispalvelulakiin (380/1987), kehitysvammalakiin (519/1977) tai lastensuojelulakiin (417/2007).

1. Palvelun sisältö ja tavoitteet

Itsenäisen asumisen tuki on tukea tavanomaiseen elämään kuuluviin askareisiin ja toimintaan sekä elämänhallintaan ja itselle tärkeiden asioiden toteuttamiseen. Asiakasta tuetaan harjoittelemaan päivittäisiä toimintoja, käyttämään kodin ulkopuolisia palveluja, osallistumaan työelämään tai opiskeluun sekä löytämään mahdollisuuksia innostavaan vapaa-ajan toimintaan. Tuki on aina yksilöllisesti räätälöityä ja sen lähtökohtana ovat asiakkaan omat toiveet ja tavoitteet.

Itsenäisen asumisen tuen työmenetelmiä ovat ohjaus, neuvonta ja tuki, joiden avulla vahvistetaan asiakkaan omatoimista suoriutumista. Työmenetelmänä voidaan käyttää myös yhdessä tekemistä, jos se on asiakkaan tarpeiden ja toimintakyvyn kannalta perusteltua. Keskeinen osa työtä on päätösten tekemisen ja itsenäisen vastuunkannon harjoittelun tukeminen. Työote on voimavara- ja ratkaisukeskeinen.

Palvelun tavoitteena on asiakkaan itsenäisyyden vahvistaminen siten, että tuen määrää voidaan vaiheittain vähentää. Osalla asiakkaista tuki voidaan lopulta kokonaan lopettaa. Osalla asiakkaista tuki on pysyvää, mutta silloinkin alun intensiivisemmän tuen jakson jälkeen tukea yleensä kevennetään. Tukea voidaan joustavasti jälleen lisätä, jos asiakkaan tuen tarve lisääntyy esimerkiksi elämäntilanteen muuttumisen tai ikääntymisen vuoksi. Tarvittaessa tuen määrää on mahdollisuus muuttaa nopeastikin.

Tuki aloitetaan mahdollisuuksien mukaan jo hyvissä ajoin ennen muuttoa tutustumisella, suunnittelulla ja tuen tarpeiden kartoituksella. Asiakasta ja asiakkaan

läheisiä tuetaan asumisvaihtoehtojen pohdinnassa ja muuttoon valmistautumisessa. Hyvissä ajoin aloitettu valmistautuminen helpottaa tutkitusti muuttoprosessia ja sopeutumista uuteen kotiin.

Muuttoa (tai palvelun aloittamista, jos asiakas asuu jo ennestään omassa asunnossaan) seuraa 3–6 kuukauden mittainen aloitusjakso, jonka aikana ohjaustapaamisia on paljon ja niille varataan reilusti aikaa. Alun intensiivijakson aikana ohjaajat rakentavat perustan jatkotyöskentelylle luomalla luottamuksellisen suhteen asiakkaaseen ja rakentamalla asiakkaan kanssa yhteisymmärrystä työn tavoitteista ja keinoista.

2. Ohjauskäynnit ja muu tuki

Asiakas saa asumisen tukea etukäteen määritellyn tuntimäärän ja ohjauskäyntien tiheys vaihtelee kunkin asiakkaan tarpeiden mukaisesti. Ohjaajat ovat tavoitettavissa arkisin klo 7–21.30 ja viikonloppuisin klo 9–21.30. Öisin asiakkaiden on mahdollista soittaa asumispalveluyksikkö Pirran yöpäivystäjälle, joka hälyttää tarvittaessa apua asiakkaan luokse.

Lisäksi asiakas voi tavata ohjaajia ja muita asiakkaita Asuntoryhmä Sukkulassa, missä yhteiset tilat ovat myös itsenäisen tukiasumisen asiakkaiden käytettävissä. Seuraa ja yhteisöllistä toimintaa tarjoaa myös Palveluyhdistys Kasevan ylläpitämä avoin kohtamispaikka Kiesi Kaarinan keskustassa.

Ohjauskäynnit ovat ennalta sovittuja eikä niitä tehdä ilmoittamatta. Tapaamisten välillä yhteyttä asiakkaaseen voidaan pitää puheluiden, teksti-, ääni- ja kuvaviestien sekä videoyhteyksien välityksellä. Yhteydenpidon muoto valitaan asiakkaan toiveiden ja tarpeiden mukaan. Ohjauksen tukena voidaan hyödyntää erilaisia digitaalisia ratkaisuja, kuten automaattisia muistutuksia ja ajastettuja viestejä.

Puhelimitse ja etäyhteyksin tapahtuva ohjaus sisältyy asiakkaalle myönnettyyn tuntimäärään. Asiakkaan Asuntoryhmä Sukkulassa viettämästä ajasta lasketaan mukaan tuntimäärään vain se aika, jonka asiakas saa työntekijältä ohjausta. Kiesissä vietettyä aikaa ei sisällytetä tuntimäärään.

Jokaiselle itsenäisen tukiasumisen asiakkaalle on nimetty kaksi omaohjaajaa, jotka hoitavat vähintään kolme neljäsosaa (75 %) asiakkaan ohjaustapaamisista. Palvelua toteuttaa Palveluyhdistys Kasevan itsenäisen asumisen tuen tiimi tukipisteinään Asuntoryhmä Sukkula lähellä Kaarinan keskustaa ja asumispalveluyksikkö Pirta Littoisissa.

3. Asumispalvelun toteuttamissuunnitelma

Jokaiselle asiakkaalle laaditaan asiakkuuden alussa yksilöllinen asumispalvelun toteuttamissuunnitelma (liite 1) ja alkukartoitus (liite 2). Suunnittelun pohjana toimii asiakkaalle kaupungin tai kunnan palveluissa laadittu palvelusuunnitelma. Asumispalvelun toteuttamissuunnitelman lähtökohtana ovat asiakkaan yksilölliset tarpeet, toiveet ja voimavarat sekä asiakkaalle itselleen tärkeät tavoitteet. Suunnitelmaan kirjataan asiakkaan terveydentila ja toimintakyky sekä tuettuun asumiseen liittyvät tavoitteet ja keinot tavoitteiden saavuttamiseksi. Tavoitteet muotoillaan konkreettisiksi ja saavutettaviksi, jotta niiden saavuttamista on mahdollista arvioida. Suuretkin haaveet sopivat suunnittelun aineksiksi, mutta suunnitelmassa ne jaetaan pieniksi välitavoitteiksi. Suunnitelmassa korostuu asiakkaan itsenäisyyden ja omatoimisuuden vahvistaminen ja tukeminen.

Tukisuunnitelma laaditaan, arvioidaan ja tarkistetaan aina yhdessä asiakkaan kanssa. Asiakkaan toiveesta mukaan voidaan pyytää hänen omaisiaan tai muita läheisiä. Tarvittaessa mukaan voidaan ottaa myös muita henkilöitä, esimerkiksi edunvalvoja. Tukisuunnitelma laaditaan mahdollisimman pian palvelun alettua. Suunnitelma arvioidaan ja tarkistetaan aloitusjakson (3–6 kk) lopuksi ja sen jälkeen puolen vuoden välein tai asiakkaan tilanteen oleellisesti muuttuessa.

4. Toimintakyvyn ja tuen tarpeiden arviointi

Asiakkaiden toimintakyvyn ja tuen tarpeiden arvioinnissa käytetään Asta-arviointimenetelmää. Ensimmäinen Asta -arviointi tehdään asiakkaalle palvelun aloitusjakson aikana. Sen jälkeen arviointi toistetaan vuoden välein tai asiakkaan tilanteen tai voinnin oleellisesti muuttuessa.

5. Raportointi palvelun ostajalle

Palvelun toteutumisesta ja asiakkaan tilanteesta raportoidaan palvelun ostajalle kuukausittain ostajan toivomalla tavalla. Kuukausittainen raportti voi sisältää esimerkiksi erittelyn kuukauden aikana tehdyistä työtunneista ja/tai koosteen asiakkaan tavoitteiden edistymisestä ja arkeen ja hyvinvointiin liittyvistä asioista.

6. Palvelun hinnoittelu ja tuntimäärä

Palvelu on tuntiperusteista ja kukin asiakas saa tukea tarpeensa mukaisen, etukäteen määritellyn tuntimäärän. Palvelun hinta palvelua tilaavalle kaupungille, kunnalle tai kuntayhtymälle on XX e/h.

Palvelu aloitetaan mahdollisuuksien mukaan kartoitus- ja tutustumistapaamisilla hyvissä ajoin ennen muuttoa. Muuttoa (tai palvelun alkamista, jos asiakas asuu jo

omassa asunnossaan) seuraa 3–6 kuukauden mittaisen intensiivisen tuen jakso, jonka aikana ohjausta on 40–80 h/kk. Aloitusjakson jälkeen tukea pyritään keventämään asiakkaan yksilölliset tarpeet huomioiden. Vähimmillään tuki voi olla 10 h/kk. Tuntiseurannassa ohjauskäynnin vähimmäispituus on 30 minuuttia ja etätuen 15 minuuttia.

7. Palvelun vaiheet

1. Alustavat tapaamiset ja päätös asumisen tuen aloittamisesta

- Tutustuminen sekä tuki asumisen ratkaisujen pohdintaan ja muuttoon valmistautumiseen, jos muutto on vasta edessä.

2. Alkukartoitus ja asumispalvelun toteuttamissuunnitelman laadinta

- Asiakkaan tuen tarpeiden ja toiveiden kartoitus, verkostojen kokoaminen ja tavoitteiden asettaminen.

3. Aloitusjakso (3–6 kk):

- Runsaasti ohjauskäyntejä ja aktiivinen yhteydenpito asiakkaan verkoston kanssa (jos asiakas niin toivoo).
- Tutustuminen, luottamuksen ja yhteisen ymmärryksen rakentaminen sekä itsenäisen elämän perusasioiden harjoittelu.
- Asta-arviointi.
- Aloitusjakson lopulla tehdään asumisen tukisuunnitelman arviointi ja tarkistus. Tuen määrä tarkistetaan ja tukea kevennetään mahdollisuuksien mukaan.

4. Tuen jatko (tai päättäminen) päivitetyn suunnitelman mukaisesti

- Asumisen tukisuunnitelman tarkistukset 6 kk välein tai asiakkaan tilanteen muuttuessa sekä palvelusuunnitelman tarkistusten yhteydessä.
- Asta-arviointi kerran vuodessa tai asiakkaan tilanteen muuttuessa.

LIITE 1:

Asumispalvelun toteuttamissuunnitelma

1. Kuvaus palvelun sisällöstä
2. Tiedot neuvottelusta, jossa suunnitelma on tehty
3. Palvelun toteuttamisesta vastaavan palveluntuottajan edustajan tiedot
4. Asiakkaan kanssa käytettävä kieli ja kommunikaatiomenetelmät
5. Kuvaus asiakkaan tilanteesta
6. Asiakkaan terveydentila ja toimintakyky
7. Asiakkaan vahvuudet ja voimavarat
8. Asiakkaan arvio edellisen suunnitelman laatimisen jälkeen tapahtuneesta muutoksesta (☹ / ☺ / 😊)
9. Ammattilaisen arvio asiakkaan tilanteen muutoksesta
10. Edellisen suunnitelman tavoitteet
 - Asiakkaan arvio edellisten tavoitteiden saavuttamisesta (☹ / ☺ / 😊)
 - Ammattihenkilön arvio siitä, onko edellisen suunnitelman tavoitteet saavutettu
11. Asetettavat tavoitteet
 - tavoitteen nimi
 - kuvaus
 - keinot ja aikataulu tavoitteen saavuttamiseksi
12. Toimenpiteet, joilla tuetaan ja edistetään henkilön itsenäistä suoriutumista ja itsemääräämisoikeuden toteutumista (Kenttä täytetään, jos kyseessä on kehitysvammaisten erityishuollossa oleva henkilö.)
13. Kohtuulliset mukautukset eli erityishuollon muutokset ja järjestelyt, joilla turvataan asiakkaan täysimääräinen osallistuminen ja osallisuus
14. Suunnitelman tekoon osallistuneiden henkilöiden eriävät näkemykset suunnitelman sisällöstä
15. Asiakkaan arvio suunnitelmasta (☹ / ☺ / 😊)
16. Asiakkaan näkemys siitä, vastaako suunnitelman sisältö hänen tarpeitaan
17. Jatkotoimet
18. Suunnitelman tarkistaminen
19. Suunnitelman laatijan tiedot

LIITE 2:

Alkukartoitus

1. Asiakkaan toiveet, haaveet ja asiakkaalle tärkeät asiat

- Mitkä ovat asiakkaalle tärkeimpiä arjen asioita?
- Mikä asumisessa on asiakkaalle tärkeintä?
- Mihin asiakas toivoo tukea asumisessa? Mihin hän ei halua tukea?
- Millaista tukea asiakas toivoo?
- Mikä tai millainen tuki on asiakkaalle tärkeintä?
- Millaisia tulevaisuuden haaveita tai tavoitteita asiakkaalla on?

→ **Tuen tarpeet ja vastuunjako**

2. Viranomaisverkosto

- Sosiaalityöntekijä, edunvalvoja ym.: yhteystiedot, soittajat jne.

→ **Tuen tarpeet ja vastuunjako**

3. Terveys

- Diagnoosit
- Allergiat
- Lääkitykset
- Päihteiden käyttö
- Ravitsemus, liikunta ja terveelliset elämäntavat
- Seksuaaliterveys
- Apuvälineet
- Säännölliset käynnit, esim. terapiat, tarkastukset ja seurantakäynnit
- Hoitokontaktit: lääkärit, psykologit, hoitajat ja heidän yhteystietonsa

→ **Tuen tarpeet ja vastuunjako**

4. Talous

- Tulot, menot ja kuukauden budjetti
- Tukien ja palkkojen maksupäivät, vuokran ja muiden säännöllisten menojen eräpäivät
- Edunvalvonta tai mahdollinen edunvalvonnan tarve
- Etuuksien hakeminen

→ **Tuen tarpeet ja vastuunjako**

5. Työ, opiskelu tai muu päivittäinen toiminta

- Työ- tai opiskelupaikan yhteystiedot ja yhteyshenkilöt
- Liikkuminen töihin tai kouluun
- Työajat tai opiskelujen lukujärjestys
- Työn tai opiskelujen vuosikello: lomat, jaksot, koeviikot yms.
- Valmistuminen ja suunnitelmat nykyisten opintojen jälkeen

- Tulevaisuuden suunnitelmat ja haaveet työn suhteen
→ **Tuen tarpeet ja vastuunjako**

6. Vapaa-aika ja harrastukset

- Mitä, missä, milloin, kenen kanssa? + yhteystiedot harrastuksiin ja vapaa-ajanviettopaikkoihin
- Liikkuminen harrastuksiin ja vapaa-ajanviettopaikkoihin
→ **Tuen tarpeet ja vastuunjako**

7. Sosiaaliset verkostot ja yhteydenpito

- Tärkeimpien omaisten, läheisten, ystävien ja kumppanien yhteystiedot ja roolit asiakkaan elämässä
- Haluaako asiakas, että läheisille tiedotetaan hänen asioistaan ja jos, niin mistä asioista ja miten? Millaista yhteydenpitoa ja yhteistyötä läheiset toivovat?
→ **Tuen tarpeet ja vastuunjako**