



Towards Person Centred Housing Services in Europe

Tukitarpeiden arviointi paketti



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

Tukitarpeiden arviointi paketti

Sisältö

1. Johdanto	2
1.1. <i>TopHouse Tukitarpeiden arviointi</i> Työkalun tavoite (SNA)	2
1.2. kuinka SNA-työkalua käytetään	3
1.3. Konsepti & Sanasto	Fehler! Textmarke nicht definiert.
2. Tausta	5
2. 1 YK: n yleissopimus	
2.2. Henkilökeskeinen suunnittelu	7
2.3. Tuen määrittely	7
2.4. Yhteistuotanto ja tuki	8
2.5. Tukijan Rooli	10
3. Tukitarpeiden arviointi Työkalu (SNA)	11
3.1. Tuen rajoitteet ja esteet	11
3.2. Tuen tarpeiden määrittäminen	12
3.2.1. Alustavat näkökohdat	12
3.2.2. Erityiskeinot	13
3.2.3. Viisi arviointi vaihetta menetit	14
3.3. Pääasiallisten avuntarpeiden arviointi	19
4. avaintekijät SNA:n toimeenpanemisessa	20
4.1. Läheiset suhteet tukijan ja tuetun välillä	20
4.2. Haastattelu päävälineenä	21
4.3. Väliaikaisuus ja kunnioitus vastaan kommunikaatio tyyli	21
5. Referenssit	22
6. Liitteet	25
Liite 1 - SNA Asteikko 1 – Täytetään aina palvelun käyttäjän ja ammattilaisen kanssa	Fehler!
Textmarke nicht definiert.	
Liite III - SNA Datankeräys Työkalu	52

1. Johdanto

1.1. TopHouse Tukitarpeiden arviointi Työkalun tavoite (SNA)

Tämä asiakirja on osa TOPHOUSE Erasmus+ projektia. Tämä asiakirja keskittyy avuntarpeen niihin arvioinnin työkaluihin, jotka ovat erillisiä elementtejä yksilön elämässä mutta, jotka yleensä nivoutuvat yhteen. Kun ne on tunnistettu ja laitettu asiayhteyteen, ammattilaiset voivat suorittaa henkilökeskeisen arvioinnin tukitarpeista. Nämä työkalut voivat olla henkilön tuentarpeeseen yhdellä tai useammalla elämän osa-alueella joko erillisinä tai yhteisinä elementteinä mutta maailmanlaajuisena painopisteenä ovat seuraavat asiat:

- ✓ Yksilön halut ja mieltymykset asumisesta ja nykyisistä avuntarpeista
- ✓ Asunnon tyyppi & haluttu sijainti
- ✓ Kelpoisuus ja mahdollisuus saada tukia
- ✓ Budjetointi & pankkitilistä huolehtiminen
- ✓ Ruoan laitto & säilytys
- ✓ Asunnon pitäminen siistinä, turvallisena & palveluiden (kaasu/vesi/sähkö) turvallinen käyttäminen
- ✓ Julkisten tilojen & julkisen liikenteen käyttö
- ✓ Liikkuvuuden ja terveydelliset tarpeet, avustaminen henkilökohtaisessa hygieniassa
- ✓ Mielenterveys ja lääkitys
- ✓ Terveellinen elämäntapa
- ✓ Koulutuksen, työllisyyden tai päivätoiminnan tarve
- ✓ Kielelliset, kulttuurilliset tai uskonnolliset kysymykset
- ✓ Kyky kommunikoida hyvin muiden kanssa & ymmärtää/lukea papereita tai ohjeita.

TOPHOUSE Tukitarpeiden arviointi paketti (SNA) on käsitteellistetty ja poikkeaa innovatiivisuudesta siten, ettei YK:n yleissopimuksen periaatteet tai henkilökeskeinen lähestymistapa, vielä tue sitä, eikä siinä ole otettu huomioon niin laajaa osaa ihmisistä, joilla on erilaisia tarpeita, vaan on aloitettu perustarpeista ja laajennettu monimutkaisempiin tilanteisiin. Se tähtää tarjoamaan tukitarpeiden arvioimisen viitekehyksen, joka olisi siirrettävissä kaikkiin tuottaja partnereihin, prosessissa kuvatulla tavalla. Tutkimukset osoittavat, että epävakaan kodin ja oikeanlaisen kodin välillä on yhteydessä psyykkissosiaaliseen vammaan ja joka päiväisten elintaitojen toimimisen kanssa. Se sosiaalisen toimimisen vähentyminen kasvattaa henkilön tarvitseman tuen määrää molemmilla osa-alueella ja etenkin asunnon tarpeiden arviointi riippuu myös henkilön toiminnan tiukasta arvioinnista monella tasolla sosiaalisesta näkökulmasta ja ihmisoikeuksien kannalta.

Parempi arviointikapasiteetti arvioida tukea tarvitsevien ihmisten tarpeita, tulee vaikuttamaan positiivisesti joidenkin ihmisryhmien vuokralaisuuden säilyttämiskykyyn (esim. entiset kodittomat, pitkäaikaislaitoksista lähteneet jne.). parantamalla tuen laatua ja kohdentamalla yksilöille tarjottu tuki paremmin, arviointi voi ratkaista onko asutossijoitus menestys vai epäonnistunut ja näin antaa henkilölle mahdollisuus pitää paikkansa yhteiskunnassa.

Tämän tavoitteen saavuttamiseksi, nykyinen kaavake sisällyttää ja poimii sisältöä parhaiden käytäntöjen analysoinnista tukitoimien arvioinnissa, jotka on kerätty arvioidessa tukitarpeita. Nämä sisältävät tarpeelliset taidot, ei ainoastaan ylläpitää vuokralaisuutta vaan kehittää heidän itsenäistä elämää. Nämä taidot kuvastavat erityisesti YK:n yleissopimuksen periaatteita ja arvoja tai henkilökeskeistä lähestymistapaa, joka perustuu tahtoon ja mieltymyksiin.

Tämä opas parantaa ammattilaisten tietoutta ja heidän kykyjään huomata, arvioida ja parantaa strategioitaan tuottaa parempaa tukea vammaisille henkilöille tai vaikeisiin elämäntilanteisiin.

Määrään pohjautuvat mittarit esitetään tavoitteena luoda yksilöllinen arviointi henkilön tarpeista. Lisäksi, laadullisia välineitä käytetään tarjoamaan maailmanlaajuinen, joustava ja laaja-alainen arviointi. Metodien yhdistelmällä työkaluissa saadaan räätälöity arviointi eri tukitarpeista. Siksi tukipalvelujen tuottamismetodit ja työkalut sisältävät suurelta osin käyttäjän osallistamisstrategioita.

SNA:n päämäärä on antaa ammattilaisille arvioinnin viitekehys, ymmärtäen oikeanlaisen arvioinnin suuri merkitys palvelun laatuun ja asiakkaille.

1.1. Kuinka SNAa käytetään

SNA on ammattilaisille suunnattu arviointiväline, ammattilaisille, jotka ovat jo tietoisia yleissopimuksen periaatteista ja työskentelevät organisaatioissa tai palvelujen piirissä, jotka ovat mukana laittamassa sopimusta toimeen. Alla kuvatun välineen (SNA:n) on tarkoitus olla käyttäjilleen voimaannuttava yhteistuotannon periaatteella. Sen mukaan SNAa käyttävä ammattilaisen tai kouluttajan tulee ottaa yleissopimuksen periaatteet huomioon yhdessä käyttäjän aktivointi strategioiden, joita oppaassa kuvataan, kanssa. SNA työkalun lopullinen tavoite on auttaa vammaista henkilöä päätöksentekoprosessissa, siitä millaista tukea he haluavat ja tarjota ammattilaiselle yksilöity arvioinnin viitekehys henkilön tukitarpeista.

SNA on käsitteellistetty ja kehitetty kaksoismenetelmällä määrällinen ja laadullinen. Kappale 3 kuvaa konkreettisia toimia ja välineitä, joita SNA tuen arviointi prosessissa käytetään. SNA paketti toimitettava kertoo sen toiminnallisuudesta (esim. Kuinka käyttää sitä arvioinnin eri vaiheissa) kuten kappaleessa 3 kuvataan. Liitteissä I, II, III on tietyt pohjat eri asteikoista ja haastatteluopas.

Konsepti & Sanasto on käsitteellistetty vapaaehtoisena konsultaatioprosessina, jossa itsenäinen koordinaattori tai tukija käy sarjan keskusteluja henkilön ja hänen ydinverkostonsa kanssa. Henkilö valitsee ystäviä ja/tai perhettä, tai ammattilaisia keskustelemaan huolenaiheista ja etsimään ratkaisuja, sekä luomaan suunnitelman tehtävistä asioista. Lääkäreillä ja sosiaalityöntekijöillä saattaa olla rooli taustatukena tai rooli helpottamassa niiden päätösten lopputuloksia, jotka vaativat hoidollisia tai sosiaalityön päätöksiä.

Avoin Dialogi (AD) strategia tähtää käsittelemään vammaisen tilannetta tai tilanteita käyttäjän kotona. Avoin Dialogi Strategia osallistaa potilaan sosiaalisen verkoston ja vihjaa, että ratkaisujen tilaan tai tilanteeseen etsiminen on yhteinen vastuu. Avoin dialogi on Suomessa kehitetty käytäntö, jossa päätökset tehdään henkilön sekä hänen laajemman sosiaalisen verkostonsa läsnä ollessa. Psykoterapeuttinen lähestymistapa otetaan tarkoituksena luoda dialogi henkilön ja tukijärjestelmän välille interventiona. Palveluntuottajat yrittävät järjestää säännöllisiä 'verkostotapaamisia' henkilön ja läheisimmän verkoston, johon kuuluu ystävät, avustajat ja perhe ja usea jatkuvasti käyvä sairaalan tai sosiaalipuolen työntekijä, kanssa. Tasapuolista kaikkien mielipiteen kuuntelua painotetaan vahvasti, samoin näkökulmien sekä hoidon välineenä, että tavoitteena.

Vertaistukiryhmät: Vertaistukiryhmät ovat ryhmiä, joissa psykososiaalisesti vammaiset ihmiset antavat tukea toisilleen. Alun perin niitä pidettiin ainoastaan psykososiaalisesti vammaisille tarkoitettuina (parhaiten ne tunnettiin ääniä kuulevien ryhmänä) myös kehitysvammaiset voivat käydä vertaistukiryhmissä ja niitä on monenlaisia. Ryhmän rakenne voi olla vapaamuotoinen (kodeissa, laitoksissa tai neutraaleissa yhteisön yleistiloissa) tai muodollinen (palvelun käyttäjät konsultoivat sairaaloissa, tai lepokotia pitää mielenterveysongelmia kokenut ihminen). Vertaisryhmien käyttö näkyy vähentyneinä sairaalakäynteinä niillä, joiden kanssa työskennellään ja ilmenee myös parannusta terveyspalveluiden keskittymisestä enemmän toipumiseen, tarpeellisen koulutuksen, valvonnan ja johtamisen ansiosta. Vertaistukiryhmät perustuvat ajatukseen, että jäsenet voivat jakaa toimivia tekniikoita toisilleen turvallisessa yhteisessä tilassa ja näin jakaa selviytymiskeinoja tiettyihin terveyteen tai joihinkin sosiaalisiin tilanteisiin liittyviin stressaaviin asioihin.

Triologue Group Users: users, friends, supporters and professionals meet regularly in an open forum that is located on neutral terrain – outside therapeutic spaces, family spaces or institutional contexts – aiming to discuss the experiences and consequences of health or social problems searching ways to solve them. Triologue group discussions offer new possibilities for gaining knowledge and insights and developing new ways of communicating beyond role stereotypes.

Introductory Meeting: The introductory meeting aims in the creation of a relationship between the supporter and the service user that is based on trust and cooperation. During this meeting the supporter must understand the needs and wishes of the service user as well as his or her skills. At the same time the service user must understand the subject and the training activities in which he or she will be involved and his/her relevant learning responsibilities. The supporter collaborates with the learner to identify his/her needs and wishes and help him/her to identify his/her personal motivations. A profile of the service user must be developed to function as a baseline data for a later elaboration of Individualised Support Plan which must be agreed with the supported person and the professional.

Individual Support Plan: Work plan that the supporter elaborate for each supported individual setting out the objectives and actions that must be carried out in order to achieve their goals. The initial one is made within an established timeframe agreed with the individual and the professional, being reviewed later on if significant changes in the person's situation occur, or in case the person demands it with a specific reason.

Complex Case: Person with a vital situation or context that makes the intervention more complicated due to various circumstances (i.e. the person or the professional is unable to control them nor comprehend them fully due to the lack of information or due to its nature).

Immediate/Community environment: People, family, friends, professionals or social network with whom the supported person is usually in contact or already has some type of relation on a daily basis.

Unforeseen situations: Unforeseeable situations that affect the protected person in their daily lives and which require immediate intervention.

2. Tausta

2.1. YK:n yleissopimus

yleissopimus vammaisten henkilöiden oikeuksista. Sopimuksen tarkoituksena on taata vammaisille henkilöille täysimääräisesti ja yhdenvertaisesti kaikki ihmisoikeudet ja perusvapaudet sekä edistää vammaisten henkilöiden ihmisarvon kunnioittamista. ei sisällä mitään uusia tai erityisiä oikeuksia vammaisille, mutta se asettaa jäsenvaltioille velvoitteita siitä, kuinka vammaisten mahdollisuuksia nauttia ihmisoikeuksista tulisi edistää. Sopimus velvoittaa myös huomioimaan vammaisten henkilöiden erityistarpeet ja takaamaan vammaisille samat yhteiskunnallisen osallistumisen mahdollisuudet kuin kaikille muillekin. Since UNCRPD was ratified by member states, those can only accept that the term disability changed its conception to include environmental and social aspects as the main barriers for the inception of any disability without relying exclusively on personal and

5

individual factors. The implementation of this Human Rights Approach in support service delivery has the potential to impact in several areas of an individual's life such as:

- ✓ päättää itsenäisesti missä ja kenen kanssa asuu sekä millaisia asumisjärjestelyjä käyttää jokapäiväisen elämän itsenäisiin valintoihin
- ✓ tiedonsaantiin
- ✓ Työntekoon ja koulutukseen ja
- ✓ Health services and the right to the highest attainable standard of health
- ✓ oikeusjärjestelmän saavutettavuuteen
- ✓ Living Independently and being included in the community
- ✓ tulla yhdenvertaisesti kohdelluksi

The UNCRPD has now been signed and ratified by all EU countries and SNA has been created in line with the principles of the Convention. The Convention intends to protect the rights and dignity of persons with disabilities. State Parties who have signed and ratified to the Convention are required to promote, protect, and ensure the full enjoyment of human rights by persons with disabilities. The Convention has served as the major catalyst in the global movement from viewing persons with disabilities as objects of charity, medical treatment and social protection towards viewing them as full and equal members of society, holders of human rights. It is also the only UN human rights instrument with an explicit sustainable development dimension. UNCRPD was the first human rights treaty of the twenty-first century.

Moreover, governments should provide persons with disabilities with any support they might need in their decision-making. Support can be both "formal and informal" and can constitute "arrangements of varying type and intensity". The type and intensity of support should take into account the diversity of people with disabilities. Also, a range of appropriate measures should be available for persons with disabilities to receive adequate support, according to their will and needs. Support could include providing information in plain language or easy-to-read, explaining different options, or, in some exceptional cases, articulating an opinion based on a deep knowledge of the will and wishes of individuals, which stems from a long-lasting trusting relationship. Regardless the domain of their personal life, their opinions and decisions should be taken into account and respected. Implementing UNCRPD requires a shift towards the respect of human rights by replacing substituted decision-making approach with the supported decision making model.

In practical terms, exercising legal capacity means making decisions for oneself in all areas of life including medical treatment, housing, employment, relationships, finances, children, family planning,

or property, among others. The CRPD recognizes that there are times when persons with disabilities may require support in making decisions and that depending on the course of the disability or illness, varying levels of support may be needed. In order to guarantee equal and full citizens recognition before the law, support provision is central and may vary a lot depending on each person. States must develop supported decision-making arrangements of varying types and intensity, including informal and formal support arrangements. Such arrangements include, for example, support networks, support Agreements, peer and self-support groups, support for self-advocacy, independent advocacy and advance directives.

When the user participates in design, implementation and evaluation of the a service to be received by him/ herself, a double effect appears: first, the service itself is more effective providing the goals to achieve had been addressed to solve actual problem/s expressed by the service users; second, the supported persons are empowered as they are taken into account by the administration and other stakeholders or because the person is placed in an equal power relationship context.

LO: Treat service users with dignity and respect

Supporters must learn the UNCRPD principles as a basic element of professional practice. Any activity described in this tool and implemented in practice must respect UNCRPD principles.

2.2. Person Centred Planning

Person centred planning (PCP) provides a way of helping an individual with psychosocial disabilities to exercise choice and control over the way they want to execute their life project by planning in advance some or all aspects of their life. Thus, support should be delivered taking into account the person expectations and her plan, ensuring that the individual remains central to the creation of any plan which will affect them and consequently receiving the support to execute this plan. Person centred planning is not only an assessment, it's also a methodological approach to develop future support. PCP is applied in SNA through the different phases the application of this tool involve.

LO: Work in a Person-Centred way.

Learn what the support approach is according to UNCRP principles and person-centred-principles is a transversal element of TopHouse and SNA.

2.3. Definition of Support

Support can take many forms but according to the UN Special Rapporteur on Rights of People with Disabilities, an agreed and universal definition of support is:

“Support is the act of providing help or assistance to someone who requires it to carry out daily activities and participate in society. Support is a practice, deeply embedded in all cultures and communities that is at the basis of all our social networks. Everyone needs support from others at some stage, if not throughout their life, to participate in society and live with dignity. Being a recipient of support and offering support to others are roles we all share as part of our human experience, regardless of impairment, age or social status. Support for persons with disabilities encompasses a wide range of formal and informal interventions, including live assistance and intermediaries, mobility aids and assistive devices and technologies. It also includes personal assistance; support in decision-making; communication support, living arrangements services for securing housing and household help; and community services. Persons with disabilities may also need support in accessing and using general services, such as health, education and justice.

For most persons with disabilities, access to quality support is a necessary precondition for living and fully participating in the community on the basis of choices equal to others. Without adequate support, persons with disabilities are at risk of falling into neglect and institutionalization. The provision of appropriate support is necessary to the realization of the full spectrum of human rights and enables persons with disabilities to achieve their full potential, thus contributing to the overall well-being and diversity of the communities in which they live. For many persons with disabilities, support represents an essential precondition for their active and meaningful participation in society, while preserving their dignity, autonomy and independence.”¹

LO: Practice co-production with service users who are ‘experts by experience’

LO: Support choice and control by users of services

Learn the definition of Support and how professionals have to integrate it and apply it in daily practice as a key factor to guarantee inclusion and equal participation.

2.4. Co-production and Support

Co-Production in the field of psychosocial disabilities is an approach where the aim for a sustained recovery takes into account involving a wide range of support and service providers, including clinical supports and services, community supports, direct housing support and employment and social integration. Co-Production is the element facilitating that key stakeholders work together with the

¹ (A/HRC/34/58) - Report of the Special Rapporteur on the rights of persons with disabilities

persons receiving the support to deliver these supports. From a technical perspective, co-production is defined as:

“A process by which are enabled to become actively and genuinely involved in defining the issue that concern them, in making decisions about factors that affect their lives, in formulating and implementing policies, in planning, developing and delivering services and in taking action to achieve change” (WHO; 2002)

There is no single formula for co-production but there are some key features that are present in co-production initiatives: define people who use services as assets with skills; break down the barriers between people who use services and professionals; build on people’s existing capabilities; include reciprocity (where people get something back for having done something for others) and mutuality (people working together to achieve their shared interests); work with peer and personal support networks alongside professional networks.

A definition that fits SNA tool is:

Co-production is not just a word, it’s not just a concept, it is a meeting of minds coming together to find a shared solution. In practice, it involves people who use services being consulted, included and working together from the start to the end of any project that affects them. [2]

As key elements of co-production, research on user-involvement strategies showcases that the following elements ought to be included in co-production strategies when conceptualising, designing and developing support services to succeed:

- ✓ Creation of exploratory space → Stakeholders and users work together to create new knowledge
- ✓ Collaboration → All stakeholders and users share their experiences from their perspective to reach desirable outcomes.
- ✓ Power Sharing → Quotas of power between stakeholders, users and professionals ought to be balanced and recognize the importance of different and diverse expertise resulting in shared ownership.
- ✓ Equality → Relationships between stakeholders, users and professionals have to be based on mutual respect.
- ✓ Willingness to implement → Positive involvement at all levels of service to implement co-production strategies.

These elements to succeed on co-production impact positively on the final user and stakeholder self-conception and lack thereof impacts negatively on the following aspects (Beresford; 2013)

- ✓ Distortion of concept of recovery and support
- ✓ Continuation of the separation between them (professionals) and us (supported individuals) / (otherness)
- ✓ Sustaining social exclusion patterns
- ✓ Perpetuating discrimination
- ✓ Reproducing disempowering models
- ✓ Retaining the role of professionals as the only “experts”
- ✓ Dragging an atmosphere of silence on real issues and invisibilising the user experience.

Co-production is a framework of intervention that involves all stakeholders, users and professionals involved when assessing support needs and the necessary support steps to cover those needs. As a methodological approach, it will be included also in the support needs assessment. It consists of a particularly striking issue since it combines a balance between scientific reliability of the tool and users' inputs. The combination of these complementary evaluation or assessment of needs leads to involve users in the identification of which support best fits with their needs as well as to ensure the reliability of the SNA tool.

2.5. The Role of the Supporter

The supporter can be a member of the social network of the person, as a friend or a member of the family or a professional of support services. SNA targets the case of professional supporters, being able to coordinate resources and services around the person. To facilitate this, the **supporter** will study the decisions the user make and will provide all necessary information to give the user a clear view on all possibilities and their pros and cons. At this point it is up to the person to make her or his own decisions and the supporter to enable the necessary resources to implement their decision.

Skills and values required

- ✓ The supporter respects and values the supported person's autonomy and dignity and knows and respects the supported person's goals, values and preferences.
- ✓ The supporter respects the particular decision-making style of the supported person and recognizes when and how support may be offered.
- ✓ The supporter needs to be able to form a trusting relationship with the supported person and to spend as much time as is required to support a person make each decision.

- ✓ Other soft-skills required are empathy, assertiveness and the ability to speak and communicate in a clear and understandable way.

Main tasks to be undertaken by the supporter

- ✓ To assess the skills of the person in relation to the specific areas included in SNA scales.
- ✓ To build and help the person implement an Individualized Support Plan.
- ✓ To search materials and resources to help the person to understand the information needed to take their own decisions.
- ✓ To assist the supported person to obtain advice from different sources.
- ✓ To join the supported person at meetings with outside organizations set up to obtain information and explore options.
- ✓ To help the person to analyse the different options.
- ✓ To verify the person has understood the pros and cons of the options involved in a decision or in an Individual Support Plan.
- ✓ To help the person to communicate the decisions to his/her family and to the support network for the good implementation of the person's choice. When necessary the supporter will advocate for the person.
- ✓ To facilitate the progress through interviews and specific measurement tools.
- ✓ To keep an accurate log/record of all the activity made with the person, if possible.

LO: Practice co-production with service users who are 'experts by experience'

LO: Support choice and control by users of services

Learn what is understood as co-production in the frame of this manual in order to establish the suitable links and procedures to achieve real participation of users and stakeholders during the assessment process.

3. Support Needs Assessment Tool (SNA)

3.1. Barriers & Obstacles in Support

Support, conceptualized as a global service can take many forms, both in terms of length and intensity and is often variable depending on the target population whom benefit from it depending on their social context, personal situations and characteristic personality traits or derived from its particular disability, taking into account that disability according to the Human Rights model the Professionals need further guidance on different types of support.

As a reference, support systems should ensure the availability of an adequate number services to provide the fullest possible range of support, including communication support, support in decision-making, mobility support, personal assistance, support in living arrangements and other types of support based on the community. Ensuring the availability of a reliable, skilled and trained workforce to deliver support is a critical component of ensuring the availability and quality of support, hence the need for harmonizing professional formation regarding support to boost in a substantial manner the professionals' abilities and skills at the same time that enabling individuals to improve the support they receive and, ultimately, their quality of life. While the existence of strong non-discrimination legal frameworks and fully accessible general environments significantly facilitate the participation of persons with disabilities, many of them may still require support measures to be able to participate in the community on an equal basis with others.

LO: Enable service users to keep themselves and other safe

LO: Enable service users to positive risks

The professional must know specific difficulties of the individual that may influence in the type of support to be provided in order to plan the assessment and improve its quality.

3.2. Steps to determine Support Needs

3.2.1. Initial Considerations

Assessing support needs in the field of disability has been traditionally done by professionals, ranging from an initial clinical or medical point of view based on a biological model focusing on individual deficiencies and progressively moving towards a biosocial (more holistic approach) taking into consideration social aspects of the individual's life leaving aside the co-production aspect (e.g. the opinion or shared vision of the user individual needs). Acknowledging this, it is of the utmost necessity balance both visions and to determine support needs shifting into a Human Rights model. A comprehensive individualised support plan is essentially an articulation of a community's shared vision for its future growth and modern development to contribute to the promotion of social and economic inclusion, in particular of minorities and vulnerable groups, including persons with disabilities. An individualised support plan should assess the needs of the individual from different perspectives but taking always into consideration that the user perspective is the ground base for further professional intervention or support without excluding the professional knowledge accumulated by certain disciplines traditionally assessing support needs such as social workers or psychologists. This disciplines exercise their professional role knowing a wide range of administrative and bureaucratic procedures and documentation required to activate resources from the Welfare State or the Social Service System

so SNA offers a mixture of tools to assess support needs from the user perspective and from a professional's point of view, but not mutually exclusive, in a collaborative fashion and with a co-production methodology. The aim of SNA is to provide quality support which can be defined as:

- ✓ Support is offered within a community-environment.
- ✓ Support from professionals aims to maximize positive interaction of the person supported with the local community (neighbours, shops, services, et al.)
- ✓ Support ought to respect personal space, privacy and property of the individual.
- ✓ Support is delivered according to individual needs and with flexible scalability.

LO: Build trusting relationship with service users

LO: Communicate effectively and openly

LO: Work in a multi-disciplinary way

LO: Develop networks and collaborate with other service providers

Assessment has to be provided following Person-Centred Planning, using Co-Production methodologies and with a flexible and tailored base. Both, the vision and expertise of professionals in contrast with the individual perspective and experience are essential to reach a satisfactory assessment. In this scenario, successfully bonding and interviewing the person is a key element to succeed.

3.2.2. Specific Instruments

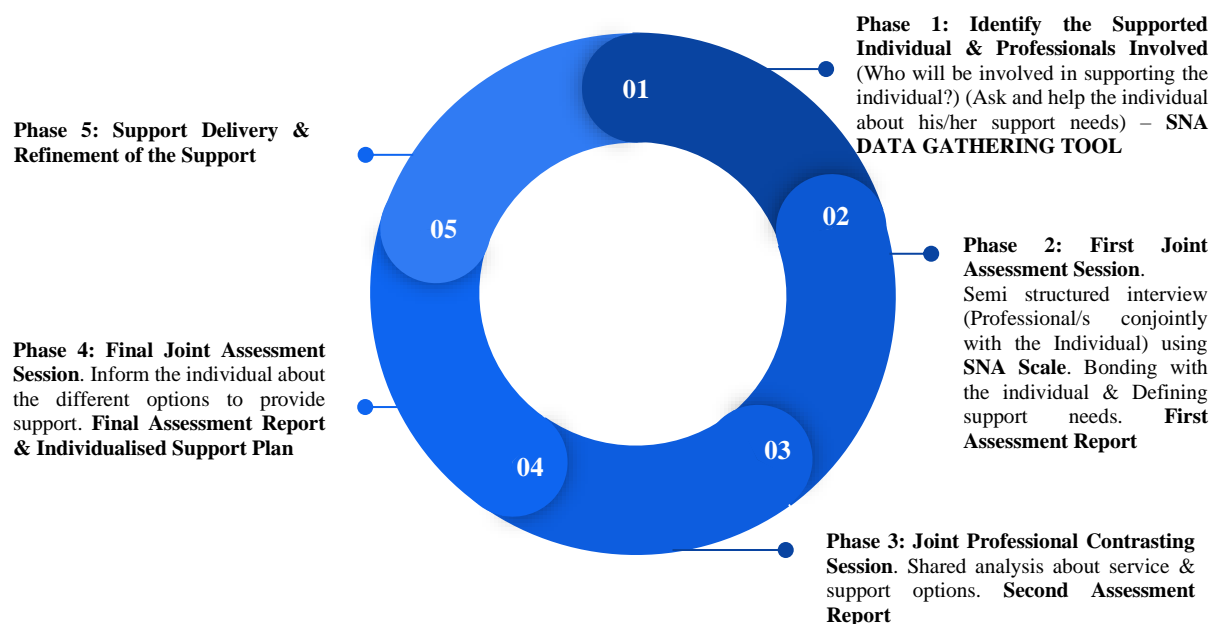
SNA uses different tools to identify, detect and assess individual needs according to the user's own assessment and according to the professional assessment. Taking into consideration the existence of different assessment scales such as: *Basic Everyday Living Skills (BELS)*, which aims to assess the close relationship between people with psychosocial disabilities and the decay/impairment of global functioning assuming that the level of support required by the individual will also depend closely of the level of his or her functioning. *BELS* is an assessment instrument with adequate reliability properties for the purpose for which it was conceived: to assess the basic abilities for the everyday living. Another assessment scale, from a professional perspective, is the *Global Assessment of Functioning / Modified Global Assessment of Functioning (GAF/mGAF)*. The Global Assessment of Functioning assigns a clinical judgment in numerical fashion to the individual's overall functioning level. Impairments in psychological, social and occupational/school functioning are considered, but those related to physical or environmental limitations are not. The scale ranges from 0 (inadequate information) to 100 (superior functioning). Apart from these scales, proprietary scales exist to assess comprehensively the needs of people with disabilities – not specifically targeting people with

psychosocial disabilities – but as a whole such as the *Housing First Model (proprietary model)*, *MyLife Scale (proprietary scale)*, *ENAR-TMG Scale (Assessment Scale of the Attention Levels required for people with Severe Psychosocial Disabilities)* and the *Outcome Star Scale/s (proprietary scale; e.g. recovery star)*.

SNA tools develop a framework of support assessment by using two specific tools: *SNA Scale (See Annex I HAS+SNA Integrated Scale)* and *SNA Data Gathering Tool (See Annex II)* and uses an inter-sectoral approach by using the following methodology / process.

3.2.3. Five Phases / Stages Assessment Methodology

SNA instruments must be used following a circular process mode developed in a continuum



A profile of the service user must be developed during all the process to function as a baseline data for a later elaboration of Individualised Support Plan which must be agreed with the supported person and the professional.

Phase / Stage 1a: Inform the individual on the SNA Scale and methodology. The methodology comprises the use of individualised scales and interviews with professionals and other relevant stakeholders so the individual is aware of the whole process. In this early stage, the professionals will ask the individual to come with a mindset focused on self-reflection about the difficulties, issues,

context and personal needs alongside with useful documentation to validate his needs and proceed with further support intervention. **SNA Data Gathering Tool** is a tool aimed at compiling basic documentation about an individual to proceed with further support actions, it is primarily aimed at professionals delivering support but it also can be relevant as a template to share at this stage with the person for the individual to collect all the information prior to the *First Joint Assessment Work session*.

Phase / Stage 1b: Identify and select the user/s, stakeholder/s and professional/s to be involved in the assessment. Prior to further proceed, the person / final user should be asked if there's a specific person that does not want to be present during the assessment and this decision must be respected. However, the crucial role of an initial assessment should not overlook inputs from professionals, family members or other stakeholders that can have a different point of view or a piece of information whom the user might specifically hide or retain that can be useful to understand the person's context as a whole in a comprehensive manner. This initially excluded stakeholders should be included and consulted although not directly during later phases to contribute with their knowledge and experience on the context and situation of the individual. During the first meeting between the supporter and the person, the bond should consolidate and grow. Only when a trust relationship appears, the supporter can ask the person about his/her wishes, will and preferences or assess the skills of the person through SNA Scale. It is highly recommended to avoid any assessment during the first contact with the person.

Inform, Promote Self-Reflection & Data Gathering to:

- ✓ Guaranteeing access to information (bidirectional)
- ✓ Better Assessment efficiency (time & focus)
- ✓ Promote user involvement and co-production

Phase / Stage 2: First Joint Assessment session. Arrange a meeting where **SNA Scale** ought to be undertaken by the individual and complemented by professional/stakeholder observations in a positive fashion and with evidence, leaving questions unanswered if the person doesn't feel comfortable sharing personal information at this stage. The session is conducted using semi-structured interviews to extract qualitative elements about the individual's' situation. In parallel, the documentation brought by the individual is compiled using the **SNA Data Gathering Tool** guidelines. The collection of all types of information (economic, legal and social) required in administrative and

practical terms should be the strictly necessary and relevant according to the user's demand and can vary from country to country (structure of social services, health system, etc...).

The number of interviews to complete accurately **SNA Scale** is not defined and is determined by the person's volition. Moreover, completing the initial assessment will require more than one visit, contacts by phone or by email to the different professionals who already support the person so it is not contingent on the person and the professional applying **SNA Scale**.

SNA Scale is conceptualised as a flexible instrument and not conceptualised nor intended to be a finalistic resource but the starting point to develop support in a continuum since needs of individuals are constantly changing due to personal growth, experience, changes in the sociocultural context of the individual or due to unforeseen situations.

First Joint Assessment Session

- ✓ Carried out guaranteeing an equal distribution of power between all participants (Family Group Conferences, Open Dialogue Strategies, Trialogue are encouraged).
- ✓ Professionals define their respective scope and limits within its professional assignments.
- ✓ Bonding and Temporality as key elements (more than one session will be needed in complex cases).
- ✓ Create a climate of security, confidence, respect and collaboration.
- ✓ Initial Documentation Gathered.

Phase / Stage 3: Joint Professional Contrasting Session. During this third phase professionals work collaboratively to determine the tasks to be undertaken by each professional depending on its area of expertise, institutional assignment and possibilities of intervention within realistic parameters (i.e. financial situation of the individual, welfare state structure, social services resources, community services, social housing and/or direct or indirect support schemes in different areas provided by the state or by NGO's in the local territory, etc.). In this stage, *TSHUNA Data Gathering Tool* and the information compiled became crucial to determine potential options and possibilities to support the individual. In case of not having enough information or lacking documentation to further proceed, it is necessary for professionals to start the proceedings to expedite that documentation as soon as

possible (e.g. national id card, census registration, disability certificate, etc..). This collaborative work intends to avoid overlapping of tasks and to determine with accuracy what services, resources or benefits the user has the Right (universal or concurrent) to enjoy.

Joint Professional Contrasting Session

- ✓ To know and list “real” options for service provision.
- ✓ To avoid professional overlapping and duplicities and to miss resources to be offered and/or available to the individual

Phase / Stage 4: Final Joint Assessment Session. This work session intends to inform the user of all the available resources, benefits, services within the Social and Health Service System whom he might have access or Right to access. Communication is a key aspect of this phase since it enables an individual to exercise choice and control over the option most suitable for his/her needs. The professional ability and skills to explain with details each and every option and its consequences is important for the final user’s informed choice. Temporality also plays a key role in this phase since the individual needs to understand comprehensively what support entails and the temporality of its provision. In this phase it is important for the professional to confront expectations of the individual since bureaucratic procedures and administrative formalities entail complex processes and timelines, often confronted with the perceived reality or expectations of the user.

Final Assessment Report: Elaboration of a report to determine the support that the person needs on an individualised basis. It is important to keep in touch with the real situation of the individual and the plausible options that every professional / stakeholder has to deliver support. The report should contain the different options available (resources, service, benefits, programmes...) to the end user. The final assessment report is the principal input for the professional supporter to design an Individualised Support Plan to be agreed with the person.

Final Joint Assessment Session & Individualised Support Plan

- ✓ To make sure the individual understands available options and chooses which option suits his/her needs within a range of options presented by the professional. The individual is able to accept, modify or reject the proposed objectives and actions. It is necessary to record the agreements that are established with the person.

- ✓ Define a list of actions to do with a concrete temporality both for the user and for the professional.
- ✓ Define a frequency and tracking channel – face to face visit, in-home visit, office visit, call, email, etc. – by consensus with the person. The individual can change his preference at any time. Detecting new needs or redefine existing ones.

Individualized Support Plan. Once the assessment phases are over, the supporter and the person will have a comprehensive idea about the needs of the person, his/her will and preferences and information about his/her wishes, goals or lifestyle. The supporter's duty is to elaborate an Individualised Support Plan with a list of issues, including the actions to be carried out for each issue according to the resources/services/programmes available in the territory. The individualised support plan includes searching sources of information; coordinate actions to enjoy support of other support services; do the necessary steps to communicate the individual's decision to the support services, social services or social network or actions to help the implementation of the plan with external supports.

Individualised Support Plan – General

The needs and actions to do in Individualised Support Plan are specified, but not limited to, these aspects, if agreed with the person and with an agreed intensity and frequency.

- ✓ Purchasing of products: personal use, hygiene, clothing, tobacco, leisure products, and food.
- ✓ Agreement on pocket money and its management, which will serve to determine the economic tool adapted to the need of the person.
- ✓ Vehicle management (taxes, insurance, fuel, repairs).
- ✓ Debt Management (negotiation of the payment of the individual's debts).
- ✓ Monthly payments (services, mortgages, loans, rents or residential facilities, day centres, deeds, supplies, etc.).
- ✓ Support for processing documentation: National ID, Health Insurance, Health Card, Passport, Disability Certificate, Benefits from the Welfare System, Certificate of Residence and other type of administrative/legal documentation.
- ✓ Management and coordination of external supports.
- ✓ Management and support if a change of centre / place of residence occurs.
- ✓ Management of bank accounts (checking account, investment funds, pension plan, etc.).

- ✓ Supervision of medical visits and pharmacology assuming the accompaniment directly or managing an external support and / or trip service, in the case of medical visits, hospital emergencies and surgical interventions, with all the actions that are derived thereafter (monitoring of the evolution of the person, information to families and / or centres, signature of informed consent, hospital monitoring, etc.).
- ✓ Supervision of personal hygiene.
- ✓ Supervision of place of residence, support and maintenance (i.e. pest control, external support cleaning, etc.).
- ✓ Promotion of leisure and cultural activities (links to centres, services, activities, etc.)
- ✓ Pet management (food, veterinarian, etc.)
- ✓ Community Support: Search, coordinate and manage the different supports of the community environment and specialized services in the different areas (health, work or occupational, leisure, social services, external services, housing, volunteering, etc...).
- ✓ Community Support: Encourage the integration of the person in the community, showing the resources of their environment and encouraging them to use them. Promoting autonomy.

Phase / Stage 5: Support Delivery & Refinement of the Support

Not to be covered by this Intellectual Output

3.3. Main Support Areas' Needs Assessment

SNA instrument aims to provide an assessment of support needs for independent living in the community and as such it needs to further define the areas whether the individual need support to develop independent life. This can be assessed by inventorying life skills of and individual in a subset of items to assess the level that individuals have at a specific point in their life or when in the process of receiving support. The use of exploratory tools and scales could be done in the form of a checklist and is comprised of different categories, The categories can be divided into money, daily life habits and routines, health-care related skills, consumer awareness, food management, personal appearance and hygiene, housekeeping, housing, transportation, educational planning, job seeking skills, job maintenance skills, emergency and safety skills, knowledge of community resources, interpersonal skills, legal issues, and others.

The individual and the supporter (here, all the social and healthcare agents) together should use TSHUNA tool and methodology to answer the questions to determine the level of support required by the individual. The individuals' level (complete dependency, partial dependency, partial autonomy and full autonomy) is determined based upon the completion of certain items specified in the checklist for

19

each category and each question. Individuals must be able to complete or know a certain amount of items, determined by the inventory, at least partially – ideally completely over time – to at least start enjoying of support even if it is on a very basic level. SNA tool should be undertaken with the help of supporters, peers, parents, relatives, professionals or other adults involved with the individual and can help the individual “plan...on filling gaps” that exceed their knowledge on a given time, context or area.

LO: Practice co-production with service users who are ‘experts by experience’

LO: Develop networks and collaborate with other service providers

4. Key success factors to put SNA into practice

There are several factors influencing a good assessment. Some have a personal component, affected by cultural elements and biography of the person while other have a strong organizational component which conditions the relationship quality between the supported person and the supporter. Below you can find a list of identified factors that helps to obtain a good support.

4.1. Bonding between the supporter and the supported person

The emotional bond between the supporter and the accompanying person is one of the main factors that favour the positive change that is sought in the intervention (Escudero 2009).

The bond is a living state, which as a relationship, requires attention to continue provoking positive changes. Thus, professionals have to know the characteristics of the link. According to the model proposed by Friedlander and collaborators (2010) the link has four elements that must be taken into account:

- ✓ Adherence to the accompaniment process. The intervention has a sense for the person. She feels involved and works with the professional. He considers that the objectives and tasks of the evaluation can be discussed and that he can express his opinion.
- ✓ Security during the process. You have to get the person to perceive the context as a space where you can take risks and in which you can openly show your opinions and be sensitive. In conclusion, it is very effective that the person feels comfortable and in no case on the defensive.
- ✓ Emotional connection. The person sees the professional as someone important at a particular time in their lives. It is important that the relationship passes familiarly, although it is also advisable to avoid the treatment of "colleagues". The relationship must be based on trust, affection, interest and sentiment of relevance.

- ✓ Commitment to the objectives. It is effective to encourage the collaborative spirit and agree the objectives with the person accompanied.

LO: Treat service users with dignity and respect

LO: Build trusting relationship with service users

LO: Communicate effectively and openly

4.2. Interview as a key instrument

The support based on a good bond uses the personal interview as a fundamental tool for such purpose. The interview must possess a series of characteristics to be effective, among which the following ones stand out: Flexibility in the approach, Integral approach - in the sense of collect information about the net and specialized resources that the person has experienced,

A good practice included in this guide is a joint interview in which participate all professionals services involved in support. During the interview available resources are shown to the person in order to see the matching with his/her will and preferences. Special attention is paid also to non-verbal communication. A shared template is used by professionals in order to collect of the information it may arise.

LO: Communicate effectively and openly

4.3. Temporality and respect versus communication style

Each meeting or interview must be planned with enough time to allow the professional and the person to express their points of view. It is also important to design a program of interviews in which the first meeting serve the purpose to create a bond with the individual since professional experience shows that it will not be until the third or fourth meeting (may be more depending on the person) that a climate of trust has already been created so that the supported person "opens up" and expresses their interests and true needs.

To achieve the above, it is also very important that the professional shows respect towards the way the person expresses their interests and needs. There are persons that take decisions about their needs very quickly, without much reflection about. Other take time to think about before to say that they want to do or need and will ask you for some support before to express a clear will. And more, one person could express opinions and plans without much words, just using non-verbal communication whereas other are inexpressive and use mainly words as communication way. The supporter must

accept the style of communication of the person and work together the person to catch what the person needs and will.

5. Referenssit

Beresford, P. (2013.) From 'other' to involved: user involvement in research: an emerging paradigm, *Nordic Social Work Research*, 3:2, 139-148, DOI: 10.1080/2156857X.2013.835138

Brown, Molly, "Effectiveness of Housing First for Non-chronically Homeless Individuals Who Are High Utilizers of Inpatient Psychiatric Treatment" (2012). College of Science and Health Theses and Dissertations. Paper 29. http://via.library.depaul.edu/csh_etd/29

Charles, C., Gafni, A. and Whelan, T. (1997), "Shared decision-making in the medical encounter: what does it mean? (Or it takes at least two to tango)", *Social Science Medicine*, Vol. 44 No. 5, pp. 681-92.

Committee on the Rights of Persons with Disabilities, *General Comment No 1: Article 12: Equal Recognition Before the Law*, 11th session, UN Doc CRPD/C/GC/1 (19 May 2014) para 42.

Cummins, R. A. (1996). Quality of life and disability. En P.O'Brien y R. Murray (Eds.), *Human services: towards partnership and support* (pp. 255-268). Auckland, Nueva Zelanda: Dunmore.

Cummins, R. A. (1997a). Assessing quality of life. En I. Brown (Ed.), *Quality of life for people with disabilities* (2ª ed.) (pp. 116-150). Cheltenham, Reino Unido: Stanley Thornes.

Cummins, R. A. (1997b). Self-rated quality of life scales for people with an intellectual disability: a review. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 10, 199- 216.

Cummins, R.A. (2005) Moving from the quality of life concept to a theory. *Journal of Intellectual Disability Research*, 49, 699-706. doi: 10.1111/j.1365-2788.2005.00738.x

Dennis, R. E., Willians, W. M., Giangreco, M. F. y Cloninger, C. (1994). Calidad de vida como contexto para la planificación y evaluación de servicios para personas con discapacidad. *Siglo Cero*, 25, 5-16.

Devandas, C. (2018). Report of the Special Rapporteur on the Rights of persons with disabilities (theme: legal capacity reform and supported decision-making). [A/HRC/37/56](#).

Dhanda, Amita, 'Conversations between the Proponents of the New Paradigm of Legal Capacity' (2017) 13(1) *International Journal of Law in Context* 87-95.

Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71-75.

Driscoll CO, Leff J. The Taps Project. 8: Design of the research study on the long-stay patients. *Br J Psychiatry* 1993; 162(Supl 19): 18-24

Durand, M.A., Carpenter, L., Dolan, H., Bravo, P., Mann, M., Bunn, F. and Elwyn, G. (2014), "Do interventions designed to support shared decision-making reduce health inequalities? A systematic review and meta-analysis", *PLoS One*, Vol. 9 No. 4, p. e94670, doi:10.1371/journal.pone.0094670.

Evans, Elizabeth; Howlett, Sophie; Kremser, Thea; Simpson, Jim; Kayess, Rosemary and Trollor, Julian N, 'Service Development for Intellectual Disability Mental Health: A Human Rights Approach' (2012) 56(11) *Journal of Intellectual Disability Research* 1098-1109.

Felce, D. y Emerson, E. (2001). Living with support in a home in the community: Predictors of behavioral development and household and community activity. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research*, 34, 23-41. doi: 10.1002/mrdd.1011

Gooding, Piers, 'Supported Decision-Making: A Rights-Based Disability Concept and Its Implications for Mental Health Law' (2013) 20(3) *Psychiatry, Psychology and Law* 431-451.

Gould, N. (2016). *Mental Health Social Work In Context: second edition*. (Second ed.) Abingdon, Oxon.: Routledge.

Grupo Andaluz de Investigación en Salud Mental. Validación y adaptación al castellano EVERYDAY LIVING SCHEDULE (BELS) Team for the Assessment of Psychiatric Services (TAPS) 1989.: Grupo Andaluz de Investigación en Salud Mental. 2000.

Heal, L. W. y Chadsey-Rusch J. (1985). The Lifestyle Satisfaction Scale (LSS): assessing individuals' satisfaction with residence, community setting, and associated services. *Applied Research in Mental Retardation*, 6, 475-90.

Health Service Executive (2018). Co-Production in Practice Guidance Document: Supporting the Implementation of 'A National Framework for Recovery in Mental Health 2018-2020'

Heather Castillo, Shulamit Ramon, "'Work with me": service users' perspectives on shared decision making in mental health", *Mental Health Review Journal*, Vol. 22(3):166-178, July 2017.

Jiménez J, Torres F, Laviana M, Luna J, Trieman N, Richard C. Evaluación del funcionamiento de la vida diaria en personas con trastorno mental de larga evolución. Adaptación y fiabilidad de la versión española del "Basic Everyday Living Skills" (BELS). *Actas Esp Psiquiatri*. 2000; 28(5): 284-288.

Kontos N, Querques J, Freudenreich O. Capable of more: some underemphasized aspects of capacity assessment. *Psychosomatics*. 2015 May-Jun;56(3) 217-226. doi:10.1016/j.psych.2014.11.004

Pūras, Dainius, *Report of the Special Rapporteur on the Right of Everyone to the Enjoyment of the Highest Attainable Standard of Physical and Mental Health*, UN Doc A/HRC/35/21 (28 March 2017).

Russo, Jasna and Rose, Diana, "'But What If Nobody's Going to Sit down and Have a Real Conversation with You?'" Service User/Survivor Perspectives on Human Rights' (2013) 12(4) *Journal of Public Mental Health* 184-192.

Shulamit Ramon, YaaraZisman-Ilani, and Emma Kaminskiy, 'Shared decision making in mental health', Guest Editorial, Special Issue, *Mental Health Review Journal*, Vol. 22 (3): 149-151, September 2017.

Tanenbaum, Sandra J, 'Consumer-Operated Service Organizations: Organizational Characteristics, Community Relationships, and the Potential for Citizenship' (2012) 48(4) *Community Mental Health Journal* 397-406.

Think Local Act Personal (2011) Making it real: Marking progress towards personalised, community based support, London: TLAP.

World Health Organization. Community Participation in Local Health and Sustainable Development: Approaches and Techniques. Copenhagen, Denmark: WHO Regional Office for Europe; 2002. European Sustainable Development and Health Series, 4.

6. Annexes

LIITE I - HAS / SNA Integroitu asteikko - Täytetään aina käyttäjän ja ammattilaisen kanssa

HAS – ASUNTOJEN KOHDENNUS JÄRJESTELMÄ

Nimi / Sukunimi:

Henkilötunnus tai Passin Numero:

syntymäaika & paikka:

Nykyinen osoite:

Puhelinnumero:

ENSIKSI HALUAISIN TIETÄÄ NYKYISESTÄ ASUINMUODOSTANNE

1. MISSÄ ASUT JUURI NYT? (Valitse yksi vaihtoehto. Jos vastaus on epäselvä, pyydä hakijaa valitsemaan yksi).

- a. _____ keskussairaalassa
- b. _____ sairaalan psykiatrisella osastolla
- c. _____ tukikeskuksen kuntoutusyksikössä
- d. _____ korkean tuen hostelli tai tukikeskuksen talossa
- e. _____ tukikeskuksen ryhmäkodissa
- f. _____ muussa tukikeskuksen pitämässä majoituksessa
- g. _____ asunnottomien hostellissa
- h. _____ asunnottomien aamiaisen tarjoavassa hotellissa
- i. _____ asunnottomien tuen pitämässä muussa majoituksessa
- j. _____ väliaikaismajoituksessa
- k. _____ vankilassa tai muussa rangaistuslaitoksessa
- l. _____ koditon/kadulla
- m. _____ väliaikaisesti ystävän tai sukulaisen luona
- n. _____ lapsuudenkodissa
- o. _____ paikallisessa kaupungin vuokra-asunnossa
- p. _____ tuetussa asumisyksikössä
- q. _____ yksityisessä vuokra-asunnossa
- r. _____ taloyhtiössä

2. ASUTKO YKSIN VAI MUIDEN KANSSA?

- a. _____ yksin
- b. _____muiden kanssa

3. KUINKA KAUAN OLET ASUNUT SIELLÄ?

Vuosia Kuukausia

(Jos alle vuoden, kysy numero 3 a ja 3 b; jos enemmän kuin vuoden, hyppää numeroon 4)

3 a. KUINKA MONTA KERTAA OLET MUUTTANUT VIIMEISEN VUODEN SISÄLLÄ?

kertamäärä _____

3b. VIIMEISEN VUODEN AIKANA OLETKO OLLUT KODITON?

► _____ kyllä b. _____ en

4. VIIMEISEN VUODEN AIKANA, MITEN SAIT RAHAA? (Merkitse kaikki, jotka sopivat)

- a. _____ työ
- b. _____ sosiaaliavustus (avustuksen nimi _____)
- c. _____ perheen tuki
- d. _____ muu (mikä?) _____
- e. _____ Minulla ei ole tuloja (siirry kohtaan 6e)

4a. PALJONKO RAHAA SAIT VIIKOSSA? (Merkitse vastaus tähän:)

4b. PALJONKO MAKSAT VUOKRAA VIIKOSSA? (jos et maksa vuokraa siirry kohtaan 6). (Kirjoita vastaus tähän) _____

4c. SISÄLTYYKÖ VUOKRAAN KOTITALOUSHYÖDYKKEET? (sähkö, jätteet, lämmitys jne.)

a _____ kyllä

b _____ ei

4d. ARVIOLTA KUINKA PALJON KÄYTÄT RAHAA VIIKOSSA
KOTITALOUSHYÖDYKKEISIIN?

(Kirjoita vastaus tähän:) _____

4e. SAATKO APUA VUOKRAN MAKSUUN? Esim. Vuokran lisä/ asumistuki?

a. _____ kyllä

b. _____ ei (jos ei siirry kysymykseen 5)

4f. KUKA AUTTAA VUOKRAN MAKSUSSA?

a. _____ tukikeskus

b. _____ sosiaalityöntekijä

c. _____ perhe, puoliso

d. _____ muu (mikä? :) _____

5. HALUAISIN TIETÄÄ KUINKA TYYTYVÄINEN OLET NYKYISEEN
ASUMISJÄRJESTELYYN. OLETKO MIELESTÄSI: (Lue vaihtoehdot ääneen ja
valitse sopiva vaihtoehto)?

a. _____ ERITTÄIN TYYTYVÄINEN

b. _____ JOKSEENKIN TYYTYVÄINEN

c. _____ EI TYYTYVÄINEN EIKÄ TYYTYMÄTÖN

d. _____ JOKSEENKIN TYYTYMÄTÖN

e. _____ ERITTÄIN TYYTYMÄTÖN

6. MISTÄ PIDÄT ENITEN NYKYISESSÄ ASUMISJÄRJESTELYSSÄSI? (Kirjoita
vastaus tähän:) _____

7. MAINITSE YKSI ASIA, JOSTA ET PIDÄ NYKYISESSÄ
ASUMISJÄRJESTELYSSÄSI? (Kirjoita vastaus tähän:)

8. ALLA OLEVALLA LISTALLA (A-K) ON 11 ASIAA, JOISTA OSALLISTUJAT PITÄVÄT TAI EIVÄT PIDÄ ASUINTILANTEESSAAN. KERRO MIELIPITEESI JOKAISESTA ASIASTA NYKYISESSÄ ASUINPAIKASSASI.

PIDÄN PALJON (5)

PIDÄN JOKSEENKIN (4)

EN VÄLITÄ (3)

EN PIDÄ SIITÄ (2)

INHOAN PALJON (1)

EI SOVELLU (0)

(Lue lista ääneen ja ympyröi sopiva numero).

- | | |
|---------------------------|-------------------------|
| a. TILAN MÄÄRÄ | (0) (1) (2) (3) (4) (5) |
| b. KUNNOSTAMINEN JA KUNTO | (0) (1) (2) (3) (4) (5) |
| c. SIJAINTI | (0) (1) (2) (3) (4) (5) |
| d. ASUINKUMPPANIT | (0) (1) (2) (3) (4) (5) |
| e. NAAPURIT | (0) (1) (2) (3) (4) (5) |
| f. YKSIN ASUMINEN | (0) (1) (2) (3) (4) (5) |
| g. VUOKRANANTAJA | (0) (1) (2) (3) (4) (5) |
| h. TUKIHENKILÖN VIERAILUT | (0) (1) (2) (3) (4) (5) |
| i. YKSITYISYYS | (0) (1) (2) (3) (4) (5) |
| j. HINTA | (0) (1) (2) (3) (4) (5) |
| k. MUUTA | (0) (1) (2) (3) (4) (5) |

(Mitä?). _____

9. ONKO LEMMIKIT SALLITTUJA ASUINPAIKASSASI?

a. _____ kyllä

b. _____ ei

10. KÄYVÄTKÖ TUKIHENKILÖT SÄÄNNÖLLISESTI KOTONASI?

a. _____ ei (jos ei, siirry kysymykseen 12)

b. _____ kyllä (jatka)

11. MIKÄLI SAAT SÄÄNNÖLLISESTI TUKIPALVELUITA ASUINPAIKASSASI, VOISITKO KUVAILLA MITÄ NE OVAT JA KUINKA USEIN SAAT NIITÄ? (Kirjoita vastaus tähän:)

12. KUINKA TYYTYVÄINEN OLET TILANTEeseen? (Lue ääneen ja valitse sopiva vaihtoehto).

- a. _____ ERITTÄIN TYYTYVÄINEN
b. _____ JOKSEENKIN TYYTYVÄINEN
c. _____ EI TYYTYVÄINEN EIKÄ TYYTYMÄTÖN
d. _____ JOKSEENKIN TYYTYMÄTÖN
e. _____ ERITTÄIN TYYTYMÄTÖN

13. VOITKO JATKAA ASUMISTA SAMASSA PAIKASSA VAI TÄYTYYKÖ SINUN MUUTTAA?

a. _____ kyllä, voin asua niin kauan, kun haluan (jos kyllä siirry kohtaan 14)

b. _____ en, minun täytyy muuttaa (jatka)

13a. MIKSI PITÄÄ MUUTTAA? (Kirjoita vastaus tähän:)

14. HALUAISITKO JATKAA ASUMISTA NYKYISESSÄ PAIKASSA VAI
HALUAISITKO MUUTTA MUUALLE?

- a. _____ jäädä (siirry numeroon 15)
- b. _____ muuttaa (jatka)

14a. MIKSI HALUAT MUUTTA? (Kirjoita vastaus tähän:)

15 ONKO NYKYASUIINTILANTEESSASI JOKU TIETTY ONGELMA, JOKA
SELITTÄÄ ASUNNON TARPEEN?

=====

SIIRRY TIIVISTELMÄÄN 1 TIIVISTÄÄKSESI ASUNNON TARPEET

=====

16. MIKÄ OLISI IDEAALI ASUINPAIKKASI?

(Valitse yksi vaihtoehto. Jos vastaus on epäselvä, pyydä hakijaa valitsemaan yksi).

- a. _____ tukipalveluiden ylläpitämässä ryhmäkodissa
- b. _____ hoitokodissa
- c. _____ kodittomien hostellissa
- d. _____ asunnottomien aamiaisen tarjoavassa hotellissa
- e. _____ asunnottomien tuen pitämässä muussa majoituksessa
- f. _____ väliaikaismajoituksessa
- g. _____ koditon/kadulla
- h. _____ itsenäisesti asunnossa
- i. _____ itsenäisesti talossa
- j. _____ lapsuudenkodissa
- k. _____ ystävän tai sukulaisen kanssa

- l. _____ muu (mikä?) _____

17. MIKÄ ASUINPAIKASSA OLISI KAIKKEIN TÄRKEINTÄ?

(Kirjoita vastaus tähän:) _____

18. HALUAISITKO ASUA :(Lue vaihtoehdot ääneen ja valitse sopiva vaihtoehto).

- a. _____ NYKYISELLÄ ASUINALUEELLA
- b. _____ MUUALLA MUTTA YHÄ [kaupungin nimi]
- c. _____ MUUALLA KUIN [kaupungin nimi]
- d. _____ EI MERKITYSTÄ

19. MIKÄ ASUINPAIKASSA OLISI KAIKKEIN TÄRKEINTÄ?

(Kirjoita vastaus tähän:) _____

20. JOS SINUN PITÄISI ASUA JONKUN KANSSA, HALUAISITKO ASUA MUIDEN TUKIPALVELUJEN KÄYTTÄJIEN KANSSA VAI ET? (Lue 3 vaihtoehtoa ääneen ja pyydä hakijaa valitsemaan sopivin)

- a. _____ kyllä, haluan asua muiden kanssa
- b. _____ ei, en halua asua muiden kanssa
- c. _____ ei merkitystä

20a. MIKSI?

(Kirjoita vastaus tähän:) _____

21. JOS SAISIT VALITA ASUISITKO MIELUUMMIN YKSIN VAI MUIDEN KANSSA?

- a. _____ mieluummin yksin (siirry kohtaan 23)
- b. _____ mieluummin muiden kanssa (jatka)

22. KENEN KANSSA HALUAISIT ASUA? (Valitse yksi vaihtoehto. Jos vastaus on epäselvä, pyydä hakijaa valitsemaan yksi).

- a. _____ sukulaisten
- b. _____ ystävien
- c. _____ puolison
- d. _____ tukihenkilöiden
- e. _____ kodittomien henkilökunnan
- f. _____ joku muu? (Kuka?) _____

23. HALUAISITKO LISÄTÄ JOTAIN ASUINMIELTYMYKSISTÄSI TAI ASUINKUMPPANEISTASI?

=====

SIIRRY YHTEENVETOON 2 TIIVISTÄMÄÄN HALUTTU ASUINMUOTO

=====

NYT, KUN OLEMME PUHUNEET HALUTUSTA ASUINPAIKASTASI, HALUAISIN TIETÄÄ MILLAISIA TUKIPALVELUITA MIELESTÄSI TARVITSISIT ASUAKSESI SIELLÄ

24. MILLAISIA TUKIPALVELUITA MIELESTÄSI TARVITSISIT ASUAKSESI MISSÄ HALUAT?

(Kirjoita vastaus tähän:) _____

25. ONKO SINULLA JOKIN ERITYINEN ONGELMA TAI TARVE, JOKA VAIKUTTAA ASUMISTYYPIN VALINTAAN? (Ympyröi)

- A. LÄÄKETIETEELLINEN (sydän, hengitys, jne.) kyllä/ ei
- B. FYYSINEN (hankaluuksia portaissa jne.) kyllä/ ei
- C. OPPIMINEN (lievä oppimisvaikeus jne.) kyllä/ ei
- D. AISTILLINEN (kuulo, näkö hankaluuksia) kyllä/ ei
- E. TALOUDELLINEN (kyvyttömyys maksaa laskuja jne.) kyllä/ ei
- F. LAILLINEN (ero, lähestymiskielto, testamentti jne.) kyllä/ ei
- G. Muu kyllä/ ei jos muu mikä _____

25 a. JOS VASTASIT 'KYLLÄ' JOIHINKIN ONGELMAAN, HALUATKO KERTOAA LISÄÄ?

(Kirjoita vastaus tähän) _____

26. YLEISESTI OTTAEN, KUINKA KIIREELLINEN ASUMIS- JA TUKITARPEET OVAT?

Korkea _____

Keskiverto _____

Alhainen _____

27. KOETKO OLEVASI VAARASSA (ympyröi – ei, korkea, keskiverto, tai alhainen riski)

a. Joutua kodittomaksi ei, korkea keskiverto alhainen

b. Pahoinpidellyksi ei, korkea keskiverto alhainen

(jos kyllä ympyröi joko: henkinen, fyysinen, seksuaalinen, laiminlyönti tai taloudellinen)

c. Heikkenevä mielenterveys ei, korkea keskiverto alhainen

d. Heikkenevä fyysinen terveys ei, korkea keskiverto alhainen

e. Vaaraksi itselle ei, korkea keskiverto alhainen

f. Vaaraksi muille ei, korkea keskiverto alhainen

g. Muussa vaarassa ei, korkea keskiverto alhainen

Jos 'muu' mikä _____

28. ONKO MITÄÄN MUITA ASIOITA LIITTYEN ASUMISEEN TAI TUKITARPEISIIN, JOISTA HALUAISIT MAINITA?

29. MILLAISIA TUKIPALVELUITA MIELESTÄSI TARVITSISIT ASUAKSESI MISSÄ HALUAT?

Kirjoita vastaus tähän:) _____

30. LUEN SINULLE LISTAN USEIN MAINITUISTA TUKITOIMISTA. KERRO MITÄ NÄISTÄ LISÄTUKITOIMISTA KOET TARVITSEVASI ASUAKSESI MISSÄ HALUAT? (Lue lista ääneen ja valitse kyllä tai ei, jokaiseen kohtaan).

- | | Kyllä | Ei | |
|----|-------|-----|--|
| a. | ___ | ___ | Haluaisitko, että henkilökunta olisi tavoitettavissa puhelimitse vuorokauden ympäri? |
| b. | ___ | ___ | Haluaisitko, että voisit pyytää henkilökuntaa käymään vuorokauden ympäri? |
| c. | ___ | ___ | Haluaisitko, että henkilökunta kävisi luonasi säännöllisesti päiväsaikaan? |
| d. | ___ | ___ | Haluaisitko, että henkilökunta asuisi kanssasi? |
| e. | ___ | ___ | Tarvitsisitko lisää tuloja/ tukia/vuokralisää? |
| f. | ___ | ___ | Tarvitsisitko rahaa vuokratakuuseen? |
| g. | ___ | ___ | Huonekaluja? (kuten tuoleja, sängyn jne..) |
| h. | ___ | ___ | Tarvitsisitko kotitaloustarvikkeita? (kuten kattiloita / pannuja) |
| i. | ___ | ___ | Tarvitsisitko huonekavereita tai kämppeiksiä? |
| k. | ___ | ___ | Tarvitsisitko apua asunnon löytämisessä? |
| l. | ___ | ___ | Tarvitsisitko apua huonekavereiden tai kämppisten löytämisessä? |
| n. | ___ | ___ | Tarvitsisitko apua tukien saamiseen? |
| o. | ___ | ___ | Tarvitsisitko jotain muuta? |
- (Jos kyllä mitä) _____

ONKO SINULLA KYSYTTÄVÄÄ TAI KOMMENTOITAVAA LIITTYEN ALUEEN ASUMIS – JA TUKIPALVELUIHIN? (Jos on kirjoita alapuolelle)

Vaihe 3: Tiivistelmä asumis- ja tukipalveluista sekä mieltymyksistä

Hakijan kanssa toteutettu kysely on pitkäkö, joten tässä vaiheessa tiivistetään heidän asumis-, tukipalvelut ja muut mieltymyksensä. Seuraavat tiivistelmäkaavakkeet mahdollistavat hakijan tarpeiden ja mieltymysten avaintekijöiden ilmaisun selkeästi. On tärkeää muistaa, että kyselyn tehnyt virkailija ei välttämättä hoida asuntojen kohdentamista, joten on ensiarvoisen tärkeää, että hakijan tarpeet ja mieltymykset on ilmaistu selkeästi.

TIIVISTELMÄ 1: NYKYINEN ASUMINEN

Tähän asti olet asunut _____ viimeiset _____
kuukautta/vuotta.

Asut _____ kanssa.

Olet (erittäin / jokseenkin tyytymätön/tyytyväinen) siellä asumiseen koska

Kuitenkin/ siitä johtuen hakija (haluaa/ on pakotettu) muuttamaan,
koska _____

Asiat, joista pidät nykyisessä asuinpaikassasi _____

Asiat, joista et pidä nykyisessä asuinpaikassasi _____

Saat rahaa _____ (työpaikan/tuen nimi jne.). viikoittaiset tulosi ovat _____, ja rahaa kuluu _____ viikossa vuokraan ja _____ viikossa kotitaloushyödykkeisiin.

Tiivistelmä 2: haluttu asuminen

Haluaisit asua (asumismuoto) _____ koska paikka tarjoaisi sinulle _____ . Haluttu

asuinpaikka on _____

koska _____
_____ .

Haluaisit asua mieluiten (yksin tai toisten kanssa), koska

_____ . Jos sinun olisi pakko asua toisten kanssa, Asuisit mieluiten muiden tukipalveluita käyttävien kanssa / et asuisi mieluiten muiden tukipalveluita käyttävien kanssa, koska _____

_____ .

Kaikista mieluisin asuinkumppani/ asuinkumppanit on / ovat _____ ,

koska _____ .

Vaihe 4: Hakijan ja hänelle sopivan asunnon löytäminen

IHS hakijat ja potentiaaliset asunnot tulisi löytää ensisijaisesti organisaation olemassa olevan IT-järjestelmän ja asunnon perusominaisuuksien perusteella. Vaikka asunto saattaa vastata kaikkia hakijan mieltymyksiä, kyseistä asuntoa ei tulisi harkita, jos sen yleisominaisuudet eivät vastaa hakijan tarpeita tai mieltymyksiä, esimerkiksi jos kiinteistö sijaitsee eri alueella, jolla hakija on ilmaissut haluavansa asua tai mikäli kiinteistö on väärän kokoinen heidän ruokakunnalleen.

Kaikkien olemassa olevien kohdentamisjärjestelmien tulisi pystyä luokittelemaan hakijat kiinteistön koon ja halutun sijainnin mukaan.

Kun IHS hakija on suhteellisen lähellä kohdentamislistan kärkeä – pistejärjestelmällä, listalla vietetyn ajan perusteella tai jonkun muun jonotusmetodin perusteella– heidän yhteen kootut tarpeensa ja mieltymyksensä tulisi tarkistaa ja kohdentamisesta vastaavia virkailijoita tulisi muistuttaa hakijasta, jotta heidät pidetään mielessä asuntojen vapautuessa.

Jos kohdentamisjärjestelmä odottaisi, kunnes hakija olisi listan kärjessä, hakijalle saattaisi seurata tarpeettomia myöhästymisiä. Heidän tukitarpeensa ja mieltymyksensä saattavat tehdä monesta kiinteistöstä hakijalle sopimattoman. Tietty määrä joustavuutta ja sopeutumiskykyä on tarpeen, jotta kaikille hakijoille voidaan taata paras lopputulos.

Sellaisissa tapauksissa, 'tarjous vyöhykkeen' käyttämisestä voi olla apua. Viranomainen ottaa yhteyttä henkilöön kirjallisesti, kun he saavuttavat 'tarjous vyöhykkeen' ilmoittaen, että henkilö tulee todennäköisesti saamaan tarjouksen asunnosta seuraavan 6 kuukauden aikana ja, että heidän tulisi hakea/varmistaa saavansa kaikki tarvitsemansa tukitoimet asuakseen itsenäisesti, ajoissa.

Tukitoimien myöntämisestä vaaditaan vahvistus, jotta henkilö voi vastaanottaa tarjotun asunnon, tämä vaatimus kerrotaan selvästi hakijalle sekä hänen puoltajalleen, jos se katsotaan sopivaksi.

Jollei tukitoimia ole saatavilla 'tarjous vyöhykkeen' aikarajan sisällä, asiakas palaa asiaan tukitoimien ollessa kunnossa, heidän paikkansa odotuslistalla säilyy.

Seuraava taulukko on käytössä, kun selvitetään asunnon sopivuutta asiakkaalle:

	Kyllä	Ei	Kommentit / Pisteet (kyllä 5 pistettä, ei 0 pistettä)
Kiinteistön sijainti vastaa hakijan toiveita.			
Asunnon koko vastaa asiakkaan tarpeita.			

	Kyllä	Ei	Kommentit / Pisteet (kyllä 5 pistettä, ei 0 pistettä)
Tarvitaanko esteetön sisäänkäynti?			
Onko kiinteistö esteetön?			

	Kyllä	Ei	Kommentit / Pisteet (kyllä 5 pistettä, ei 0 pistettä)
Tarvitaanko tukipalveluja? (käy läpi SNA tulokset)			
On hakijalle saatavilla tukipalveluja tällä asuinpaikalla?			

	Kyllä	Ei	Kommentit / Pisteet (kyllä 5 pistettä, ei 0 pistettä)
Haluaako hakija asua muiden kanssa?			
Onko se mahdollista tässä kiinteistössä?			

	Kyllä	Ei	Kommentit / Pisteet (kyllä 5 pistettä, ei 0 pistettä)
Onko kiinteistö kalustettu?			
Haluaako hakija asunnon kalustettuna?			

	Kyllä	Ei	Kommentit / Pisteet (kyllä 5 pistettä, ei 0 pistettä)
Ovatko lemmikit sallittuja kiinteistössä?			
Haluaako/omistaako hakija lemmikin?			

14 pistettä tai vähemmän: Kiinteistö ei sovellu hakijalle.

15-20 pistettä: Tämä kiinteistö saattaa sopia hakijalle. Vaatii lisäselvitystä hakijan ja tukitoimiston kanssa.

21-29 pistettä: Tämä kiinteistö todennäköisesti sopii hakijalle. Tarjous tai kohdentaminen voidaan tehdä.

SNA- TOPHOUSE TUEN TARPEEN ARVIOINTI

31. LUEN SINULLE TOISEN LISTAN. PYYDÄN VASTAAMAAN KYSYMYKSIIN REHELLISESTI AJATELLEN NYKYTILANNETTASI (Lue lista ääneen ja ympyröi tilanteeseesi sopiva vastaus).

a. Rahan käyttö -Taloudellinen

- Tiedätkö, paljonko (Kyllä) (En) (Tuettuna) (Kommentit)
rahaa ansaitset
viikossa/kuukaudessa
?
-

- Koetko pärjääväsi (Kyllä) (En) (Tuettuna) (Kommentit)
taloudellisesti hyvin?
-

- Pärjäätkö (Kyllä) (En) (Tuettuna) (Kommentit)
taloudellisesti kuun
loppuun, ongelmitta?
-

-
- Onko sinulla säästöjä? (Kyllä) (En) (Kommentit)
-

-
- Lainaatko rahaa? (Kyllä) (En) (Kommentit)
(Naapurilta, ystäviltä,
pankilta)
-

-
- Ymmärrätkö samaasi (Kyllä) (En) (Tuettuna) (Kommentit)
taloustietoa?
-

—

b. Ostokset

- Ymmärrätkö tuotteiden (Kyllä) (En) (Tuettuna) (Kommentit)
rahallisen arvon?
Mainitse esimerkkejä
kommenteissa
-

-
- Hoidatko (Kyllä) (En) (Tuettuna) (Kommentit)
perusostoksesi aina
samassa paikassa?
-

-
- Käytätkö ostoslistaa? (Kyllä) (En) (Tuettuna) (Kommentit)
-

-
- Koetko selviäväsi (Kyllä) (En) (Tuettuna) (Kommentit)
raha-asioista niin että
rahat riittävät kuun
loppuun asti ja kaikki
perustarpeet on
katettu?

c. Kodinhoito

- Kykenetkö (Kyllä) (En) (Tuettuna) (Kommentit)
hyväksymään ja
noudattamaan
yhdessä sovittuja
sääntöjä, asuessasi
jonkun kanssa?

-
- Teetkö kotityöt oikein? (Kyllä) (En) (Tuettuna) (Kommentit)
(vuodevaatteet, siivous
ja järjestäminen jne.)

-
- Siivoatko asunnon (Kyllä) (En) (Tuettuna) (Kommentit)
säännöllisesti?

-
- Osaatko tehdä (Kyllä) (En) (Tuettuna) (Kommentit)
kodinhuolto töitä?
(Puhdistaa patterit,
poistaa boilerin
paineen, korjata
tiskialtaan, sulattaa
pakastimen, vaihtaa
lampun jne.)

-
- Mikäli kodissasi (Kyllä) (En) (Tuettuna) (Kommentit)
esiintyy ongelmia,
tiedätkö kelle soittaa?

d. Ruoan laitto

- Osaatko käyttää (Kyllä) (En) (Tuettuna) (Kommentit)
mikroa / uunia / hellaa
/ muita kodinkoneita?

-
-
-
-
- ▶ Ostatko valmisruokia, (Kyllä) (En) (Kommentit)
Kuinka monta
viikossa?

—

e. Pyykkihuolto

- ▶ Osaatko käyttää (Kyllä) (En) (Tuettuna) (Kommentit)
pyykkikonetta?
-
- ▶ Osaatko kuivattaa (Kyllä) (En) (Tuettuna) (Kommentit)
vaatteesi oikein?

—

f. Perhesuhteet – Sosiaaliset suhteet

- ▶ Oletko yhteydessä (Kyllä) (En) (Tuettuna) (Kommentit)
perheeseesi tai
sukulaisiin?
-
- ▶ Tarvitsetko apua (Kyllä) (En) (Tuettuna) (Kommentit)
heidän
tapaamisessaan tai
heille puhumisessa?
-
- ▶ Haluaisitko saada (Kyllä) (En) (Tuettuna) (Kommentit)
heihin uudestaan
yhteyden?
-
- ▶ Haluatko, että (Kyllä) (En) (Tuettuna) (Kommentit)
perheellesi kerrotaan
tilanteestasi?

-
-
- ▶ Perhekonfliktin (Kyllä) (En) (Tuettuna) (Kommentit)
sattuessa, tiedätkö,
kuinka se ratkaistaan
tai haluatko ratkaista
sen?

—

g. Ystävystyminen / Ihmisten kanssa toimeen tuleminen

- ▶ Oletko tyytyväinen (Kyllä) (En) (Kommentit)
verkostoihisi ja
sosiaaliisiin suhteisiisi?

-
-
- ▶ Haluatko säilyttää ne? (Kyllä) (En) (Tuettuna) (Kommentit)

-
-
- ▶ Jos ei: haluatko (Kyllä) (En) (Tuettuna) (Kommentit)
parantaa tilannetta?

-
-
- ▶ Osallistutko yhteisösi (Kyllä) (En) (Tuettuna) (Kommentit)
aktiviteetteihin?

-
-
- ▶ Jos kyllä: Haluatko (Kyllä) (En) (Tuettuna) (Kommentit)
säilyttää ne?

-
-
- ▶ Jos ei: haluatko (Kyllä) (En) (Tuettuna) (Kommentit)
parantaa tilannetta?

-
-
- ▶ Kohtaatko usein (Kyllä) (En) (Kommentit)
ongelmia ollessasi
kanssakäymisissä
muiden kanssa
(naapureiden,

kollegoiden, ystävien
jne.)?

-
- ▶ Jos kyllä: osaatko ratkaista ne? (Kyllä) (En) (Tuettuna) (Kommentit)
-

—

h. Terveys (Lääkehuolto)

- ▶ Käytkö säännöllisesti lääkärissä tai seurannassa? (Kyllä) (En) (Tuettuna) (Kommentit)
-

-
- ▶ Tiedätkö milloin käynnit ovat? (Kyllä) (En) (Tuettuna) (Kommentit)
-

-
- ▶ Osaatko ottaa lääkkeesi reseptin mukaan? (Kyllä) (En) (Tuettuna) (Kommentit)
-

-
- ▶ Osaatko valmistella lääkkeesi? (Kyllä) (En) (Tuettuna) (Kommentit)
-

-
- ▶ Osaatko varata lääkäriajan? (Kyllä) (En) (Tuettuna) (Kommentit)
-

-
- ▶ Osaatko hätätapauksessa pyytää apua? (Kyllä) (En) (Tuettuna) (Kommentit)
-

-
- ▶ Onko sinulla tarpeisiisi sopiva tasapainoinen ruokavalio? (Kyllä) (En) (Tuettuna) (Kommentit)

I. Hygienia

- ▶ Käytkö suihkussa (Kyllä) (En) (Tuettuna) (Kommentit)
säännöllisesti?

- ▶ Vaihdatko vaatteesi (Kyllä) (En) (Tuettuna) (Kommentit)
säännöllisesti?
Tarkenna
kommenteissa

-
- ▶ Käytätkö aikaa (Kyllä) (En) (Tuettuna) (Kommentit)
henkilökohtaiseen
hygieniaan (kynnet /
hiukset / parranajo /
karvojen poisto)?

-
- ▶ Osaatko käyttää (Kyllä) (En) (Tuettuna) (Kommentit)
hygienia tuotteita
oikein (pyykin pesu,
henkilökohtainen
hygienia)?

j. Liikkuminen / Kuljetus

- ▶ Onko sinulla oma (Kyllä) (En) (Kommentit)
kulkuväline? (pyörä, auto,
mopedi, muu)

-
- ▶ Osaatko käyttää julkista (Kyllä) (En) (Tuettuna) (Kommentit)
liikennettä? (metro, juna,
bussi, taksi)
-

Onko sinun vaikea seurata (Kyllä) (En) (Kommentit)
karttaa tai löytää
paikkoihin, joita et tunne?

—

k. töissä käyminen

► Käytkö töissä? (Kyllä) (En) (Tuettuna) (Kommentit)

—

► Onko sinulla ollut (Kyllä) (En) (Kommentit)
vaikeuksia töissä
viimeisen vuoden
aikana (täsmällisyys
jne.?)

► Haluatko (Kyllä) (En) (Tuettuna) (Kommentit)
työskennellä?

—

► Luuletko, että voisit itse (Kyllä) (En) (Tuettuna) (Kommentit)
löytää töitä?

—

► Haluatko parantaa (Kyllä) (En) (Tuettuna) (Kommentit)
osaamistasi
työllistyäksesi
paremmin? Missä
roolissa?

—

I. Koulutus

► Onko sinulla (Kyllä) (En) (Tuettuna) (Kommentit)
motivaatiota/ halua
osallistua kursseille /
työpajoihin / tehtäviin?

—

-
- Tiedätkö mitä kautta löydät tiettyjä kursseja ja/tai koulutusta? (Kyllä) (En) (Tuettuna) (Kommentit)

-
- Jos et halua osallistua koulutuksiin: ymmärrätkö niiden tarkoituksen/hyödyn? Selitä kommentteissa (Kyllä) (En) (Kommentit)

m. Oikeudellinen/ Laillinen/ Hallinnollinen

- Osaatko lukea sinuun vaikuttavia tai sinua koskevia papereita? (Kyllä) (En) (Tuettuna) (Kommentit)

-
- Ymmärrätkö oman maasi oikeudellisia menettelyjä? (Kyllä) (En) (Tuettuna) (Kommentit)

- Ymmärrätkö oman maasi hallinnollisia menettelyjä? (Kyllä) (En) (Tuettuna) (Kommentit)

-
- Ymmärrätkö ja hoidatko itse hallinnolliset/etuuksiin liittyvät/byrokraattiset, asuntoihin ja tukitoimiin liittyvät menettelyt? (Kyllä) (En) (Tuettuna) (Kommentit)

n. Vapaa-aika / Urheilu/ Kulttuuri

- Oletko motivoitunut osallistumaan vapaa- (Kyllä) (En) (Tuettuna) (Kommentit)

aika/kulttuuri/urheilu
ja/tai muuhun
virkistystoimintaan?

-
- Tiedätkö mitä kautta löydät näitä aktiviteettejä? (Kyllä) (En) (Tuettuna) (Kommentit)
-

—

o. Mitään lisättävää (mitä?)

—

32. LUEN SINULLE UUDEN LISTAN. KERTOISITKO, JOS JOKIN LISTALLA OLEVA ASIA TUOTTAI VAIKEUKSIA JA HALUAISIT APUA. KERRO MYÖS KUINKA PALJON KOET TARVITSEVASI APUA NÄISSÄ ASIOISSA: EI LAINKAAN, JONKIN VERRAN APUA TAI PALJON APUA. (Lue lista ääneen ja ympyröi avun tarve).

HALUATKO APUA;

- | | |
|---------------------------------|---|
| a. Rahan käyttö – Taloudellinen | (ei lainkaan) (jonkin verran apua) (paljon apua) |
| b. Ostoksilla käynti | (ei lainkaan) (jonkin verran apua) (paljon apua) |
| c. Kodin pitäminen siistinä | (ei lainkaan) (jonkin verran apua) (paljon apua) |
| d. Ruoan laitto | (ei lainkaan) (jonkin verran apua) (paljon apua) |
| e. Pyykin pesu | (ei lainkaan) (jonkin verran apua) (paljon apua) |
| f. Perhe– Sosiaaliset suhteet | (ei lainkaan) (jonkin verran apua) (paljon apua) |
| g. Ystävien saaminen | (ei lainkaan) (jonkin verran apua) (paljon apua) |
| h. Terveys (Lääkehuolto) | (ei lainkaan) (jonkin verran apua) (paljon apua) |
| i. Hygienia | (ei lainkaan) (jonkin verran apua) (paljon apua). |
| j. Liikkuminen tai kuljetus | (ei lainkaan) (jonkin verran apua) (paljon apua) |
| k. Työ/ Työllistyminen | (ei lainkaan) (jonkin verran apua) (paljon apua). |
| l. Koulutus | (ei lainkaan) (jonkin verran apua) (paljon apua) |
| m. Oikeudellinen/ Laillinen | (ei lainkaan) (jonkin verran apua) (paljon apua) |

n. Vapaa-aika/ Urheilu/ Kulttuuri (ei lainkaan) (jonkin verran apua) (paljon apua)
o. Muuta (ei lainkaan) (jonkin verran apua) (paljon apua)
(mitä?)

33. KOETKO, ETTÄ ASUMISEN TUKITOIMIEN TARVE TAI DIAGNOOSI ON ESTÄNYT SINUA SAAMASTA ASUNTOA?

- a. _____ en (siirry kohtaan 34)
- b. _____ kyllä
- c. _____ ei sovellu (siirry kohtaan 34)

33a JOS KOET ETTET OLE SAANUT ASUNTOA NÄISTÄ SYISTÄ KERTOISITKO LISÄÄ?

(Kirjoita vastaus tähän:) _____

34. JA LOPUKSI, LUEN SINULLE TOISEN LISTAN. KERRO JOS OLET OLLUT YHTEYDESSÄ NÄIHIN PALVELUIHIN VIIMEISEN VIIDEN VUODEN SISÄLLÄ. KERRO MIHIN NIISTÄ. (Lue lista ääneen ja kirjoita yhteystiedot ylös).

- Sosiaalipalvelut (perus, erityis-)
- Ensisijainen terveyskeskus:
- Mielenterveys toimisto:
- Asumispalvelut
- Sairaala/ Klinikka:
- sosiaali- ja saniteettikeskus:
- Muu Ammattilainen (t) / Palvelu(t):

OLEMME VALMIIT. ONKO SINULLA KYSYMYKSIÄ, JOITA HALUAISIT KYSYÄ, TAI KOMMENTTEJA, JOTKA AUTTAISIVAT SUUNNITELLUSSA ASUMISPALVELUITA ALUEELLA? (Jos on kirjoita ne alle)

=====

SIIRRY TIIVISTELMÄÄN 3 TIIVISTÄMÄÄN TUEN TARPEET

=====

Vaihe 3: Asumisen ja tukitarpeiden tiivistäminen ja mieltymykset

Seuraava tiivistelmäkaavake mahdollistaa hakijan tarpeiden ja mieltymysten avaintekijöiden ilmaisun selkeästi. On tärkeää muistaa, että kyselyn tehnyt virkailija ei välttämättä hoida asuntojen kohdentamista, joten on ensiarvoisen tärkeää, että hakijan tarpeet ja mieltymykset on ilmaistu selkeästi.

Tiivistelmä 3: Tukitarpeet

Ensimmäinen henkilö/paikka, johon otat yhteyttä tarvitessasi apua, on

_____. Tarvittaessa otat yhteyttä

myös _____

_____. Olet yleisesti (erittäin/ jokseenkin

tyytymätön/tyytyväinen) saamaasi apuun. Saat tukea _____

_____ palveluilta kotiin ja olet (erittäin/ jokseenkin tyytymätön/tyytyväinen)

tähän tilanteeseen.

Mielestäsi saamasi rahallinen tuki (riittää /ei riitä) elämiseen. Erityiset ongelmakohdat ovat;

lääkinnällisiä, fyysisiä. _____

_____. Asunnolla ja

tukitarpeen kiireellisyys on suhteellisen (Korkea/ Keskiverto /alhainen). Koet olevasi vaarassa joutua

kodittomaksi/köyhyyteen/pahoinpidellyksi/heikentyvä mielen tai fyysinen terveys/vaaraksi

itsellesi/muille.

Mielestäsi tärkein tuki(t) ja palvelu(t), joita tarvitset selviytyäksesi halutussa asunnossa, on / ovat

 _____ . Lisäksi, koet

tarvitsevasi apua myös _____

_____ .

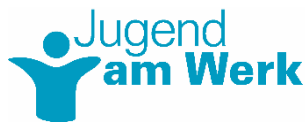
haluttu tukitoimi on _____

_____ .

ANNEX II - SNA Data Gathering Tool

DOCUMENTATION NEEDED/REQUIRED TO ASSUME THE ROLE OF PROFESSIONAL SUPPORT		
Name:		
Date:		
SOCIAL DOCUMENTATION		
Document	Status (Received/Pending)	Observations
ID Card		
Passport / Residence Visa		
Disability Certificate		
Health Card		
Social Security Number		
Medical Report		
Pharmacological treatment		
Residential / Facility Contract		
Social Benefits Resolution		
FINANCIAL DOCUMENTATION		
Bank account details (Extracts, others,...)		
Social Benefits Resolution (Economical)		
Labour/Work Contract		
Payslip		

Insurance Contracts (car, home, personal)		
Other Contracts (Mobile Phone, services,...)		
Rental Contract		
Property Scriptures/deeds		
Inheritance Documentation		
Will		
LEGAL DOCUMENTATION		
Criminal Causes		
Civil Causes		
Legal Documentation		
OTHER DOCUMENTATION		



The European Commission support for the production of this publication does not constitute an endorsement of the contents which reflects the views only of the authors, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein.

Copyright © TOPHOUSE Partnership 2019

All rights reserved. No part of this publication may be reproduced, stored in or introduced into a retrieval system without the prior permission of the copyright.