

För varje terapiform, särskilda terapiform och terapislåg ifylls en separat blankett.¹
Om man i anbudet låter bli att kryssa för "Ja" eller "Nej" i de relevanta rutorna, tolkas anbudet så att man svarat "Nej" under ifrågavarande punkt.

1	Serviceproducentens namn	
SERVICE- PRODUCENT	Terapiform, särskild terapiform eller terapislåg som anbudet gäller <input type="checkbox"/> Fysioterapi <input type="checkbox"/> Lymfterapi <input type="checkbox"/> Vattenterapi <input type="checkbox"/> Ridterapi <input type="checkbox"/> Ergoterapi <input type="checkbox"/> Ridterapi <input type="checkbox"/> Psykoterapi <input type="checkbox"/> Bildkonstterapi <input type="checkbox"/> Familjeterapi <input type="checkbox"/> Musikterapi <input type="checkbox"/> Talterapi <input type="checkbox"/> Neuropsykologisk rehabilitering <input type="checkbox"/> Dagrehabilitering <input type="checkbox"/> Gruppterapi <input type="checkbox"/> Multiprofessionell terapi	
2	CENTRALA BEDÖMNINGSMETODER I INLEDNINGSOCH SLUTFASEN <input type="checkbox"/> Måldiskussion <input type="checkbox"/> Videoinspelning Bedömningsmetoder och mått (andra än målblanketten) som används vid rehabiliteringen för gravt handikappade <input type="checkbox"/> Metod för mätning av livskvaliteten, vad? _____ <input type="checkbox"/> Jag har genomgått utbildning i användningen av mätmetoden. <input type="checkbox"/> Andra mätmetoder, vilka? _____ <input type="checkbox"/> Jag har genomgått utbildning i användningen av mätmetoden. En skriftlig terapiplan upprättas för terapin <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Klientens anhöriga eller närstående får alltid i mån av möjlighet delta i upprättandet av terapiplanen. <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Terapiplanen innehåller följande uppgifter: De individuella målen för rehabiliteringen <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Terapimetoder <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Hur och var terapin genomförs <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Genomförandet av terapin, bl.a. gånger, tidpunkt, frekvens, periodisering <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Kontrollpoäng och tidpunkter <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Med klienten avtalade kontaktinstanser och -metoder <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Bedömnings- och uppföljningsmetoder <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Med andra terapeuter avtalad kontakthållning <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Samarbete med övriga instanser som svarar för rehabiliteringen <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Annat, vad? Hur förfar ni om rehabiliteringen inte genomförs i enlighet med planen och FPA:s beslut?	Ifylls av FPA ² 1 p. 1 p. 1 p. 1 p. 1 p. 2 Ja-kryss, 2 p. 1 Ja-kryss, 0 p. 9 Ja-kryss, 5 p. 5-8 Ja-kryss, 2 p. 0-4 Ja-kryss, 0 p.

¹ På handledningsbesök kan separat anbud inte lämnas.

² I kolumnen anges maximalt poängtal.

3 UPPGIFTER OM GENOMFÖR- ANDET AV INDIVIDUELL TERAPI, GRUPP- TERAPI, MULTI- PROFESSIONELL TERAPI OCH DAGREHABI- LITERING	<p>Modellbeskrivning av ett terapibesök (Bilaga 1)</p> <p><input type="checkbox"/> Individuell terapi <input type="checkbox"/> Gruppterapi <input type="checkbox"/> Multiprofessionell terapi <input type="checkbox"/> Dagrehabilitering</p> <p>Modellbeskrivningen innehåller bl.a. följande: Vid individuell terapi terapibesökets struktur och genomförandet, träning av färdigheter och tillämpningen av dem i vardagen, utnyttjande av terapihäfte, anhörigas medverkan. Vid multiprofessionell terapi och gruppterapi en beskrivning av terapibesökets struktur och förfarandet, kontakt med personer i samma situation, gruppaktiviteter, utnyttjande av terapihäfte, hur terapeuterna arbetar tillsammans i grupper med två terapeuter, ansvarsfördelningen samt anhörigas medverkan. Vid dagrehabilitering en beskrivning av hur en dag är upplagd och hur den genomförs, terapeuternas och övriga yrkesutbildade personers uppgifter och ansvar, medverkan av en anhörig, utnyttjande av terapihäfte.</p>	5 p.					
	Terapimetoder	1 p.					
	Funktionella övningar	1 p.					
	Fysiska övningar	1 p.					
	Psykosocial träning	1 p.					
	I rehabiliteringen ingår	7 Ja-kryss, 4 p.					
	Systematiskt och målmedvetet genomförande av terapin för varje terapibesök	<table border="0"> <tr> <td>Ja</td> <td>Nej</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Ja	Nej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4-6 Ja-kryss, 2 p.
Ja	Nej						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
	Tillämpning av inövade färdigheter i praktiken	<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1-3 Ja-kryss, 0 p.		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
	Uppmuntran till träning på egen hand	<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
	Träning i att använda hjälpmedel i klientens dagliga omgivning	<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
	Användning av terapihäfte	<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
	Hemuppgifter mellan besöken	<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
	Anteckningar av terapeuten för varje terapibesök (bl.a. genomförandet av terapin, målen, anhörigas medverkan, samverkan)	<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
4 ÖVRIGA UPPGIFTER OM GENOMFÖR- ANDET AV GRUPPTERAPI OCH MULTI- PROFESSIONELL TERAPI	Terapiform (gruppterapi)	Gånger/år					
	Terapiformer (multiprofessionell terapi)	Gånger/år					
	<input type="checkbox"/> Grupp för barn/unga (under 18 år), gruppstorlek ____ pers. ³ <input type="checkbox"/> Vuxengrupp, gruppstorlek ____ pers. ³						
	<input type="checkbox"/> Terapigrupp med en terapeut; terapeuten namn ⁴ _____						
	<input type="checkbox"/> Terapigrupp med två terapeuter; terapeuternas namn ⁴ _____						
	Målgrupp (t.ex. sjukdomsgrupp)						
	Övriga personer som deltar i genomförandet av gruppterapi; namn, yrkesbeteckning och utbildning						

³ Gruppstorleken definieras i rehabiliteringsstandarden för öppenvårdsterapi.

⁴ För varje terapeut som omfattas av anbudet ifylls blankett KU 116r eller KU 124r.

5 ÖVRIGA UPPGIFTER OM GENOMFÖR- ANDET AV DAGREHABILITE- RING	Terapiformer	Gånger/år		
	Målgrupp (ålders- och sjukdomsgrupp, eventuell annan gruppindelning)			
	Terapeuternas namn ⁴			
	Övriga personer som deltar i genomförandet av dagrehabiliteringen; namn, yrkesbeteckning och utbildning			1 p./person max. 2 p.
	Hur och var ordnas vila och måltider?			
6 SAMARBETE	Samverkan under rehabiliteringsprocessen	Ja	Nej	3 Ja-kryss, 2 p.
	Med den vårdansvariga enheten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1-2 Ja-kryss, 0 p.
	Med eventuella andra terapeuter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Med klientens närmaste krets (familj, skola, daghem, servicehus)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Anteckningar görs under terapiprocessen			2 Ja-kryss, 1 p.
	På ett sätt som kunden förstår	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	1 Ja-kryss, 0 p.
	På ett sätt som övriga rehabiliteringsaktörer förstår	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	
	Händelser under rehabiliteringstiden antecknas så att de kan kontrolleras senare	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	2 p.
	Anhörigas medverkan antecknas	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	2 Ja-kryss, 1 p.
Deltar klienten och vid behov en anhörig i utvärderingen av terapiperiodens resultat?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	1 Ja-kryss, 0 p.	
7 TERAPIRAPPORT	Terapirapporten innehåller följande uppgifter	Ja	Nej	7 Ja-kryss, 5 p.
	Klientens funktionsförmåga när terapin inleds	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4-6 Ja-kryss, 2 p.
	Uppgifter om genomförandet av terapibesök, handledningsbesök, gemensamma överläggningar och samarbetsbesök (bl.a. plats, aktör, intensitet, periodisering och terapins innehåll)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1-3 Ja-kryss, 0 p.
	Undersöknings-, bedömnings- och mätmetoder som utnyttjats	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Bedömning av klientens funktionsförmåga när terapin avslutas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	lakttagelser som gäller användningen av hjälpmedel och träningen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Klientens/en anhörigs bedömning av och synpunkter på terapin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Motiveringar för behovet av fortsatt terapi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8 KUNDRESPONS	Synpunkter från kunderna samlas in	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	2 Ja-kryss, 1 p.
	Kundernas synpunkter utnyttjas vid utvecklandet av verksamheten	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	1 Ja-kryss, 0 p.
	Hur behandlas och utnyttjas kundernas synpunkter?			1 p.
9 HANDLEDNING	Handledningen genomförs individuellt eller i grupp minst 3 gånger per år; handledaren har handledningsutbildning (gäller inte musikterapeuter och psykoterapeuter)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	2 p.
10 UNDERSKRIFT	Datum	Underskrift och namnförtydligande av den verksamhetsansvarige		Poäng tot. 39 - 43

⁴ För varje terapeut som omfattas av anbudet ifylls blankett KU 116r eller KU 124r.

Nödvändiga bilagor

Bilaga 1 Modellbeskrivning av ett terapibesök

Övriga bilagor, t.ex. kopia av underleverantörsavtal eller annan motsvarande tillförlitlig utredning (numreras och namnges)

Bilaga _____

Bilaga _____