

**FPA:S SERVICEBESKRIVNING  
FÖR REHABILITERING**

**IKKU-kurser**

**Rehabiliteringskurser för äldre multisjuka personer**

**Gäller från 1.1.2020**

## INNEHÅLL

<b>IKKU-kurser</b> .....	<b>1</b>
<b>1 Allmänt</b> .....	<b>1</b>
<b>2 Kursens allmänna mål</b> .....	<b>1</b>
<b>3 Rehabiliteringsklienten och vuxna anhöriga/närstående</b> .....	<b>2</b>
3.1 Rehabiliteringsklienten .....	2
3.1 Den anhöriga/närstående .....	3
<b>4 Utformning</b> .....	<b>3</b>
4.1 Kurser i öppen och sluten vård .....	3
4.2 Rehabiliteringsdagens längd .....	3
4.3 Längden på intervjuer, möten och samtal .....	4
<b>5 Innehåll</b> .....	<b>4</b>
5.1 Principer för rehabiliteringen .....	4
5.2 Teman .....	6
5.3 Arbetsmetoder och redskap .....	7
5.4 Utvärdering .....	9
<b>6 Genomförande</b> .....	<b>11</b>
6.1 Förberedelser inför rehabiliteringen .....	11
6.2 Assistans och fritidsprogram dagen före rehabiliteringen .....	12
6.3 Inledningsperioden .....	12
6.4 Den avslutande perioden .....	14
6.5 Uppföljning av rehabiliteringen .....	15
<b>7 Personal</b> .....	<b>15</b>
7.1 Team .....	15
7.2 Serviceansvarig .....	17
7.3 Assisterande personal .....	18
7.4 Personalresurser .....	18
<b>8 Serviceproducentens erfarenhet</b> .....	<b>19</b>
<b>9 Rehabiliteringslokaler</b> .....	<b>19</b>

## IKKU-kurser

### 1 Allmänt

FPA:s servicebeskrivningar för rehabilitering består av två delar: en allmän del och en del som beskriver rehabiliteringstjänsten. Delarna kompletterar varandra och kan inte tillämpas var för sig när FPA-rehabilitering genomförs. Den här servicebeskrivningen gäller kurser för äldre multisjuka personer (nedan IKKU-kurser).

I servicebeskrivningen för IKKU-kurserna beskrivs målen för kurserna, utformningen, innehållet och genomförandet samt den personal som deltar i planeringen och genomförandet av kurserna. Servicebeskrivningen gör det möjligt att beakta den enskilda klientens behov och de mål som satts upp för rehabiliteringen samt att tillgodose behoven och uppnå målen under rehabiliteringsprocessen. De här åtgärderna registreras/dokumenteras enligt anvisningarna i servicebeskrivningarnas allmänna del (Se den allmänna delen, avsnitten Servicebeskrivningens användningsändamål och syften samt Dokumentering.)

En IKKU-kurs ska stödja klientens fysiska, psykiska, kognitiva och sociala funktionsförmåga samt aktivitet och delaktighet i olika vardagsmiljöer och i de dagliga nätverken. Rehabiliteringen ska bygga på aktuell, forskningsbaserad och multiprofessionell rehabiliteringskunskap om rehabilitering för äldre. Utgångspunkten för rehabiliteringen är att klienten ska förstå ålderdomen som livsskede utifrån sitt tidigare liv. En genomgång av det gångna livet och dess händelser hjälper klienten att hantera förändringar som gäller hälsa, funktionsförmåga och delaktighet. Med hjälp av rehabiliteringen gör man det lättare för klienten att orientera sig mot framtiden och att ställa upp realistiska rehabiliteringsmål. De individuella rehabiliteringsmålen, som har fastställts i samråd med klienten, styr rehabiliteringsverksamheten.

Rehabiliteringsprocessen fördjupas under rehabiliteringskursen och fortsätter därefter i klientens vardag. Klienten lär sig och börjar tillämpa sådana aktiva metoder som förutsätter eget initiativ och med vars hjälp klienten klarar av sina dagliga aktiviteter och själv kan påverka hur åldrandet och sjukdomar inverkar på hans eller hennes liv.

Kurserna genomförs i form av rehabilitering i grupp. De delar som genomförs i grupp och de individuella delarna bildar en ändamålsenlig och målinriktad helhet. I grupsituationerna främjar kamratstödet och möjligheterna att dela gemensamma erfarenheter de individuella rehabiliteringsprocesserna.

IKKU-kurserna genomförs inom ramen för rehabilitering enligt prövning (FRPL 12 §).

### 2 Kursens allmänna mål

De IKKU-kurser som ordnas av FPA stöder uppnåendet av de konkreta och individuella mål som tillsammans med klienten formulerats inom hälso- och sjukvården med ICF-klassifikationen (International Classification of Functioning, Disability and Health) som referensram. Rehabiliteringens syfte är att göra det möjligt för klienten att klara sig och vara delaktig samt att öka klientens aktivitet i fråga om de dagliga aktiviteter som är av betydelse för klienten.

Rehabiliteringen genomförs multidisciplinärt. I rehabiliteringen utnyttjas serviceproducentens specialkompetens i att stödja möjligheterna till rehabilitering för äldre och i genomförande av rehabilitering.

Utöver att ge klienterna stöd i att klara sig och vara delaktiga har kursen till exempel följande allmänna mål:

- Klienten förstår de faktorer som påverkar funktionsförmågan och identifierar sina egna styrkor samt lär sig utnyttja dem i sin vardag.
- Klienten förstår vilken inverkan det egna livsloppet har på den nuvarande situationen och kan utnyttja kamratstöd i gruppen i sin anpassning och rehabilitering.
- Klienten identifierar de svårigheter som är förknippade med det egna åldrandet och finner nya möjligheter för att klara sig i vardagen.
- Klienten stärker sin position som aktör under rehabiliteringen och deltar aktivt i planeringen av rehabiliteringen.
- Klienten är en aktiv aktör i genomförandet och utvärderingen av sin rehabilitering.

I början av kursen fastställs målen för klientgruppen och klientens individuella mål i enlighet med de allmänna målen för kursen. De individuella målsättningarna och gruppens målsättningar anges närmare i kapitel 6 *Genomförande*.

### 3 Rehabiliteringsklienten och vuxna anhöriga/närstående

#### 3.1 Rehabiliteringsklienten

Målgruppen är multisjuka personer över 68 år som bor hemma eller i servicehus och som står utanför arbetslivet. Kurserna beviljas personer som genom rehabilitering kan få stöd för att klara av dagliga aktiviteter och vara delaktiga. Bedömningen grundar sig på klientens och hälso- och sjukvårdens gemensamma uppfattning. Vilka som kan delta i kursen avgränsas på följande sätt:

- Klientens återstående funktionsförmåga är tillräcklig för att han eller hon ska kunna röra sig i serviceproducentens lokaler utan ständig assistans och delta i grupprehabilitering.
- Klienten orkar delta i det rehabiliteringsprogram som ingår i kurser och som tar ungefär 5 timmar per dag.
- Klienten vill delta i grupprehabilitering.
- Klientens eventuella minnessjukdom, som på sin höjd är lindrig, stör eller begränsar inte deltagandet i rehabiliteringen (av hälso- och sjukvården konstaterad minnesfunktion som är tillräcklig för kursen).
- Vid bedömningen av hur klienten klarar sig under rehabiliteringen beaktas alla delområden av hans eller hennes funktionsförmåga.

Till IKKU-kurserna väljs inte personer

- som har en betydande nedsättning av funktionsförmågan, en tendens att bli trött, en svår sjukdom eller en framskriden minnessjukdom som försvårar rehabiliteringsprocessen och förhindrar deltagande i kursen.

I kursen deltar 10 rehabiliteringsklienter.

### 3.1 Den anhöriga/närstående

Klientens make/maka eller någon annan vuxen anhörig eller närstående (nedan närstående) deltar i ett hembesök som serviceproducenten gör för att den närstående ska få en uppfattning om klientens behov av stöd och kunna främja klientens rehabilitering. Den närstående kan vara en person som aktivt medverkar i klientens vardag och känner till de bakgrundsfaktorer som är väsentliga med tanke på rehabiliteringen. Den närstående förmår stödja klienten under rehabiliteringskursen och också efter rehabiliteringen. Samarbetet med klientens närstående ökar förståelsen för klientens helhetssituation och möjliggör att rehabiliteringen kan fortsätta i klientens vardag.

Den närstående deltar inte i kursperioderna.

## 4 Utformning

### 4.1 Kurser i öppen och slutenvård

Kurserna genomförs i öppen och/eller slutenvård enligt klienternas individuella behov.

En kurs består av följande:

- ett kontakttagande innan den första rehabiliteringsperioden börjar (avsnitt 6.1 *Förberedelser inför rehabiliteringen*)
- rehabiliteringsperioder 5 + 5 dygn
- ett hembesök mellan perioderna, där även en närstående person till klienten deltar
- 2–4 uppföljande kontakttaganden under ett halvt år efter rehabiliteringsperioderna (avsnitt 6.5 *Uppföljning av rehabiliteringen*).

Kurshelheten (inklusive uppföljningen) genomförs under loppet av ungefär 10 månader från att den första perioden har genomförts. Det är ungefär 3 månader mellan rehabiliteringsperioderna.

#### Tidtabell för rehabiliteringen

En kurs i öppen och slutenvård genomförs mellan måndag och lördag. Lördagens rehabiliteringsprogram motsvarar till innehåll och längd det program som ordnas under andra vardagar.

### 4.2 Rehabiliteringsdagens längd

Vid kurser i öppen och slutenvård omfattar en rehabiliteringsdag högst 8 timmar för klienterna. Här ingår förflyttningar mellan lokaler, programenliga pauser samt lunch- och mellanmåls pauser. I rehabiliteringsandelen ingår nödvändiga pauser för äldre klienter. Både inom öppen- och slutenvården ska i medeltal 5 timmar per dag vara rehabilitering som genomförs av teamet.

### 4.3 Längden på intervjuer, möten och samtal

De individuella intervjuerna, mötena och avslutande samtalen tar i genomsnitt 60 minuter, om tiden inte har fastställts separat. Den här tiden kan delas upp i mindre helheter enligt klientens behov. De inledande och avslutande samtalen i grupp tar i genomsnitt 2 timmar, som kan delas upp i mindre helheter med pauser och olika övningar. Samtalen i grupp kan genomföras som funktionella helheter, med syftet att undvika fysisk passivitet bland de äldre. De exakta längderna för möten och intervjuer anges i kapitel 6 *Genomförande av kursen*.

Utöver individuella intervjuer erbjuder serviceproducenten varje klient möjligheten till ett individuellt möte med en medlem av teamet. Mötet är klientinriktat och utgår från klientens individuella behov. Mötet placeras i rehabiliteringsprogrammet så att klientens deltagande i det övriga programmet störs så lite som möjligt. Serviceproducenten reserverar tillräckligt med tid – och personalresurser – för de individuella mötena. Om en enskild klient behöver flera individuella möten med medlemmarna i teamet säkerställer serviceproducenten möjlighet till detta.

#### Arbete i smågrupper

Rehabiliteringen genomförs som arbete i smågrupper. Av klienternas rehabiliteringsdag genomförs i genomsnitt 2 timmar så att klienterna delas in i 2–3 smågrupper enligt klienternas behov.

I situationer där färre än 5 klienter deltar i kursen finns det inget behov av att dela in gruppen i smågrupper, eftersom gruppen ändå är så liten att det automatiskt blir fråga om smågruppsarbete. Serviceproducenten bedömer situationen från fall till fall och beslutet antecknas i veckoplanen för kursen. Klienterna tas med i uppgörandet av veckoplanen och personalen ändrar planen i enlighet med klienternas behov.

## 5 Innehåll

### 5.1 Principer för rehabiliteringen

Rehabiliteringsprocessen är en individuell upplevelse som ser olika ut för varje rehabiliteringsklient. En identifiering av den individuella rehabiliteringsprocessen hjälper personalen att aktivt stödja klienterna i enlighet med deras mål. I rehabiliteringen kan man då använda lämpliga handlednings- och träningsalternativ. När klienten får en realistisk uppfattning om sina egna möjligheter till rehabilitering som främjar funktionsförmågan stärks klientens motivation, aktivitet och delaktighet.

God rehabiliteringspraxis är kund- och familjetillvänd verksamhet som utgår från behoven i klientens vardag och stöder dessa. Utgångspunkten är att förstå de behov och målsättningar som utgår från klientens funktionsförmåga och från funktionella aspekter och att koppla samman dem med de sakkunnigas synpunkter.Handledning av klientens närmaste krets ska ingå i rehabiliteringen på ett sätt som motsvarar varje klients behov och som möjliggör klientens rehabilitering.

I den här rehabiliteringen ges klientens närmaste krets handledning under hembesöket och vid behov genom kontakter med en närstående under rehabiliteringsperioderna. Under

uppföljningen av rehabiliteringen samtalar den personliga handledaren med klientens samtycke också med en närstående om dennes möjligheter att stödja rehabiliteringen. På det sättet stärks den äldre klientens, den närståendes och rehabiliteringspersonalens interaktiva agerande under hela rehabiliteringsprocessen och främjar därmed effekten av rehabiliteringen för klienten. (Se servicebeskrivningarnas allmänna del, avsnittet *God rehabiliteringspraxis*).

Vid rehabiliteringen beaktas riktlinjerna för God medicinsk praxis gällande olika sjukdomar till den del de lämpar sig för äldre. Därtill beaktas existerande forskningsrön och klientens erfarenheter av hur sådant som är betydelsefullt för honom eller henne själv inverkar på vardagen.

Serviceproducenten beaktar ICF-klassifikationen som referensram vid tillämpningen av god rehabiliteringspraxis (se servicebeskrivningarnas allmänna del, avsnittet ICF i FPA-rehabiliteringen). Med klassifikationen som hjälp bildar sig serviceproducenten och klienten en övergripande uppfattning om klientens funktionsförmåga, förändringarna i den och samverkningarna mellan de faktorer som inverkar på förändringarna. Med hjälp av klassifikationen bedömer serviceproducenten med vilka rehabiliteringsåtgärder man kan inverka på de här faktorerna.

Principerna för rehabiliteringen inbegriper en målinriktning som genomsyrar hela rehabiliteringen oavsett hur länge den varar. Målen och hur målen uppfylls vid rehabilitering som genomförs i perioder granskas också mellan perioderna och i början av följande period. Tyngdpunkterna i innehållet och genomförandet av rehabiliteringen bestäms utifrån både gruppens och individens målsättningar. Personalen beaktar klienternas behov och individuella målsättningar även om det i huvudsak är fråga om grupprehabilitering. Personalen bemöter klienterna öppet och lugnt samt beaktar olika stadier i rehabiliteringsprocessen både individuellt och inom gruppen.

### **Klientens individuella mål**

Klientens individuella mål för kursperioden bygger på de mål som formulerats i rehabiliteringsplanen och som ingår i klientens läkarutlåtande B. Vid formuleringen av de individuella målen gör man en omfattande granskning av klientens funktionsförmåga med ICF-klassifikationen som referensram. Hur målen för gruppen och klienten formuleras finns närmare beskrivet i avsnitt 6.3. *Inledningsperioden*.

Rehabiliteringspersonalens samarbete med klienten ökar förståelsen för klientens livssituation, personliga faktorer, omgivningsfaktorer, resurser och behov. Personalen beaktar dessa faktorer i planeringen av innehållet i klienternas individuella delar av rehabiliteringen.

Serviceproducenten hör sig för om klientens individuella mål i samband med att den personliga handledaren kontaktar klienten före rehabiliteringen. Den personliga handledaren aktiverar klienten att fundera på ett sådant/sådana mål som säkerställer klientens förmåga att klara sig i hemmet efter rehabiliteringen.

Rehabiliteringens innehåll ska stödja uppfyllelsen av klienternas mål. Serviceproducenten genomför kursen i en miljö som stöder klienternas aktiva övningar och verksamhet. Övningarna ska stödja de övningar som klienterna utför hemma självständigt och vara sådana att de kan fortsättas i hemmiljön.

## **Gruppverksamhet**

I huvudsak genomförs rehabiliteringen i grupp. Vid den första sammankomsten kommer personalen överens med gruppen om de regler som ska styra gruppverksamheten och planerar gruppverksamhetens innehåll tillsammans med klienterna. I fortsättningen bearbetar gruppen de gemensamt uppställda målen med hjälp av teammedlemmarna och praktiska övningar och interaktionsfrämjande samtal och verksamhet. Rehabiliteringsklienterna arbetar delvis självständigt som grupp och stöds då av teammedlemmarna så att gruppens förändringsprocess förstärks.

I gruppverksamheten använder teammedlemmarna metoder som stöder gruppbildningen och som är ändamålsenliga i olika faser. Personalen planerar rehabiliteringsprogrammets innehåll enligt gruppens behov och förmåga så att gruppen upplever det som meningsfullt och lämpligt. I inledningsfasen fäster man särskild vikt vid att stödja klienternas gruppbildning och i fortsättningen också vid förstärkning av gruppbildningen. I slutet av rehabiliteringen behandlar teammedlemmarna tillsammans med gruppdeltagarna avslutandet av grupprocessen och hur man säkerställer att klienternas rehabilitering fortsätter i vardagen.

## **5.2 Teman**

De teman som tas upp vid rehabiliteringen är valfria. Klienterna väljer tillsammans med personalen tyngdpunkterna för temana så att de på bästa möjliga sätt passar klienternas målsättningar och behov. Genom temana hjälper personalen klienterna att hitta sina starka sidor och resurser. Personalen genomför de valda temana med olika metoder så att rehabiliteringen framskrider på ett målinriktat sätt och främjar klienternas aktiva deltagande. Medlemmarna av teamet leder det arbete som grundar sig på temana.

### **Aktiviteter i vardagen**

I samråd med klienten tar personalen fram olika stödformer och handlingssätt för vardagen samt övar tillsammans med klienterna.

### **Fysisk aktivering och handledning**

I samråd med klienterna försöker personalen finna fysiska metoder och aktiviteter som ökar klienternas delaktighet, förmåga att klara sig på egen hand och möjlighet att göra saker tillsammans med andra. I samarbete kartlägger man olika sätt att förbättra funktionsförmågan och öka funktionsmöjligheterna. Man försöker också hitta en egen trevlig motionshobby för varje klient.

### **Handledning och träning för minnet och färdigheterna att hantera information**

Personalen samarbetar med klienten för att förbättra klientens kognitiva färdigheter, hjälpa klienten att anpassa sig till den nuvarande situationen och finna handlingssätt som stöder vardagen.

### **Psykosocial handledning och rådgivning**

Under rehabiliteringen kartlägger personalen faktorer i anslutning till klientens psykosociala hälsa. Personalen stöder klienten då det gäller att formulera och strukturera de individuella målsättningarna och att arbeta i riktning mot dem. Dessutom behandlar personalen modeller



som stöder klientens åldrande och åldrandets fortskridande. Vid behov får klienten hjälp av personalen med att ordna långvarigt psykosocialt stöd på sin boställningsort.

### **Ökad delaktighet i vardagen**

Tillsammans med klienten försöker personalen finna sätt att öka klientens delaktighet i sin dagliga livsmiljö. Detta gör man genom att uppmuntra klienten att i större utsträckning utnyttja möjligheter till hobbyer och ökad social interaktion.

### **Information och handledning i hälsorelaterade frågor**

Frågor med anknytning till hälsa och välbefinnande tas upp med klienten.

### **Kostrådgivning**

Personalen och klienterna sätter sig tillsammans in i frågor som gäller hälsosam kost och hur behoven i anslutning till kosten förändras då man åldras.

Vid kostrådgivningen är det bra att beakta den senaste näringsrekommendationen av statens näringsdelegation: Finska näringsrekommendationer ([www.ravitsemusneuvottelukunta.fi](http://www.ravitsemusneuvottelukunta.fi)).

### **Stödjande och förbättring av interaktionsfärdigheterna**

Tillsammans med klienterna försöker personalen hitta sådana kommunikationssätt eller övningar som sporrar klienterna att främja interaktionen i vardagen.

## **5.3 Arbetsmetoder och redskap**

I genomförandet av IKKU-kurser betonas olika funktionsinriktade metoder som lämpar sig för klientgruppen, såsom övningar och upprepningar samt repetition av instruktionerna. Nedan nämnda metoder ska användas inom den här rehabiliteringen. Därtill tillämpar personalen på ett mångsidigt sätt olika arbetsmetoder som lämpar sig för rehabilitering av äldre och lyssnar till klienternas önskemål i valet av metoder.

### **Diskussioner**

I rehabiliteringen ingår handledda gruppdiskussioner. Teammedlemmarna håller korta anföranden utifrån klienternas behov och man ger utrymme för interaktion och för frågor från klienterna. Vid gruppdiskussionerna delar klienterna med sig av sina erfarenheter och lär sig av varandra. Teammedlemmarna uppmuntrar klienterna att börja tillämpa goda erfarenheter och förfaranden i sin egen vardag. I mån av möjlighet tillämpas funktionsinriktade metoder vid gruppsamtalen.

### **Gruppsamtal som distansrehabilitering**

Vissa gruppsamtal kan serviceproducenten genomföra genom olika metoder för distansrehabilitering. Vid användningen av distansrehabilitering måste man beakta samma skyldigheter i fråga om sekretess och säkerhet som vid rehabilitering där klienterna och de anställda befinner sig på samma ställe. Vid gruppsamtal begränsas användningen av distansrehabilitering till högst en timme/dag. Distansrehabilitering kan inte användas vid inledande och avslutande gruppsamtal (se servicebeskrivningarnas allmänna del, avsnittet Rehabiliteringsinnehåll och program/Distansrehabilitering).

FÖm serviceproducenten använder någon metod för distansrehabilitering under gruppsamtal deltar en medlem av teamet i samtalet i samma rum som klientgruppen och en annan medlem av teamet deltar i samtalet via distansförbindelse.

Serviceproducenten säkerställer att distansrehabiliteringen fungerar interaktivt, och under samtalet reserveras tid för klienterna att ställa frågor. Distansrehabilitering används inte med en grupp klienter som har särskilda svårigheter när det gäller interaktion.

### **Arbete i smågrupper**

Klienterna delas in i smågrupper när det är nödvändigt på grund av klienternas behov, för att effektivisera rehabiliteringen och få den att framskrida eller för behandlingen av något tema eller för att repetera det inlärd. Serviceproducenten ska reservera tillräckliga personalresurser för planeringen och handledningen av smågrupperna och för genomgång av situationen. Teammedlemmarna informerar klienterna om syftet med smågrupperna så att klienterna själva, i den utsträckning det är möjligt, kan delta i planeringen och genomförandet av smågruppsverksamheten, vilket gör rehabiliteringen effektivare.

### **Funktionsinriktade metoder**

I grupperna tränar klienterna bland annat hantering av vardagen med olika funktionsinriktade metoder. Dessa metoder kan ge nya infallsvinklar och hjälp med att behandla frågor som det är svårt att tala om. Klienten får stöd med att uttrycka sig.

Teammedlemmarna utnyttjar olika naturliga uttrycksmedel tillsammans med klienterna. Personalen ska ha tillräckliga kunskaper och färdigheter för att utnyttja metoden i fråga. Serviceproducenten beaktar detta i personalens sammansättning.

Teammedlemmarna ser till att alla funktionsinriktade övningar och uppgifter har en fast och förståelig koppling till temana för rehabiliteringen. De reserverar också tillräckligt med tid för bearbetning av det man lärt sig och de erfarenheter man fått. Programmet ska vara lugnt och samtidigt en omväxlande helhet som upprätthåller motivationen att delta.

### **Nätverksarbete**

Målet med nätverksarbete är en välfungerande rehabiliterings- och vårdkedja där rehabiliteringen kopplas samman med de insatser som sker på hemorten och inom hälso- och sjukvården.

Teammedlemmarna påbörjar nätverksarbetet under kursens inledande fas och fortsätter med det under hela rehabiliteringsprocessen. Klienten kartlägger med stöd av teamet ett samarbetsnätverk på hemorten som främjar och stöder rehabiliteringen. En medlem av teamet kan under kursen med klientens samtycke ha kontakt med en samarbetspartner som är viktig med tanke på rehabiliteringen. I slutet av rehabiliteringen överför serviceproducenten informationen till ett nätverk som bestäms av klienten.

Om serviceproducenten i sin slutrapport ger en rekommendation om tänkbar fortsatt rehabilitering ska serviceproducenten kontakta klientens egen vårdenhet och försäkra sig om att det är möjligt att förverkliga rekommendationen.

Med hjälp av en nätverkskarta kan man följa utvecklingen av nätverkssamarbetet. Samtidigt försäkras man sig tillsammans med klienten om att det på hemorten och hos hälso- och

sjukvården finns ett lämpligt nätverk som svarar mot klientens individuella behov under kursen och efter den.

Hälso- och sjukvården bär ansvaret för att rehabiliteringsbehoven upptäcks, för uppföljningen av rehabiliteringen och för de fortsatta åtgärder som behövs. I en enhetlig behandlings- och rehabiliteringsväg ingår ett tillräckligt nätverkssamarbete i enlighet med klientens behov och en god informationsgång mellan alla dem som bidrar till rehabiliteringen.

### **Hembesök**

Ett hembesök görs mellan kursperioderna. Under hembesöket analyserar klienten, en närstående och teammedlemmen de behov som hänger samman med klientens funktionsförmåga och förmåga att klara sig och vara delaktig i vardagen. Ett hembesök räcker 2–3 timmar. Den tid som går åt till resor ingår inte i timantalet. Teammedlemmen antecknar det som ägt rum under hembesöket i klientens handlingar och detta kopplas samman med klientens mål för rehabiliteringen. Hembesöket görs i regel av klientens personliga handledare.

Klientens närstående är med under hembesöket (avsnitt *3.1 Anhörig/närstående*). Därtill deltar vid behov en företrädare för den samarbetspartner på hemorten/bostadsorten som ansvarar för den äldres hemvård. Teammedlemmen genomför hembesöket på ett klientinriktat sätt. Syftet är att säkerställa att rehabiliteringen fortsätter. Den närståendes observationer stöder klienten i att klara sig i vardagen och därför ges personen möjlighet att vid sidan av klienten delta i hembesöket som en aktiv aktör. Under hembesöket utvärderar klienten och teammedlemmen också genomförandet av de uppgifter som klienten utfört mellan perioderna.

### **Uppgifter mellan perioderna**

Syftet med uppgifterna mellan perioderna är att stödja fortsatt rehabilitering i vardagen med fokus på de individuella mål som formulerats för rehabiliteringsperioden. Vid rehabilitering som indelats i perioder bearbetar klienten under tiden mellan perioderna sina målsättningar med hjälp av uppgifter som han eller hon fått av rehabiliteringspersonalen. Klienten får handledning i utförandet av uppgifterna av sin personliga handledare eller av den medlem i teamet som är lämpligast med tanke på klientens behov. Uppgifterna repeteras under hembesöket och utförandet utvärderas under den sista rehabiliteringsperioden.

Uppgifterna mellan perioderna planeras av en teammedlem tillsammans med klienten, och klienten får vid behov skriftliga anvisningar för hur de ska utföras. Uppgifterna stöder uppfyllelsen av de individuella målen.

Uppgifterna är konkreta och preciserade och utgår ifrån klientens behov för rehabilitering, till exempel

- faktorer som är förknippade med bevarande av klientens sociala och fysiska funktionsförmåga, såsom att ta kontakt med en vän, gå med i handledd verksamhet på den egna orten eller främja balansen och funktionen i benen (klienten lär sig identifiera sina resurser och styrkor och därmed blir klienten starkare som självständig aktör)
- andra faktorer som kan främjas med handlett stöd

## **5.4 Utvärdering**

Utvärderingen av rehabiliteringen baserar sig på en övergripande, ändamålsenlig och tillförlitlig bedömning. Olika utvärderingsmetoder är observation och intervju av klienten samt mätning

och testning. Metoderna kan användas parallellt eller som komplement till varandra beroende på klientens funktionsförmåga och situation. Vid utvärderingen av grupsituationer används metoder som passar för dem och resultaten antecknas i de allmänna uppgifterna om kursen.

Teamets medlemmar eller de personliga handledarna fungerar som utvärderare och de använder adekvata och tillförlitliga utvärderingsmetoder. Specialistläkaren eller en teammedlem bedömer vid behov vilka utvärderingsmetoder som inte är lämpliga eller ändamålsenliga. Utvärderaren ska ha tillräcklig utbildning i och god erfarenhet av att använda utvärderingsmetoden i fråga och tolka resultaten. Vid utvärderingen beaktas hälso-, säkerhets- och ändamålsenlighetsaspekter med fokus på klienten samt klientens ålder.

Personalen gör utvärderingen tillsammans med klienten, vilket är en väsentlig del av den kundorienterade rehabiliteringsprocessen. Personalen talar om för klienten hur och varför utvärderingen görs i olika skeden av rehabiliteringen. Tillsammans med klienten diskuteras grunderna för utvärderingsmetoderna, resultaten av utvärderingen och förändringar i resultaten. Klienten bör veta hur resultaten påverkar planeringen och genomförandet av rehabiliteringen och förmågan att klara sig i det dagliga livet. Utvärderingen och mätresultaten går igenom med klienten under rehabiliteringen. Om det av resultaten framgår sådana symtom eller faktorer som inte kan behandlas under rehabiliteringen hänvisas klienten till hälso- och sjukvården för vård.

En övergripande utvärdering ska med ICF-klassifikationen som referensram innehålla bedömning och uppföljning av de personliga faktorernas och omgivningsfaktorernas olika delområden samt av klientens funktionsförmåga och delaktighet. Vid utvärderingen beaktas klientens egen uppfattning om sin funktionsförmåga och klientens bedömning av förändringarna i den.

Samtliga utvärderingsresultat utnyttjas då rehabiliteringen planeras och målen formuleras. Resultaten av utvärderingen i rehabiliteringens slutfas är också till hjälp då man gör upp fortsatta planer för klienten. Man kommer överens med hälso- och sjukvården om enhetliga förfaringsätt, ifall hälso- och sjukvården använder samma utvärderingsmetoder.

Testade mätinstrument som kan rekommenderas finns samlade i en bank för mätinstrument kallad TOIMIA ([www.toimia.fi](http://www.toimia.fi)).

### **Obligatoriska mätinstrument och utvärderingsmetoder**

#### **Resultatuppföljning – uppgifter som ska skickas till FPA:**

Mål: GAS-metoden (Goal Attainment Scaling, blanketten Mina mål, [www.fpa.fi/blanketter](http://www.fpa.fi/blanketter) (måluppfyllelsen vid rehabiliteringens slut)

Mätinstrument som mäter livskvaliteten: WHOQOL-BREF (i början och slutet av rehabiliteringen)

Sinnesstämning: Grad av depression BDI 21 (Beck Depression Inventory), versionen som är anpassad för befolkningsundersökning (i början och slutet av rehabiliteringen)

### **Frivilliga mätinstrument och utvärderingsmetoder**

Serviceproducenten kan, allt efter klientens individuella behov, använda frivilliga mätinstrument och utvärderingsmetoder som lämpar sig för målgruppen. Sådana är till exempel:

SPPB (kort serie test av den fysiska prestationsförmågan)

Frågeformuläret FSQ om att ta hand om sig själv, att röra sig och att fungera i hemmet

GDS -15.

## **6 Genomförande**

### **6.1 Förberedelser inför rehabiliteringen**

Efter att ha fått rehabiliteringsbeslutet ska serviceproducenten sända klienten en kallelse och en blankett med förhandsförfrågan i enlighet med anvisningarna i servicebeskrivningarnas allmänna del (se den allmänna delen, avsnittet Åtgärder som föregår rehabiliteringen). I förhandsförfrågan ställer serviceproducenten frågor om klientens preliminära mål för kursen. Målen styr planeringen av rehabiliteringens innehåll. I samma väva skickar serviceproducenten klienten omfattande förhandsinformation om kursen och berättar om kontakten som tas före kursen.

För varje klient väljs preliminärt en personlig handledare. Teamet bekantar sig preliminärt med klienternas handlingar och planerar valet av teman, tidtabellerna och personalresurserna för rehabiliteringen. Teamet får en förhandsuppfattning om klienternas funktionsförmåga på basis av handlingarna och förbereder de smågrupper som behövs redan innan rehabiliteringen inleds. Smågruppernas sammansättning ändras på ett flexibelt sätt när teamet kartlagt klienternas behov.

#### **Kontakt före kursen**

Serviceproducenten informerar i kallelsebrevet klienten om kontakten som tas före kursen. Serviceproducenten får separat ersättning för kostnaderna för kontakten.

Innan rehabiliteringen inleds tar den utsedda personliga handledaren kontakt med klienten per telefon eller med videoförbindelse. Syftet med kontakten är att den personliga handledaren inleder samverkan med klienten och informerar klienten om rehabiliteringen och hur den genomförs. Klienten har då möjlighet att ställa frågor om sådant som eventuellt är oklart för honom eller henne gällande genomförandet av rehabiliteringen. Samtidigt kan den personliga handledaren ta reda på sådant av klienten som kan påverka genomförandet av rehabiliteringen. Under kontakten berättar den personliga handledaren också om innehållet i den första rehabiliteringsperioden och om den närståendes roll under hembesöket.

#### **Rehabiliteringsprogram och individuell plan**

Medlemmarna i teamet gör i början av kursen upp ett skriftligt rehabiliteringsprogram för klientgruppen, vilket innehåller till exempel kurstidtabellen. Då programmet utarbetas beaktar teammedlemmarna att programmet ska tillåta en viss flexibilitet i genomförandet med tanke på de äldre klienternas behov. Programmet preciseras under kursens gång enligt deltagarnas behov och mål.

Medlemmarna i teamet gör i början av kursen upp en individuell plan för varje klient. Därvid utnyttjas den information teammedlemmarna får av klienterna under kontakten före

rehabiliteringen. I förhandsplanen beaktar teammedlemmarna klienternas individuella målsättningar. Planen innehåller ett individuellt program som motsvarar klientens målsättningar och som kompletterar det gemensamma rehabiliteringsprogrammet samt nödvändiga åtgärder och uppgift om ansvarspersonerna för de olika ämnesområdena. Den individuella planen kompletteras vid behov med individuell handledning. Planen ska omfatta också tiden mellan kursperioderna inklusive uppgifter mellan perioderna och kontaktplan.

## **6.2 Assistans och fritidsprogram dagen före rehabiliteringen**

Om en klient anländer till rehabiliteringsinrättningen dagen innan kursen börjar, t.ex. på grund av besvärliga trafikförbindelser, och behöver en assistent i sina dagliga aktiviteter, ska serviceproducenten ordna med assisterande personal allt efter klientens individuella behov.

## **6.3 Inledningsperioden**

Klientens rehabiliteringsprocess fördjupas under inledningsperioden och fortsätter under tiden mellan perioderna. I början av kursen får klienterna inledande information av serviceproducenten i enlighet med anvisningarna i servicebeskrivningarnas allmänna del (se den allmänna delen, avsnittet Rehabiliteringens inlednings- och slutfas).

Teammedlemmarna genomför perioden klientinriktat i enlighet med rehabiliteringsprogrammet och de överenskomna temana. Temana ändras då klienternas behov förutsätter detta.

Största delen av den första dagen används för gruppbildningen. I det här skedet bekantar man sig med varandra, utbyter erfarenheter, kartlägger klienternas gemensamma målsättningar och för ett inledande samtal. Två medlemmar av teamet leder det inledande samtalet för gruppen.

### **Individuella intervjuer och möten**

Teammedlemmarna ska reservera tillräckligt med tid för en bedömning av klienternas individuella målsättningar, innehållet i rehabiliteringen och helhetssituationen. Helhetssituationen bedöms tillsammans med klienten och de teammedlemmar som har betydelse för rehabiliteringen.

Utifrån bedömningarna (intervjuer, undersökningar, mätningar) fastställer den personliga handledaren tillsammans med klienten hans eller hennes konkreta mål för rehabiliteringen. Klienten och den personliga handledaren eller en annan medlem av teamet antecknar de konkreta målen med hjälp av GAS-metoden ([kela.fi/gas-menetelma](http://kela.fi/gas-menetelma)). Målsamtalen ökar de olika parternas insikt om klientens behov och de olika rehabiliteringsmöjligheterna i just klientens situation.

Under den andra eller tredje kursdagen:

- Den personliga handledaren och den andra medlemmen av teamet intervjuar klienten och bedömer tillsammans med klienten hans eller hennes helhetssituation och förmåga att klara sig i vardagen.
- Teamets specialistläkare intervjuar och undersöker klienten och bedömer hans eller hennes helhetssituation. För mötet reserveras i genomsnitt 30–45 minuter.

Då intervjuar och bedömer den personliga handledaren och den andra medlemmen av teamet klientens situation vid en och samma intervju som i genomsnitt tar 60 minuter.

Den personliga handledaren repeterar tillsammans med klienten planen för kursen, där man utöver klientens program har antecknat också planen för grupprogrammet. Under inledningsperioden formulerar den personliga handledaren dessutom tillsammans med klienten minst ett primärt och viktigt mål så snart som möjligt i samband med intervjuerna eller efter dem. Klienten och den personliga handledaren antecknar det konkreta målet/de konkreta målen med hjälp av GAS-metoden ([kela.fi/gas-menetelma](http://kela.fi/gas-menetelma)).

Teamet planerar rehabiliteringsprogrammet så att de individuella intervjuerna så lite som möjligt inverkar på gruppbyggnaden och grupparbetet. Rehabiliteringsprogrammet kan till exempel innehålla sådant arbete som klienten kan avbryta eller som klienten kan fortsätta så att det inte nämnvärt inverkar på gruppens gemensamma arbete.

Alla teammedlemmar som deltar i genomförandet av rehabiliteringen känner till varje klients individuella mål och verkar i sitt eget arbete för att nå samma mål. Klienten och den personliga handledaren preciserar under kursens lopp de mål som formulerats i början av rehabiliteringen, och framstegen och förändringarna i målen utvärderas tillsammans med klienten. Teammedlemmarna stöder klienten att aktivt följa upp hur målen nås. Ansvarspersonerna, målen och åtgärderna ska beskrivas konkret och antecknas tydligt i klientens handlingar.

Under rehabiliteringen, under de individuella samtalen/mötena, funderar personalen tillsammans med klienten på hur de goda förfaranden som anammats under rehabiliteringen kan införlivas med den egna verksamheten i vardagen. Klienten får ge förslag till tidtabell och metoder för hur serviceproducentens personal kan stödja uppföljningen efter rehabiliteringen. Under samtalen/mötena kommer man överens med klienten om metoderna för uppföljningen. Uppföljningen av rehabiliteringen genomförs individuellt i enlighet med avsnitt 6.5.

### **Gruppens mål**

I rehabiliteringsgruppen arbetar man för att nå de gemensamma målen och klienternas individuella mål. Gruppens målsättningar utformas utifrån klienternas behov. Innehållet i gruppverksamheten fastställs för varje kurs med hjälp av de teman som anges i denna servicebeskrivning.

Klienterna och två medlemmar av teamet diskuterar inom gruppen rehabiliteringsmålen och rehabiliteringsprogrammet. Om gruppens mål förändras efter den inledande perioden antecknas detta och de förändrade målen sammanställs utifrån en gemensam diskussion inför den andra perioden. Gruppens gemensamma mål kompletterar tillsammans med de individuella målen det på förhand uppgjorda rehabiliteringsprogrammet.

Om olika medlemmar av teamet svarar för gruppmötena ska de se till att de utbyter information sinsemellan och planerar i samråd så att arbetet och grupprocessen framskrider från möte till möte på ett sätt som är naturligt ur klienternas synvinkel.

Under rehabiliteringen, under de individuella samtalen/mötena, funderar personalen tillsammans med klienterna på hur de goda förfaranden som anammats under rehabiliteringen kan införlivas med den egna verksamheten i vardagen. Under gruppsamtalen sporrar personalen gruppen att fortsätta med det kamratstöd som uppkommit under rehabiliteringen och funderar tillsammans med klienterna på hur de kan fortsätta att hålla kontakt med varandra. Efter rehabiliteringen upphör serviceproducentens roll och klienterna fortsätter självständigt att hålla kontakt.

## Avslutande samtal

I slutet av den inledande perioden för en medlem av teamet eller den personliga handledaren ett individuellt samtal med klienten och gör en kort lägesbedömning av den period som gått och bedömer eventuella behov av att ändra programmet samt tar ställning till de fortsatta insatserna. Under samtalet kommer teammedlemmen/den personliga handledaren preliminärt överens med klienten om genomförandet av ett hembesök.

Under hela rehabiliteringsprocessen utvärderar klienten måluppfyllelsen under handledning av den personliga handledaren och lägger till eventuella nya mål eller preciserar tidigare mål samt antecknar tillsammans med en teammedlem resultaten på blanketten GAS - Målformulering.

## 6.4 Den avslutande perioden

Teammedlemmarna genomför perioden klientinriktat i enlighet med rehabiliteringsprogrammet och de överenskomna temana.

Under kursens slutfas behandlas avslutandet av grupprocessen. Klienterna och teammedlemmarna sammanfattar genom samtal de mål som formulerades i början av klientgruppens arbete och hur målen har nåtts. Under diskussionen delar deltagarna med sig av sina erfarenheter av det som man lärt sig inom gruppen och de rehabiliteringsresultat som uppnåtts med gruppens stöd. Klienterna planerar samtidigt, tillsammans med teammedlemmarna, hur rehabiliteringen ska fortsätta i vardagen.

## Individuella intervjuer och möten

Under den avslutande perioden diskuterar teammedlemmarna med klienterna hur rehabiliteringen framskridit och huruvida målen uppnåtts. Måluppfyllelsen antecknas på blanketten Mina mål. Blanketten fogas till rehabiliteringsrapporten, och övriga utvärderingsresultat beskrivs i rapporten (se servicebeskrivningarnas allmänna del, avsnittet Rehabiliteringsrapport). Personalen ger klienten en kopia av blanketten Mina mål.

Teammedlemmarna och klienten funderar på de rehabiliteringsåtgärder som eventuellt behövs och som kan genomföras under den avslutande perioden. Dessutom går den personliga handledaren och klienten igenom det som ska skrivas in i rehabiliteringsrapporten.

Under den avslutande periodens två första dagar:

- Den personliga handledaren intervjuar klienten och bedömer de förändringar i klientens hälsotillstånd som eventuellt inverkar på genomförandet av rehabiliteringen. Samtidigt bedömer klienten och den personliga handledaren klientens förmåga att klara sig i vardagen och förändringar i detta avseende.

## Avslutande samtal

Under den avslutande kursperioden samtalar den personliga handledaren med klienten om genomförandet av kursen och tar del av klientens erfarenheter. Den personliga handledaren tar reda på av klienten hur ofta denne behöver uppföljande kontakter och kommer överens om preliminära tidpunkter för detta. Samtidigt utvärderar klienten hur de individuella målen har uppfyllts och gör upp en plan för att säkerställa den fortsatta rehabiliteringsprocessen. Därvid beaktar klienten också den närståendes insats i hemmiljön vad gäller stöd för rehabiliteringen.



För att säkerställa att rehabiliteringen fortsätter kontaktar den personliga handledaren eller någon annan teammedlem med klientens tillstånd de aktörer som behövs för att planerna för fortsättningen ska kunna förverkligas.

Under den avslutande perioden för därtill två av medlemmarna i teamet ett avslutande samtal i grupp med klienterna. Under samtalet utvärderas och avslutas grupprocessen. Samtidigt bedömer klienterna hur väl gruppens gemensamma mål för rehabiliteringen har uppfyllts. Under det avslutande samtalet kommer klienterna överens om hur gruppen ska hålla kontakt i fortsättningen, för att säkerställa en fortsättning också på det kamratstöd för rehabiliteringen som uppkommit inom gruppen.

## 6.5 Uppföljning av rehabiliteringen

Uppföljningen av klientens rehabilitering genomförs som en del av rehabiliteringshelheten. Teammedlemmarnas kontakter med klienten efter att den egentliga rehabiliteringen har slutförts är en obligatorisk del av rehabiliteringsprogrammet. Serviceproducenten får separat ersättning för kostnaderna för kontakterna.

En fortsatt rehabilitering och upprätthållande av klientens funktionsförmåga förutsätter regelbunden uppföljning och fortsatt stöd. På det sättet bevaras och realiserar klientens engagemang för självständig träning och förändrade handlingsmönster samt tilltron till de egna resurserna.

Efter att den sista kursperioden avslutats tar den personliga handledaren kontakt med klienten i enlighet med dennes individuella behov. Kontakt tas 2–4 gånger under ett halvår. Kontakterna äger rum på det sätt som passar klienten bäst (per telefon eller videoförbindelse). Syftet med kontakterna är att sporra klienten till att införliva goda rehabiliteringsförfaranden med den egna verksamheten i vardagen. Den personliga handledaren eller en medlem av teamet kommer överens med klienten om hur den individuella uppföljningen ska genomföras i praktiken.

Avsikten med uppföljningen av rehabiliteringen efter kursperioderna är att säkerställa att rehabiliteringen fortsätter.

## 7 Personal<sup>1</sup>

Serviceproducenten utser personalen för den enskilda kursen när kursplatserna har fyllts eller senast en månad innan kursen börjar. Under rehabiliteringens gång är det, i enlighet med klienternas behov, möjligt att byta ut valfria medlemmar av teamet.

### 7.1 Team

Rehabilitering som ordnas av FPA är multidisciplinär. För kursen svarar därför ett multidisciplinärt team, som ansvarar för planeringen och genomförandet av rehabiliteringen samt för metoderna i, tidtabellen för och längden på rehabiliteringsprocessen. Teamet består

---

<sup>1</sup> Begreppsdefinitionerna och behörighetskraven för personalen ingår i servicebeskrivningarnas allmänna del (Bilaga 1 Yrkes- och uppgiftsbeteckningar).

av sammanlagt 7 medlemmar, bland dem obligatoriska och utbytbara medlemmar i enlighet med klienternas behov.

Medlemmarna av teamet gör hembesök och deltar i handledningen av grupperna. De håller multidisciplinära möten under rehabiliteringsperiodernas gång och då perioderna avslutas samt i uppföljningsskedet. Under mötena går man igenom klienternas situation och uppfyllelsen av rehabiliteringsmålen samt hur väl rehabiliteringsmetoderna fungerar. De frågor gällande klienterna som kommer fram på mötena antecknas för varje klient i klientens handlingar.

### **Obligatoriska medlemmar av teamet**

Obligatoriska medlemmar av teamet är följande, som är olika personer:

- en specialistläkare (specialistläkare i geriatri, inre medicin eller allmänmedicin), vars andel av kursen utgör minst 9 timmar
- en sjukskötare (YH) eller hälsovårdare (YH)
- en fysioterapeut (YH)

Specialistläkaren ska ha minst 3 års erfarenhet av rehabilitering eller vård av äldre personer. Denna erfarenhet ska ha förvärvats under de senaste 10 åren. Erfarenhet som förvärvats under specialiseringstiden beaktas.

Av de två andra obligatoriska medlemmarna av teamet krävs följande arbetserfarenhet:

Medlemmarna ska under de senaste 10 åren ha förvärvat 1 500 timmar erfarenhet av rehabilitering eller vård av personer över 68 år. Den allmänna arbetstiden om 38,25 timmar per vecka som använts som grund för fastställandet av antalet erfarenhetstimmar motsvarar cirka 10 månaders heltidsarbete.

Som erfarenhet godkänns den arbetserfarenhet som teamets yrkesutbildade person haft efter den utbildning och behörighet som förutsätts i bilaga 1 (Yrkes- och uppgiftsbeteckningar) till servicebeskrivningarnas allmänna del.

Minst en av de teammedlemmar som inte är läkare ska ha minst 200 timmars erfarenhet av handledning av grupper med vuxna under de senaste 10 åren. I dessa timmar inräknas praktiskt grupphandledningsarbete med klienter.

### **Utbytbara medlemmar av teamet**

Serviceproducenten har utöver de obligatoriska medlemmarna av teamet tillgång till samtliga följande 4 utbytbara teammedlemmar:

- en ergoterapeut (YH)
- en psykolog
- en geronom (YH)
- en socialarbetare eller socionom (YH) eller rehabiliteringshandledare/rehabiliteringsledare (YH) eller magister i samhällsvetenskaper (huvudämne rehabiliteringsvetenskap).

Av dem deltar 2–4 utbytbara medlemmar som väljs utifrån rehabiliteringsklienternas individuella behov.

## Övriga utbytbara medlemmar av teamet

Ytterligare kan personer som representerar olika yrken och har avlagt minst yrkesexamen delta som övriga medlemmar av teamet i genomförandet av rehabiliteringen och fritidsprogrammet. Deras medverkan i rehabiliteringen grundar sig på en behovsbedömning utifrån klienternas behov och målsättningar.

## Fördelning av det totala antalet timmar

Av det totala antalet individuella timmar och grupptimmar genomför

- de obligatoriska medlemmarna av teamet 50–60 %
- de utbytbara medlemmarna av teamet 40–50 % (exklusive övriga utbytbara medlemmar av teamet).

## Personlig handledare

Varje klient har en utsedd personlig handledare, och arbetet tillsammans med handledaren utgör kärnan i rehabiliteringsprocessen. Både obligatoriska och utbytbara medlemmar av teamet kan fungera som personliga handledare. Den personliga handledaren stöder klienten i att finna sina mål och behov, att strukturera dem och att arbeta i riktning mot dem under hela rehabiliteringsprocessen.

## Specialistläkarens uppgifter

En av teammedlemmarna ska vara specialistläkare. Under inledningsperioden bedömer läkaren klientens funktionsförmåga och mål. Läkaren ser till att det individuellt planerade rehabiliteringsprogrammet passar klienten och att klienten inte har någon sjukdom som akut försämrar hälsotillståndet och därigenom hindrar eller försvårar rehabiliteringen. Vid sin intervju utreder läkaren klientens behov av information kring den primärsjukdom han eller hon lider av. Under kursen håller läkaren också anföranden i anknytning till åldrande och anförandena fortsätter med samtal kring ämnet. I inledningsanförandet och diskussionen kan också någon annan teammedlem delta.

## 7.2 Serviceansvarig

På IKKU-kurserna finns en serviceansvarig som fungerar som utnämnd kontaktperson och koordinator för alla kurser för äldre som serviceproducenten genomför.

Den serviceansvariga är en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården som Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården (Valvira) har beviljat rätt att utöva sitt yrke som legitimerad yrkesutbildad person och den serviceansvariga är införstådd med de särskilda behov som personer i sjukdomsgruppen i fråga har.

Den serviceansvariga ansvarar för organiseringen och koordineringen av kurserna. Han eller hon ska dessutom se till att innehållen i rehabiliteringstjänsterna och serviceproducentens interna förfaranden är enhetliga. Den serviceansvariga ser till att personalen förstår klientgruppens särskilda behov, handleder vid behov personalen i hur man ska beakta de här behoven samt bedömer personalens behov av intern eller extern utbildning.

Dessutom säkerställer den serviceansvariga att verksamheten är multidisciplinär, att klienternas behov beaktas och att teamet arbetar på ett ändamålsenligt sätt samt att dokumenteringen sköts som den ska, att respons samlas in och att verksamheten utvecklas hela tiden.

### **Den serviceansvarigas uppgifter**

Den serviceansvariga ansvarar för servicehelheten vid rehabiliteringen och för att servicehelheten håller jämn kvalitet genom att beakta de särskilda behov som klienternas sjukdom medför.

Den serviceansvariga

- ser till att rehabiliteringsprogrammet fungerar samt att tidtabellerna passar ihop och att de är smidiga och flexibla
- säkerställer i början av rehabiliteringen att klientgruppen får all nödvändig information
- är tillgänglig för klientgruppen under rehabiliteringen
- ser till att eventuella specialdieter som klienterna behöver finns att få och att serveringen fungerar
- säkerställer tillgång till nödvändig sjukvård under rehabiliteringen och ett smidigt samarbete med lokala aktörer
- ser till att det finns fungerande och tillräckliga lokaler för klientgruppen (t.ex. matsal och grupparbetsrum)
- planerar och utvecklar verksamheten så att den passar klientgruppen utgående bl.a. från uppgifter på blanketterna för förhandsinformation och respons från klienterna
- ansvarar för att respons från klienterna behandlas samt förmedlar den till ledningen för kännedom och för nödvändiga åtgärder.

Den serviceansvariga hör inte till den högsta ledningen i serviceproducentens organisation. Personen ska ha förutsättningar att sköta uppgiften i enlighet med målsättningarna. Serviceproducenten ska se till att den serviceansvariga har en behörig vikarie. Den serviceansvarigas timmar räknas inte in *personalresurserna* i avsnitt 7.4.

### **7.3 Assisterande personal**

På kursen finns assisterande personal som avlagt minst yrkesexamen på andra stadiet inom social- och hälsovård eller inom det humanistiska och pedagogiska området. Dessa kan vara exempelvis närvårdare och/eller fritidsledare. Medlemmar av den assisterande personalen fungerar under handledning som assistenter för klienterna.

Den assisterande personalen stöder, assisterar och handleder klienten i de dagliga aktiviteterna i enlighet med klientens individuella behov och mål. Assistansen och handledningen ska främja klientens individuella rehabiliteringsmål.

### **7.4 Personalresurser**

Serviceproducenten säkerställer att den har tillräckliga personalresurser för att genomföra rehabiliteringen i enlighet med servicebeskrivningen. Då serviceproducenten beräknar behovet av personalresurser läggs särskild vikt vid följande:

- Kapitel 4: kursens längd, rehabiliteringsdagens längd (för klienten), längden på intervjuer, möten och samtal samt smågruppsarbete
- Kapitel 6: förberedelser inför rehabiliteringen (avsnitt 6.1), individuella intervjuer och möten (avsnitt 6.3–6.5) samt uppföljning av rehabiliteringen (avsnitt 6.6)
- serviceproducenten får separat ersättning för kontakterna före rehabiliteringen (1/klient), kontakter mellan perioderna och kontakterna för uppföljning av rehabiliteringen
- Kapitel 7: kraven på mängden personal och dess kompetens.

## 8 Serviceproducentens erfarenhet

Serviceproducenten har under de senaste 6 åren förvärvat minst 2 års erfarenhet\* av att genomföra följande:

- rehabilitering för multisjuka personer över 68 år
- multidisciplinär rehabilitering (rehabiliteringen har genomförts av personer som representerar minst 3 yrkesgrupper)

\* Denna erfarenhet har förvärvats genom följande multidisciplinära rehabilitering: krävande medicinsk rehabilitering som ordnas av FPA och/eller motsvarande rehabilitering som ordnas av någon annan betalare. Andra betalare som kan beaktas är t.ex. hälso- och sjukvården och försäkringsbolag.

## 9 Rehabiliteringslokaler

Serviceproducenten ska ha en slutenvårdsenhet där det utöver de utrymmen som enligt servicebeskrivningarnas allmänna del ska finnas vid slutenvårdsenheten finns bassängutrymmen, ett gym och en motionssal samt två separata rum för fysioterapi.

För klienter som har svårt att förflytta sig ska man reservera inkvartering som ligger nära rehabiliteringslokalerna så att klienterna obehindrat kan förflytta sig från sina rum till lokalerna.

Måltiderna intas alltid i enheten.