

# Servicestig för klienter inom hemrehabilitering

Tillgänglig version, parallell med den finska PPT-versionen med bilder  
2.10.2023

*Itä* UUSIMAA  
*Östra* NYLAND

Hyvinvointialue  
Välkärsområde

# Läsanvisning för beskrivningen

- Syftet med denna beskrivning är att hjälpa både rehabiliteringsklienten och den yrkesverksamma att skapa sig en uppfattning om hemrehabiliteringshelheten och processen. Målet är att även personer som inte vet mycket om rehabilitering ska förstå helheten.
  - För klienten är det viktigt att få veta vad rehabilitering innebär för hen.
  - För den yrkesverksamma är det viktigt att kunna utreda den servicehelhet som bäst lämpar sig för klienten.
- Servicestigen består av åtta (8) olika skeden. Rehabiliteringsprocessen omfattar alltid alla skeden men deras omfattning, innehåll och varaktighet varierar beroende på klientens behov.
- Denna version av beskrivningen är parallell med den ursprungliga finskspråkiga powerpoint-presentationen, där klientens stig inom hemrehabilitering utöver text illustreras med hjälp av bilder.

# Allmänna riktlinjer:

- Rehabiliteringsklientens perspektiv:
  - Min uppgift är att aktivt delta i min egen rehabiliteringsprocess och göra de överenskomna övningarna.
  - Jag berättar till vem mina uppgifter får delas ut så att alla som deltar i genomförandet av tjänsterna ska ha tillräckligt med information för enhetligt målinriktat stöd.
  - Jag berättar för yrkespersonerna om mina erfarenheter av hur rehabiliteringen framskrider, om eventuella problem och vad som lyckats.
- Yrkespersonens perspektiv:
  - Rehabiliteringsklientens egna mål och vilja bestämmer de metoder som används.
  - Utred och be om tillstånd för att dela ut klientens uppgifter till andra yrkesverksamma och rehabiliteringsklientens närstående – kom ihåg att anteckna det erhållna tillståndet i klientens uppgifter!
  - Framsteg i rehabiliteringsklientens situation kräver ofta arbetsinsatser av ett flertal professionella. Agera så att du främjar gott samarbete med andra aktörer.
  - Rehabiliteringsklientens uppgifter ska alltid registreras i det överenskomna systemet – se till att registreringarna är uppdaterade!

# Servicestigen inom hemrehabilitering

Rehabiliteringsklientens stig

1.  
Behovet  
uppstår

2.  
Hur  
bedöms  
behovet?

3.  
Vad är  
målet?

4.  
Med vilka  
metoder?

5.  
Hur  
framskrider  
rehabiliteri  
ngen?

6.  
Hur har  
rehabilit  
eringen  
framskri  
dit?

7.  
Hur  
lyckades  
rehabiliter  
ingen?

8.  
Vad  
händer  
härnäst  
?

Yrkespersonens stig

På följande sidor syns rehabiliteringsklientens perspektiv alltid i den övre delen av sidan med ljusröd bakgrund och yrkespersonens perspektiv under det med ljusblå bakgrund. Fas två har delats upp på två sidor.

# 1. När behovet uppstår

*Mitt behov av hemrehabilitering kan upptäckas av en närstående, hemvården eller någon annan yrkesverksam som deltar i vårdstigen, eller så kan jag själv upptäcka det. Ärendet behandlas då med hemvården, klienthandledningen eller någon annan aktör som deltar i vården.*

*Den överenskomna aktören åtar sig ansvaret för att föra mitt ärende vidare till bedömningen av rehabiliteringsbehovet.*

*Jag beslutar själv till vem mina uppgifter som gäller rehabiliteringen delas ut. Mitt samtycke behövs för att dela ut information till mina anhöriga.*

## **När du identifierar klientens behov av hemrehabilitering**

- Inom social- och hälsovården: Som läkare, sjukskötare, hälsovårdare, terapeut eller socialarbetare
- På sjukhus: Som läkare, sjukskötare, hälsovårdare eller terapeut
- Inom hemvården eller klienthandledningen till exempel i samband med RAI-utvärderingen
- Av andra yrkesverksamma under gemensamma diskussioner

## **... ska du ha tydlig information om**

- hur rehabiliteringen önskas påverka klientens vardag
- vart du styr klienten, om hemrehabiliteringsperioden inte är rätt alternativ
- vilka uppgifter du behöver och hur du berättar om saken för klienten
- om du behöver närmare information för att bedöma behovet av hemrehabilitering, utreder du vem som tar emot begäran.

*Kom ihåg att be klienten om tillstånd att dela ut hens uppgifter!*

## 2. Hur bedöms behovet? (1/2)

*Jag kan inte själv beställa hemrehabilitering, men jag kan uttrycka att jag upplever ett behov för det. En yrkesverksam gör en bedömning, på basis av vilken hemrehabiliteringen kan inledas. Den yrkesverksamma behöver information av mig beträffande hur jag klarar mig i vardagen och rör på mig, vilka hjälpmedel jag använder, vem som har hjälpt mig och på vilket sätt (yrkesverksamma och närstående). Om det tidigare har utarbetats en rehabiliteringsplan för mig, är det nu aktuellt att uppdatera den. En första bedömning av mitt behov kan göras per telefon eller på distans, men eventuella mätningar görs som hembesök. Bedömningens samtliga resultat antecknas i tjänsten Mina Kanta-sidor, där jag kan bekanta mig närmare med dem.*

... beskrivning av yrkespersonens perspektiv på följande sida...

## 2. Hur bedöms behovet? (2/2)

.... Beskrivning av klientens/rehabiliteringsklientens perspektiv på föregående sida...

### Så här bedömer du klientens behov av hemrehabilitering:

- Läs klientanteckningarna och den remitterande aktörens berättelse om klientens behov av hemrehabilitering.
- Gör lämpliga mätningar för RAI-utvärderingen, om klienten är i pensionsåldern. Om det för klienten redan har gjorts en RAI-utvärdering, kontrollera när den har uppdaterats.
- Intervjua klienten och vid behov hens närstående. Observera klienten i hens hemmiljö.
- Utför mätningarna. De mätare som används: RAI, lämpliga mätare enligt TOIMIA-rekommendationen
- Använd Omasuuntima för att definiera det klientskapssegment enligt vars principer innehållet i rehabiliteringsperioden byggs upp. Till rehabiliteringsperiodens innehåll hör till exempel insatsen längd, ifall det finns behov av en kort eller en lång period eller ett enskilt hembesök. Utred och precisera om det är fråga om behov av hemrehabilitering eller något annat behov av stöd och service. Ett enskilt hembesök kan inte nödvändigtvis tillgodoses med hemrehabilitering.
- Utarbeta en sammanfattning av bedömningen och mätningarna och anteckna resultaten i klientdatasystemet/patientuppgifterna.
- Kom tillsammans överens om yrkesverksammas roller, kommunikationssätt och uppföljning på ett för klienten lättförståeligt sätt.
- Gå igenom den nuvarande rehabiliteringsplanen tillsammans med rehabiliteringsklienten.

# 3. Vad är målet?

*Det är bra att jag själv eller en närstående är aktiv när det gäller att ställa upp målen för rehabiliteringen. Min åsikt och mina önskemål om det önskade slutresultatet bestämmer hur mina mål formuleras. Det är viktigt att jag berättar vad som är det viktigaste målet för rehabiliteringen med tanke på min livskvalitet – vad har jag motivation att sträva efter? Vill jag till exempel gå självständigt till postlådan eller affären, öva på att diska stående, hänga tvätt eller bädda min säng?*

## **När du formulerar mål för hemrehabiliteringen:**

- Basera alltid målen på klientens önskemål och vilja.
- Din uppgift som yrkesperson är att formulera mätbara mål som baserar sig på klientens vardag och vilja.
- Fäst uppmärksamhet vid vad som är betydelsefullt och viktigt för klienten, eftersom hens motivation riktas till det: Vad är nödvändigt med tanke på en smidigare vardag för klienten? Kom överens om målen tillsammans med klienten.
- Formulera målen så att de kan mätas. Mätbarheten gör det möjligt att bedöma rehabiliteringens konsekvenser under och efter rehabiliteringen.
- Kontrollera att målen är i linje med eller stöder de övriga målen som ställts upp inom tjänsterna.



## 4. Med vilka metoder?

*För att jag ska kunna ha motivation för och förbinda mig till rehabiliteringen, ska metoderna basera sig på min förmåga och mina önskemål.*

*Metoderna bör vara mångsidiga för att skapa variation, men tillräckligt enkla för att jag ska kunna upprepa dem. Rehabiliteringen kan bestå till exempel av övningar i muskelkraft, balans, gym, dagliga funktioner osv.*

### **De mål som ställts upp för hemrehabiliteringen bestämmer vilka metoder som väljs:**

Klientens hemförhållanden, funktionsförmåga och behov av stöd med rehabiliteringsövningarna påverkar valet. Längden på hemrehabiliteringen har fastställts på basis av bedömningen som gjorts redan under behovsutredningen (steg 2). Detta påverkar de metoder som kan väljas: Använder man klienthandledning, terapiinterventioner, klienthandledning som utförs tillsammans med andra funktioner som stöder boende hemma eller alla de ovannämnda?

Definiera intressentgrupperna i anslutning till klientens rehabilitering och deras uppgifter i utvecklingen av klientens funktionsförmåga. Intressentgrupper kan vara anhöriga och närstående, klienthandledare, hemvården, socialarbetare och andra terapeuter som rehabiliterar klienten.

Anteckna resultaten av mätningarna som gjorts i början av perioden. Anteckna också de uppställda målen, de valda metoderna och det önskade slutresultatet i klientens uppgifter som en övergripande plan. Skicka planen till intressentgrupperna, men kom ihåg att be klienten om tillstånd. Kontakta vid behov intressentgrupperna per telefon.

# 5. Hur framskrider rehabiliteringen?

*Jag, eventuellt tillsammans med mina närstående, deltar aktivt i utarbetandet av min rehabiliteringsplan. Planen kräver alltid mitt godkännande. När planen har godkänts får jag den i en form som passar mig själv, till exempel utskrivnen i en mapp.*

*Jag får vid behov information av yrkesverksamma om jag själv måste vara aktiv för att beställa andra kompletterade tjänster, utöver hemrehabilitering.*

## **Utarbeta en rehabiliteringsplan för den valda tidsintervallen eller perioden:**

Definiera:

- antalet besök av yrkesverksamma inom rehabiliteringen
- tidsperioden när rehabiliteringen sker
- vem som deltar i rehabiliteringen (yrkesverksamma och klientens övriga närståendenätverk)
- på vilket sätt övar klienten utanför träffarna med terapeuten
- hurdan förändring i klientens vardag strävar man efter under rehabiliteringen.

Be om behövliga åtgärder av intressentgrupper och ge klienten anvisningar om hur hen ska beställa eller komma överens om tjänster som kompletterar hemrehabiliteringen. Ge klienten behövliga anvisningar också skriftligt, kom överens om tidtabellerna och sätten att hålla kontakt.

## 6. Hur har rehabiliteringen framskridit?

*Den yrkesverksamma diskuterar med mig om hur jag har upplevt genomförandet av planen och om jag fortfarande är på väg mot mina mål. Vad har känts svårt, vad har motiverat mig? Den yrkesverksamma utreder och går tillsammans med mig igenom hur jag tycker att rehabiliteringen har förändrat min funktionsförmåga och min förmåga att klara mig i vardagen. Jag får se mätningarnas resultat om jag vill.*

### **Gör en mellanutvärdering med alla mätningar som anknyter till de uppställda målen**

Mellanutvärderingen kan vara en intervju och lägesöversikt i förhållande till den inledande bedömningen och målen.

Utarbeta en sammanfattning där du kopplar resultaten till observationer om förändringar i klientens funktionsförmåga samt till klientens åsikt om sina egna framsteg. Gör en GRC-bedömning med den överenskomna frågan.

Utred också intressentgruppernas åsikter om klientens framsteg. Anteckna sammanfattningen och mätresultaten i klientens uppgifter.

Uppdatera rehabiliteringsplanen vid behov och skicka den till behövliga intressentgrupper för kännedom. Kom ihåg att du behöver klientens tillstånd för att skicka uppgifter om hen till andra eller för att informera intressentgrupper om rehabiliteringsuppgifter som du antecknat i patientdatasystemet.

*Kom alltid ihåg att be klienten om tillstånd att dela ut hens uppgifter.*

# 7. Hur lyckades rehabiliteringen?

*I slutet av rehabiliteringsperioden diskuterar den yrkesverksamma med mig om hur jag har upplevt genomförandet av planen och om jag fortfarande är på väg mot mina mål. Vad har känts svårt, vad har motiverat mig. Jag och mina närstående ombeds berätta om min funktionsförmåga efter rehabiliteringsåtgärderna – bedöma vad som har förändrats och hur. Den yrkesverksamma frågar min åsikt om genomförandet av hemrehabiliteringen och hur nöjd jag är med den.*

## **Gör en slututvärdering med alla mätningar som anknyter till de uppställda målen**

Utarbeta en sammanfattning där du kopplar mätresultaten till observationer om förändringar i klientens funktionsförmåga samt till klientens åsikt om sina egna framsteg. Det väsentliga är om rehabiliteringen har påverkat klientens vardag. Gör en GRC-bedömning med den överenskomna frågan.

Utred intressentgruppernas åsikter om klientens framsteg och anteckna sammanfattningen och mätresultaten i klientens uppgifter.

Uppdatera rehabiliteringsplanen vid behov och skicka den till behövliga intressentgrupper för kännedom. Kom ihåg att du behöver klientens tillstånd för detta.

Utred till slut hur nöjd klienten är med den genomförda hemrehabiliteringen.

## 8. Vad händer härnäst?

*Jag måste kontinuerligt göra något för att upprätthålla min funktionsförmåga. Därför är det viktigt att den fortsatta planen är sådan som passar mig. Jag ska berätta vad som motiverar mig, hur jag själv vill påverka min funktionsförmåga och med vilka metoder jag kan upprätthålla den.*

### **Gör upp en fortsatt plan i samarbete med klienten**

Den fortsatta planen ska basera sig på resultaten som nåtts under den genomförda rehabiliteringen, på klientens erfarenheter och önskemål gällande de fortsatta åtgärderna samt intressentgruppernas åsikter om framstegen. Ställ upp mål och kom överens om tidtabellen för uppföljning tillsammans med klienten. Anteckna planen i klientens uppgifter.

Utarbeta till slut en sammanfattning av den genomförda hemrehabiliteringen och skicka den till behövliga intressentgrupper för kännedom. Kom ihåg att be klienten om tillstånd för att informera intressentgrupperna.

Kom överens med klienten om uppföljningsintervallerna och tidpunkten för kontrollen. Du som yrkesperson ansvarar för genomförandet av dessa.

# Fortsatt plan

- I den fortsatta planen utnyttjas klientskapskategorierna enligt Omasuuntima. Kategorierna består av fyra olika klientskapsnivåer. Dessa är:
  - Självständigt klientskap, där klientens resurser är goda och genomförandet av tjänsten tydligt
  - Gemenskapsklientskap, där klientens resurser är svaga och genomförandet av tjänsten tydligt
  - Samarbetsklientskap, där klientens resurser är goda och servicen mångsidig och utmanande
  - Nätverksklientskap, där klientens resurser är svaga och servicen mångsidig och utmanande
- De exakta särdragen hos varje nivå definieras senare. I särdragen antecknas en beskrivning av nivån, dess tyngdpunkt, rehabiliteringens mål, sätten att hålla kontakt mellan klienten och yrkespersonerna samt de typiska rehabiliteringstjänsterna på nivån.
- Beslut om användning av Omasuuntima inom hemrehabilitering fattas senare.

# Nyttiga länkar och mer information

*Gå till Tjänstebeskrivningen för hemrehabilitering*

*Gå till Handboken för hemrehabilitering i Nyland*

*Gå till Omasuuntima (ännu inte i bruk inom hemrehabiliteringen i Östra Nyland)*

*Gå till TOIMIA-rekommendationen för hemrehabilitering*

*Gå till Terveyskyläs sida för Rehabiliteringsplan*

*Gå till Nöjdhetsenkäten*