



Länsi-Uudenmaan hyvinvointialue
Västra Nylands välfärdsområde

Social rehabilitering inom sysselsättningsfrämjande tjänster

Handbok

Länsi-Uudenmaan hyvinvointialue
Västra Nylands välfärdsområde
Western Uusimaa Wellbeing Services County

 Socca Uudenmaan sosiaalialan
osaamiskeskus

Social rehabilitering inom sysselsättningsfrämjande tjänster

Författare:

Utvecklingsgruppen för social rehabilitering, Sysselsättningsfrämjande tjänster
Västra Nylands välfärdsområde

Saara Lipponen, koordinator Sysselsättningsfrämjande tjänster Västra Nylands
välfärdsområde

Tytti Hytti, specialplanerare, Nylands kompetenscentrum inom det sociala
området Socca

Visuell profil: Materialbanken för grafiskt material vid Västra Nylands
välfärdsområde

Västra Nylands välfärdsområde 2024

Innehållsförteckning

Förord	3
Social rehabilitering i ett nötskal	4
För vem ordnas social rehabilitering?	5
VAD ÄR SOCIAL REHABILITERING?	7
Social rehabilitering är lagstadgad socialservice	8
Vilken typ av arbete är social rehabilitering?	8
Centrala begrepp	9
Den sociala rehabiliteringens kärnelement	11
VERKSAMHETSMODELL FÖR SOCIAL REHABILITERING (TEP)	12
Utredning av rehabiliteringsbehovet	13
Planmässighet	13
Intensifierat individuellt arbete	14
Gruppverksamhet inom social rehabilitering	15
Sektorsövergripande samarbete mellan olika aktörer	18
Tillgång till social rehabilitering och dess tillgänglighet	19
Mobil närservice	19
Distansrehabilitering	20
Stöd för digitala färdigheter som en del av social rehabilitering	22
Den sociala rehabiliteringens kvalitet och effekt	23
GENOMFÖRANDET AV TJÄNSTEN	26
Processen för social rehabilitering – hur framskrider den?	27
Innan tjänsten inleds	27
Det inledande mötet	29
Kartläggningsskedet	31
Mellanutvärdering av den sociala rehabiliteringen (3 mån)	32
Gemensamma mellanutvärderingar (6 mån)	32
Arbetskedet	33
Det avslutande skedet och stöd för övergången	34
Det avslutande mötet	34
Avbrytande av tjänsten	35
Kundmålgrupper och case-beskrivningar	36
Klientmålgrupp 1	36

Klientmålgrupp 2.....	38
Klientmålgrupp 3.....	39
Klientmålgrupp 4.....	40
Klientmålgrupp 5.....	41
Exempelkunden Marjas väg.....	42
Uppställande av mål för den sociala rehabiliteringen	45
Arbetsätt och metoder för social rehabilitering	47
Regionala tjänster som stöd för social rehabilitering	48
Klientdelaktighet och erfarenhetskompetens.....	49
Litteratur.....	50
Bilagor	54
 Bilaga 1 Slututvärdering av social rehabilitering	54
 Bilaga 2 Klientbroschyr för social rehabilitering	55
 Bilaga 3 Beslut om social rehabilitering.....	56

Förord

I denna handbok har vi beskrivit Västra Nylands välfärdsområdes gemensamma verksamhetsmodell för social rehabilitering inom Sysselsättningsfrämjande tjänster (TEP). Vi producerar social rehabilitering som en egen tjänst och betonar ett uppsökande arbetssätt som riktar sig utåt från hemmet.

Modellen har byggts upp i arbetet mellan TEP:s utvecklingsgrupp för social rehabilitering och ledningsgruppen under åren 2023–2024. I arbetet deltog Tytti Hytti, specialplanerare vid Nylands kompetenscentrum inom det sociala området Socca.

Vår handbok är avsedd för dig som:

- Behöver ett konkret verktyg för social rehabilitering när du arbetar som anställd inom den sociala rehabiliteringen eller när du fungerar som egen kontaktperson för en klient vars servicebehov du har bedömt.

Vår handbok fungerar också:

- Som ram för social rehabilitering inom Sysselsättningsfrämjande tjänster i Västra Nyland, så att vi ordnar den på ett enhetligt, jämlikt och lagenligt sätt för de klienter som behöver den.
- Som ett introduktionsverktyg för nyanställda och hela enheten.

Vår handbok bygger på:

- 17 § i socialvårdslagen (SVL, 1301/2014), som innehåller bestämmelser om social rehabilitering och tillämpningsguiden för socialvårdslagen (SHM 2024).
- THL:s riksomfattande verksamhetsmodell för social rehabilitering (Karjalainen m.fl. 2024).
- Material som producerats inom det riksomfattande Sosku-projektet (det ESF-finansierade riksomfattande utvecklingsprojektet för social rehabilitering SOSKU som koordinerades av THL och pågick 2015–2018). Bland annat THL:s rekommendation om kvalitetskriterier för ordnande av social rehabilitering för personer i arbetsför ålder.
- Kartläggning av den sociala rehabiliteringen som gjorts vid Socca tillsammans med kommunerna i huvudstadsregionen (Hytti 2023) samt andra välfärdsområdets handböcker om social rehabilitering, av vilka vi särskilt har utnyttjat handboken för medarbetare i Helsingfors (Pale & Hytti 2024).

Social rehabilitering i ett nötskal

Vad? Social rehabilitering är intensifierat och målinriktat stöd, där kärnan i klientarbetet är socialhandledarens individuella arbete, vid sidan av vilket man kan använda sig av rehabiliterande gruppverksamhet.

För vem? Tjänsten är avsedd för 18–65-åriga västnylänningar som är arbetslösa och som står utanför arbetslivet.

Mål Målet med den sociala rehabiliteringen är att främja klientens delaktighet, förbättra klientens livskompetens och sociala funktionsförmåga samt förebygga och minska marginalisering. Tjänsten är frivillig och klientens eget mål har en viktig roll. Klienten kan till exempel få stöd för att söka sig till andra rehabiliteringstjänster, studier eller arbetslivet.

Hur? Social rehabilitering är systematiskt arbete som syftar till förändring och där man riktar sig utåt från hemmet. Tjänsten innehåller inte ett servicepaket för alla, utan den skräddarsys utifrån kundens mål. Under tjänstens gång följer man upp situationen och utvärderar den tillsammans i den egna kontaktpersonens och socialhandledarens nätverk inom den sociala rehabiliteringen.

Längden bestäms enligt klientens behov. Den maximala tiden för social rehabilitering är 18 månader.

Möten Mötesfrekvensen fastställs enligt klientens situation. Som mest frekvent är mötena i det individuella arbetet och grupparbetet en gång i veckan. I det individuella arbetet är mötena 1–1,5 h. Gruppmötenas längd är 2–4 h beroende på grupptyp.

Klienthandledning Behovet av social rehabilitering kan framkomma på olika håll. Kontakten med TEP görs som en SVL (35 §)-anmälan, varefter socialhandledaren/socialarbetaren vid TEP:s kontaktpersonsteam gör en bedömning av servicebehovet. En anställd inom en annan tjänst kan inte hänvisa klienten och klienten kan inte direkt inleda social rehabilitering utan att hens servicebehov har bedömts i TEP.

Bedömningen av servicebehovet kan också göras som en del av aktiveringsplanen eller den sektorsövergripande planerna, varvid den sociala rehabiliteringen antecknas som en tjänst i planerna i fråga. Då ska man beakta att social rehabilitering inte är en förpliktande tjänst, så om den avbryts kan det inte leda till att klienten förlorar sin arbetslöshetsförmån.

Resekostnader För en klient som deltar i social rehabilitering ersätts reskostnaderna.

Beslut Den egna kontaktpersonen inom TEP fattar beslut om social rehabilitering samt beslut om kompletterande och förebyggande utkomststöd i anslutning till rehabiliteringen.

För vem ordnas social rehabilitering?

Social rehabilitering är avsedd för 18–65-åriga västnylänningar som är arbetslösa eller står utanför arbetslivet och som har vilja att rehabiliteras och kartlägga sina egna framtida möjligheter. Inom den sociala rehabiliteringen stöder man klientens sociala funktionsförmåga och stärker möjligheterna till deltagande och delaktighet. Klienten kan till exempel få stöd för att söka sig till andra rehabiliteringstjänster, studier eller arbetslivet.

Den sociala rehabiliteringen som tjänst är inte bunden till klientens förmån, utan behovet avgör tjänsten. Social rehabilitering är frivillig. Tjänsten får inte vara ett villkor för beviljande av andra tjänster eller stödformer.

Social rehabilitering erbjuds klienter som har:

- Behov av en mer omfattande utredning av rehabiliteringsbehoven och stöd för att söka sig till tjänsterna
- En egen önskan om förändring
- Tillräcklig funktionsförmåga att förbinda sig till målinriktat arbete
- Behov av intensifierat och målinriktat stöd
- Behov av arbete som riktar sig utåt från hemmet och som utvidgar livsmiljön
- Behov av att stärka resurserna och funktionsförmågan
- Utmaningar i livskompetensen och/eller färdigheterna i vardagen
- Utmaningar i de sociala relationerna och/eller de sociala färdigheterna

Social rehabilitering är inte aktuell om:

- Klienten inte har beredskap att förbinda sig till arbete
- Klienten har en obehandlad, aktiv rusmedelssituation som stör vardagen
- Klientens situation har krisat sig akut, till exempel akut bostadslöshet eller självdestruktivitet
- Klienten har flera samtidiga tjänster som stöder rehabiliteringen. Det är viktigt att bedöma hur olika tjänster kompletterar varandra och om klienten kan utnyttja dem samtidigt.
- Klienten har behov av intensivt stöd i hemmet eller service som upprätthåller funktionsförmågan (till exempel dagverksamhet).

Typiskt för en klient inom social rehabilitering är:

- Ensamhet och få sociala nätverk
- Att man fastnar i hemmet
- En visionslös inställning till det egna livet
- En del har svårigheter att söka sig till tjänster eller löper risk för att falla bort från tjänster eller arbets- eller studievägar
- Utmaningar som sänker funktionsförmågan, såsom livskriser, somatiska besvär, neuropsykiatriska symtom, inlärningssvårigheter, traumabakgrund, utmaningar med rusmedel och den psykiska hälsan samt längre marginalisering från arbetslivet/studier



Figur 1 För vem ordnas social rehabilitering?

VAD ÄR SOCIAL REHABILITERING?



Social rehabilitering är lagstadgad socialservice


Med social rehabilitering avses intensifierat och målinriktat stöd med hjälp av socialt arbete och social handledning för att förbättra eller upprätthålla social funktionsförmåga och livskompetens, förebygga och minska marginalisering och främja delaktighet (SVL, 1301/2014, 17 §).

Enligt socialvårdslagen omfattar social rehabilitering enligt personens individuella behov:

- utredning av den sociala funktionsförmågan och rehabiliteringsbehovet
- rehabiliteringsrådgivning och rehabiliteringshandledning samt vid behov samordning av rehabiliteringstjänster
- träning i att klara av vardagsfunktioner och olika livssituationer
- gruppverksamhet och stödjande av social interaktion samt
- andra behövliga åtgärder som främjar rehabilitering

Genom social rehabilitering för unga personer stöds genomförandet av ungdomsgarantin genom att man stöder de unga att få en arbets-, arbetsprövnings-, studie-, ungdomsverkstads- eller rehabiliteringsplats och förebygger avhopp (SVL 17 §). Servicegarantin för unga består också av den egna kontaktpersonens arbete (SVL 42 §) och bedömningen av servicebehovet (SVL 36 §).

Vilken typ av arbete är social rehabilitering?

- 
- Man går framåt i klientens takt
 - Man formulerar och delar upp målen
 - Stärkande av resurserna
 - Identifiering av styrkor
 - Man går bredvid och ger stöd för att söka sig till tjänster
 - Man utvidgar livsmiljön
 - Möten
 - Man arbetar tillsammans
 - Stärkande av självkänslan
 - Uppmuntran att agera själv
 - Att se framgångar
 - Att ge näring åt drömmar och hopp
 - Att hitta perspektiv och betydelser
 - Handledning och rådgivning
 - Att söka efter meningsfulla aktiviteter
 - Stärkande av kamratskapet

Centrala begrepp

Livskompetens är en upplevelse av att man själv kan påverka sitt eget liv och händelserna i det. Livskompetensens varaktighet påverkas av olika livskriser. (Liukko 2006, 81–85.)

- **Den inre livskompetensen** tar sig uttryck i en upplevelse och känsla av att kunna anpassa sig till motgångar och se livets goda sidor även under svåra tider. Det är viktigt att stöda människans egen upplevelse och känsla av människovärde och självrespekt samt uppmuntra till att genomföra sina egna planer.
- **Den yttre livskompetensen** förutsätter sociala, ekonomiska, psykiska och fysiska resurser som kan tryggas genom tjänster och förmåner.

Den sociala funktionsförmågan är nära kopplad till den fysiska, psykiska och kognitiva funktionsförmågan. Den hör ihop med möjligheterna att klara av vardagens sysslor, interaktionsförhållanden och rollerna i den egna verksamhetsmiljön (Järvikoski & Härkäpää 2011, 22). Det är viktigt att stöda vardagsfärdigheterna, de sociala färdigheterna och de sociala färdigheterna (Raivio 2018, 45).

- Genom **verksamhet som stärker de sociala färdigheterna** ökar man färdigheter och förmågor i anslutning till självuttryck och interaktion. Målet är att bättre hantera sociala situationer. Det är viktigt att stärka till exempel förtroendet och självaktningen, interaktionsfärdigheterna, förmågan att skapa och upprätthålla människorelationer samt förmågan att ta ansvar.
- Genom **verksamhet som stärker vardagsfärdigheterna** ökar man den kompetens och de färdigheter som behövs i det dagliga livet. Syftet är till exempel att stärka uppställandet och uppnåendet av mål, förmågan att sköta praktiska ärenden, organisationsförmågan, upprätthållandet av boendet och hemmet, omsorgen och sig själv och familjen, identifieringen av de egna resurserna och hanteringen av beroenden.
- Genom **verksamhet som stärker gemenskapsfärdigheterna** stärks aktörskapet och delaktigheten i gemenskaper och samhället. Det är viktigt att sänka tröskeln för deltagande. Målet är till exempel att stärka kännedomen om servicesystemet, öka självständigheten, framtidsorienteringen och anpassningsförmågan samt förmågan att uträtta ärenden i tjänsterna och förbinda sig till dem. Dessutom stöds möjligheterna att komma in på utbildnings- och sysselsättningsvägen och att stanna kvar på den.

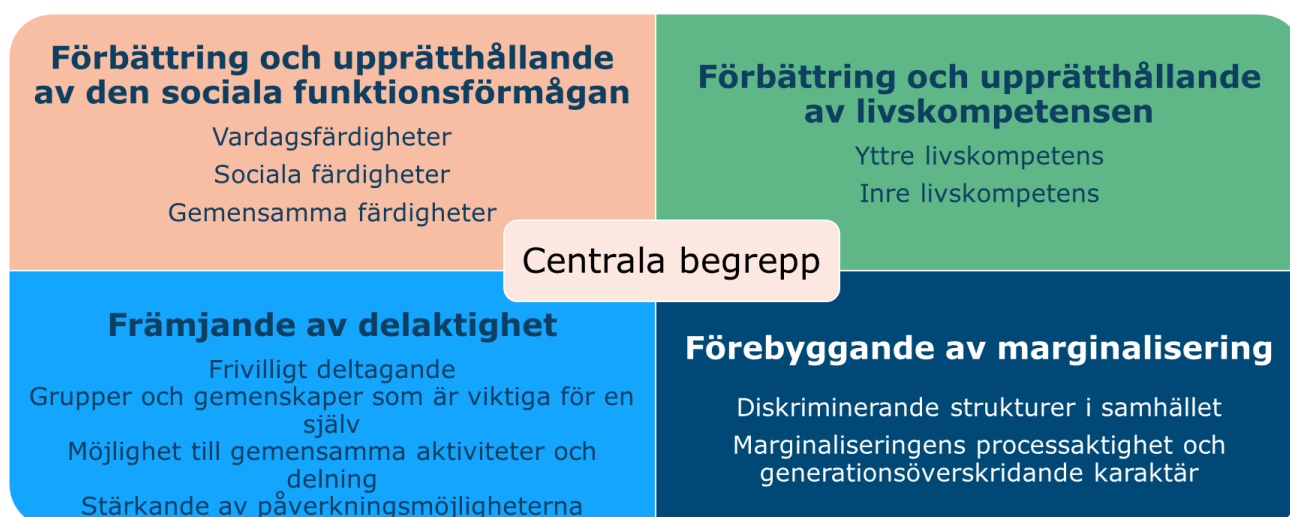
Delaktigheten är upplevelsebaserad och dess grad varierar beroende på livssituationen. Den kan ses som ett motpar till marginalisering. (Raivio 2018, 32–34.)

- Delaktighet i det egna livet förutsätter en rimlig utkomst och tjänster som motsvarar behovet samt autonomi och aktörskap i beslutsfattande som gäller det egna livet.
- Delaktighet förutsätter betydelsefulla människorelationer.

- Delaktigheten kan främjas genom att stöda klienternas möjligheter att påverka.
- Delaktigheten främjas av förhållanden där verksamheten erbjuder gemenskap och betydelsefulla saker som en del av den lokala gemenskapen. (Isola m.fl. 2017, 25, 29, 38–42.)

Med *marginalisering* avses en övergripande anhopning av utsatthet och lottlöshet. Marginalisering är en process och den anses ofta vara generationsöverskridande.

- Det är fråga om ett samhälleligt fenomen som tar sig uttryck i förhållandet mellan individen och samhället och som påverkar människors levnadslopp. Marginalisering hindrar människor från att delta fullt ut i normala samhällsfunktioner. (Hämäläinen 2002.)
- När man diskuterar marginalisering fokuserar man ofta på de marginaliserade och deras förmodade karaktärsdrag: passivitet, avvikelser eller hjälplöshet. Lika mycket uppmärksamhet ägnas inte åt samhället, som producerar talet om marginalisering. Det vore också viktigt att rikta uppmärksamheten mot att stöda människans eget aktörskap och mot samhällets diskriminerande strukturer. (Helne 2002.)

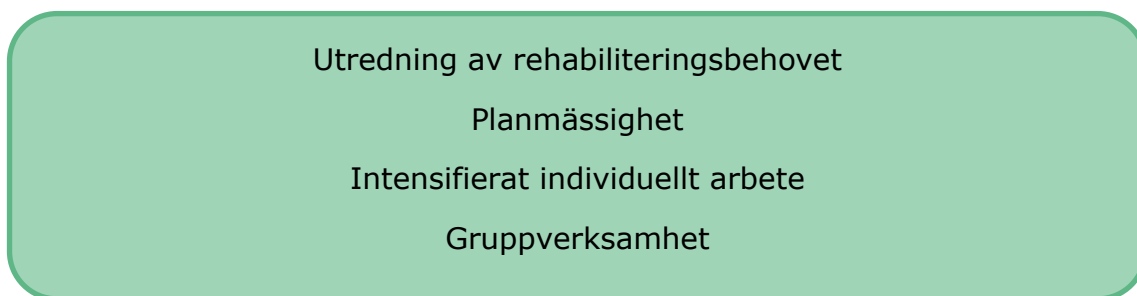


Figur 2 Centrala begrepp

Den sociala rehabiliteringens kärnelement

Referensramen för vår verksamhetsmodell är THL:s verksamhetsmodell för social rehabilitering, som beskriver förutsättningarna för social rehabilitering och det viktigaste innehållet, dvs. kärnelementen, samt de mekanismer och resultat som följer av tillämpningen av modellen. Förutsättningarna för förverkligandet av verksamhetsmodellen är samarbetsstrukturer och fleraktörskap, stöd från organisationen och cheferna, resurser och lokaler samt de anställdas kompetens. (Karjalainen m.fl. 2024.)

Kärnelementen i verksamhetsmodellen för social rehabilitering (THL) är:



Kärnelementen i den sociala rehabiliteringen grundar sig på socialvårdslagen samt arbetspraxisen inom vuxensocialarbetet och den sociala handledningen. Kärnelementen är som namnet antyder det viktigaste innehållet i verksamhetsmodellen. De utgör hörnstenarna i verksamhetsmodellen som man måste hålla fast vid. (Karjalainen m.fl. 2022 & 2024.)

Mekanismerna beskriver hur man får resultat och effekter genom att tillämpa kärnelementen. I ett effektivt arbete inom social rehabilitering ska följande mekanismer beaktas:

- En omsorgsfullt uppgjord klientplan
- Ett systematiskt arbetssätt som grundar sig på personligt skräddarsytt stöd och handledning
- Uppkomsten av förtroende och motivation till förändring, som påverkas av bemötande, interaktionsfärdigheter, identifiering av svaga signaler och förmåga att föra saker på tal
- Kamratstöd
- Sektorsövergripande samarbete mellan olika aktörer
- En tillräckligt lång rehabiliteringsperiod

Olika mekanismer fungerar för olika klienter, men *förtroendet* har setts som grunden för allt, vilket syns särskilt i det intensifierade individuella arbetet.

Stödet enligt verksamhetsmodellen för social rehabilitering kan förkorta klientrelationernas längd och hjälpa klienterna att ta sig bort från socialvårdens tjänster. Klienter som förbundit sig till verksamheten uppnår i huvudsak målen väl. (Karjalainen m.fl. 2024.)

VERKSAMHETSMODELL FÖR SOCIAL REHABILITERING (TEP)



Utredning av rehabiliteringsbehovet

Inom Sysselsättningsfrämjande tjänster inleds social rehabilitering utifrån en bedömning av servicebehovet (SVL 36 §) som den egna kontaktpersonen som utsetts av TEP utarbetar tillsammans med klienten. Utredningen av rehabiliteringsbehoven inleds som en del av Sysselsättningsfrämjande tjänsters bedömning av servicebehovet och fortsätter vid behov under tiden för social rehabilitering.

Vid utredningen av rehabiliteringsbehovet är det viktigt att:

- Fråga om klientens tidigare rehabiliteringstjänster och nytta med dem
- Kartlägga klientens behov av att få rehabilitering från hälso- och sjukvården, FPA eller försäkringssystemet
- Beakta även övriga servicealternativ inom TEP
- Samarbeta sektorsövergripande vid behov

Rehabiliteringsbehoven utreds och preciseras i det intensifierade individuella arbetet och/eller gruppverksamheten inom den sociala rehabiliteringen. Inom den sociala rehabiliteringen utreds klientens sociala funktionsförmåga och rehabiliteringsbehov på ett heltäckande sätt genom att utnyttja olika metoder och verktyg, sektorsövergripande samarbete samt självutvärderingsmätare (se kapitlet Kvalitet och effektivitet). Utredningen kräver tid och förtroende.

Den sociala rehabiliteringen fokuserar på att kartlägga den **sociala funktionsförmågan**. Andra delområden av funktionsförmågan, såsom hälsotillståndet, utreds inte inom den sociala rehabiliteringen, men deras inverkan på den sociala funktionsförmågan beaktas. Inom den sociala rehabiliteringen hänvisar man och stöder klienten att söka sig till andra tjänster som behövs för att utreda funktionsförmågan.

Arbetet med social rehabilitering producerar information om rehabiliteringsbehoven som kan utnyttjas i det sektorsövergripande samarbetet och ordnandet av tjänster. Den egna kontaktpersonen kan till exempel utnyttja slututvärderingen av den sociala rehabiliteringen som görs i slutet av den sociala rehabiliteringen (se [bilaga 1](#)). Information om klientens funktionsförmåga kan också förmedlas i nätverksarbetet under den sociala rehabiliteringen.

Planmässighet

Social rehabilitering är planmässig, målinriktad och långsiktig verksamhet som syftar till förändring och som har en tydlig början och ett tydligt slut. Det görs upp en plan och ett beslut om tjänsten. Det är en process som planeras klientorienterat

utifrån klientens rehabiliteringsbehov och de individuella mål som utarbetats tillsammans med klienten. Periodens innehåll och metoder planeras tillsammans med klienten, men planen kan dock vara flexibel och målen kan preciseras under perioden.

I den sociala rehabiliteringen ingår en kartläggningsfas, en arbetsfas och en slutfas. Målens framskridande följs upp regelbundet under hela processen. Man synliggör för klienten hur målen framskrider. Självutvärderingsmätaren (*används ännu inte*) kan utnyttjas för att stöda systematiskt arbete och klientens rehabilitering. Den kan konkretisera förändringen som skett och ge motivation att gå vidare.

Under rehabiliteringen söker man lämpliga fortsatta vägar för klienten. Tjänsten avslutas i samarbete med klienten. I slutet utvärderar man den sociala rehabiliteringsperioden tillsammans med klienten och gör upp en fortsatt plan.

Intensifierat individuellt arbete

Intensifierat individuellt arbete utgör en hörnsten i den sociala rehabiliteringen och utifrån den kan man planera annat rehabiliteringsstöd, såsom gruppverksamhet. Arbetet är regelbundet, intensivt och övergripande och skräddarsys enligt klientens rehabiliteringsbehov.

Mötena inom det intensifierade individuella arbetet är som mest frekvent en gång i veckan och varar i genomsnitt 1–1,5 timmar. Ofta har man också kontakt med klienten per telefon mellan mötena. I det individuella arbetet riktar man sig utåt från hemmet och kan arbeta i klientens närmiljö samt i olika verksamhetsmiljöer som stöder klientens rehabilitering. Inom den sociala rehabiliteringen görs inga regelbundna hembesök. Klientens egen kontaktperson eller något annat arbetspar ombeds delta i hembesöken.

I det individuella arbetet:

Bygger man upp förtroende genom att träffa klienten regelbundet och ta sig tid att bekanta sig med klientens situation. I arbetet är det viktigt att den anställda har ett vänligt, lugnt, öppet och tydligt arbetssätt. Interaktionsfärdigheterna och förmågan att möta andra samt att föra saker på tal är också viktigt.

Ger man psykosocialt stöd genom att diskutera, upprätthålla hoppet samt arbeta med drömmar och framtidsdrömmar. Man stöder stärkandet av klientens självkänsla och identitetsarbetet. I arbetet betonas lösnings- och resursorientering, inspiration samt identifiering och stärkande av kundernas styrkor.

Utnyttjar man funktionalitet som stöder interaktionen och samarbetsrelationen, och som gör det lättare att berätta om saker. Man kan komma överens med klienten om möten utanför byrån, till exempel i form av en skogs promenad, varvid samtalet ofta blir mer naturligt. I arbetet utnyttjas olika metoder och verktyg enligt klientens behov och mål. (se metodbanken)

Arbetar man på ett handledande sätt och stärker vardagsfärdigheterna. Klientens mål preciseras och tillsammans delar man upp dem i konkreta förändringssteg. I arbetet uppmuntras klienten att agera själv och klienten kan ges

självständiga uppgifter mellan mötena. Man följer upp målen och synliggör för klienten hur målen framskrider. I de gemensamma mellanutvärderingarna ser man konkret vilka saker som man har arbetat med tillsammans. (se kapitlet Uppställande av mål för den sociala rehabiliteringen)

Bygger man upp nätverk genom att vid behov arbeta sektorsövergripande och stå vid klientens sida. Under rehabiliteringen kan man identifiera tjänster/aktiviteter som lämpar sig för klienten, dit man gör studiebesök och stöder deltagandet i verksamheten. Vid behov kan man också stöda klientens inre gnista, engagemang och motivation. En individuell väg med tanke på fortsättningen byggs upp tillsammans med klienten och nätverket redan under den sociala rehabiliteringens arbetsskede.

Uppmuntrar man till gruppverksamhet som passar klientens mål. Om klienten har varit marginaliserad en längre tid kan det krävas stöd och stärkande av trygghetskänslan för att gå med i en grupp. Deltagandet i gruppverksamheten följs upp och gruppernas innehåll diskuteras vid de individuella mötena.

Stärker man klientens kunskaper och färdigheter som krävs för att utträta ärenden i förmåns- och servicesystemet. Att stärka den ekonomiska funktionsförmågan och lindra stressen i anslutning till utkomsten är styrkor i social rehabilitering som andra rehabiliteringsformer inte har (Hytti 2023, 38). I den individuella verksamheten och gruppverksamheten kan man till exempel utnyttja verktyg och arbetsmetoder inom det ekonomiska sociala arbetet. Man samarbetar med den egna kontaktpersonen i frågor som gäller förebyggande och kompletterande utkomststöd.

Gruppverksamhet inom social rehabilitering

Gruppverksamheten är ett kärnelement inom den sociala rehabiliteringen som kan användas för att stärka klientens vardagsfärdigheter, sociala färdigheter och gemenskapsfärdigheter samt delaktighet i samhället. Klienten kan delta i gruppverksamhet inom social rehabilitering antingen turvis eller samtidigt med det intensifierade individuella arbetet. Även i gruppverksamheten är det möjligt att få individuellt stöd och rådgivning.

Det väsentliga i valet av gruppformer är att de stöder klientens behov och mål. Gruppverksamhet erbjuds alltid klienten när den stöder uppnåendet av hens egna mål. För en del av klienterna inom den sociala rehabiliteringen kan man dock avtala om en social rehabiliteringsväg som innehåller enbart individuellt arbete.

Fördelar med gruppverksamhet

- Deltagandet uppmuntrar klienten att lämna hemmet.
- Grupperna medför aktiviteter i vardagen, skapar en dagsrytm och hjälper till att skapa rutiner.
- Gruppverksamheten kan minska ensamheten, öka samhörigheten och upplevelsen av gemenskap.

- I gruppverksamheten kan det uppstå nya vänskapsrelationer och de kan erbjuda kamratstöd till personer i samma livssituation.
- I grupperna kan man tillsammans lära sig livsfärdigheter och vardagssysslor eller så kan grupperna stöda drogfrihet.
- I gruppverksamheten kan man i en trygg atmosfär öva på att befinna sig i sociala situationer och hantera känslor, samt finslipa sina interaktions- och problemlösningsfärdigheter genom att diskutera, lyssna och gemensamt komma överens.
- Grupperna erbjuder ny kunskap, nya färdigheter och nya erfarenheter. Då man delar med sig av sin egen kompetens kan känslan av förmåga och självkänsla stärkas.
- Grupperna kan ge uppmuntran och motivation till förändring i det egna livet.
- Grupperna kan fungera som en språngbräda för att hitta meningsfulla aktiviteter eller hobbyer genom erfarenheterna i gruppen.

Genomförande av grupper

TEP:s grupper för social rehabilitering kan genomföras som regionala grupper med lokala lösningar eller som gemensamma grupper för social rehabilitering.

Gruppverksamheten inom den sociala rehabiliteringen kan ordnas som en egen verksamhet inom TEP samt i samarbete med samarbetspartner. Grupper kan genomföras på distans eller som hybridlösningar, om det motsvarar kundbehovet.

Gruppverksamheten inom den sociala rehabiliteringen planeras och genomförs enligt klienternas behov. Klienten kan välja den gruppform som passar hen bäst. Att delta i gruppverksamhet inom tredje sektorn vid sidan av den sociala rehabiliteringen kan också vara ett nyttigt alternativ för klienterna.

Grupper för social rehabilitering kan till exempel vara:

- Processgrupper
- Riktade grupper till exempel för personer med ett främmande språk som modersmål eller för unga
- Temagrupper
- Kamratstödsgrupper
- Öppna pop-up-grupper med låg tröskel

Även småskalig gemensamma aktiviteter med några klienter stöder övningen av social interaktion.

Ramarna för gruppverksamheten

- Gruppens möten hålls en gång i veckan, 2–4 timmar beroende på gruppens innehåll.
- Gruppens storlek är 3–10 personer.
- I TEP:s grupper finns alltid två handledare på plats.
 - Lilla grupper (under 5 personer) kan ledas ensam.

- Om stora gruppens andra handledare är en partner från en annan instans ska den andra handledaren ha behörighet som yrkesutbildad person inom socialvården (t.ex. TEP:s socialhandledare eller närvårdare).
- Gruppen har en plan och en tidsfrist om det inte är fråga om pop-up-gruppverksamhet.
- Grupperna är inte terapeutiska.
- Respons om gruppen samlas in.
- I grupperna används ingen tolk, så deltagarna bör klara sig måttligt på finska eller svenska.
- Klientens språkkunskaper kan förbättras i grupperna med hjälp av aktiviteter. I TEP används ett språkmedvetet arbetssätt som stöder utvecklingen av kunskaperna i finska eller svenska hos klienter med ett annat språk.

Mötesfrekvensen för grupperna inom den sociala rehabilitering (en gång i veckan) gör det möjligt för de anställda att röra sig och genomföra gruppverksamhet i olika områden. Detta stöder också klienternas rehabiliteringsväg, eftersom många klienters funktionsförmåga ännu inte räcker till för att delta flera gånger i veckan.

TEP:s gruppmodeller är inte bundna till personer eller handledare, utan gruppmodellerna kan genom introduktion och utbildning utvidgas till hela Västra Nyland. Vid genomförandet av grupperna beaktas dock arbetstagarnas specialkompetens och styrkor.

I samarbetsgrupperna kan den andra handledaren vara till exempel en idrottsinstruktör, en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården, en organisationsaktör eller en erfarenhetsexpert som tillför gruppen sin egen expertis. Hen ansvarar dock inte för gruppledarnas sociala rehabilitering.

När grupphandledaren inom den sociala rehabiliteringen är en annan medarbetare än den som ansvarar för det individuella arbetet, är det viktigt att informationsutbytet mellan den individuella verksamheten och gruppverksamheten fungerar. Socialhandledaren i teamet för social rehabilitering och grupphandledaren träffar klienten tillsammans före och efter gruppverksamheten. Under gruppverksamheten antecknar grupphandledaren information i klientdatasystemet och gör utifrån det ett sammandrag efter gruppen som behandlas på ett gemensamt möte med socialhandledaren. Sammandraget är tillgängligt för socialhandledaren för slututvärderingen av den sociala rehabiliteringen.

Det lönar sig att ta med klienter och/eller erfarenhetsexperter i planeringen och genomförandet av gruppen. För att gruppverksamheten ska kunna utvecklas samlar gruppledarna in respons från deltagarna och utvärderar gruppens verksamhet och eventuella förändringsbehov i följande grupper.

Som stöd för grupphandledaren

I grupper för social rehabilitering kan man utnyttja många olika metoder, såsom möjligheter i närmiljön, naturbaserade, spelbaserade, funktionella eller konstbaserade metoder, kamratstödssamtal, expertbesök, gemensamma besök,

utflykter eller andra saker som är meningsfulla för deltagarna. Fler tips för grupphandledning finns i TEP Metodbanken för social rehabilitering.

Avsikten är att i framtiden skapa ett gemensamt digitalt utbud av grupper i realtid för TEP:s pågående grupper inom den sociala rehabiliteringen, som de anställda inom den sociala rehabiliteringen kan utnyttja i sitt arbete när de söker en lämplig grupp tillsammans med klienten. (*Soskus gruppkalender finns på TEP Teams.*)

Sektorsövergripande samarbete mellan olika aktörer

I det praktiska genomförandet av social rehabilitering betonas ett multiprofessionellt och sektorsövergripande nätverksbaserat arbetssätt. Nätverksarbetet koordineras av klientens egen kontaktperson i samarbete med en medarbetare inom social rehabilitering. Sektorsövergripande arbete förutsätter samarbete med den egna kontaktpersonen under hela rehabiliteringsprocessen.

De som behöver sektorsövergripande stöd är inte en enhetlig grupp, utan tjänsterna och stödåtgärderna ska skräddarsys i samarbete med olika aktörer så att varje person får en egen väg som passar hen själv. En klient i arbetsför ålder kan samtidigt ha många olika stödbehov och behöver därför tjänster av flera olika aktörer, såsom primärvården, den specialiserade sjukvården, socialväsendet, FPA eller arbetslivstjänsterna och organisationer inom tredje sektorn.

Vid sidan av det intensifierade individuella arbetet och gruppverksamheten kombineras rehabiliteringshelheten vid behov med missbrukar- och/eller mentalvårdsrehabilitering samt andra social-, hälso- och rehabiliteringstjänster samt stödåtgärder över sektorsgränserna som klienten behöver (jfr SHM 2024, 70). När tjänsterna samordnas är det viktigt att beakta att social rehabilitering inte kan ersätta annan service eller brist på andra rehabiliteringstjänster. Till exempel kan en klients akuta rusmedelssituation förhindra att den sociala rehabiliteringen inleds.

Utöver den offentliga sektorn har man fleraktörssamarbete med aktörer inom den privata och tredje sektorn samt med medborgaraktörer, såsom erfarenhetsexperter, för att ordna och utveckla tjänsterna.

Kontaktytor är TEP:s övriga sysselsättningsfrämjande tjänster, socialservice, hälsovårdstjänster, rehabiliteringstjänster, FPA och tredje sektorn. Kontaktytor för unga är dessutom läroanstalterna, ungdomsarbetet och andra tjänster för unga, såsom Navigatorerna.

Samarbetet med olika aktörer inom den sociala rehabiliteringen erbjuder mångsidiga band som stärker delaktigheten, lokaler samt möjligheter att genomföra social rehabilitering och att rehabiliteras. Nätverken bildar kanaler där klienterna inom den sociala rehabiliteringen kan söka sig till tjänsterna inom den sociala rehabiliteringen och där de kan gå vidare efter den sociala rehabiliteringen.

Tillgång till social rehabilitering och dess tillgänglighet

Klienterna inom den sociala rehabiliteringen befinner sig i en utmanande livssituation, så för deras del bör man fästa särskild uppmärksamhet vid tillgången till tjänster i deras egen livsmiljö och vid tjänsternas tillgänglighet.

Tillgång: Det finns tillräckligt med service i förhållande till olika befolkningsgruppers behov i hela Västra Nyland.

Tillgänglighet: Tillgänglighet innebär icke-diskriminering, varvid fysiska hinder eller kulturella och kunskapsmässiga eller datatekniska faktorer inte får begränsa tillgången till tjänsten (Haikola m.fl. 2020, 114). Det finns institutionell, informativ, ekonomisk och fysisk tillgänglighet (Vanjusov 2022):

- *Institutionell:* lagstiftningen och myndighetsverksamheten skapar inga onödiga hinder för att få tillgång till tjänsten. Det behövs tillräckliga ekonomiska resurser och personalresurser, yrkeskompetens hos personalen och rättidig hänvisning till tjänsten. Klienten har rätt till en egen kontaktperson. Att tjänsten är avgiftsfri främjar användningen av tjänsten. Genom tjänsternas sociala säkerhet, såsom respektfullt och jämlikt bemötande samt ett språkmedvetet arbetssätt, beaktas till exempel klienter som hör till minoritetsgrupper och som kan ha misstroende mot myndigheterna.
- *Informativ:* man informerar tillräckligt, begripligt och via flera kanaler om tjänsterna både inom organisationen och till samarbetspartner och kunder. Informationen ska vara lätt att hitta och vid behov används tolkningstjänster. Inom den sociala rehabiliteringen måste man också känna till de lokala tjänsterna.
- *Ekonomisk:* klientens möjligheter till deltagande och aktörskap stöds med ekonomiska medel.
- *Fysisk:* tjänsterna förankras så nära klienternas livsmiljö som möjligt, eller så kan tjänsterna med hjälp av digitala tjänster göras tillgängliga för alla oberoende av plats. Genom en tillgänglig miljö säkerställer man att till exempel rullstolsburna personer har tillgång till tjänsten. (Efter Vanjusov 2022, THL 2023.)

Nedan beskrivs möjligheterna med fysisk tillgänglighet.

Mobil närservice

I Västra Nylands välfärdsområde tillhandahålls tjänsterna som närservice i hela området, även om tjänsterna i fortsättningen placeras i större enheter, centraliserade social- och hälsocentraler (Västra Nylands välfärdsområdes meddelande 28.5.2024). Särskilt i landsbygdsområdena där avstånden är långa, byarna ligger långt ifrån varandra och det inte finns lokaltrafik, behövs lösningar för mobilt arbete som stöd för såväl de anställdas som kundernas rörlighet.

I Västra Nylands välfärdsområdes servicestrategi avses med mobila tjänster i stor utsträckning sådana servicelösningar där välfärdsområdets anställda verkar utanför sitt egentliga verksamhetsställe i syfte att förbättra tjänsternas tillgänglighet. Mobil närservice är tjänster som tillhandahålls i klienternas vardagsmiljö under en viss tid.

Lösningar för rörligt arbete i teamet för social rehabilitering kan till exempel vara:

- De yrkesutbildade personernas förankring.
- De yrkesutbildade personerna flyttar tillfälligt till ett annat verksamhetsställe närmare klienterna, till exempel i gruppverksamheten inom social rehabilitering.

Metoder för att möjliggöra klienternas rörlighet:

- I stadsmiljön är det möjligt att stöda klientens rörlighet genom att uppmuntra till användning av lokaltrafik.
- Man beaktar de knutpunkter i regionerna dit klienterna och de anställda kan ta sig så smidigt som möjligt.
- Om det finns arbetsbilar i gemensam användning till exempel med arbetsverksamheten i rehabiliteringssyfte, är det möjligt att låta klienterna åka med och skjutsa dem till exempelvis pop-up-gruppverksamhet.

Att beakta i utvecklingen av det mobila arbetet:

- Betydelsen av det lokala i klientens liv och i uppbyggandet av vardagen: Det är viktigt för den anställda att känna till klientens egen livsmiljö och de lokala tjänsterna, eftersom den anställda inom den sociala rehabiliteringen ofta rör sig till klienten, hjälper klienten att bekanta sig med närområdet och så småningom stöder klienten att utvidga sin livsmiljö.
- Inom den sociala rehabiliteringen görs inga regelbundna hembesök. Om det finns behov av ett hembesök tas klientens egen kontaktperson eller annat arbetspar med.
- I takt med att det rörliga arbetet ökar bygger teamet för social rehabilitering upp ett samarbete med regionala aktörer i fråga om verksamheten och lokalerna, och de nuvarande fungerande samarbetsformerna bevaras.
- I det mobila arbetet är det också viktigt att beakta säkerhetsperspektivet.

Distansrehabilitering

Vid planeringen av distanstjänster beaktas flexibiliteten. Social rehabilitering kan genomföras som en **hybridtjänst** där man i enlighet med klientens mål utnyttjar arbetssätt på distans och ansikte mot ansikte. Till exempel arbete som utförs per telefon och via Teams är distansservice som redan utnyttjas i den sociala rehabiliteringen vid sidan av arbetet som utförs ansikte mot ansikte.

Med hjälp av distansrehabilitering och digitala tjänster kan rehabiliteringen göras mångsidigare och varierande. Med hjälp av dem kan man producera rehabiliteringstjänster inom ett geografiskt stort område oberoende av klientens boningsort.

Vad är distansrehabilitering?

Distansrehabilitering är målinriktad användning av olika applikationer som utnyttjar distansteknik (mobiltelefon, dator inkl. surfplattor, sam användning av telefon och dator) i rehabiliteringen (FPA 2016 & 2023). Distansservice är inte egenvård, utan ett arbetssätt inom den sociala rehabiliteringen.

Distansrehabiliteringen leds och följs upp av en yrkesutbildad person och den har ett tydligt mål samt en början och ett slut, precis som den övriga rehabiliteringen. Beslut om distansrehabilitering fattas tillsammans med klienten. Den antecknas som en del av rehabiliteringsklientens klientplan, där innehållet i distansrehabiliteringen och kontaktsätten skrivs ut.

Social rehabilitering grundar sig alltid på en övergripande utredning av klientens funktionsförmåga och rehabiliteringsbehov, och man väljer distansrehabiliteringsformen och planerar innehållet enligt klientens önskemål, behov och mål. Distansrehabiliteringen utvärderas och utvärderingen kan också göras på distans.

Distansrehabilitering kan genomföras **individuellt eller i grupp**. Dessutom indelas distansrehabiliteringen i metoder som sker i realtid och oberoende av tid samt i blandmodeller som kombinerar metoder som sker i realtid och oberoende av tid, samt eventuellt även rehabilitering ansikte mot ansikte. Metoderna används beroende på klientens situation, mål och behov. Ofta är det viktigt att bekanta sig med klienten ansikte mot ansikte innan distansrehabiliteringen inleds.

- **Distansrehabilitering i realtid** innebär att rehabiliteringsklienten och serviceproducenten har kontakt med varandra i realtid med hjälp av applikationer som utnyttjar distansteknik. Det kan till exempel vara fråga om handledning av rehabiliteringsklienten, utvärdering, ett rehabiliteringsmöte eller uppföljning av rehabiliteringen via telefon, videoförbindelse eller internet.
- Med **metoder som är oberoende av tid** avses rehabilitering som rekommenderats av en yrkesutbildad person och som klienten genomför på egen hand med hjälp av distansteknologi, till exempel e-post, ljud- och videoinspelningar, webbmaterial samt datorövningsprogram. (FPA 2016 & 2023.)

För vem ordnas distansrehabilitering?

För en del unga vuxna passar distansarbete till och med bättre och nya sätt att betjäna kan sänka tröskeln för att få service. Distansrehabilitering fungerar också när klienten upplever rädsla för sociala situationer eller till exempel har rörelsebegränsningar. Det gör det möjligt att inkludera rehabiliteringen i klientens vardag och att involvera de närstående i rehabiliteringen. (Hytti 2020.) Distansformen är inte alltid kopplad till klientens svårigheter att lämna hemmet, utan den kan passa klientens livssituation bättre.

När distanstjänsterna utvecklas ska man beakta att digitala tjänster inte lämpar sig för alla klienter, utan det finns också klienter som har större nytta av en tjänst ansikte mot ansikte (Hytti 2020, 21).

Att beakta vid ordnandet av distansrehabilitering

- Distans- och hybridtjänsten ska utgå från klientens behov.
- Vid distansrehabilitering är det viktigt att känna klienten väl. Rekommendationen är att man först träffas ansikte mot ansikte.
- Klienten ges vid behov alltid möjlighet till ett personligt möte vid sidan av distansservicen.
- Arbetstagaren har ändamålsenliga lokaler, anordningar och förbindelser samt utbildning enligt behov.
- De informationssystem som används för att förmedla och lagra patientuppgifter ska uppfylla kraven i bestämmelserna om sekretess, dataskydd och informationssäkerhet. Ansvar ligger hos tillhandahållaren av tjänster.
- Klienten identifieras med en tillförlitlig metod.
- Klientens informationssäkerhet tas i beaktande: när klienten delar med sig av sina personliga angelägenheter, har hen ett lugnt ställe där hen kan prata? Finns det andra personer i bakgrunden?
- Det är viktigt att beakta om distansarbetet till exempel kan dölja vissa av klientens utmaningar eller ge en felaktig bild av klientens funktionsförmåga.
- För distansservicen görs anteckningar om klientarbete.
- Distansservicen följer det sociala arbetets värderingar och etik.
- När man planerar distans-/hybridrehabilitering lönar det sig att be klienterna/erfarenhetsexperterna om tips.
(Hytti 2020, 6–8 och utvecklingsgruppen för social rehabilitering 2023–2024.)

Läs mer om distansrehabilitering i TEP Metodbanken för social rehabilitering (*på kommande till Teams*)

Stöd för digitala färdigheter som en del av social rehabilitering

Eventuella utmaningar för de digitala tjänsterna är relaterade till kundernas bristande förmåga att använda utrustning, attityder och misstänksamhet, dålig ekonomi för att skaffa utrustning, problem med anslutning eller utmaningar med elektronisk autentisering (Hytti 2020).

Digitaliseringen kan öka risken för marginalisering hos dem som inte kan använda elektroniska tjänster. Även de anställda behöver tillräcklig introduktion och upprätthållande av kompetensen till exempel för digital interaktion, informationssäkerhetsfärdigheter och olika tekniska möjligheter. (Vehko m.fl. 2021, 258-259, 263; Hytti 2020.) Det är också förenligt med socialarbetets etik att se till att minska den digitala marginaliseringen och hjälpa dem som har nytta av de digitala tjänsterna att göra det. (jfr Granholm 2016; Kivistö 2017.)

Att ge digitalt stöd är en del av arbetet med social rehabilitering, eftersom grundläggande digitala färdigheter är en del av delaktigheten och nödvändiga i nästan alla tjänster. Till exempel i gruppverksamheten inom den sociala

rehabiliteringen kan man öva på digitala färdigheter tillsammans. Med en bekant medarbetare är det ofta lättare att träna på digitala färdigheter. Det är viktigt att den anställda beaktar att det kan kräva mycket tid att utveckla klientens digitala färdigheter. Det är viktigt att beakta att en del av klienterna inom social rehabilitering inte har smarta enheter eller att de inte är villiga eller har förmåga att använda dem.

Den sociala rehabiliteringens kvalitet och effekt

I handboken beskriver vi enhetliga verksamhetssätt för att säkerställa den sociala rehabiliteringens kvalitet och påvisa dess effektivitet.

Klientprocessen

Hänvisning till tjänsten: Man hänvisas till social rehabilitering via en bedömning av servicebehovet som görs av en socialhandledare eller socialarbetare inom Sysselsättningsfrämjande tjänster. Social rehabilitering kan också antecknas som service i aktiveringsplanen eller den sektorsövergripande planen. När man antecknar i dessa dokument ska man beakta att social rehabilitering inte är en förpliktande tjänst, så om den avbryts kan det inte leda till att klienten förlorar sin arbetslöshetsförmån.

Som stöd för klienthandledningen har TEP:s gemensamma broschyr om social rehabilitering ([bilaga 2](#)) samt en handbok utarbetats. Även samarbetet med teamet för social rehabilitering stärker identifieringen av en klient som har nytta av social rehabilitering.

Kommunikation & samarbete: Den sociala rehabiliteringens servicebeskrivning och kontaktuppgifter finns på Västra Nylands välfärdsområdes webbplats. Övriga kommunikationskanaler och forum planeras enligt kundernas behov, till exempel när det gäller unga och kunder med ett främmande språk som modersmål kan man betona kommunikationskanaler som fungerar för dem.

Teamet för social rehabilitering bygger också upp samarbete med andra tjänster och aktörer, såsom tredje sektorn.

En process av hög kvalitet: I processen för social rehabilitering beaktas THL:s rekommendation om kvalitetskriterier för ordnande av social rehabilitering för personer i arbetsför ålder. Det centrala är att det har gjorts en bedömning av servicebehovet för klienten samt att en genomförandeplan som innehåller konkreta åtgärder och konkreta mål har ställts upp. Tjänsten planeras, genomförs och utvärderas tillsammans med klienten och den skräddarsys så att den motsvarar klientens behov.

Målen utvärderas regelbundet tillsammans med klienten, den egna kontaktpersonen från TEP och socialhandledaren för social rehabilitering samt det nödvändiga nätverket. I slutet görs en slututvärdering av tjänsten tillsammans med klienten.

Dokumentation: Individuellt arbete och grupparbete inom social rehabilitering antecknas och statistikförs klientspecifikt i klientdatasystemet. Syftet är att senare

ta i bruk en genomförandeplan för servicen samt socialvårdens sammandragsblankett för slututvärderingen av den sociala rehabiliteringen.

Ordnanande av servicen

Kompetent personal: Social rehabilitering genomförs av en yrkesutbildad person inom det sociala området och personalen är yrkeskunnig. Personalen uppmuntras att utbilda sig och på så sätt upprätthålla sin kompetens.

Service enligt klienternas behov: Som en del av det dagliga ledarskapet och arbetet i teamet för social rehabilitering granskas klientmålgrupperna och bedöms om servicen motsvarar klienternas stödbehov. Med hjälp av smidiga försök och kundupplevelseinformation strävar man efter att utveckla tjänster som motsvarar kundernas behov. I teamet för social rehabilitering går man regelbundet igenom utvärderingsinformationen och utvecklar tjänsten utifrån den. I arbetet strävar man också efter att ta i bruk forskningsbaserade metoder.

Utvärdering av tjänsten

Klientrespons samlas in på ett enhetligt sätt: Klientrespons samlas in i slutet av klientprocessen med hjälp av en responsenkät som gjorts utifrån THL:s nationella klientresponsmätare. Enkäten mäter kundnöjdheten, engagemanget i tjänsten, sannolikheten att rekommendera tjänsten till andra klienter samt den nytta som klienten får. Klientenkäten är ett anonymt sätt att ge respons. Målet är att klienterna besvarar enkäten elektroniskt. Klienten har möjlighet att besvara enkäten på papper, varvid svaret skickas i ett slutet kuvert till personen som behandlar responsen. Kundupplevelseinformationen utnyttjas i utvecklingen av tjänsten och som stöd för ledningen.

Utvärdering av aktiviteterna i gruppform: Grupphandledarna samlar in respons från klienterna med hjälp av en responsblankett och diskussion samt utvärderar gruppverksamheten när gruppen avslutas. Då kan man utveckla grupparbetsmetoderna så att de blir kundorienterade. Grupphandledarna skriver en gruppbedömning för deltagarna i gruppen efter gruppens slut. (Gemensam utvärderingsmall är under arbete).

Utvärderingsverktyg och mätare: Målet är att i fortsättningen mäta effekterna av klientarbetet inom den sociala rehabiliteringen med en mätare som klienten fyller i i början av perioden för social rehabilitering och med ett halvt års mellanrum samt när tjänsten upphör. Mätarna formas med tiden utifrån behovet av kunskapsbaserad ledning i och med att klientdatasystemen tas i bruk.

Klientens självutvärdering: Syftet är att i framtiden ta i bruk en självutvärderingsmätare. Det centrala i utvärderingen är att mätningen ska ge klienten ett nytt perspektiv på den egna situationen, och den får åtminstone inte göra klienten modfälld. Det väsentliga i utvärderingen är att identifiera klientens befintliga styrkor och resurser samt stödbehov. Dessa kan utnyttjas i uppställningen av målen, preciseringen av dem samt i övrigt i klientarbetet. Utvärderingen och mätningen betjänar klientens egen gestaltning av situationen, beredskapen till förändring och de förändringar som skett under rehabiliteringen.

Utvärdering av ibruktagandet av verksamhetsmodellen: En enkät om nuläget för tjänsten gjordes våren 2023. Målet är att genomföra en utvärderingsenkät om ibruktagandet under de kommande åren.

Uppgifter som ska följas upp om genomförandet av tjänsten och dess effekter:

För närvarande följs följande upp i fråga om social rehabilitering:

- antalet klienter inom social rehabilitering i det individuella arbetet och i gruppverksamheten
- orsaker till att den sociala rehabiliteringen upphör
- social rehabiliteringens fortsättnings stigar

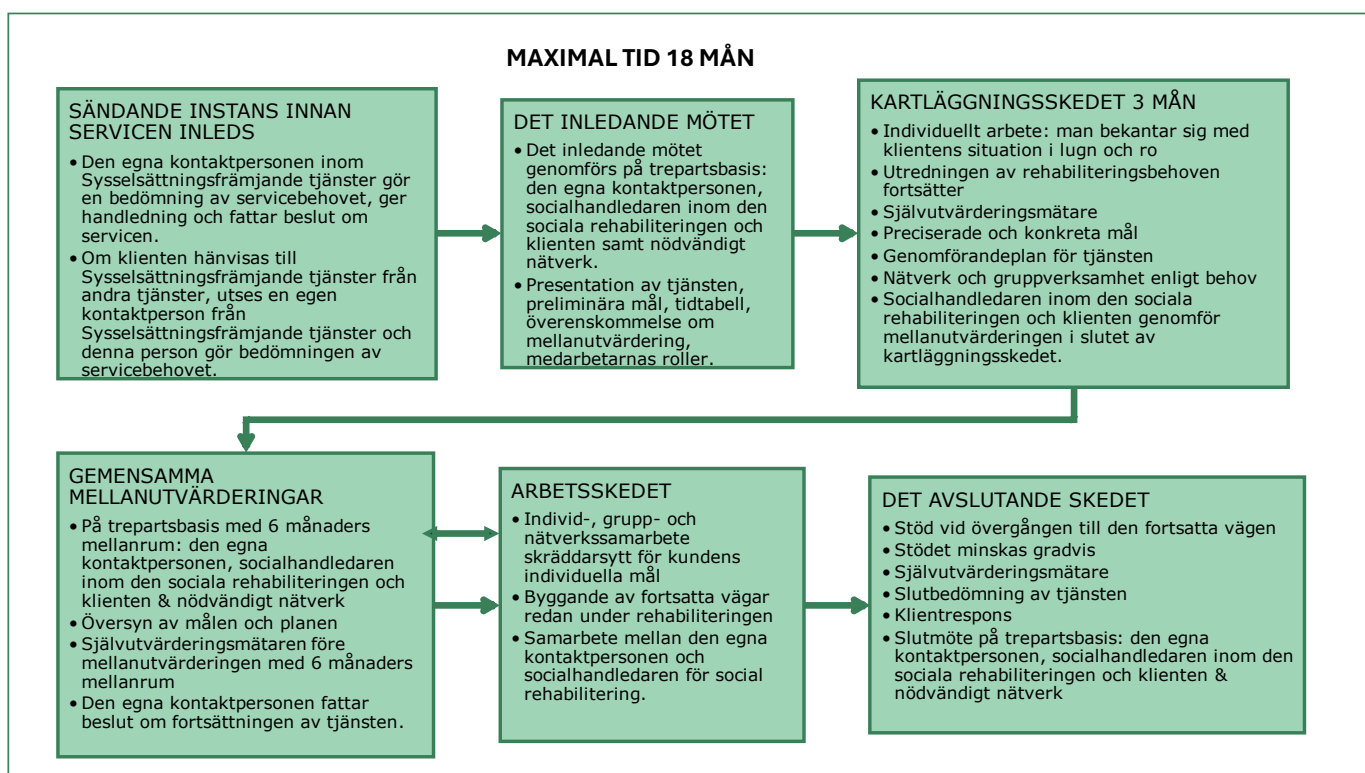
I teamet för social rehabilitering kan man börja samla in information om tjänstens effekter och fördelar som är nyttig med tanke på utvecklingen av verksamheten.

GENOMFÖRANDET AV TJÄNSTEN



Processen för social rehabilitering – hur framskrider den?

Processen för social rehabilitering inleds med en bedömning av servicebehovet, där TEP:s egen kontaktperson börjar utreda klientens rehabiliteringsbehov och tillsammans med klienten gestaltar det preliminära målet för den sociala rehabiliteringen. Figur (3) visar processen för social rehabilitering inom Sysselsättningsfrämjande tjänster. Härnäst beskriver vi processen för social rehabilitering steg för steg.



Figur 3 Processen för social rehabilitering

Innan tjänsten inleds

Behovet av social rehabilitering kan framkomma i olika tjänster, noteras av en närstående eller klienten kan själv söka sig till tjänsten. Kontakten görs som en SVL (35 §)-anmälan, varefter servicebehovet bedöms i teamet för systematiskt arbete inom Sysselsättningsfrämjande tjänster. En anställd inom en annan tjänst kan inte hänvisa klienten och klienten kan inte direkt inleda social rehabilitering utan att hans servicebehov har bedömts i TEP.

Bedömningen av servicebehovet kan också göras som en del av en aktiveringsplan eller en sektorsövergripande plan där TEP:s egen kontaktperson deltar, varvid ingen separat SVL-anmälan behövs. Då antecknas den sociala rehabiliteringen som en tjänst i planerna i fråga. Det är viktigt att beakta att den sociala rehabiliteringen inte är en förpliktande tjänst och därför kan ett avbrott inte leda till att en förmån dras in för klienten.

TEP:s socialhandledare eller socialarbetare utses till egen kontaktperson för klienten. Socialarbetaren ansvarar för processen för klienter i behov av särskilt stöd. TEP:s egen kontaktperson gör en bedömning av servicebehovet (SVL 36 §) eller en hänvisning till social rehabilitering utifrån den uppdaterade klientplanen (SVL 39§). Det är nyttigt att vid behov utreda klientens behov av rehabilitering på ett sektorsövergripande sätt.

Egen kontaktperson, hur kan du presentera den sociala rehabiliteringen?

- När du berättar för din klient om social rehabilitering, utnyttja handboken och broschyren om social rehabilitering (bilaga 2).
- Om du funderar på social rehabilitering för din klient kan du alltid fråga mer av Sosku-teamet.

Fasen för bedömning av servicebehovet: Egen kontaktperson (TEP)

- Identifierar klientens resurser och stödbehov utifrån bedömningen av servicebehovet.
- Funderar på vilka tjänster som kan erbjudas klienten inom TEP och i vilka ärenden det är förnuftigt att samarbeta sektorsövergripande med andra tjänster.
- Man kan bli tvungen att väcka upp klientens motivation om klienten är servicetrött och bristen på visioner gör det svårt hitta motivation till förändring, även om klienten själv vill att situationen ska förändras.
- Börjar gestalta det preliminära målet för social rehabilitering tillsammans med klienten och antecknar målet i bedömningen av servicebehovet. Målet preciseras under den sociala rehabiliteringen.
- Om klienten hänvisas till social rehabilitering via bedömning av servicebehovet som gjorts på aktiveringsmötet, ser den egna kontaktpersonen till att målet antecknas också i aktiveringsplanen/den övergripande sysselsättningsplanen.
- Ser under processens gång till att kundens nätverk fungerar tillsammans i enlighet med kundens behov.
- I början kan klientens funktionsförmåga och servicebehov vara oklara. Då fortsätter utredningen av rehabiliteringsbehovet inom den sociala rehabiliteringen.

Tips för att utreda rehabiliteringsbehovet i fasen för bedömning av servicebehovet för den egna kontaktpersonen

- Hur ser klienten själv att social rehabilitering skulle vara till nytta för hen?
- Vilken typ av förändring önskar klienten i sitt eget liv? Vilka önskemål gällande framtiden har klienten?
- Är social rehabilitering den primära tjänsten eller är TEP:s övriga tjänster eller andra rehabiliteringstjänster lämpligare för klientens situation (hälsovård, FPA:s rehabilitering)?
- Om klienten har hälsomässiga utmaningar, har hen nödvändig vårdkontakt med primärvården, den psykiatriska polikliniken eller mentalvårds- och missbrukartjänsterna? Hurdant stöd får personen därifrån?
- Vad består klientens vardag av och hurdan är klientens funktionsförmåga?
- Är klienten redo att arbeta regelbundet tillsammans med en anställd

Beslut om och reseersättning för social rehabilitering

TEP:s egen kontaktperson fattar besluten om social rehabilitering (bilaga 3). Besluten fattas för sex månader åt gången.

Under tiden för den sociala rehabiliteringen får klienten resekostnaderna betalda enligt det förmånligaste resesättet.

- Beslutsfattaren antecknar resekostnaderna i beslutsmallen.
- Till exempel *"Under tiden för deltagandet i social rehabilitering får du varje månad en intern biljett XX, XX € eller brukskostnader för egen bil XX, XX € inbetalt på ditt konto"*
- Reseersättningen ska betalas in på klientens konto innan mötena inleds, så att klienten faktiskt kan använda den för rehabiliteringsresor.

Det inledande mötet

När den egna kontaktpersonen har utarbetat en bedömning av servicebehovet tillsammans med klienten och gjort en hänvisning till social rehabilitering, kommer man överens om ett gemensamt inledande möte så snart som möjligt. Vid det gemensamma inledande mötet träffas klienten, TEP:s egen kontaktperson och socialhandledaren för social rehabilitering och skapar en grund för det gemensamma arbetet. Om möjligt lönar det sig också att bjuda in kundens nätverk till det inledande mötet, varvid man kan göra upp en sektorsövergripande plan.

Den egna kontaktpersonen sammankallar deltagarna och ger en bakgrund till varför de tillsammans med klienten har funderat på social rehabilitering och vilket mål klienten har för rehabiliteringen. Socialhandledaren för social rehabilitering formulerar tjänsten för social rehabilitering och dess struktur mer precist för

klienten: kartläggningsperioden, arbetsfasen och avslutningsfasen. Hen informerar om att tjänsten är målinriktad och om olika möjligheter att genomföra arbetet.

Tillsammans kartlägger man vilka förväntningar klienten har på den sociala rehabiliteringen och hurdan förändring klienten önskar i sitt liv. Under mötet går man igenom hurdana tjänster klienten har haft tidigare och vilken nytta hen haft av dem. Om klienten inte själv kan berätta vilka bedömningar och planer som tidigare har gjorts, kan den egna kontaktpersonen be klienten om tillstånd att utbyta information, varvid man får viktig information om tidigare rehabiliteringsplaner. Om klienten är redo att inleda tjänsten kommer socialhandledaren för den sociala rehabiliteringen överens med klienten om när arbetet inom den sociala rehabiliteringen ska inledas.

Tips för det gemensamma inledande mötet

- Det inledande mötet är ofta en mycket spännande situation för klienten.
- Man skapar ett tryggt rum där klienten kan framföra sina åsikter i en avslappnad atmosfär och beskriva sina egna mål, även om de avviker från medarbetarens åsikter om målen.
- Man lyssnar på kunden och frågar om hans intressen och styrkor.
- Man talar på kundens språk och undviker förkortningar (såsom TEP, sosku, KUTY).
- Med klientens tillstånd diskuteras väsentliga hälsouppgifter som påverkar genomförandet av social rehabilitering.
- Man går igenom de behov av utkomststöd som stöd för rehabiliteringen som klienten känner till.
- Man går i lugn och ro igenom medarbetarnas och klientens roller och arbetsfördelning under tjänsten, samt vem klienten ska kontakta i vilka ärenden.
- Man kommer överens om att hålla kontakten och samarbeta under tjänstens gång och om hur nätverket ska samlas eller hur man ska arbeta med det.
- Under det inledande mötet är det bra att komma överens om ett gemensamt mellanutvärderingsmöte och boka in det i kalendern.
- Om kunden ännu vill fundera på inledandet av tjänsten, får hen tid att fundera. Klienten har också möjlighet att välja att inte inleda

Kartläggningsskedet

Under kartläggningsskedet börjar man inom den sociala rehabiliteringen skapa en noggrannare bild av klientens situation, mål och vad klienten önskar sig av perioden och vilka resurser klienten har när perioden inleds.

Socialhandledaren och klienten planerar periodens innehåll och metoder tillsammans. Vid behov preciserar de behovet av stöd och fortsätter att utreda rehabiliteringsbehoven. Det tar tid att bygga upp ett samarbetsförhållande och förtroende. Man träffar klienten i enlighet med behoven för det stöd som är lämpligt för hen: den tätaste mötesfrekvensen är en gång i veckan. Under arbetet i inledningsskedet gör socialhandledaren för social rehabilitering upp en genomförandeplan för den sociala rehabiliteringen.

Tips för kartläggningsskedet

- Man preciserar och delar upp klientens mål i mindre delmål. Ett bra mål är litet och konkret.
- Diskutera klientens egen roll för att åstadkomma förändring.
- Arbetet inleds enligt klientens mål.
- Vid behov stöds klientens engagemang i tjänsten.
- Självutvärderingsmätaren används som hjälp vid närmare utredning av klientens behov av rehabilitering. Självutvärderingen hjälper klienten att gestalta sin egen situation och sina egna mål.
- Man frågar om klientens tidigare rehabiliteringstjänster och nytta med dem.
- Periodens innehåll och metoder skräddarsys tillsammans med klienten.
- Man utnyttjar metoder och verktyg som lämpar sig för klientens situation och som stöder självuttrycket.
- Klientens önskemål och drömmar "matas".
- Om det i kartläggningsskedet framgår att social rehabilitering inte är en rättidig tjänst för klienten, avbryts tjänsten i samarbete med den egna kontaktpersonen.

Mellanutvärdering av den sociala rehabiliteringen (3 mån)

Den första mellanutvärderingen hålls tre månader efter att den sociala rehabiliteringen inletts mellan socialhandledaren för social rehabilitering och klienten. I mellanutvärderingen stannar man upp för att diskutera och utvärderar tillsammans hur periodens mål har uppnåtts, om klientens mål har förändrats och hur klienten har upplevt arbetet. Den egna kontaktpersonen får information om mellanutvärderingens innehåll från klientdatasystemet.

Gemensamma mellanutvärderingar (6 mån)

Tjänsten för social rehabilitering utvärderas regelbundet av den egna kontaktpersonen och socialhandledaren för social rehabilitering. TEP:s egen kontaktperson sammankallar trepartsmötet och det nätverk som behövs till ett gemensamt mellanutvärderingsmöte med sex månaders mellanrum. Vid mellanutvärderingsmötena utvärderar den egna kontaktpersonen, klienten och socialhandledaren för social rehabilitering samt nätverket enligt behov perioden samt behovet av fortsatt social rehabilitering.

I mellanutvärderingarna synliggörs hur klientens rehabilitering framskrider och man formulerar positiva förändringar och hur målen framskrider. Klientens delaktighet stöds av att hen kan påverka bedömningen av tjänsten och planeringen av fortsättningen. I mellanutvärderingen kan man också lösa eventuella låsta situationer, om tjänsten till exempel inte framskrider.

Tips för mellanutvärderingen

- Klienten bedömer själv arbetet hittills. Har hen önskemål om det fortsatta arbetet?
- Man utvärderar tillsammans hur målen har uppnåtts och preciserar och ändrar vid behov målen.
- Man kommer överens om att fortsätta tjänsten om klienten har nytta av den och uppdaterar vid behov genomförandeplanen för tjänsten.
- Den egna kontaktpersonen fattar ett fortsatt beslut.
- Klienten fyller i samma självutvärderingsmätare (*ännu inte i bruk*) som i början av tjänsten och man behandlar mätarens resultat tillsammans. Mätaren hjälper till att lyfta fram klientens egen tolkning av sin situation och kan konkretisera förändringen och motivera klienten att gå vidare.
- Om möjligt går man igenom de behov av utkomststöd som stöd för rehabiliteringen som klienten känner till.
- I mellanutvärderingen ska man också beakta hur uppdateringen av planen kopplas till uppdateringen av aktiveringsplanen/den sektorsövergripande planen, så att alla går i samma riktning och alla väsentliga aktörer vet vad som pågår.

Arbetskedet

I arbetskedet stöder socialhandledaren inom social rehabilitering klienten i uppnåendet av målen med hjälp av individuellt arbete och grupparbete. Fokus ligger på konfidentiell och dialogisk växelverkan.

Tips för arbetskedet

- Klienten ges möjlighet att pröva olika alternativ.
- Tjänsten skraddarsys så att den motsvarar klientens mål.
- Man utnyttjar olika metoder för social rehabilitering samt mellanuppgifter mellan mötena.
- Man strävar efter att identifiera och stärka klientens egna resurser. Vad drömmer klienten om?
- Man stöder klientens sociala relationer och sociala färdigheter och utvidgningen av livsmiljön.
- Man motiverar klienten till aktiviteter som hen är intresserad av.
- Man samarbetar med den egna kontaktpersonen och hjälper klienten att söka sig till nödvändiga tjänster och aktiviteter.
- Tröskeln att delta sänks och man börjar tillsammans med klienten bekanta sig med verksamhet som intresserar klienten.
- Man arbetar med ett handledande arbetsgrepp. Man synliggör för klienten hur målen framskrider.
- Tjänsterna för främjande av hälsa och välfärd utnyttjas som stöd för klientens rehabilitering.
- Man planerar fortsatta vägar och beaktar också klientens närståendenätverk.

Det avslutande skedet och stöd för övergången

Socialhandledaren för social rehabilitering och klienten förbereder tillsammans avslutandet av rehabiliteringsperioden. De minskar stödet stegvis och socialhandledaren för social rehabilitering följer upp hur klientens situation framskrider med mindre stöd.

I det avslutande skedet stöder socialhandledaren klienten i övergången till en gemensamt planerad fortsättningsväg som stöder klientens mål och som är ändamålsenlig för klienten. Tillsammans med socialhandledaren inom den sociala rehabiliteringen kan till exempel göra besök på plats. Om klienten upplever att rehabiliteringsvägen är bra är hen ofta motiverad att gå vidare.

När klienten förbundit sig till arbetet inom den sociala rehabiliteringen och en långvarig kontakt med medarbetaren, kan övergångssituationen dock vara utmanande och förutsätta stöd. Kundens övergång kan bli lättare om den görs genom byte av ledsagare och om man håller ett övergångsmöte tillsammans med den egna kontaktpersonen och den nya aktören.

Under mötena i slutskedet av den sociala rehabiliteringen

- Upprepas självutvärderingsmätaren och tillsammans med kunden jämför man situationen med början och de olika skedena.
- Utarbetas tillsammans med klienten en slututvärdering där klienten uppmuntras att själv utvärdera och sätta ord på sin egen rehabilitering.
- Får man av grupphandledaren inom den sociala rehabiliteringen ett sammandrag av klientens deltagande i gruppverksamheten för slututvärderingen.
- Ber man kunden fylla i en responsblankett.

Det avslutande mötet

När perioden av social rehabilitering avslutas träffas den egna kontaktpersonen, social rehabiliteringens socialhandledare och klienten på trepartsbasis och med det nätverk som behövs vid ett gemensamt avslutande möte. Där utvärderar de rehabiliteringsperioden och planen för den fortsatta vägen. Under mötet är det bra att reservera tid för diskussion i lugn och ro och för att gå igenom den fortsatta planen.

Vid det gemensamma avslutande mötet

- Synliggörs klientens framsteg och uppnåendet av målen. Lyfter man fram framgångar även utanför målen.
- Går man tillsammans igenom självutvärderingsmätarens resultat och granskar med dess hjälp hur klientens situation har utvecklats genom att jämföra med den tidigare mätningen/de tidigare mätningarna.
- Diskuterar man klientens fortsatta plan som har utarbetats i slututvärderingen av den sociala rehabiliteringen.
- Säkerställer man att kunden vet vem hen kan kontakta i fortsättningen.

Efter det avslutande mötet beaktar den egna kontaktpersonen aktiveringsplanerna/de sektorsövergripande planerna, så att alla i klientens nätverk är uppdaterade. Planeringen av kundrelationen lämnas öppen om kundrelationen fortsätter i TEP. Om klientens servicebehov inom TEP upphör helt och hållet, säkerställer den egna kontaktpersonen att dokumentet för slututvärderingen av den sociala rehabiliteringen är färdigt innan tjänsten stängs, och avslutar tjänsten för social rehabilitering först därefter. När den egna kontaktpersonen stänger tjänsten statistikför hen fortsättningsvägen för den sociala rehabiliteringen.

Avbrytande av tjänsten

Ibland avslutas den sociala rehabiliteringen utan att man planerat det, eftersom en del av klienterna inte kan förbinda sig till tjänsten eller det uppstår en krissituation i klientens liv som gör att klienten inte kan fortsätta i tjänsten. Man kan senare ansöka om social rehabilitering för klienterna på nytt, när tjänsten är rättidig.

Om klienten upprepade gånger låter bli att komma till mötena och socialhandledaren för social rehabilitering inte når klienten efter flera kontaktförsök, kommer man tillsammans med den egna kontaktpersonen överens om att avsluta tjänsten. Den egna kontaktpersonen fattar beslut om att avsluta tjänsten. Vid behov uppdateras också aktiveringsplanen/den sektorsövergripande planen. Eftersom social rehabilitering inte är en förpliktande tjänst kan arbetsmarknadsstödet inte dras in på grund av att tjänsten avbryts.

Kundmålgrupper och case-beskrivningar

Härnäst beskriver vi fem kundmålgrupper för social rehabilitering som vi identifierat samt därefter vägen för en exempelkund.

Klientmålgrupp 1

Den här målgruppen beskriver unga vuxna/unga klienter i medelåldern där arbetslivet eller studierna har avbrutits. Förmånen kan vara arbetsmarknadsstöd eller rehabiliteringsstöd. Klienterna har utmaningar med den psykiska hälsan som har uppkommit i och med en långvarig isolering. Det är vanligt att man saknar visioner och har svårt att tro på sig själv. Det sociala nätverket är svagt och sociala situationer gör personen nervös. Det kan finnas utmaningar i hanteringen av vardagen och ekonomin. Det egna önskemålet och målet är att komma tillbaka till den "vanliga" vardagen och därigenom till studie- och arbetsvägarna.

Case Djurvännan Elina

- Elina är en 24-årig kvinna från Hangö.
- Elina har gått grundskolan, men studierna därefter har avbrutits.
- Elina bor med sin mamma.
- I grundskolan upplevde Elina mobbning. Elinas vänner finns på webben, bl.a. i gruppen Katternas Vänner.
- Elina är intresserad av musik. Hon skulle vilja gå på konserter, men hon har ont om pengar.
- Elina är bra på att rita, hon har specialiserat sig på katteckningar.
- Elina vet mycket om djur och djurskötsel.
- Elina skulle vilja bli självständig, men mamman godtar inte att hon flyttar hemifrån. Elina är frustrerad över sin egen livssituation, men har inte kraft att bli självständig.
- Elina har inget körkort.
- Elina har arbetsmarknadsstöd som förmån. Tidigare har hon fått rehabiliteringsstöd.



Elinas behov och mål

- Att bli självständig och få ihop bitarna till ett självständigt liv.
- Att hitta riktningen för sitt eget liv.
- Att reflektera över och kartlägga olika utbildningsalternativ.

Metoder för arbetet

- **I det individuella arbetet:** att begrunda och planera självständigheten och riktningen för framtiden, uppmuntran och möten ansikte mot ansikte.
- **Metoder:** Djurstöd, spelberättelse, målkort, livslinje
- **Gruppmöjligheter:** Grupper med aktiviteter och naturtema, grupper för livsfärdigheter osv.
- **Nätverksarbete:** vuxensocialarbete, boendehandledning och mentalvårdstjänster enligt behov.

Case Grubblande Marja

- Marja är en 45-årig ensamstående Esbobo.
- Marja gillar hundar, skogspromenader och att betrakta naturen.
- Marjas fortsatta studier har avbrutits och arbetslösheten och den svåra livssituationen har pågått länge.
- Marja är ensam och de sociala relationerna är få.
- Marja har en fullvuxen dotter som hon har ett motstridigt förhållande till.
- Marjas utmaningar är rädsla för sociala situationer och depression. Hon har svårt att uträtta ärenden.
- Marja har svårt att tro på sig själv och sina egna möjligheter.
- Marja är skuldsatt och har arbetsmarknadsstöd som förmån.



Kuvan piirtänyt:
Fiuri Vihdin
Werstaalta

Marjas behov och mål

- Målet är att få en regelbunden rytm i livet och hitta mening i vardagen.
- Behov av att träna på att befinna sig i sociala situationer.

Metoder för arbetet

- **I det individuella arbetet:** kombination av aktivitet och psykosocialt stöd, uppmuntran att sköta ärenden, utvidgning av livsmiljön, stärkande av vardagsrytmen och självkänslan
- **Metoder:** verktyg för identifiering av resurser, naturinriktning och djurstöd, Kaikukort
- **Gruppmöjligheter:** välfärdsgruppen för social rehabilitering, gruppen Elämäni kuvat, gruppen för kamratstöd för kvinnor
- **Nätverksarbete:** vuxensocialarbete, ekonomisk handledning, mentalvårdstjänster

Klientmålgrupp 2

Den andra målgruppen beskriver medelålders klienter som har fallit ur arbetslivet till följd av strukturell arbetslöshet eller en belastande livssituation. I bakgrunden finns ofta en lång arbetshistoria och utbildning. Klienterna har inga enorma hinder i fråga om arbetsförmågan, men arbetslösheten har påverkat måendet och självkänslan. Ofta har klienten inte tillräckligt med kunskap om servicesystemet och det kan ha uppstått ekonomiska utmaningar. Ensamhet är typiskt och i vardagen saknas en känsla av meningsfullhet. Den egna önskan och det egna målet är att återgå till arbetslivet genom omskolning.

Case Arkitekt-Artzi

- Artzi är en ensamstående 50-årig man från Lojo.
- Han är högt utbildad och var länge i arbetslivet.
- Artzi har ett stort hjärta och han hjälper gärna andra.
- På grund av sin långa karriär har Artzi många slags färdigheter, bl.a. goda digitala färdigheter.
- Artzis hobbyer är att bygga specialdrakar och att spela piano.
- Artzi blev tvungen att lämna sitt arbete på grund av en olycka och samtidigt blev det skilsmässa från hans långvariga maka.
- När motgångarna hopade sig blev Artzi deprimerad och lindrar sin sorg vid vinglasen.
- Förmånen är arbetsmarknadsstöd.



Artzis behov och mål

- Att få en känsla av meningsfullhet i vardagen.
- Att lindra ensamheten och hitta sociala relationer.
- Att hitta en ny riktning för framtiden.

Metoder för arbetet

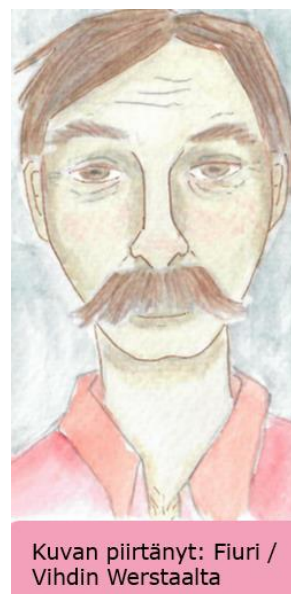
- **I det individuella arbetet:** motiverande samtal, stärkande av självkänslan, reflektion över olika alternativ för omskolning och sysselsättning, att bekanta sig med gruppomgångar tillsammans med medarbetaren.
- **Metoder:** livsplan, ekokarta, målkort, Kaikukort
- **Gruppomgångar:** en grupp med konst- eller kulturtema, en grupp med kamrattstöd för män, en utbildning för erfarenhetsexperter som en fortsättning på den sociala rehabiliteringen före en mer stadigvarande övergång till arbetslivet.
- **Nätverksarbete:** samarbete med organisationer och sysselsättningstjänsterna

Klientmålgrupp 3

Den tredje målgruppen beskriver personer i eller över medelåldern som har nedsatt arbetsförmåga. I bakgrunden finns långa arbetskarriärer, men också långvarig arbetslöshet. Åldern, hälsoproblem och svaga digitala färdigheter utgör hinder för sysselsättning. De upplever ofta ensamhet och vardagen saknar en känsla av meningsfullhet. Ekonomiska utmaningar har uppstått eftersom klienterna länge har levt på arbetsmarknadsstöd. Det kan finnas eventuella psykiska utmaningar och missbruksproblem. I bakgrunden finns livskriser och en del har eventuellt upplevt våld. Det egna önskemålet och målet är att ännu uppleva sig själv som behövd.

Case Teknik-Tauno

- Tauno är en över 50-årig ensamstående man från Högfors.
- Tauno har yrkesutbildning och lång erfarenhet av arbetslivet.
- Mekaniskt sett är han väldigt skicklig – Tauno bygger vad som helst av metall!
- Han är intresserad av gamla bilar och metallarbeten.
- Taunos arbetsfärdigheter är föråldrade och Tauno har förlorat tron på sitt eget lärande.
- På grund av hälsoproblem kan han inte längre arbeta som mekaniker på heltid.
- Tauno har börjat undvika folkmängder och tycker i allmänhet inte om att delta i grupper.
- Tauno använder alkohol i viss mån, men kan kontrollera sin användning.
- Förmånen är arbetsmarknadsstöd.



Taunos behov och mål

- Att känna sig nyttig även om han inte längre kan utföra heltidsarbete.
- Att stärka välbefinnandet i vardagen.
- Att öva sig i digitala färdigheter för att kunna uträtta ärenden i elektroniska tjänster och söka information.
- Handledning och motivering för utredning av arbetsförmågan, FPA:s bedömning av rehabiliteringsbehovet.

Metoder för arbetet

- **I det individuella arbetet:** en lyssnande och mötande diskussion i kombination med aktiviteter, stöd för att stärka välbefinnandet i vardagen, kartläggning av rehabiliteringsalternativen, stöd för att hitta olika alternativ för deltagande, t.ex. kanaler för frivilligarbete
- **Metoder:** naturinriktning, ekokarta, Kaikukort
- **Gruppmöjligheter:** en grupp med naturtema, en mansgrupp med aktiviteter, en kurs i digitala färdigheter på biblioteket
- **Nätverksarbete:** bedömning av arbetsförmågan och hälsovård

Klientmålgrupp 4

Den fjärde kundmålgruppen beskriver unga vuxna/unga i medelåldern som har en bakgrund med avbrutna anställningsförhållanden och långvarigt utanförskap. Utmaningarna med den psykiska hälsan har ofta pågått sedan ungdomen och många har mobbningsbakgrund. Klienterna kan ha rusmedels- eller nepsy-utmaningar. En del spelar mycket och kontakterna finns ofta endast i den digitala världen. Vardagens strukturer har gått förlorade och det är svårt att sköta ärenden, vilket också medför ekonomiska utmaningar. Man behöver hitta en riktning för livet och funderar ofta på frågor som gäller den egna identiteten. Förmåner är rehabiliteringsstöd eller andra förmåner. Den egna önskan och det egna målet är att hitta visioner för det egna livet.

Case Kock-Kimmo

- Kimmo är en 25-årig man från Kyrkslätt.
- Kimmo är duktig på att laga mat. Som ung siktade han på att bli kock.
- Kimmo är en mästare på datorer som kan det mesta när det gäller apparater.
- Kimmos kockutbildning avbröts på grund av utmaningar med den psykiska hälsan. Det har gjort honom väldigt besviken.
- Kimmo har isolerat sig hemma och är rädd för sociala situationer. Kimmo sköter de obligatoriska ärendena, såsom butiksbesök, nattetid.
- Kimmo har inga visioner för framtiden.
- Kimmo har fått skulder.
- Den närmaste kretsen, särskilt mamman, hjälper och stöder Kimmo, ibland till och med för mycket.
- Förmånen är rehabiliteringsstöd.



Kuvan piirtänyt: Fiuri / Vihdin
Werstaalta

Kimmos behov och mål

- Träning av vardagsstrukturer och vardagsrytm.
- Att komma ut från hemmet.
- Att hitta riktningen för sitt eget liv, även om den egna vägen inte skulle gå enligt den traditionella rutten.
- Att hitta sina egna styrkor.

Metoder för arbetet

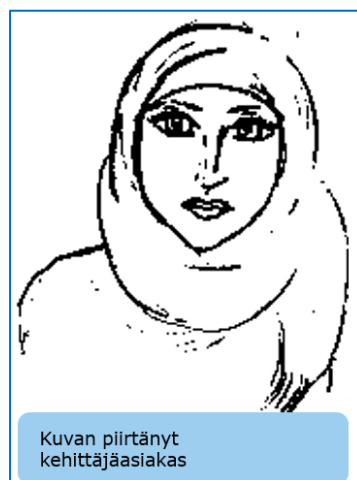
- **I det individuella arbetet:** att fungera utanför hemmet, distansarbete vid sidan av mötena, kartläggning av framtida möjligheter och möjligheter till deltagande
- **Gruppmöjligheter:** öppen gruppverksamhet med låg tröskel, Nepsy-grupper, grupper inom tredje sektorn
- **Metoder:** Spelberättelse, stöd av en erfarenhetsexpert i samma ålder/som gått en liknande väg.
- **Nätverksarbete:** vuxensocialarbete, ekonomisk handledning, projekt inom tredje sektorn, mentalvårdstjänster

Klientmålgrupp 5

Målgruppen beskriver klienter med invandrarbakgrund. Hos klienterna syns ett behov av att stärka integrationen och delaktigheten. Bakgrunden kan vara till exempel en lång period som hemmamamma eller svårigheter att få arbete. Livsmiljön är begränsad eller koncentrerar sig till den egna gemenskapen, varvid det inte finns några finländska kontakter. De ekonomiska utmaningarna beror på låga inkomster och familjens utgifter. Klienterna kan ha obehandlade hälsoutmaningar och/eller traumabakgrund som försvårar livet på många nivåer, till exempel studier är utmanande. Förmånen är ofta arbetsmarknadsstöd. Det egna önskemålet och målet är att studera och komma in i arbetslivet, "att leva ett vanligt familjeliv".

Case Händig Karima

- Karima är en 35-årig familjemor från Esbo.
- Karima har ringa utbildning från hemlandet, men har många färdigheter och intressen.
- Karima har estetiskt öga och hon är händig. Hemma kan hon organisera det mesta.
- Karimas make deltar i arbetsprövning.
- Språkstudierna i Karimas integrationsfas har avbrutits, men hon förstår finska i viss mån.
- Det sociala nätverket är uppbyggt kring den egna språkgruppen.
- Karima har hälsomässiga utmaningar: bl.a. problem med stöd- och rörelseorganen.
- Karima är nervös för att sköta ärenden utanför hemmet.
- Förmånen är hemvårdsstöd.



Karimas behov och mål

- Att utvidga vardagslivet utanför den egna familjen och gemenskapen.
- Stärkande av kompetensen (utbildning och/eller språkkunskaper).
- Kartläggning av utbildnings- och arbetsvägar.

Metoder för arbetet

- **I det individuella arbetet:** arbete med tolk enligt behov, noggrann utredning av rehabiliteringsbehovet, beaktande av familj och föräldraskap i arbetet, servicehandledning och stöd för att söka sig till olika tjänster
- **Metoder:** kultursensitivt och traumamedvetet arbetssätt, social nätverksskarta, Elämän värit, Kaikukort, kreativa och funktionella metoder
- **Gruppomöjligheter:** grupper för klienter med ett främmande språk som modersmål, språkträningssgrupper i invånarhuset/på biblioteket
- **Nätverksarbete:** organisationer, sysselsättningstjänster, hälsovård

Exempelkunden Marjas väg

Innan social rehabilitering inleds

- Bedömning av servicebehovet och inledande av utredning av rehabiliteringsbehovet
- Klientens beredskap för social rehabilitering och tjänsternas rättidighet
- Kartläggning av klientens nätverk
- Presentation av den sociala rehabiliteringen och preliminärt mål
- Beslut om social rehabilitering

Marja "Den nya medarbetaren ringde och föreslog ett möte. Under mötet diskuterades vilka tjänster som kunde passa mig. Jag fick höra mer om social rehabilitering, som en annan medarbetare inom vuxensocialarbetet hade talat om. Jag blev lite fundersam när medarbetaren nämnde grupperna, eftersom jag inte vågar gå till någon grupp. Men jag behöver ändå en

Inledande möte: Marja, den egna kontaktpersonen inom Sysselsättningsfrämjande tjänster, socialhandledaren inom social rehabilitering & ansvariga medarbetaren inom vuxensocialarbetet som hänvisat Marja till Sysselsättningsfrämjande tjänster.

- Marjas preliminära mål för den sociala rehabiliteringen
- Närmare presentation av tjänsten
- Medarbetarnas roller, ansvar och arbetsfördelning, tidtabellen
- Nästa gemensamma nätverksmöte avtalas om 6 månader

Marja "Oj, vad jag var nervös inför det första mötet. Lyckligtvis var medarbetarna trevliga. Jag var lättad när jag genast såg medarbetaren som jag ska börja träffa inom den sociala rehabiliteringen. Det är pinsamt att jag inte minns vad vi kom överens om. Lyckligtvis ringer medarbetaren snart och vi kommer överens om nästa möte på tu man hand. Då frågar jag mer."

Kartläggningsfasen av den sociala rehabiliteringen (3 mån)

- Att bekanta sig med klientens situation i lugn och ro
- Att bygga upp förtroende
- Målarbete: stegen under den första perioden
- Självutvärderingsmätare
- Genomförandeplan för tjänsten

Marja "Jag har kommit mig iväg hemifrån när mötena med medarbetaren har varit en gång i veckan. Det känns fantastiskt att någon för första gången på länge har hunnit lyssna i lugn och ro. Man är friare och öppnar upp mer i diskussionerna när den individuella handledningen har skett utomhus. Det är nästan som om jag har sovit lite bättre också. Jag var dock tvungen att ställa in ett möte, för jag hade en dålig dag. Medarbetaren förstod och vi talade i telefon

Mellanutvärdering av den sociala rehabiliteringen (3 mån): Marja och socialhandledaren inom social rehabilitering

- Gemensam utvärdering av uppnåendet av periodens mål
- Precisering/ändring av målen
- Klientens upplevelse av arbetet

Marja "Vi gick tillsammans igenom hur det har gått. Jag märkte att något har rört sig framåt. Jag har kommit mig ut ensam på en promenad ett par gånger och jag har börjat lägga mig tidigare. Vi gjorde upp en plan för följande period och socialarbetaren föreslog att mötena ska flyttas längre bort från hemmet. Det är lite nervöst, men jag vågar nog. Det är också meningen att vi ska fundera på aktiviteter under veckorna, så jag får se människor."

Gemensam mellanutvärdering (var 6:e månad): Marja, den egna kontaktpersonen inom Sysselsättningsfrämjande tjänster, socialhandledaren inom den sociala rehabiliteringen och nödvändigt nätverk

- Klienten fyller i självutvärderingsmätaren
- Arbetet och uppnåendet av målen utvärderas
- Målen framskridande och målen för följande avsnitt kläs i ord
- Framgångar kläs i ord
- En plan för den fortsatta rehabiliteringen görs upp
- Beslut om fortsättning

Marja "Vi höll en utvärdering där alla medarbetare deltog. Det var på något sätt lättare att prata nu än vid det första mötet. Medarbetarna lyfte fram att det har skett en förändring under det här halvåret. Jag har svårt att se det själv ibland. Lyckligtvis tar det här inte slut ännu, jag skulle inte vara redo för det ännu."

Arbetsfasen

- Coachande arbetssätt där man går bredvid personen
- Olika metoder utnyttjas
- Klientens resurser och styrkor identifieras och stärks
- Uppmuntran till verksamhet enligt målet: grupper, utvidgning av livsmiljön
- Uppnåendet av målen stöds, målen anpassas efter behov
- Hjälpt att söka sig till verksamhet/tjänster för att stärka delaktigheten

Marja "Nu har mötena med medarbetaren pågått i ett års tid och vi har pratat om allt. Hen följde med mig dit till hälsocentralen, för ensam skulle jag inte ha kommit iväg. Nu fick jag det äntligen gjort. Vi besökte också en organisation. Jag ville inte delta i någon grupp, men medarbetaren lyckades locka mig att pröva på en välmåendegrupp. Det var faktiskt en ganska trevlig grupp och överraskande nog var jag inte så nervös där som jag hade föreställt mig. Där i gruppen hittade jag också en kompis, Ritu. Efter gruppen har vi gått på promenad med Ritu och hennes hund. Jag tycker att det börjar finnas innehåll och lite glädje i vardagen igen." Tillsammans med medarbetaren besökte vi också skyddshemmet för smådjur. Jag undrar om jag någon gång kunde få arbeta eller utföra frivilligt arbete där?"

Det avslutande skedet

- Lättare stöd & möten mer sällan
- Klienten får stöd vid övergången till den fortsatta vägen
- Klienten fyller i självutvärderingsmätaren
- Slututvärderingen görs i den sociala rehabiliteringen tillsammans med klienten
- Kundrespons begärs

Marja "Det känns som om jag just började med den sociala rehabiliteringen, men samtidigt har mycket hänt. Det är fantastiskt att jag hela tiden hade en och samma medarbetare inom den sociala rehabiliteringen. Jag vågade lita på hen och prata om saker. Vi fick verkligen saker och ting i ordning och framåt, eller alltså – jag fick, eftersom medarbetaren alltid påminde mig att det är du Marja som har gjort arbetet. Förr tänkte jag att jag knappast duger till något längre, men nu har jag till

Avslutande möte Marja, den egna kontaktpersonen inom Sysselsättningsfrämjande tjänster, socialhandledaren inom den sociala rehabiliteringen och nödvändigt nätverk

- Den egna kontaktpersonen inom Sysselsättningsfrämjande tjänster sammankallar till ett gemensamt avslutande möte
- Tjänsten för social rehabilitering som genomförts utvärderas tillsammans med klienten.
- Framstegen och uppnåendet av målen synliggörs
- Man går igenom slututvärderingen av den sociala rehabiliteringen och går tillsammans igenom den fortsatta planen som den egna kontaktpersonen för vidare tillsammans med klienten
- Tjänsten registreras som avslutad

Marja "Vid det sista mötet träffades vi igen alla tillsammans. Även den trevliga sjukskötaren som jag har träffat på polikliniken deltog. Tillsammans gick vi igenom allt som vi gjort i den sociala rehabiliteringen, varifrån jag får stöd och vad som sker härnäst. Nog börjar livet se ganska annorlunda ut än för ett och ett halvt år sedan."

Uppställande av mål för den sociala rehabiliteringen

Klientens deltagande i utarbetandet av det egna målet skapar grunden för rehabiliteringen

Det är viktigt att identifieringen av målen grundar sig på en god bedömning av helhetssituationen och klientens delaktighet. Vid effektiv rehabilitering är det centralt att det har ställts upp ett mål som är viktigt och värt att eftersträva för personen själv (Autti-Rämö 2021). Att involvera rehabiliteringsklienten i att ställa upp sina egna mål och följa upp dem i dialog med medarbetaren både motiverar och engagerar rehabiliteringsklienten i rehabiliteringsprocessen (Alanko m.fl. 2017).

SMART-idén som hjälp för att ställa upp goda mål

Goda mål för social rehabilitering är enligt SMART-principen:

- individuella (Specific)
- mätbara (Measurable)
- möjliga att uppnå (Achievable)
- realistiska och betydelsefulla (Realistic/Relevant) och
- möjliga att schemalägga (Timed)

Det är viktigt att dela upp målet

Tillsammans med klienten kan man först fundera på *huvudmålet* (t.ex. att få dygnsrytmen i skick) samt på vilka konkreta *delmål* som kan ställas upp (t.ex. jag behärskar mitt spelande på datorn eller lär mig avslappningsmetoder innan jag somnar).

Man kan diskutera med klienten om målet är betydelsefullt för klienten själv. Ju mindre, konkretare och mer mätbart målet är, desto bättre. Att uppnå ett vardagligt mål motiverar ofta klienten.

När det gäller delmålen kan man fundera på *hurdana förändringar i vardagen*, det vill säga tydligt avgränsade steg som syns i vardagen, man kan göra (t.ex. jag börjar alltid spela en timme senare eller jag bekantar mig med olika avslappningsmetoder tillsammans med medarbetaren och prövar en av dem).

När målet ställs upp är det bra att använda ett begripligt språk. Det är bra att försöka bygga upp målen så att man betonar det positiva slutresultat som eftersträvas i rehabiliteringen. Det är bättre att tala om en positiv förändring än att koncentrera sig på problemet och dess orsaker.

Det är viktigt att vara flexibel, eftersom målen kan förändras och förtydligas under resans gång. När läget förändras lönar det sig inte att fastna i de mål som fastställdes i början.

Typiska huvudmål för social rehabilitering

- att bygga upp en vardagsrytm
- att förbättra hanteringen av vardagen och livskompetensen
- att hitta meningsfulla aktiviteter som stöd för rehabiliteringen
- att öva på sociala situationer

- att utvidga livsmiljön utanför hemmet och börja röra på sig
- utredning av arbets-, utbildnings- och rehabiliteringsbehov

Stödfrågor för uppställandet av mål

- Vad skulle vara annorlunda efter att den sociala rehabiliteringen avslutats och inom de delområden i livet som är viktiga för dig?
- Vad vill du förändra i din vardag?
- Är målet viktigt och betydelsefullt för dig själv?
- Vad innebär målet just i din situation/ditt liv?
- Har du tillräckliga kunskaper, färdigheter och resurser för att uppnå målet?
- Kan du genom din egen verksamhet påverka uppnåendet av målet?
- Vad skulle stöda uppnåendet av målet?
- Vad försvårar uppnåendet av målet och hur kan man förbereda sig på eventuella hinder?
- När följs uppnåendet av målet upp?
- Hur märker du själv förändringen?
- Hur kan uppnåendet av målet bäst mätas/följas upp? (till exempel antalet uppvaknanden på natten minskar, den egna orken ökar)
- Vilken tidtabell ska ställas upp för målet?
- Kan det uppställda målet uppnås under denna rehabiliteringsperiod?
- Kan målet delas upp ytterligare?

Arbetsätt och metoder för social rehabilitering

Social rehabilitering kan genomföras på mycket olika sätt för varje klient och dess praktiska innehåll kan variera. Det är viktigt att skraddarsy arbetet flexibelt enligt klientens rehabiliteringsbehov och mål. Klienten ska också ha möjlighet att välja tjänsteinnehåll som är ändamålsenligt för hen.

I arbetet kan man utnyttja olika metoder, verktyg och arbetsätt. Det är viktigt att medarbetaren byter arbetsätt om det inte fungerar eller om klienten inte upplever att det passar hen. Metoder som används inom social rehabilitering finns i TEP:s metodbank för social rehabilitering (*på kommande till Teams*). En viktig princip "som allt arbete grundar sig på" är resursorientering.

CHECKLISTA FÖR ETT RESURSORIENTERAT ARBETSSÄTT

- Det väsentliga är ett förtroendefullt partnerskap, ett empatiskt och uppskattande bemötande och samarbete.
- I arbetet värnar man om dialogiska principer.
- Att bryta maktförhållandet och ge sig hän: under fria former, avslappnat och utan brådska.
- Aktiviteter i det individuella arbetet och grupparbetet förbättrar ofta interaktionen, främjar samarbetsrelationen och gör det lättare att berätta om saker och ting.
- Metoderna, verktygen och arbetssätten skraddarsys enligt klientens situation.
- Identifiering av resurser och styrkor samt byggande utifrån dem.
- Man tror att det är möjligt att växa och lära sig.
- Man fokuserar på lösningar – man koncentrerar sig på att hitta lösningar och möjligheter, vad kan man pröva och vad fungerar i praktiken?
- Psykosocialt och relationsbaserat arbete och samtals hjälp. Medarbetaren lyssnar, diskuterar, frågar.
- Man uppmuntrar och ser även små framgångar.
- Konstruktiv respons till klienten i ett gott förtroendeförhållande, uppväckande och utmanande.
- Att blicka mot framtiden, upprätthålla hoppet och skapa drömmar.
- De tidigare erfarenheterna man klarat av uttrycks i ord.
- Man stöder klientens egna önskemål och mål och stärker meningsfullheten.
- Icke-vetande – nyfikenhet och optimism är medarbetarens attityd
- Man hittar meningsfulla aktiviteter och stärker gemenskapen och möjligheterna till delaktighet.
- Kartläggning och aktivering av närstående kretsens och det sociala nätverket.
- Man söker kamratstöd.
(Keskitalo & Vuokila-Oikkonen 2018, Krogsrud m.fl. 2013, Rapp & Goscha 2012, Saleebey 1996, 2013, Szpunar 2021)

Regionala tjänster som stöd för social rehabilitering

I Västra Nyland erbjuds många tjänster och möjligheter som kan vara till nytta för klienter inom social rehabilitering. Tillsammans med lokala aktörer, såsom organisationer, bibliotek, Arbetarinstitutet eller kultur- och idrottstjänsterna kan det förutom aktiviteter även finnas möjligheter till samarbete.

Se mer information i sammanställningen av organisationsverksamheten (*Sysselsättningsfrämjande tjänsters gemensamma kanal i Teams*).

Organisationer & projekt

Utnyttja lokala organisationsaktörer eller projekt, såsom invånarlokalerens verksamhet. Om det inte finns lokala aktörer finns det också verksamhet på nätet. Till exempel tjänsten Lähellä.fi samlar tusentals organisationers verksamhet i hela Finland. Där kan klienten hitta verksamhet, gemenskap och hjälp samt möjligheter att delta.

Natur & motion

Utnyttja närnaturen i klientarbetet alltid när det är möjligt – kan du genomföra mötet i närparken eller på naturstigen? Tipsa också dina klienter om avgiftsfria utflykter. Exempel: Områden - Föreningen Nylands friluftsområden (uuvi.fi) Bekanta dig tillsammans med kunden med avgiftsfria motionsmöjligheter i ditt eget område, såsom gångleder och utomhusqym.

Kultur

I många regioner ordnas avgiftsfria kulturevenemang som är öppna för alla, bl.a. på lokala bibliotek och museer. Kom också ihåg Kaikukortet, om det används i ditt eget område!

Psykiskt välbefinnande och drogfrihet

Organisationerna erbjuder viktig hjälp med låg tröskel bland annat vid psykiska problem och beroendeproblem, och deras tjänster är avgiftsfria. Utnyttja tredje sektorns grupp- och kamratverksamhet. Det finns också stöd för klienterna på webben!

Frivilligverksamhet

Är din klient intresserad av frivilligarbete? Många organisationer och församlingar erbjuder frivilliguppgifter. Det kan också finnas möjligheter till frivilligarbete bland mathjälpsaktörer.

Klientdelaktighet och erfarenhetskompetens

Inom den sociala rehabiliteringen och i TEP:s tjänster i vidare bemärkelse lönar det sig att i fortsättningen utnyttja klienternas kompetens i utvecklingen och genomförandet av tjänsterna. Här beskriver vi några exempel på möjligheterna att stärka klientdelaktigheten och erfarenhetskompetensen.

Mer information finns i TEP:s metodbank (*Sysselsättningsfrämjande tjänsters allmänna kanal i Teams*).

Perspektiv på utnyttjandet av erfarenhetskompetens (Enligt THL 2024):

Invånardelaktighet: invånarens rätt och möjlighet att delta i verksamheten i sitt bostadsområde och utveckla den. Till exempel i Västra Nylands välfärdsområde finns invånarrådet, som man kan uppmuntra sin klient att gå med i: [Ta del och påverka | Västra Nylands välfärdsområde](#)

Klientdelaktighet: deltagande i den egna serviceprocessen och påverkan på tjänsterna.

Kamratstödsverksamhet: människor som upplevt liknande saker stöder varandra ömsesidigt. Kamratstödsverksamheten kan också omfatta kamrathandledning som kan utnyttjas till exempel i grupper. Till exempel i grupperna Elämän värit (Livets färger) handleder yrkesutbildade personer och kamrathandledare gruppen tillsammans och samtidigt kan kamrathandledaren fungera som en kamrat som gått igenom samma typ av upplevelser och skeden i sitt liv (Elämän värit-toimintamalli 2024).

Samutveckling: kunder, erfarenhetsexperter och professionella utvecklar tillsammans till exempel en viss tjänst, tjänsternas kontaktytor eller annan verksamhet genom att utnyttja sina respektive kompetenser. Syftet med samutvecklingen är att kombinera klienternas erfarenhetskunskap och aktörskap, de professionellas arbets- och livserfarenheter, kompetens och sakkunskap och på så sätt tillsammans skapa bättre sätt att genomföra social rehabilitering (Hietala m.fl. 2018).

Erfarenhetsaktörs- och erfarenhetsexpertverksamhet: personer med erfarenhet använder sin egen erfarenhet och de färdigheter som de fått genom erfarenhetsexpertutbildningen för att hjälpa andra. I TEP:s sociala rehabilitering har man identifierat att ett behov av erfarenhetskompetens skulle finnas i synnerhet i fråga om ekonomi, rusmedel och psykisk hälsa.

Litteratur

- Alanko Tuulikki m.fl. 2017 Kuntoutujan osallistaminen tavoitteen asettamisprosessiin ja tavoitteiden saavuttamisen arviointiin. Slutrapport. (Helda)
- Arnemann, Anu; Brigatti-Soininen, Jenny (2022, theseus.fi) Toiminnalliset menetelmät käyttöön aikuissosiaalityössä - Ammattilaisten ja asiakkaiden kokemuksia
- Autti-Rämö Ilona 2021. Kuntoutuksen vaikuttavuuden arviointi. LÄÄKETIETEELLINEN AIKAKAUSKIRJA DUODECIM.2021;137(13):1369-74
- Granholm, Camilla. 2016. Social work in digital transfer – blending services for the next generation. ACADEMIC DISSERTATION Tillgänglig i www-format <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/231820/GranholmSlutlig210316.pdf?sequence=1>
- Haikola, Lotta & Määttä, Mirja & Toiviainen, Sanna & Uusikangas, Silja 2020: Työllistymistä edistävien palvelujen yhdenvertaisuus nuorten näkökulmasta. I verknet Berg, Päivi & Myllyniemi, Sami (red.) Palvelu pelaa! Ungdomsbarometern 2020, 111–132. <https://tietoanuorista.fi/julkaisut/nuorisobarometri-2020/>
- Helne, Tuula. 2002. Syrjäytymisen yhteiskunta. Statsvetenskapliga fakulteten. Institutionen för samhällspolitik. Doktorsavhandling.
- Hietala, Outi & Kinnunen, Seija & Kauppila, Reijo & Karjalainen, Jarno. 2018. Sosiaalisen kuntoutuksen yhteiskehittäminen työntekijöiden ja johdon näkökulmasta: Osallisuuden, oppimisen ja ammatillisen kasvun mahdollisuuksia. Arbetspapper: 2018_026. THL. Sosiaalisen kuntoutuksen yhteiskehittäminen työntekijöiden ja johdon näkökulmasta : Osallisuuden, oppimisen ja ammatillisen kasvun mahdollisuuksia
- Hytti, Tytti. 2020. Miten sosiaalisessa kuntoutuksessa voi hyödyntää etäkuntoutuksen ja digisosiaalityön mahdollisuuksia. Version 2.0 (9/2020) Socca
- Hytti, Tytti. 2023. Sosiaalinen kuntoutus monialaista tukea tarvitsevan aikuisen palvelupolulla Pääkaupunkiseudun sosiaalisen kuntoutuksen kartoitus. Socca.
- Hämäläinen, Juha. 2002. Mikä ihmeen syrjäytyminen. Sosiaalipedagogiikka, 3(2), 91–94.
- Elämän värit – toimintamalli 2024. Innokylä. Elämän värit | Innokylä
- Isola, Anna-Maria; Kaartinen, Heidi; Leemann, Lars; Lääperi, Raija; Schneider, Taina; Valtari, Salla & Anna Keto-Tokoi. 2017. Mitä osallisuus on? Osallisuuden viitekehystä rakentamassa. THL. Arbetsdokument 33/2017.
- Jämsinen, Merja & Pekkanen, Henna-Mari (2023) Sosiaalisen kuntoutuksen käsikirja. Sosiaalisen kuntoutuksen palvelun kehittäminen aikuisten sosiaalipalveluissa Keski-Suomen hyvinvointialueella. Mellersta Finlands välfärdsområde. Innokylä.

- Järvikoski, Aila & Härkäpää, Kristiina. 2011. Kuntoutuksen perusteet. Näkökulmia kuntoutukseen ja kuntoutustieteeseen. 5:e, förnyade upplagan. Wsoy. Helsingfors.
- Kankaanniemi, Reeta 2020. "Ihminen pitää oppia tuntemaan." Sosiaalisen kuntoutuksen yksilötyön menetelmät. Laurea.
- Karjalainen, Pekka & Liukko, Eeva & Muurinen, Heidi (2024) Sosiaalisen kuntoutuksen toimintamalli (THL) <https://www.julkari.fi/handle/10024/144793>
- Karjalainen, Pekka; Liukko, Eeva & Muurinen, Heidi 2022. Sosiaalisen kuntoutuksen toimintamalli (THL) Sosiaalityön vaikuttavat toimintamallit - pilottivaiheen opas. Sosiaalihuollon kehittämisohjelma. THL.
- FPA 2016 Etäkuntoutus. Tillgänglig på: <https://helda.helsinki.fi/server/api/core/bitstreams/731dd5ea-1a52-4ea1-b07a-b5458e4a6e12/content>
- FPA 2023. Opas etäkuntoutuksen käytännön toteutukseen Tillgänglig på: <https://helda.helsinki.fi/server/api/core/bitstreams/509cca70-4bf6-413b-8ab4-86eae52a85e6/content>
- Keskitalo, Elsa & Päivi Vuokila-Oikkonen 2018. Voimavaralähtöisyys sosiaalisen kuntoutuksen viitekehyksenä I verket Kostilainen & Nieminen (RED.) 2018. Sosiaalisen kuntoutuksen näkökulmia ja mahdollisuuksia. DIAK TYÖELÄMÄ.
- Kivistö, Mari. 2017. Sosiaalityö digitalisaatiossa ja eettisyyden vaade. I verket Kivistö, M & Päykkönen, K. 2017. Sosiaalityö digitalisaatiossa. Lapplands universitets samhällsvetenskapliga publikationer C. Arbetspapper 58. Tillgänglig i www-format: https://lauda.ulapland.fi/bitstream/handle/10024/63035/Sosiaalityo_digitalis_aatiossa_pdfA.pdf
- Kokkolan yliopistokeskus Chydenius. Voimavaralähtöinen asiakastyö mallinnus.
- Kostilainen, Harri & Nieminen, Ari 2018. Sosiaalisen kuntoutuksen näkökulmia ja mahdollisuuksia. Yrkeshögskolan Diakonia.
- Kotka, Tiina (2023) Toipumisorientaatio sosiaalisessa kuntoutuksessa (LAB-AMK)
- Krogsrud Miley, Karla; O'Melia Michael W. & DuBois, Brenda J. (2013). Generalist Social Work Practice. Boston: Pearson.
- Koivukoski, Tuija & Hytti, Tytti 2023. Vieraskielisten sosiaalinen kuntoutus. Rapport i ammatillaisten ja asiakkaiden kokemuksista. Nylands kompetenscentrum inom det sociala området Socca (publikationer).
- Liukko, Eeva. 2006. Kuntouttavaa sosiaalityötä paikantamassa. SOCCA:s och Heikki Waris-institutets publikationsserie 9/2006. Helsingfors: SOCCA och Heikki Waris-institutet.

- Västra Nylands välfärdsområde, meddelande 28.5.2024 [Palvelujen verkoston kehittäminen | Länsi-Uudenmaan hyvinvointialue \(luvn.fi\)](#) och
- Matthies, Aila-Leena m.fl. 2021. Aikuissosiaalityössä vaikuttavat sosiaalinen mekanismit. I verket Matthies, Aila-Leena m.fl. 2021. Aikuissosiaalityö Tieto, käytäntö ja vaikuttavuus.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2013). Motivational interviewing: Helping people change, (3rd edition). Guilford Press.
- Miller, W. 2008. Motivaation ja muutoksen käsitteellistäminen. I verket Koski-Jännes m.fl. 2008. Kohti muutosta. Motivointimenetelmiä päihde- ja käyttäytymisongelmiin. Helsingfors: Tammi.
- Pale, Ulla & Hytti, Tytti 2024. Sosiaalinen kuntoutus aikuissosiaalityössä. Sosiaalisen kuntoutuksen toimintamallin käyttö osana suunnitelmallista aikuissosiaalityötä. Työntekijän opas.
- Rapp, C.A. & Goscha, R.J.(2012) The Strengths Model: A Recovery-Oriented Approach to Mental Health Services. New York: Oxford University Press.
- Raivio, Helka. (red.) 2018. [Enemmän sosiaalista toimintakykyä, lisää osallisuutta! Yhteiskehittäen vaikuttavampaa sosiaalista kuntoutusta.](#) Slutrapport från utvecklingsprojektet för social rehabilitering (SOSKU) 2015–2018. THL-ARBETSPAPPER 7/2018.
- Ristolainen, Paula. 2021. [Toipumisorientoitunut työote asiakastyössä.](#) Laurea.
- Rogers, J. (2017). Coaching. Sopot: Wydawnictwo GWP.
- Saleebey, Dennis (2013) The Strengths Perspective in Social Work Practice. 6:e upplagan. Boston: Pierson.
- Saleebey, Dennis (1996) The strengths perspective in social work practice: Extensions and cautions Social Work; May; 41, 3; Social Science Premium Collection.
- Socialvårdslagen. L 1301/2014. [Socialvårdslag. Uppdaterad.](#)
- Social- och hälsovårdsministeriet 2024. Sosiaalihuoltolain soveltamisopas 2024. Social- och hälsovårdsministeriets publikationer 2024:13. [Sosiaalihuoltolain soveltamisopas 2024 \(valtioneuvosto.fi\)](#)
- Sosiaalisen kuntoutuksen valtakunnallinen kehittämishanke (SOSKU) ja Terveysten ja hyvinvoinnin laitos THL 2018. [Suositus työikäisten sosiaalisen kuntoutuksen järjestämisen laatuksikriteereiksi.](#)
- Utvecklingsgruppen för social rehabilitering (2023–2024)
- Szpunar Małgorzata.2021. [On the Effectiveness of the Solution-Focused Approach and Coaching in the Work of Social Services](#) LABOR et EDUCATIO no. 9 2021. pp. 9–28
- THL 2020. [Sosiaalisen kuntoutuksen opas.](#)
- THL 2023. Saavutettavat palvelut. [Saavutettavat palvelut - THL](#)

- THL 2024. Kokemusosaaminen. Kokemusosaaminen - THL
- THL 2024. Asukas- ja asiakasosallisuus. Asukas- ja asiakasosallisuus - THL
- Vanjusov, Heidi 2022: Saatavilla, mutta ei saavutettavissa? Sosiaali oikeudellinen tutkimus päihdepalveluihin pääsystä. Publications of the University of East-ern Finland. Dissertations in Social Sciences and Business Studies, 281. Doktorsavhandling, Östra Finlands universitet. <https://erepo.uef.fi/handle/123456789/28358>
- Vehko, Tuulikki & Kaihlanen, Anu-Marja & Kainiemi, Emma & Kyytsönen, Maiju & Nadav, Janna & Saukkonen, Petra & Virtanen, Lotta & Tarja Heponiemi 2021: Väestön mahdollisuudet hyödyntää sosiaali- ja terveydenhuollon sähköisiä palveluja. I verkot Karvonen, Sakari & Kestilä, Laura & Saikkonen, Paula (red.) Suomalaisten hyvinvointi 2022, 251–267. <https://www.julkari.fi/handle/10024/145692>
- Viitasola, Jenni. 2020. Sosiaalisen kuntoutuksen asiakkaan käsikirja. Laurea. Käsikirja ja työvihko.

Bilagor

Bilaga 1 Slututvärdering av social rehabilitering

SLUTUTVÄRDERING AV SOCIAL REHABILITERING

Period för social rehabilitering

– Anteckna här datumet då den sociala rehabiliteringen inleddes och avslutades.

Klientens situation vid inledandet av den sociala rehabiliteringen

– Beskriv här kort klientens utgångsläge och varifrån klienten har hänvisats till rehabilitering.

Mål

– Beskriv här klientens viktigaste mål som ställdes upp för arbetet. Du kan till exempel använda dig av följande underrubriker:

- Vardagskompetens/uträttande av ärenden
- Sociala färdigheter/delaktighet
- Familj/vänner
- Studier/arbete
- Boende
- Hälsa: fysisk och psykisk
- Ekonomisk situation

Arbetet inom social rehabilitering

– Beskriv här till väsentliga delar arbetet inom social rehabilitering i fråga om individuellt arbete och gruppverksamhet. Vilka metoder har använts i klientarbetet? Vilka övningar eller arbetsätt har klienten haft nytta av?

– Det individuella arbetet: Arbetets intensitet, klientens motivation och engagemang, hurdana saker har man arbetat med?

– Gruppverksamheten: I vilka grupper har klienten deltagit, perioden för deltagande, klientens funktionsförmåga i grupper, klientens motivation och engagemang.

Uppnående av målen

– Beskriv här klientens åsikt och medarbetarens åsikt.

Klientens resurser och styrkor

– Vilka resurser och styrkor har klienten enligt hen själv och ur yrkespersonens synvinkel?

Nätverk

– Beskriv här kundens väsentliga nätverk i fråga om samarbetet. Hurdant samarbete har man till exempel haft med vuxensocialarbetet, hälso- och sjukvården, arbets- och näringsbyrå, organisationerna?

– Beskriv här också nätverksarbetets fortsättning, om man kommit överens om en sådan.

Fortsatt plan

– Hurdan är planen för den fortsatta vägen efter den sociala rehabiliteringen?

Bilaga 2 Klientbroschyr för social rehabilitering

Social rehabilitering för 18–65-åringar

Sysselsättningsfrämjande tjänster –
Västra Nylands välfärdsområde



dig

Social rehabilitering är en socialservice där vi erbjuder systematiskt och målinriktat stöd för att främja sysselsättning och delaktighet. I tjänsten kan du till exempel få:

- stöd för att stärka resurserna och livskompetensen
- stöd för att hitta en egen riktning för framtiden
- information och stöd för olika möjligheter att delta

Hur framskrider den sociala rehabiliteringen?

Inom den sociala rehabiliteringen arbetar du tillsammans med din egen socialhandledare och planerar rehabiliteringen utifrån dina egna mål.

Det viktiga är att du har en egen önskan om förändring och kan förbinda dig till målinriktat arbete.

Vid sidan av socialhandledarens individuella arbete är det möjligt att delta i gruppverksamhet inom social rehabilitering.

Perioden inleds med en kartläggning på 3 månader och maximitiden för den sociala rehabiliteringen är 18 månader.

Tjänsten är frivillig och avgiftsfri för dig.

När du funderar på social rehabilitering för din klient

Social rehabilitering är avsedd för västnylänningar som är arbetslösa eller står utanför arbetslivet och som har vilja att rehabiliteras och kartlägga sina egna framtida möjligheter.

En klient som har nytta av social rehabilitering kan till exempel ha:

- Behov av en mer omfattande utredning av rehabiliteringsbehoven och stöd för att söka sig till tjänsterna
- Behov av att stärka resurserna och den sociala funktionsförmågan
- Behov av intensifierat och målinriktat stöd
- Behov av arbete som riktar sig utåt från hemmet och som utvidgar livsmiljön
- Utmaningar i livskompetensen och/eller färdigheterna i vardagen
- Utmaningar i sociala relationer/eller sociala färdigheter

Hur får man social rehabilitering?

Socialhandledaren eller socialarbetaren inom Sysselsättningsfrämjande tjänster gör tillsammans med dig en bedömning av servicebehovet. Utifrån detta hänvisas du till social rehabilitering eller andra tjänster som motsvarar ditt behov.

Mer information: www.luvn.fi/sv → social rehabilitering

Bilaga 3 Beslut om social rehabilitering

Tjänsteinnehavares beslut om social rehabilitering:

Ärende/ansökan

En bedömning av servicebehovet har utarbetats tillsammans med dig xx.x.20xx och utifrån den söker du dig till tjänsten för social rehabilitering.

BESLUT

Social rehabilitering beviljas under tiden xx.xx.xxxx–xx.xx.xxxx.

Servicesen för social rehabilitering omfattar individuellt arbete inom social rehabilitering och enligt överenskommelse gruppverksamhet inom social rehabilitering. Tillsammans med dig utarbetas en plan för hur den sociala rehabiliteringen ska genomföras. I planen antecknas antalet individuella möten och deltagandet i arbete i grupp. Vid inledandet av tjänsten har man 1–4 möten i månaden.

Målen för den sociala rehabiliteringen när tjänsten inleds: *specificera målen*

Tjänsten produceras av Sysselsättningsfrämjande tjänster i Västra Nylands välfärdsområde.

MOTIVERINGAR

Utifrån bedömningen av servicebehovet som gjorts tillsammans med dig bedömer vi att tjänsten för social rehabilitering i denna situation är en rättidig tjänst för dig. *Här kan du specificera kundens behov*

Under tiden för den sociala rehabiliteringen får du resekostnaderna betalda enligt det förmånligaste resesättet.

Lägg vid behov till klientspecifika specialsituationer.

TILLÄMPAD LAGSTIFTNING

Socialvårdslagen 2014/1301 1 §, 17 §, 34 §, 36 §

MER INFORMATION

Här kan man lägga till arbetstagarens kontaktuppgifter eller annat som ska meddelas, t.ex. tidpunkter för granskning av planen e.d.

Syftet med socialvårdslagen är att

- 1) främja och upprätthålla välfärd och social trygghet,
- 2) minska ojämlikhet och främja delaktighet,
- 3) på lika grunder trygga behövlig, tillräcklig och högklassig socialservice samt andra åtgärder som främjar välfärden,

4) främja klientorientering och klientens rätt till god service och gott bemötande inom socialvården,

5) förbättra samarbetet mellan välfärdsområdets social- och hälsovård och kommunens olika sektorer samt andra aktörer för att de mål som avses i 1–4 punkten ska nås. [\(8.7.2022/589\)](#)

Enligt 17 § i socialvårdslagen 2014/1301 avses med social rehabilitering intensifierat och målinriktat stöd med hjälp av socialt arbete och social handledning för att förbättra eller upprätthålla social funktionsförmåga och livskompetens, förebygga och minska marginalisering och främja delaktighet. Social rehabilitering omfattar enligt personens individuella behov: [\(29.12.2022/1280\)](#)

1) utredning av den sociala funktionsförmågan och rehabiliteringsbehovet,

2) rehabiliteringsrådgivning och rehabiliteringshandledning samt vid behov samordning av rehabiliteringstjänster,

3) träning i att klara av vardagsfunktioner och olika livssituationer,

4) gruppverksamhet och stödjande av social interaktion,

5) andra behövliga åtgärder som främjar social rehabilitering.

Genom social rehabilitering för unga personer ska de stödjas att få en arbets-, arbetsprövnings-, studie-, ungdomsverkstads- eller rehabiliteringsplats och avhopp förebyggas.

Enligt 34 § i socialvårdslagen 2014/1301 inleds ett socialvårdsärende på ansökan eller när en anställd hos välfärdsområdets socialvård annars i sitt arbete har fått kännedom om en person som eventuellt behöver socialservice. [\(8.7.2022/589\)](#)

En klientrelation i socialvården inleds på ansökan eller när handläggningen av ett ärende som inletts på ett annat sätt påbörjas eller när en person ges socialservice. Klientrelationen avslutas när det för kännedom antecknas i socialvårdens klienthandling att det inte finns någon grund för att ordna socialvård.

Enligt 36 § i socialvårdslagen (2014/1301), när en anställd hos välfärdsområdets socialvård i sitt arbete har fått kännedom om en person som behöver socialvård, ska den anställda se till att personens behov av brådskande hjälp omedelbart bedöms. Dessutom har personen rätt att få en bedömning av servicebehovet, om det inte är uppenbart onödigt att göra en bedömning. [\(8.7.2022/589\)](#)