# Vad står det i din klientplan?

I din klientplan står det hurdan hjälp och hurdant stöd du behöver.

##  Dina personuppgifter

|  |  |
| --- | --- |
|  | * Namn, adress, telefonnummer, e-postadress.
* Namnet på din vårdnadshavare eller intressebevakare.
 |

##  Information om nästa möte

|  |  |
| --- | --- |
|  | * När och var träffas vi?
* Vem är med på mötet?
* Ska vi göra en ny klientplan, eller ska vi utvärdera den klientplan som du redan har?
* Har man gjort andra planer tillsammans med dig, till exempel gällande jobb?
 |

##  Hur berättar du om det som är viktigt för dig?

|  |  |
| --- | --- |
|  | * Talar du, skriver du, tecknar du?
* Använder du bilder, tecken, föremål?
* Har du en kommunikationsförstärkare?
* Berättar du på något annat sätt? Hur?
 |

##  Hur är ditt liv just nu?

|  |  |
| --- | --- |
|  | * Var bor du? Hur bor du?
* Vem hör till din familj?
* Jobbar du? Om du jobbar: Var jobbar du, och hur mycket jobbar du?
* Fungerar din vardag?
* Vad gör du på fritiden?
* Är du nöjd med ditt liv?
 |

##  Hälsa och funktionsförmåga

|  |  |
| --- | --- |
|  | * Vilken sjukdom eller funktionsnedsättning har du?

  |

## Hurdan är din funktionsförmåga?

|  |  |
| --- | --- |
|  | Fysisk funktionsförmåga* Hur rör du dig? Hurdan balans har du?
* Hur bra fungerar dina händer?
* Hur påverkar den sjukdom eller funktionsnedsättning som du har din vardag? Kan du själv klä på dig, klä av dig och tvätta dig? Kan du sköta hushållet?
 |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  Kognitiv funktionsförmåga* Hur bra förstår du olika saker, lär dig dem och kommer ihåg dem?
* Kan du läsa och räkna?
* Är det lätt eller svårt för dig att lära dig nya saker?
* Hur uppfattar du till exempel vad klockan är, hur tiden går och vad pengar är värda?
* Går du ofta vilse?
* Är det lätt eller svårt för dig att koncentrera dig?
 |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  Psykisk funktionsförmåga* Hur känner du dig? Är du till exempel glad, ledsen, deprimerad eller optimistisk?
* Orkar du sätta igång med vardagliga sysslor och göra dem klara?
* Njuter du av ditt liv? Är du intresserad av olika saker?
* Vad skulle du vilja göra i framtiden? Vad drömmer du om?
 |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  Social funktionsförmåga* Trivs du bäst ensam eller tillsammans med andra?

- Kommer du bra överens med andra människor,  eller börjar du ofta gräla med dem?* Har du vänner?
* Har du hobbyn där du gör något tillsammans med andra? Deltar du gärna i tillställningar där du gör något tillsammans med andra?
 |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  Annan funktionsförmåga* Vad annat finns det i din vardag som du är bra på?
* Vad annat i din vardag behöver du hjälp med?
* Klarar du av att be om hjälp?
 |

##  Vilka styrkor och resurser har du?

|  |  |
| --- | --- |
|  | * Vad är du bra på?
* Vad får dig på gott humör?
* Vad hjälper dig att orka och ger dig krafter?
 |

## Service

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Vilken service får du nu?*** Service kan vara till exempel boende, taxi eller en stödperson.

**Hur får du pengar?** * Du kan få till exempel lön, pension och olika stöd.
 |
|  | **Vad tycker du om den service som du får nu?** * Är du nöjd med den service du får?
* Borde något vara annorlunda?
 |
|  | **Vad tycker din familj och personalen om den service som du får?**  |
|  | **Finns det någon service** **som din socialarbetare eller servicehandledare****tycker att du behöver?** * När börjar den servicen, och hur länge håller den på?
* Planerar ni någon annan service för dig just nu?
 |

## Vad hoppas du på? Vad drömmer du om? Vad skulle du vilja uppnå?

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Har du fått en klientplan förut?*** Vad är annorlunda nu?
* Har det som du hoppats på och drömt om blivit verklighet?
* Har du fortfarande samma drömmar?

**Finns det nya saker som du drömmer om och hoppas på?** |

##  Stöd för att ta beslut själv

|  |  |
| --- | --- |
|  | I klientplanen står det hurdant stöd du behöver* för att ta beslut
* för att delta
* för ett gott och lugnt liv.
 |
|  |  Begränsande åtgärder |
|  | I klientlanen står det om du behöver begränsande åtgärder.* Vad ska en vårdare göraom det inte hjälper att prata med dig och lugna dig eller om det finns en risk för att du skadar dig själv eller andra?
* Hur får du motion och frisk luft om det är farligt för dig att gå ut ensam?
 |

##  Din egen kontaktperson

|  |  |
| --- | --- |
|  | I din klientplan står vem som är din egen kontaktperson. |

##  Att utvärdera och granska klientplanen

|  |  |
| --- | --- |
|  | Att utvärdera klientplanen * Vad tycker du om din klientplan?

Är den bra, eller finns där något som du tycker är fel?* Vad tycker de andra som är med på mötet?
 |
|  | Att granska klientplanen och vad man gör sedan* Din klientplan brukar gälla tills något förändras i ditt liv. Det som förändras kan till exempel vara

var du bor eller var du jobbar. * Man kan också bestämma

att klientplanen gäller fram till ett visst datum.* Om du behöver begränsande åtgärder granskas din klientplan två gånger om året.
* Ta kontakt med din socialarbetare när du behöver en ny klientplan.
 |
|  | Skriv under klientplanen* När din klientplan är färdig får du två kopior av den.
* Läs igenom klientplanen. Någon annan kan också läsa den för dig.
* Om du tycker att klientplanen är bra skriver du under den. Skriv ditt namn på klientplanen och skicka den ena kopian till din handikapptjänstbyrå.
* Den andra kopian ska du behålla själv.
* Om du tycker är det finns fel i klientplanen ska du tala om det för den person som har gjort klientplanen.
 |
|  | Vem får läsa din klientplan?* Din socialarbetare skickar din klientplan till dig. Du bestämmer själv vem annan som får läsa den.

Prata med socialarbetaren om vem som behöver en kopia på klientplanen. |



Bilder: Papunets bildbank, papunet.net:

Sergio Palao / ARASAAC

Sergio Palao / ARASAAC, bearbetade av Papunet

Paxtoncrafts Charitable Trust

Elina Vanninen

Aino Ojala

Sclera

Sclera, bearbetade av Ritva Hämäläinen, Savas