# 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 göra om 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