



Samordningsplan för stöd- och rehabiliteringsinsatser

Mitt namn

Personnummer

Adress

Telefon/E-post

Ansvarig för upprättandet:

Namn

Arbetsplats

Telefon och e-post

Mitt nätverk (viktiga personer - professionella, familj och vänner)

Namn	Arbetsplats/ adress	Telefon	E-post	Närv. vid dagens möte (X)

Vilket stöd har jag idag:

Medicinska/psykiatriska insatser:

Sociala insatser:

Rehabiliteringsinsatser:

Annat:

Min nuvarande situation (se ev. ifylld Livskvalitets frågeformulär):

Behov/önskad förändring (se ev. ifylld Livskvalitets frågeformulär):

Mitt långsiktiga mål (beskriv gärna önskad roll och sammanhang):

Mina delmål:

Färdigheter jag behöver för att nå eller bibehålla mitt mål:

Färdighet (fysisk, intellektuell, emotionell)	Ansvarig för att stödja/coacha mig
---	------------------------------------

Stödresurser jag behöver för att nå eller bibehålla mitt mål:

Stödresurs (person, aktivitet, plats, sak)	Ansvarig för att stödja/coacha mig
--	------------------------------------

Personer som får ta del av min plan:

- De närvarande personerna vid dagens möte
- Ytterligare personer:

Nästa möte:

Datum:

Ansvarig för (sammankalla och hålla i) nästa möte:

Ytterligare personer att bjuda in till nästa möte:

Namn	Arbetsplats/adress	Telefon	E-post

Namnunderskrifter:

Dagens datum:

Jag godkänner denna plan

Övriga närvarande

Uppföljning av samordningsplan för stöd- och rehabiliteringsinsatser

Mitt namn:

Personnummer:

Datum (för denna uppföljning):

Rehabplan upprättades (datum)

Framsteg i förhållande till mitt mål (mindre och större):

Eventuella hinder har försvårat framsteg i relation till mitt mål:

Eventuella ändringar i min plan:

Datum för nästa uppföljning:

Ansvarig för nästa uppföljning (sammankalla och hålla i möte):

Ytterligare personer att bjuda in till nästa möte:

Namn	Arbetsplats/adress	Telefon	E-post

Jag godkänner denna uppföljning

Bilaga 1

Livskvalitets frågeformulär

Kan användas inför upprättande av en Samordningsplan.

Namn: _____ Datum: _____

Ställ följande frågor inom varje område:

Hur tillfredsställd är du för närvarande med (*livsområde eller behandlingsaspekt*)?

Behöver du ytterligare hjälp inom det här området?

Om så är fallet, vilken slags hjälp behöver du (ange ett nyckelord)?

Område	Sätt en cirkel runt den siffra som stämmer bäst						Behöver du ytterligare/ annan hjälp inom det här området?	Vilken slags hjälp behöver du?	
	Kunde inte vara värre	Missnöjd	För det mesta missnöjd	Både och	För det mesta nöjd	Nöjd			Kunde inte vara bättre
Psykisk hälsa (t.ex. ångest, depression, hallucinationer)	1 _____	2 _____	3 _____	4 _____	5 _____	6 _____	7 _____	JA/NEJ	
Fysisk hälsa (somatiska hälsoproblem)	1 _____	2 _____	3 _____	4 _____	5 _____	6 _____	7 _____	JA/NEJ	
Arbetsituation (inklusive att vara arbetslös eller i utbildning)	1 _____	2 _____	3 _____	4 _____	5 _____	6 _____	7 _____	JA/NEJ	
Boende (boendesituation)	1 _____	2 _____	3 _____	4 _____	5 _____	6 _____	7 _____	JA/NEJ	
Fritidsaktiviteter (gå ut, bio, besöka vänner, aktiviteter hemma)	1 _____	2 _____	3 _____	4 _____	5 _____	6 _____	7 _____	JA/NEJ	
Vänner (antal och kvalitet på vänkontakter)	1 _____	2 _____	3 _____	4 _____	5 _____	6 _____	7 _____	JA/NEJ	
Relation till partner/familj (kvalitet på relationer)	1 _____	2 _____	3 _____	4 _____	5 _____	6 _____	7 _____	JA/NEJ	
Personlig säkerhet (hur säker du känner dig)	1 _____	2 _____	3 _____	4 _____	5 _____	6 _____	7 _____	JA/NEJ	
Ekonomi	1 _____	2 _____	3 _____	4 _____	5 _____	6 _____	7 _____	JA/NEJ	

Stöd från kommunen (t.ex. boendestöd, gruppboendestad, socialsekr. mm)	1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ 6 _____ 7	JA/NEJ	
Stöd från psykiatripersonal (t.ex. kontaktperson, läkare, medicinering mm)	1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ 6 _____ 7	JA/NEJ	

Denna version är omarbetad utifrån MANSA - Livskvalitetsinstrument.