

Min Individuella Samarbetsplan

Delaktighet vid Psykiatrisk sjukhusvård (DPS)

Namn	Personnummer	Datum
------	--------------	-------

Symtom jag tidigare haft när jag varit sjuk och varit inlagd på sjukhus:

Vid psykiatrisk vård på sjukhus

OMSORG

Omsorg i form av känslomässigt stöd. För att lindra oro och andra symtom.

Det här behöver jag i form av omtanke och stöd, för att känna att jag får komma till tals och att jag blir lyssnad på

Känslomässigt stöd jag behöver:

Betygsättning vid föregående utvärdering av psykiatrisk sjukhusvård -

Omsorg i form av praktiskt stöd. Att få hjälp med det som jag på grund av sjukhusvård är förhindrad till, t ex hjälp med telefonsamtal, ekonomin, bostaden och juridiskt stöd.

Praktiskt stöd jag tror mig behöva:

Betygsättning vid föregående utvärdering av psykiatrisk sjukhusvård -

SKYDD

Skydd jag behöver, för att känna trygghet och slippa vara rädd i samband med inläggning på sjukhuset och under vårdtiden

Åtgärder och bemötande jag behöver för att känna mig trygg/slippa vara rädd:

Betygsättning vid föregående utvärdering av psykiatrisk sjukhusvård -

Tvångsvård (Saknar du erfarenhet av tvångsvård, gå vidare till FÖRSTÅELSE)

Förslag på åtgärder och bemötande jag behöver för att acceptera att ta emot medicin:

Tvångsåtgärder (Saknar du erfarenhet av tvångsåtgärder, gå vidare till FÖRSTÅELSE)

Åtgärder och bemötande jag behöver för att förhindra tvångsåtgärder:

Förslag på åtgärder att välja på för att förhindra tvång:

Jag vill få möjlighet att välja mellan olika alternativa lösningar, för att slippa utsättas för en tvångsåtgärd, t ex för tvångsinjektion, isolering eller fastspänning

Om jag väljer att inte ta emot rekommenderad vård vill jag informeras om vad det kan innebära för mig.

Önskemål jag har om en tvångsåtgärd inte går att förhindra:

Begränsningar

Stöd jag önskar i form av begränsningar: (Till exempel omhändertagande av telefon/dator, kontokort, begränsad frigång)

Så här behöver jag bli bemött för att förstå och acceptera att bli begränsad:

Betygsättning vid föregående utvärdering av psykiatrisk sjukhusvård -

FÖRSTÅELSE

Att jag får hjälp att förstå. Att jag får tillräcklig och rätt information, för att slippa onödig oro och för att jag ska kunna vara så delaktiga som möjligt i min vård.

Information som är viktig för mig att få:

Så här behöver information ges för att jag ska kunna förstå och kunna ta den till mig när jag inte mår bra:

Muntligt Skriftligt

Jag behöver personligt stöd i form av:

Betygsättning vid föregående utvärdering av psykiatrisk sjukhusvård -

VÅRDMILJÖN

Att jag får vård i en miljö som är läkande

Att avdelningsmiljön är trivsamt och gynnar mitt tillfrisknande både till kropp och själ

Vårdmiljö som jag behöver för att känna mig trygg och tillfreds:

Betygsättning vid föregående utvärdering av psykiatrisk sjukhusvård -

RESPEKT

Vad jag behöver för att känna mig respekterad

Bemötande som känns respektfullt för mig:

Betygsättning vid föregående utvärdering av psykiatrisk sjukhusvård -

DELAKTIGHET

Att jag får vara så delaktig som möjligt, inom ramarna för den sjukhusvård jag får.

Områden som är viktiga för mig att få vara delaktig i:

Bemötande och stöd jag behöver för att kunna vara delaktig:

Betygsättning vid föregående utvärdering av psykiatrisk sjukhusvård -

SJÄLVSTÄNDIGHET

Att jag får vara så självständig som möjligt, inom ramarna för den sjukhusvård jag får.

Det här behöver jag för att känna mig så självständig som möjligt:

Betygsättning vid föregående utvärdering av psykiatrisk sjukhusvård -

ANHÖRIGAS DELAKTIGHET

Mina anhörigas samarbete med vården, i samband med att jag får sjukhusvård.

Anhöriga som jag vill ska vara delaktiga i min vård:

Så här vill jag att mina anhöriga ska vara delaktiga i min vård:

- Jag godkänner att mina anhöriga och vårdpersonal samarbetar för att hjälpa mig
- Mina anhöriga får informeras om hur jag mår

Stöd jag önskar att mina anhöriga ska få i samband med att jag vårdas på sjukhus (Fråga dem):

Betygsättning vid föregående utvärdering av psykiatrisk sjukhusvård -

Övriga upplysningar och synpunkter:

Härmed godkänner och signerar jag min Individuella Samarbetsplan – Delaktighet vid psykiatrisk sjukhusvård

Dokumentet syftar till att göra mig så delaktig som möjligt under vårdtiden.

Önskemål är inte bindande för vården att följa.

Patientens signatur

Case manager/vårdkontakt signatur

Dokumentation: DPS skannas in i journalen och dokumenteras enligt lokal rutin.