# Min Individuella Samarbetsplan

## Handlingsplan vid Tidiga tecken

| **Namn:** | **Pers nr:** | **Datum:** |
|---|---|---|
| | | |

*Planen utformas med fördel tillsammans med din Resursgrupp som kan vara dina anhöriga, din läkare och din/dina case managers/vård och stödkontakter*

**Faktorer/påfrestningar som kan leda till att jag mår sämre:**

☐ Om jag får för lite sömn
☐ Om jag glömmer att ta min medicin
☐ Om jag slutar ta eller minskar min medicin
☐ Om jag utsätts för stor press eller belastning
☐ PMS eller kroppslig ohälsa
☐ Stora positiva förändringar i mitt liv
☐ Stora negativa förändringar i mitt liv
☐ Alkoholmissbruk
☐ Narkotika

☐ Annat:

**Tidiga tecken på att jag mår sämre, eller känner mig belastad:** *Ta hjälp av checklista för Tidiga tecken*

☐ Ändrat sömnmönster
☐ Oro, ångest
☐ Ökad/minskad energi
☐ Ökad misstänksamhet
☐ Hör ljud/röster
☐ Nedstämdhet
☐ Tankar på självmord
☐ Ökar min användning av tobak, alkohol, droger

Ytterligare beskrivning:

**Tidiga tecken som uppmärksammas av andra:** *Fråga din Resursgrupp som kan vara dina anhöriga, din läkare och din/dina case managers/vård och stödkontakter.*

## Vad <u>jag själv</u> kan göra för att må bättre:

**Om jag har Tidiga tecken ska jag:**

☐ Kontakta min öppenvård

**Om jag har Tidiga tecken kan jag justera min medicinering enligt följande läkarordination:**

**Om jag har Tidiga tecken vill jag att mina anhöriga och vård/stödkontakter ska:**

☐ Hjälpa mig att följa åtgärderna i planen
☐ Om jag inte själv kontaktar min öppenvård, vill jag att mina anhöriga göra det åt mig

## Vad <u>andra</u> kan göra för att jag ska må bättre - om jag själv inte uppmärksammar att jag behöver ökade vårdinsatser

| |
|---|
| ☐ Jag vill vara med på möte för att få välja på lösningar för att förhindra ytterligare försämring. |
| ☐ Annat: |

| |
|---|
| **Så här önskar jag bli bemött för att förstå och acceptera att ta emot vård:** |
| ☐ Om jag väljer att inte ta emot rekommenderad vård vill jag informeras om vad det kan innebära för mig. |

| |
|---|
| **Jag önskar då följande vård- och behandlingsinsatser:** |
| ☐ Jag vill få möjlighet att välja mellan de olika alternativa lösningar som är aktuella för mig, (t ex komma varje dag till öppenvården för att ta medicin som alternativ till sjukhusvård). |
| **Jag vill att följande personer involveras för att hjälpa mig och så här vill jag att de involveras:** |
| ☐ Jag godkänner att mina anhöriga och vårdpersonal samarbetar för att hjälpa mig<br>☐ Mina anhöriga får informeras om hur jag mår |

| |
|---|
| **Om jag behöver tas till sjukhus önskar jag att det sker så här:** *(stöd, transport)***:**<br><br>**Det här är viktigt för mig då:** |

## Mina vård- och stödkontakter

| | |
|---|---|
| **Case manager/vård och stödkontakt:** | **Telefon:** |
| **Case manager/vård och stödkontakt:** | **Telefon:** |
| **Behandlande läkare:** | **Kontakt kan även tas via:** |

## Härmed godkänner jag denna plan

| | |
|---|---|
| Patient | Case manager/vård- och stödkontakt |
| Läkare | |
| Anhörig | |

**Dokumentation: HANDLINGSPLANEN skannas in i journalen och dokumenteras enligt lokala rutin.**