

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:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Om jag får för lite sömn | <input type="checkbox"/> Stora positiva förändringar i mitt liv |
| <input type="checkbox"/> Om jag glömmer att ta min medicin | <input type="checkbox"/> Stora negativa förändringar i mitt liv |
| <input type="checkbox"/> Om jag slutar ta eller minskar min medicin | <input type="checkbox"/> Alkoholmissbruk |
| <input type="checkbox"/> Om jag utsätts för stor press eller belastning | <input type="checkbox"/> Narkotika |
| <input type="checkbox"/> PMS eller kroppslig ohälsa | |

Annat:

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

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ändrat sömnmönster | <input type="checkbox"/> Hör ljud/röster |
| <input type="checkbox"/> Oro, ångest | <input type="checkbox"/> Nedstämdhet |
| <input type="checkbox"/> Ökad/minskad energi | <input type="checkbox"/> Tankar på självmord |
| <input type="checkbox"/> Ökad misstänksamhet | <input type="checkbox"/> 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 jag själv 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 andra 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

Mina anhöriga får informeras om hur jag mår

Om jag behöver tas till sjukhus önskar jag att det sker så här: (stöd, transport):

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.