**Individuell plan**



* Ta med individuell plan når du skal til lege/sykehuset.
* Gi beskjed til lege/sykepleier om at du har individuell plan og vis dem planen.
* Planen er ditt dokument.

Utarbeidet av Palliativt senter, Ahus



**Informasjon til pasienter, pårørende og helsepersonell om**

**individuell plan**

Individuell plan er et verktøy for samarbeid mellom deg og de ulike delene av helse- og sosialtjenesten du har kontakt med.

**Hensikt med individuell plan er:**

* å bidra til at du får et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud.
* å lage kontaktoversikt og bidra til ansvarsavklaring
* å kartlegge, samt vurdere og koordinere tiltak
* å styrke samhandlingen

I planen skal det også finnes oppdatert liste over medisiner, samt skjema for kartlegging og ESAS symptomregistrering. Det anbefales å tilpasse individuell plan etter behov – slik at papirer som er viktige for deg blir lett tilgjengelige.

Aktuelle vedlegg kan være; resepter, prøvesvar, timeavtaler, bruksanvisninger, spesielle prosedyrer, sykepleienotat, legenotat/epikriser.

For at individuell plan skal bli et nyttig redskap, er det *vikitg at du har med deg planen* når du er i kontakt med helsepersonell. Gi beskjed om at du har en individuell plan.

|  |
| --- |
| **Samtykke til utarbeidelse av individuell plan** |
| Jeg vil at det utarbeides en individuell plan for meg. Jeg har forstått hva individuell plan er. Jeg er klar over at jeg når som helst kan trekke mitt samtykke tilbake. Jeg samtykker at planen kan distribueres til de personer som bidrar i planen. Det skal gis samtykke fra meg hvis andre personer enn de som er involvert har behov for denne individuelle planen. |
| Jeg ønsker at en annen person skal delta sammen med meg i utarbeidelse av planen.Navn på personen: |
| Samtykket gjelder f.o.m.: | Ny gjennomgang: |
| Sted, dato: |
| Underskrift: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Individuell plan iverksatt dato:** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Navn****Adresse** **E-post adresse:** | **Telefonnummer:****Mobil:****Fast:****Arbeid:** |
| **Kontaktoversikt pårørende** |
| Navn (1)/Adresse |
| Slektskap/tilknytning | Tlf. privat | Mobil | Arbeid |
| E-post |
| Navn (2) /Adresse |
| Slektskap/tilknytning | Tlf. privat | Mobil | Arbeid |
| E-post |
| Navn på barn i familien under 18 år  | Fødselsår |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |
| --- |
| **Koordinator – har ansvar for at innholdet i planen er oppdatert** |
| Navn/stillingAdresse |
| Tlf arbeid | Mobil | E-post |

|  |
| --- |
| **Kontaktoversikt kommunehelsetjenesten** |
| **Fastlege** | NavnLegesenter E-post | Tlf legekontorVakttlf/direktenummer |
| **Kan fastlege kontaktes direkte?** 🞎 Ja, fra kl. til kl. 🞎 Ja, hele døgnet 🞎Nei**Reiser fastlegen på hjemmebesøk?** 🞎 Ja 🞎 Nei |
| **Hjemmesykepleien Ansvarlig sykepleier** | Navn/AdresseE-post | Tlf. |
| **Hjemmesykepleie –****Kontor** | Sone/AdresseE-post | Tlf.**Vakttlf.** |
| **Saksbehandler –****Bestillerkontor** | Navn/AdresseE-post | Tlf. |
| **Andre kontakter** | Navn/Adresse | Tlf. |
| **Andre kontakter** | Navn/Adresse | Tlf. |

|  |
| --- |
| **Oversikt sykehus** |
| **1) Lokalsykehus, avdeling** |
| **Behandlingsansvarlig lege** |
| **Behandlingsansvarlig sykepleier** |
| **Palliativt team** |
| **Poliklinikk/andre** |
| **2) Annet sykehus, avdeling** |
| **Behandlingsansvarlig lege** |
| **Sykepleier** |
| **Palliativt team** |
| **Andre** |
|  |
| **Åpen innleggelse**(eget informasjonsskriv legges i planen)**Avtalt med, navn Sykehus, avd. Post Dato** |
|  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Hva er viktig for meg nå?** | Her kan du skrive dine ønsker og behov. Stikkord kan være: Fysiske og psykiske forhold, familie og venner, økonomi, livssyn ol. |
|  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dato** | **Tiltak knyttet til dine behov** | **Ansvarlig tjenesteyter** | **Ny****vurdering** | **Avsluttet dato** |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dato** | **Tiltak knyttet til pårørendes behov**  | **Ansvarlig tjenesteyter** | **Ny****vurdering** | **Avsluttet****dato** |
|  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Dato** | **Annet** |
|  |  |
| **I situasjoner der assistanse/hjelp må tilkalles, kan jeg kontakte:**Denne listen utarbeides av pasient, hjemmesykepleie og fastlege, evt. i nettverksmøte  | **Tlf.** |
| **1** |  |  |
| **2** |  |  |
| **3** |  |  |
| **4** |  |  |
| **5** |  |  |
| **6** |  |  |
| **7** |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Viktige telefonnummer** | **Tlf.** |
| Vakttlf. hjemmesykepleien |  |
| Akutt nødtlf. | **113** |
| Ambulanse |  |
| Taxi |  |
| Andre: |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |
| --- |
| **VIKTIGE BESKJEDER**Her noteres viktige beskjeder f.eks mellom helsepersonell i forbindelse med legebesøk, besøk til poliklinikk, tilsyn etc. |
| **Dato** |  | **Signatur** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |