Vägledning för Samordnad individuell plan (SIP)

Datum för planering: 25-xx-xx
Tid för planering: 10:00

Initiativorsak

Beskriv varför SIP görs.
Exempel: Inskrivning i mobilt vårdteam, samordning mellan vårdgivare, försämrat hälsotillstånd, upprepade sjukhusvistelser, flytt till SÄBO.

Min nuvarande situation

Socialt:
Beskriv social situation.
Frågor att ställa:

- Bor i hus eller lägenhet?
- Vilket våningsplan och finns det hiss?
- Bor ensam eller med någon annan?
- Vem sköter sådant som städning, handling, matlagning, hemtjänst eller anhörig?
- Har individen hemsjukvård?
- Finns missbruk eller annat som påverkar hälsotillståndet?
- Ansvar för minderåriga barn?
- Finns andra viktiga närstående

Exempel: Bor ensam i lägenhet på andra våningen, hiss finns. Har hemsjukvård. Får hjälp av hemtjänst med städning, tvätt och uppvärmning av mat. Granne handlar. Son bor i Halmstad.

Medicinskt:
Beskriv aktuell och tidigare sjukdom. Ange om någon sjukdom följs av specialistmottagning. Nämn eventuella medicintekniska hjälpmedel (till exempel pacemaker, ICD).
Exempel: Hjärtsjuk med tidigare infarkter x3. Förmaksflimmer, behandlas med Eliquis. Alzheimer sedan 2022. Tidigare prostatacancer. Misstänkt malignitet, men patienten har avstått vidare utredning. Bipolär sjukdom följs av WeMind.

Funktionsnivå:
Beskriv med Clinical Frailty Scale (CFS) och/eller relevant beskrivning av ADL, nutrition, förflyttning.
Exempel: CFS 6 – Måttligt skör. Går med rollator inomhus. Behöver hjälp vid dusch. Hemtjänst sätter på stödstrumpor. Gradvis försämring senaste månaderna. Minskad aptit, viktnedgång. Får 2 näringsdrycker per dag.

Huvudmål

Beskriv om det finns någon beslutad inriktning på vården, till exempel palliativ vård tidigt/sent skede, finns önskemål från individen om att undvika sjukhusvård.
Exempel: Vård i hemmet om så möjligt till exempel vid infektion eller tilltagande hjärtsvikt, vård på sjukhus om nödvändigt. NN önskar att bedömning för akuta åkommor görs i hemmet. Vid behov av blodtransfusion kan ASIH kontaktas för punktinsats.
Finns plan för annat boende?
Exempel: Individen har ansökt om plats på vårdboende.
Beskriv om det finns särskilt övergripande mål som individen har.
Exempel: Önskar träna sig till mer självständighet i förflyttning inomhus, vill klara av att ta sig ut på balkongen självständigt.

👥 Deltagare i planeringen

Den enskilde närvarande: Ja/Nej

Enhet/relation	Namn	Kontaktinformation
Närstående	Hustru Lisa Larsson	mobilnummer
Vårdcentralen xx	Dr Anna Andersson	telefonnummer
Hemsjukvårdsområde xx	Ssk Pelle Persson	telefonnummer
Urologmottagningen	Kontaktsjuksköterska NN	telefonnummer
Vuxenpsykiatrimott Najaden	Kontaktperson NN	telefonnummer

⚠ Riskbedömning och åtgärder

Anteckning om patientens vårdnivå finns i journal: Ja/Nej
Senast uppdaterad: 25-xx-xx

Nedan ges exempel på tillstånd.

Riskbedömning/riskhantering:
1) Försämring i hjärtsvikt
2) Fallrisk
3) Oro, ångest
4) Minnessvikt
5) Näringsbrist
6) Anemi
7) Förvirring
8) Försämring i KOL - med excacerbation eller pneumoni
9) Försämring i depression

🛠 Åtgärdsplan/Krisplan

Exempel på åtgärd för tillstånd beskrivna under riskbedömning

1) Hjärtsvikt: Regelbundna viktkontroller (specificera gärna om varje vecka/varje dag). Vid viktökning mer än x kg över x dagar, kan extra vätskedrivande ges enligt ordination i Pascal. Detta ska rapporteras till läkare nästkommande vardag för ställningstagande till dosjustering av stående läkemedel.

2) Fallrisk: Regelbundna kontroller av puls och blodtryck, påminn om att använda rollator inomhus. Om fall med frakturmisstanke kan sjukhusvård bli aktuellt. På grund av blodförtunnande behandling med Eliquis ska bedömning göras av sjuksköterska vid fall med misstanke om huvudskada. Läkare kontaktas vid misstanke om intrakraniell blödning. Specificera om vårdriktlinje för sköra äldre gäller eller inte.

3) Oro/ångest: Om ökad oro, följ ordination i Pascal för Oxascand. Erbjud kuratorskontakt. Om ensamboende, se över hur ofta tillsyn sker.

4) Minnessvikt: Stäm regelbundet av att patienten tar sina dospåsar som ordinerat, vid behov övertas medicinansvar av sjuksköterska i kommun.

5) Näringsbrist: Regelbundna viktkontroller samt stöttning vid måltider. Om minskande vikt eller aptit, erbjud näringsdryck som komplement.

6) Anemi: Regelbunden kontroll av Hb en gång per månad. Blodtransfusionsgräns <80.

7) Förvirring: Kontrollera vitala parametrar och kontakta läkare med rapportering enligt VISAM. Finns misstanke om förstoppning? Infektion?

8) KOL: Ge extra inhalationer enlig ordination pascal. Jourtid kan kortisontabletter initieras av distriktssjuksköterska. Kontakt med läkare nästkommande vardag.

9) Depression: Erbjud kontakt med kurator. Tag kontakt med behandlande läkare för bedömning.

Palliativ vård – övergång från tidigt till sent skede

Exempel: Vid svår försämring i allmäntillstånd skall sjukhusinläggning i den mån det går undvikas, fokus på god vård i hemmet. Beslut om övergång till strikt palliation och initierande av palliativ behandling kan i detta fall göras jourtid av distriktssjuksköterska. Patient och närstående instämmer i detta. Palliativa mediciner insatta i läkemedelslista.

Tidiga tecken på återinsjuknande

Exempel på tidiga tecken på försämring av tillstånd beskrivna under riskbedömning.

1) Hjärtsvikt: Viktuppgång, tilltagande bensvullnad och andfåddhet.
2) Fallrisk: Yrsel, ostadighet
3) Oro/ångest: Rastlöshet, oro

5) Näringsbrist: Viktnedgång, aptitlöshet
6) Anemi: Tröttare, orkeslös, andfådd
7) Förvirring: Vänder på dygnet, orolig, täta toalettbesök
8) KOL: Andfåddhet, pipig andning, hosta, eventuellt feber.
9) Depression: Minskad aptit, mer sängliggande, ter sig nedstämd.

Medicinska/psykiatriska stödbehov

Ange det stödbehov som kan uppstå vid försämring eller risk som uppstått, inklusive vilken enhet eller profession som ska kontaktas. Mobilt närsjukvårdsteam tar över det medicinska ansvaret från vårdcentralen, gör läkemedelsavstämning och upprepar SIP. Mobilt närsjukvårdsteam gör akuta och planerade hembesök och koordinerar vården kring patienten. Vid psykisk sjukdom, beskriv vilken hjälp patienten behöver, till exempel att motiveras till att acceptera vård som erbjuds, vilken vårdenhet som ska kontaktas för att stötta vid försämrat mående.

Delmål

Exempel på delmål med tillhörande aktivitet, beskriv även individens ansvar. Beskriv resurser eller hinder som finns för att uppnå huvudmål. Under aktivitet beskrivs även hur den ska följas upp.

A) Minska fallrisk
Aktivitet: Arbetsterapeut ser över ”snubbelrisk” som trösklar, mattor, möblering, samt behov av hjälpmedel. Fysioterapeut ser över hur förflyttningar sker till exempel i och ur säng, till och från toalett.
Individens ansvar: Använda rollator, medverka till ändrad möblering

B) Självständig förflyttning
Aktivitet: Fysioterapeut och arbetsterapeut bedömer möjlighet till rehabilitering och instruerar patient och omvårdnadspersonal.
Individens ansvar: Utföra träning enligt ordination, meddela om något inte fungerar.

Uppföljning SIP

Datum för utvärdering och eventuell revidering. SIP:en är giltig i 12 månader.

Bilagor

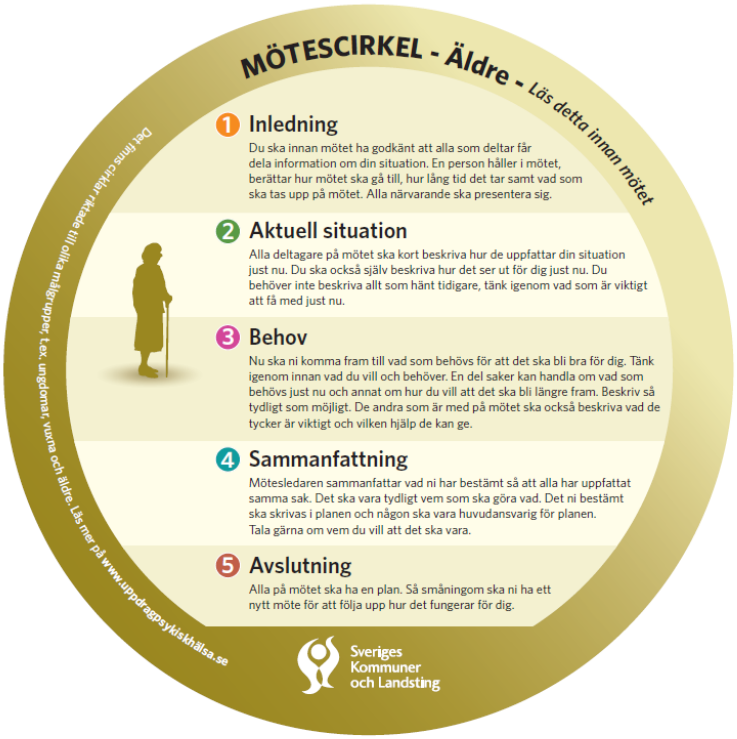
Bilagorna, Mötescirkel, kan vara ett mötesstöd för samtliga deltagare i SIP:en och lånade från ”Uppdrag Psykisk Hälsa”. Bilagan, Samordnad Individuell Plan, är lånad från Vårdgivare Skåne. Tryck på bilagornas rubrik och håll inne tangenten ”ctrl” för att komma till original för utskrivning.

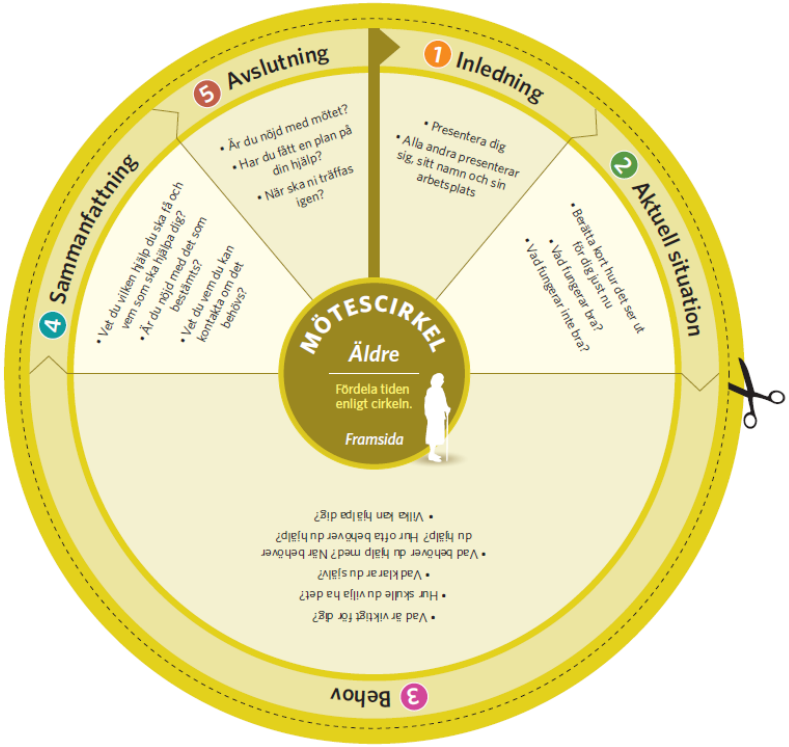
Uppföljning

Uppföljning kommer ske systematiskt med fast tidsintervall. Första uppföljningen sker i maj 2026. Vid förslag på förbättring för detta dokument, vänligt kontakta Alice Hansson.

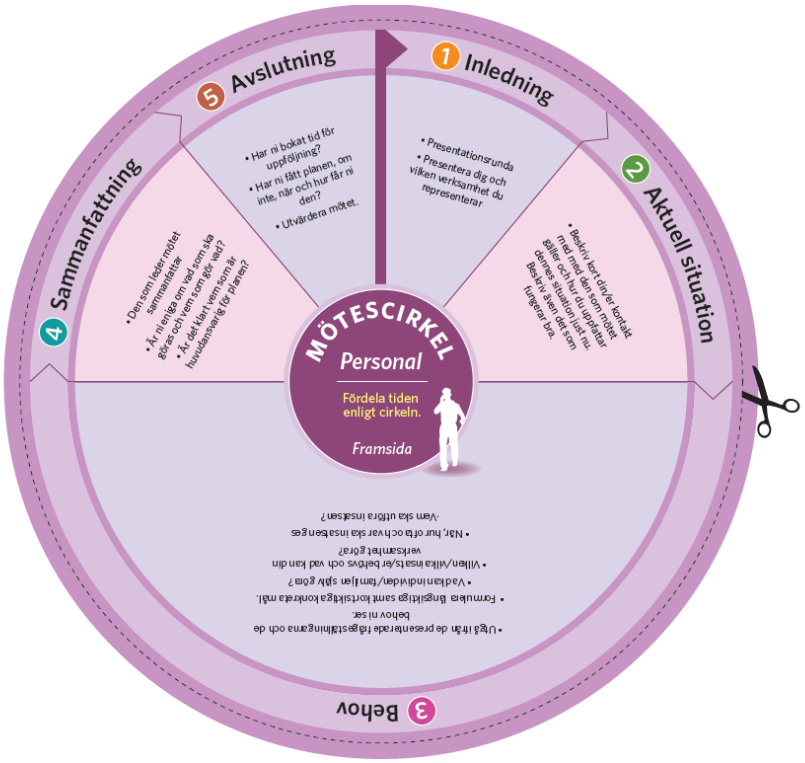
Alice.M.Hansson@skane.se

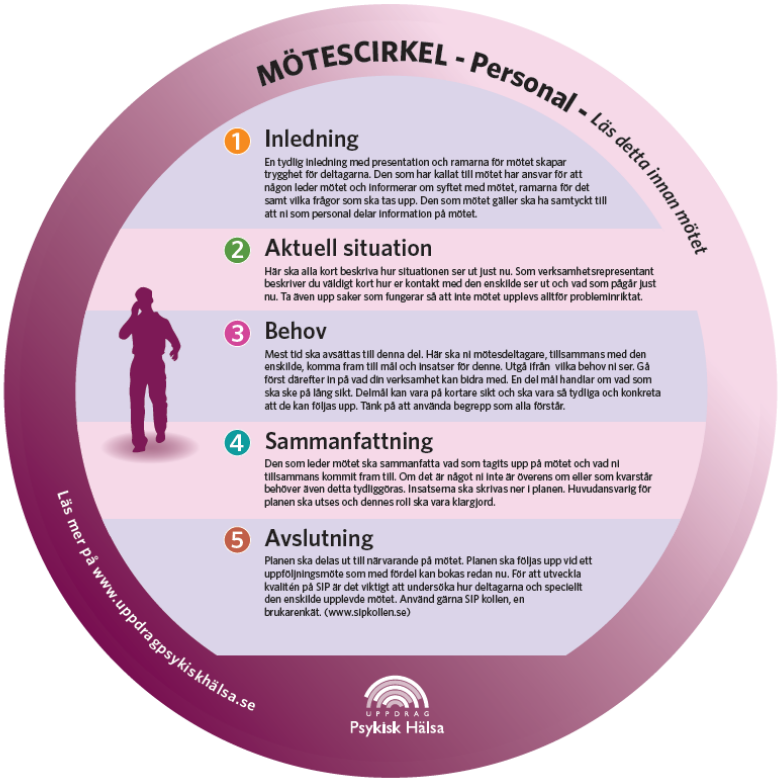
Bilaga – Mötescirkel - Äldre



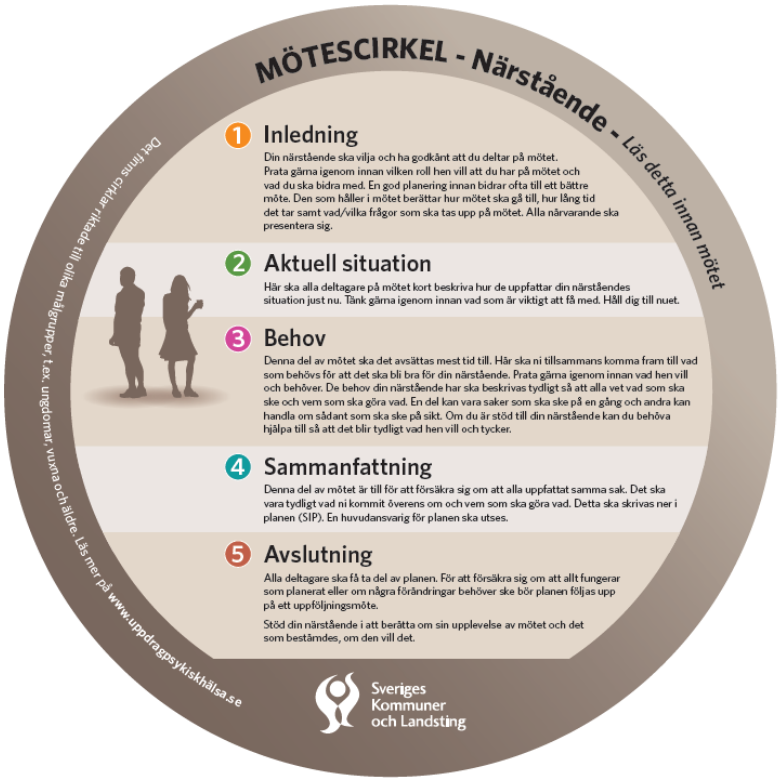


Bilaga – Mötescirkel – Personal



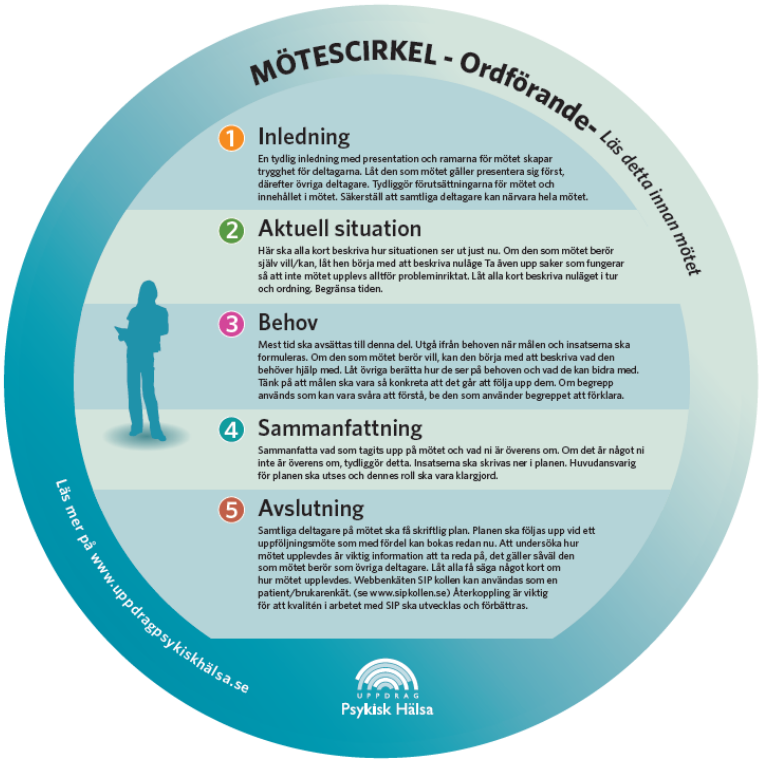


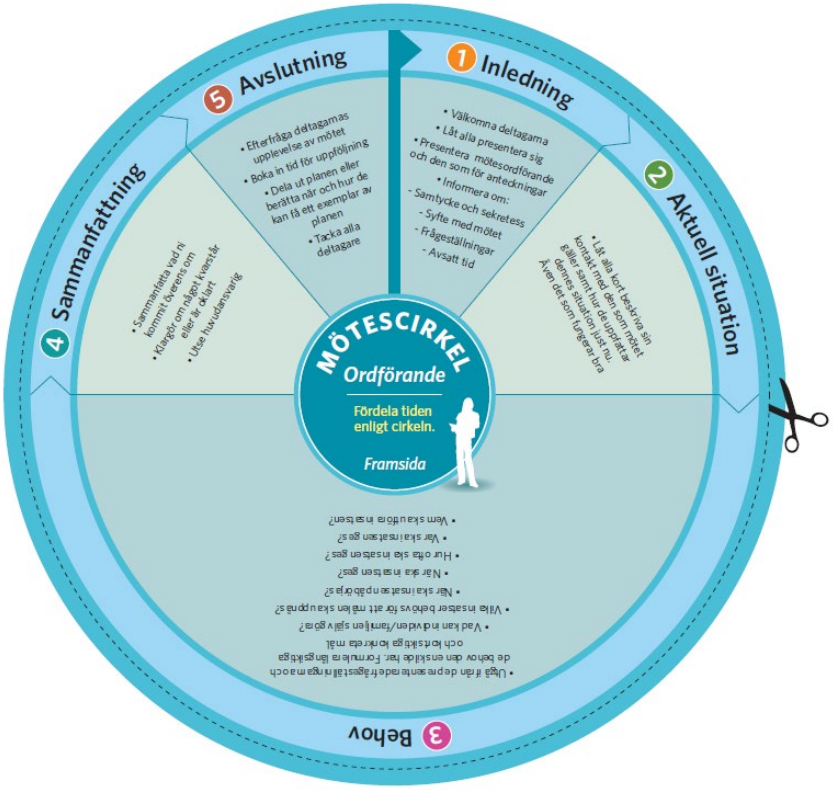
Bilaga – Mötescirkel - Närstående



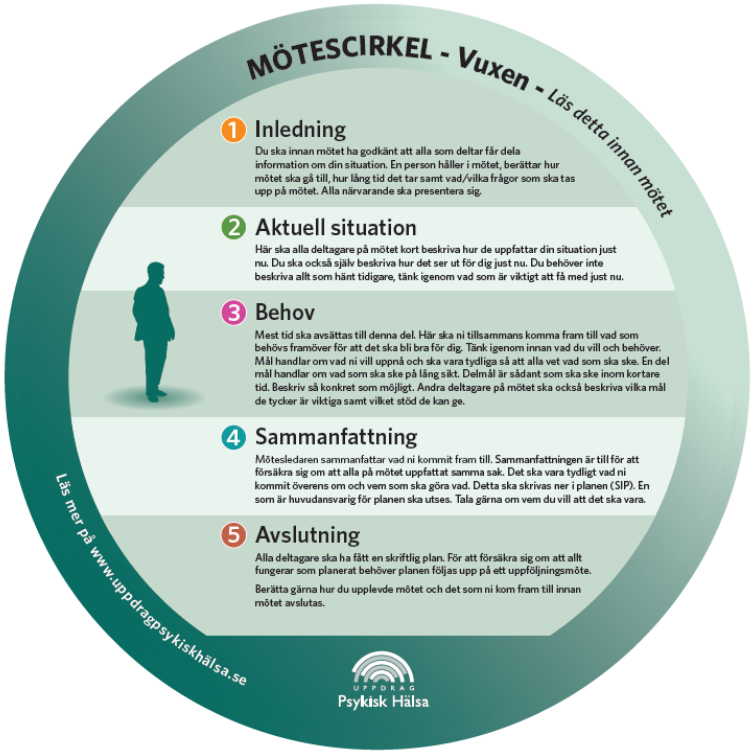


Bilaga –Mötescirkel - Ordförande



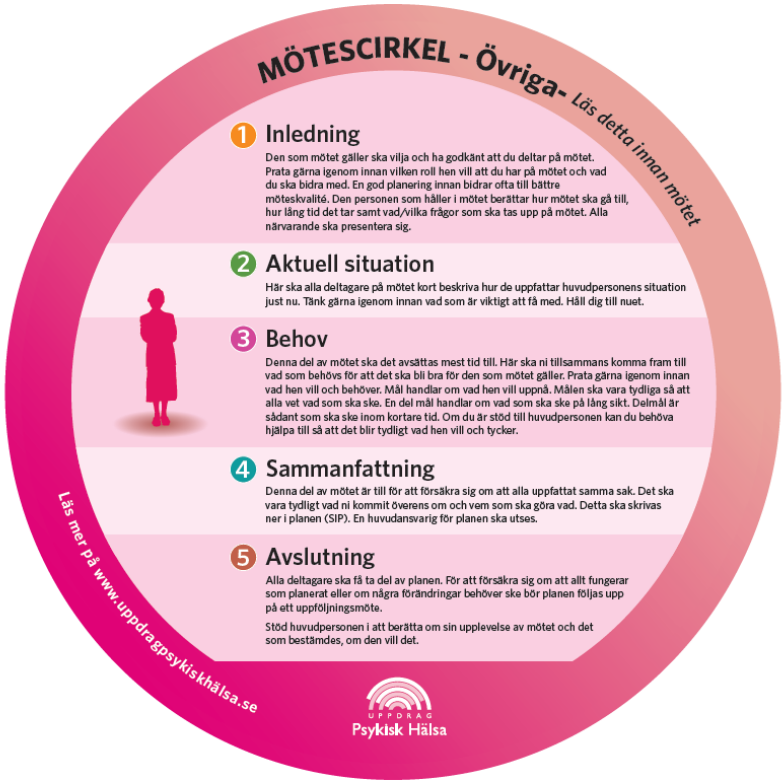


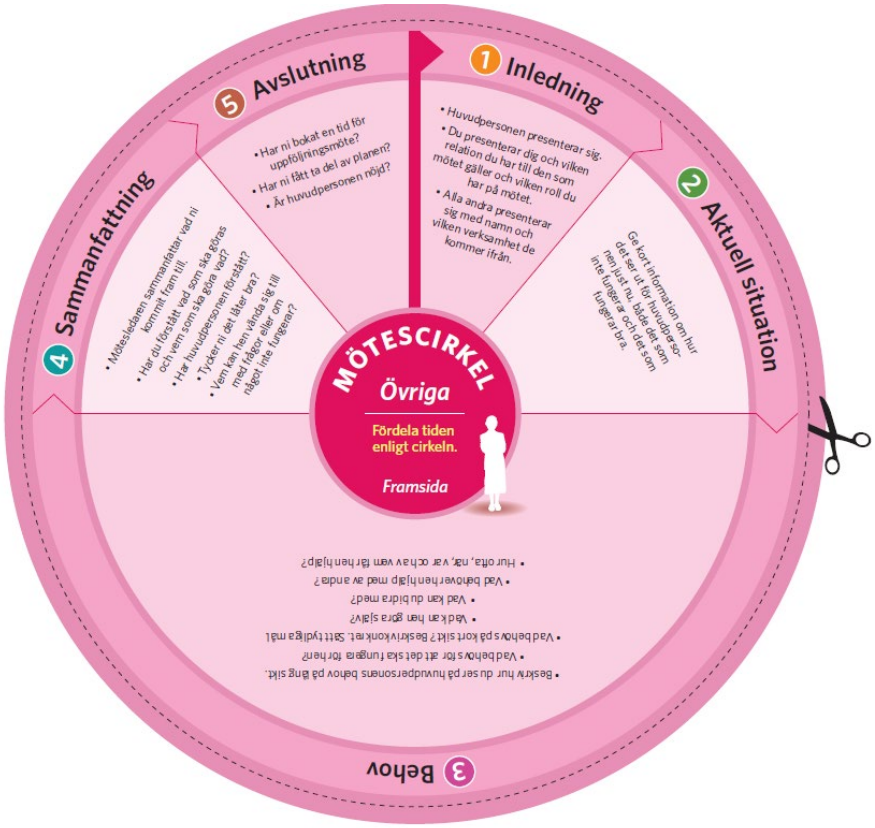
Bilaga -Mötescirkel - Vuxen





Bilaga – Mötescirkel – Övriga





Bilaga – Samordnad indviduell plan.

PATIENTINFORMATION

DATUM
2023-01-25

Samordnad individuell plan (SIP)

När du behöver hjälp med hälsa och vård kopplat till din livssituation, från både Region Skåne och din kommun kan insatserna behöva samordnas. Insatser kan samordnas genom Individuell Samordnad Plan så kallad SIP. I en SIP beskrivs vem svarar för vilka insatser. För att SIP ska kunna genomföras behöver du lämna ett samtycke.

Vad är en SIP?

SIP genomförs som ett möte där de som ansvarar för insatser planerar tillsammans med dig hur insatser ska genomföras och följas upp. Du är en aktiv deltagare i planeringen. Utgångspunkten för SIP är vad som är viktigt för dig. Insatser samordnas och planeras utifrån dina personliga mål.

Syftet med en SIP

Syftet med SIP är att du ska få de samordnade insatser som du har rätt till och är i behov av i din livssituation. Målsättningen är att du ska få stöd och hjälp till ett så normalt och självständigt liv som möjligt.

Hur görs en SIP?

När en SIP ska göras, samlas de som ansvarar för olika insatser tillsammans med dig för att planera genomförandet. Vilka som deltar beror på hur dina behov ser ut. Om du vill får du även ta med någon närstående. Mötet kan ske till exempel hemma hos dig, på en vårdcentral eller på en annan lämplig plats. Du får den färdiga planen i pappersform och har även möjlighet att ta del av den via Mina vårdplaner på 1177.

Bra att veta

Vill du, eller dina närstående veta mer eller få hjälp med att förbereda, fråga oss gärna eller sök mer information på 1177.se
Om du som ska samtycka till SIP är under 18 år avgör din mognadsgrad om det är du eller dina vårdnadshavare som ska lämna samtycke.