



Kommunförbundet Skåne



Rutin och vägledning för arbete med Samordnad Individuell plan (SIP)

Rutinen är framtagen i samverkan mellan Kommunförbundet Skåne och Region Skåne

Publiceringsdatum: 2020-06-08

Rutinen ersätter dokument Samordnad Individuell plan – SIP, daterad 2017-12-11, och gäller från publiceringsdatum och tillsvidare.

Vårdsamverkan Skåne
Kommunförbundet Skåne | Region Skåne
vardsamverkanskane.se

Bakgrund

I socialtjänstlagen (2 kap. 7 § SoL) och hälso- och sjukvårdslagen (16 kap. 4 § HSL) finns en likalydande bestämmelse om att kommun och region ska upprätta en samordnad individuell plan när en enskild har behov av insatser som behöver samordnas. Bestämmelsen inbegriper även privata utförare som kommun och region har avtal med.

Paragrafen säger:

”När den enskilde har behov av insatser både från socialtjänsten och från hälso- och sjukvården ska kommunen tillsammans med landstinget upprätta en individuell plan. Planen ska upprättas om kommunen eller landstinget bedömer att den behövs för att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda, och om den enskilde samtycker till att den upprättas.”

Arbetet med planen ska påbörjas utan dröjsmål. En SIP ersätter inte skyldigheten att upprätta genomförandeplan/vårdplan enl. SoL/LSS och HSL men kan vara ett komplement till dessa.

2018 trädde lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutet hälso- och sjukvård i kraft. SIP infördes även i denna lag och syftet är här att främja god vård och omsorg för personer som behöver insatser från båda huvudmännen efter utskrivning.

Syfte med SIP

- Identifiera den enskildes behov och göra denne delaktig i planeringen.
- Tidigt erbjuda samordnade insatser.
- Samordna insatser verksamheter emellan.
- Försäkra sig om att såväl de närstående som verksamheterna känner till vilka insatser som pågår eller planeras.
- Säkerställa att den enskildes och närståendes behov av stöd blir tillgodosett.
- Främja god och nära vård och en socialtjänst av god kvalitet.

Mål med SIP

Att utifrån den enskildes behov och önskemål skapa en helhetsbild av vilka insatser som planeras, ansvarsfördelning och vilka kompetenser som behövs med syftet att öka den enskildes inflytande och delaktighet kring insatser och stöd.

SIP som process

SIP är en process som består av flera steg: kallelse, kartläggning, möte, aktivitetsuppföljning, utvärdering, uppföljning och avslut. Genom att följa processtegen hålls planen aktuell och uppdaterad så länge det finns behov av en sådan. En SIP som vare sig uppdaterats eller följts upp under den senaste 12-månadersperioden är att betrakta som förverkad.

Vem kan efterfråga SIP och delta i SIP-processen

- Den enskilde kan efterfråga en SIP.
- Närstående kan efterfråga en SIP och även delta men bara om den enskilde samtycker.
- En förvaltare kan efterfråga SIP och även ge samtycke samt företräda den enskilde och delta i arbetet.

- God man kan efterfråga SIP och medverka med den enskildes samtycke. Personligt ombud agerar enbart på uppdrag av den enskilde.

Det är alltid hälso- och sjukvårdspersonal alternativt socialtjänstpersonal som avgör om det behövs en plan för att samordna insatserna.

Vem i kommunen eller regionen kan initiera, kalla och delta i SIP

Den som i sin yrkesutövning inom socialtjänsten eller hälso- och sjukvården har uppmärksammat ett behov av samordning av insatser kan och ska ta initiativ till att en SIP upprättas. SIP kan endast genomföras efter den enskildes samtycke.

SIP-lagstiftningen gäller all skattefinansierad privat och offentligt driven vård och omsorg inom både **kommun** och **region**.

Ovanstående parter har en skyldighet att delta i SIP när de blir kallade.

Andra aktörer

I socialtjänsten samt hälso- och sjukvårdens skyldighet ingår att, tillsammans med den enskilde och eventuellt dennes närstående, identifiera vilka andra aktörer som kan vara viktiga att bjuda in till samverkan för att upprätta en SIP.

Aktörer som själva inte omfattas av socialtjänstlagen eller hälso- och sjukvårdslagen kan också uppmärksamma socialtjänsten eller hälso- och sjukvården om de upptäcker att behov av samordning behövs.

Samtycke

En SIP kan endast upprättas efter att den enskilde och eventuella vårdnadshavare samtycker till det. Ett samtycke kan närsomhelst återkallas. Om den enskilde och eventuella vårdnadshavare lämnat samtycke till att samordning kan ske men inte vill eller förmår delta vid mötet kan en planering ändå genomföras.

Om den enskilde och eventuella vårdnadshavare inte lämnar sitt samtycke bör en dialog föras kring fördelarna med samordningen. Om den enskilde och eventuella vårdnadshavare fortfarande inte samtycker ska detta dokumenteras hos den vårdgivare eller annan myndighet som uppmärksammat behovet.

Om den enskilde inte kan lämna samtycke bör kontakt tas med närstående, god man eller förvaltare för att få en uppfattning om den enskildes inställning, så kallat presumtivt samtycke/menprövning. Utredningen och vem som är uppgiftslämnare ska dokumenteras. Samtycket dokumenteras i respektive huvudmans verksamhetssystem. När den enskilde är under 18 år kan mognadsgraden vägas in om det är vårdnadshavaren eller den enskilde själv som ger samtycke.

Information om SIP

Den enskilde, och eventuella vårdnadshavare, ska informeras om anledningen till förslag om SIP, syfte och mål. Informationen ska vara anpassad till den enskildes förutsättningar. Den ska vara både muntlig och skriftlig (skånegemensamt informationsblad). Det är viktigt att säkerställa att mottagaren förstått innebörden i informationen.

Den som uppmärksammar behov av samordning av insatser är den som ansvarar för information till den enskilde

Planering och kallelse till SIP

I kallelsen till SIP ska syfte och en tydlig frågeställning framgå.

Vid SIP ska personal medverka som har kompetens att bedöma och erbjuda insatser så att den enskildes behov tillgodoses. De berörda enheterna avgör själva vilka yrkesroller som ska medverka.

Om tillgång finns till IT-stödet Mina planer ska detta användas för kallelser till planerings- och uppföljningsmöten samt för dokumentation av SIP. Varje huvudman ansvarar för att

aktuell enhet läggs till i Mina planer. För den enskilde, eventuella närstående och andra parter som saknar tillgång till IT-stödet Mina planer ska kallelsen ske skriftligt.

När ska kallelse till SIP ske samt vem ansvarar för det

- När det uppmärksammas att den enskilde har behov av samordnade insatser av vård och omsorg.
Kallelseansvarig: Aktörer som omfattas av SoL eller HSL.
- Vid inskrivning i Mobilt vårdteam
Kallelseansvarig: Relevanta yrkesgrupper inom kommunen

Om tolk behövs beställs denna av kallelseansvarig.

Kartläggning

Kartläggningens syfte är att ge en bild av den enskildes bakgrund och aktuella tillstånd inför kommande SIP och ska göras av samtliga berörda enheter. Relevant information och fakta inhämtas och dokumenteras.

Om det finns kartläggning inom ramen för SVU behövs detta inte göras inför SIP om den sker i anslutning till slutenvårdstillfället.

För kartläggning hänvisas till avsnittet i Rutin och vägledning för samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård som berör kartläggning.

Möte, genomförande och mötesstruktur

SIP ska upprättas tillsammans med den enskilde och det är den enskildes behov och önskemål som är utgångspunkten för planeringen. Att utgå från individens behov kräver förståelse av vad behov av vård och stöd kan vara. Mötet ska ske där det anses vara lämpligt utifrån den enskildes behov. Om möjlighet finns kan deltagande även ske via Skype eller telefon. Den som kallar till mötet säkerställer för att IT-stödet Mina planer och planeringsdokumentet finns tillgängliga.

Riskbedömning och åtgärder

Notera att SIP inte ska användas enbart för registrering av behandlingsnivå.

Behandlingsbegränsningar ska registreras i verksamheternas ordinarie journalsystem.

Nedan ges exempel på vad som kan skrivas under respektive rubrik/sökord.

Riskbedömning/riskhantering	Åtgärdsplan/krisplan
<ul style="list-style-type: none"> • KOL • Undernäring • Inaktivitet • Ökad stress, kan leda till ett sämre mående. Svackor i relationer. Försämrad sömn • Konflikter och motgångar i vardagen • Beroendeproblematik • Försämrat psykiatriskt mående/ökade symtom 	<p>KOL: Vid akut försämring ges behandling i hemmet, se medicinlista.</p> <p>Undernäring: De dagar som patienten äter sparsamt ska näringsdrycker ges.</p> <p>Inaktivitet: De dagar som patienten inte orkar/kan gå på promenader kan bencykel användas.</p> <p>Ökad stress: Plan för vem som kontaktas vid medicinska frågor, vid övriga frågor kontaktas boendestödjare.</p> <p>Konflikter och motgångar: Så få personal som möjligt ska vara inblandad, helst bara kontaktpersonerna. Samtal med psykosmottagningen vid med övergripande karaktär.</p>

	<p>Beroendeproblematik: Kontakt med socialtjänst, ansökan om vård och behandling eller stödinsatser.</p> <p>Försämrat psykiatriskt mående: Ökad kontakt med psykiatri.</p> <p>Begränsningsåtgärder: Sjukhusvård enbart efter särskilt övervägande och då i samråd med läkare.</p>
Tidiga tecken på återinsjuknande	Medicinska/psykiatriska stödbehov
<ul style="list-style-type: none"> • KOL: Ökad hosta, andfåddhet och upphostningar. • Undernäring: Trött och orkeslös. • Ökad stress: sömnrubbingar och irritation. • Konflikter och motgångar i vardagen. • Återfall i missbruk/isolering • Försämrat psykiatriskt mående: Isolering, ökad suicidallitet, ångest, eller andra psykiatriska symtom 	<p>KOL: Ökad tillsyn vid oro.</p> <p>Undernäring: Motivation till ökad matlust genom att servera måltiden i mindre portion på tallrik.</p> <p>Ökad stress: Mediciner, stödsamtal.</p> <p>Konflikter och motgångar: Har medicin, vid behovs medicinering, erbjudande om samtal.</p> <p>Återfall i missbruk/isolering: Samtal/öppenvård/institutionsvård</p> <p>Försämrat psykiatriskt mående: ökad kontakt med psykiatri/boendestöd, andra betydelsefulla personer, ej vara ensam, ev. kontakt med psyk akut</p>

Roller/Mål/Aktiviteter

Samordningsansvarig har ett övergripande ansvar för SIP när det gäller uppföljning, kallelse till nytt möte, avsluta planen när det inte längre finns behov av samordning av insatser eller om den enskilde flyttar utanför Skåne. Samordningsansvarig är personal från den verksamhet som den enskilde bedöms ha mest kontakt med.

Nedanstående roller utses innan mötet börjar, är inte yrkesspecifikt och kan innehas av en och samma person:

Mötesledarens roll är att se till att den enskilde och övriga deltagare får komma till tals.

Mötessekreteraren ansvarar för att dokumentera vilka som är närvarande och vilka mål och delmål som beslutas.

Varje enhet/yrkesroll ansvarar för att dokumentera i IT stödet Mina planer de aktiviteter som ska genomföras för att den enskilde ska kunna nå delmålet/delmålen. Ange status, aktivitet, beskrivning av aktiviteten, vem som är ansvarig för aktiviteten samt när uppföljning ska ske.

Exempel:

Delmål: Kunna gå upp och ner för trapporna.

Aktivitet: Trappträning.

Beskrivning: Kommunens fysioterapeut/sjukgymnast kommer dagligen för att träna med den enskilde i husets trappor, ca 30 minuter.

Uppföljning: 20XX-XX-XX (efter 14 dagar).

Ansvarig: Kommunens fysioterapeut/sjukgymnast.

Delmål: Inte öka i vikt mer än 3 kg

Aktivitet: Daglig viktkontroll

Beskrivning: XXX (den enskilde) väger sig dagligen. Meddelar hemsjukvårdssjuksköterska om viktökning är mer än 3 kg.

Uppföljning: En gång i månaden, fortlöpande.

Ansvarig: XXX (den enskilde)

Mötesledaren sammanfattar mötet och förvissas om att den enskilde har förstått vad som ska göras, varför och av vem. Innan SIP-mötet avslutas kommer man överens om tid för uppföljning. Uppföljning görs minst 1 ggr/år.

Om möjligt ska dokumentationen ske under mötet. Om detta inte är möjligt ska dokumentation ske fortast möjligt. Planen godkänns av samtliga deltagande, samordningsansvarig ansvarar för att den enskilde får en kopia av SIP.

Varje part ansvarar för att kontinuerligt följa upp och utvärdera beslutade aktiviteter.

Aktiviteterna ska vara uppdaterade inför uppföljningen av SIP.

Dokumentationen i IT-stödet Mina planer ersätter inte varje huvudmans skyldighet att dokumentera i respektive journalsystem.

Uppföljningsmöte

Samordningsansvarig ansvarar att kalla till uppföljningsmöte. Uppföljning görs minst 1 ggr/år eller oftare beroende på situationen.

Varje huvudman ansvarar för att uppdatera kartläggningen.

Under mötet fastställs om huvudmålet är uppfyllt, krävs det flera/nya delmål för att huvudmålet ska uppnås? Det är uppföljningen som gör SIP till ett levande verktyg.

Efter uppföljningsmötet ansvarar samordningsansvarig för att skriva ut den uppdaterade/nya SIP:en och lämna till den enskilde.

Flytt till annan kommun alternativt byte av vårdcentral

I samband med flytt till annan kommun inom Skåne alternativt byte av vårdcentral eller tillkomst av fler/nya vårdgivare/medverkande med avgörande betydelse för SIP:ens utformning och genomförande ska ny SIP upprättas.

Avsluta SIP

Samordningsansvarig ansvarar för att avsluta planen när det inte längre finns behov av insatser som ska samordnas eller om den enskilde flyttar utanför Skåne.

Stöddokument för SIP processen

<https://vardgivare.skane.se/uppdrag-avtal/kommunsamverkan/samverkan-sip-utskrivning-slutenvard/>