

Rutin för samordnad individuell plan (SIP)

1. Syfte och omfattning

Enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL 16 kap 4 §) och Socialtjänstlagen (SoL 2 kap 7 §) ska region och kommun tillsammans upprätta en individuell plan om det behövs för att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda. Fr.o.m 2018 ställer också Lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård (SFS 2017:612) krav på att SIP upprättas vid behov i samband med utskrivning. Lagkravet innebär att en samordnad individuell plan ska upprättas för alla enskilda som har behov av insatser från både region och kommun, oavsett om det handlar om öppen- eller slutna vård.

Skyldigheten omfattar alla som har behov av hälso- och sjukvård och socialtjänstens insatser, även de som får dessa behov tillgodosedda av privata vårdgivare eller andra enskilda aktörer som region och kommunerna har slutit avtal med (1 kap 3 § HSL och Kommunallagen 10 kap 1 §).

Det räcker att en av huvudmännen gör bedömningen att en individuell plan behövs för att skyldigheten ska inträda för båda parter (under förutsättning att personen det gäller har gett sitt samtycke).

Den gemensamma planeringen ska bygga på delaktighet och samtycke från den enskilde, anhöriga och/eller rättslig företrädare och klargöra det samlade behovet av insatser.

2. Allmänt

Samordnad individuell plan gäller vuxna och barn i offentlig och privat verksamhet oavsett typ av svårigheter eller omfattningen av dessa. Lagstiftaren betonar särskilt vikten av en plan när det gäller personer med:

- psykisk sjukdom och samtidigt missbruk
- allvarlig psykisk sjukdom med funktionshinder
- ungdomar med omfattande psykosociala behov
- personer med demenssjukdom och med behov av somatiska insatser
- patienter som efter utskrivning behöver insatser från både region och kommun

Den samordnade individuella planen ska klargöra vilka insatser som den enskilde behöver, vem som ska samordna insatserna samt vilka insatser respektive huvudman ska ansvara och betala för. Det kan vara insatser från flera verksamheter och yrkesföreträdare.

För personer med sammansatta behov är det angeläget att de sociala, medicinska, psykiska och fysiska behoven, inklusive rehabilitering, rehabilitering och hjälpmedel, bedöms och tillgodoses ur ett helhetsperspektiv. Den individuella planeringen är lika viktig, oavsett var den initieras.

Båda huvudmännen har ett likalydande ansvar för att vid behov erbjuda och upprätta en samordnad individuell plan för att samordna insatserna kring den enskilde. Den huvudman

uppmärksammar ett behov ska inleda en planering av vad som behöver göras. I samråd med den enskilde ska kontakt tas med andra berörda aktörer som har ansvar för de insatser som behövs för att den enskildes behov ska tillgodoses. En samordnad vård- och omsorgsplanering ska påbörjas utan dröjsmål.

När en enskild eller någon av huvudmännen begär en planering för att upprätta en samordnad individuell plan är den andra huvudmannen skyldig att delta. Region eller kommun (hälso- och sjukvård och socialtjänst) är skyldiga att kalla till planering. Andra aktörer, som till exempel försäkringskassa, arbetsförmedling, förskola, skola och frivilligorganisationer bör också kallas om den enskildes behov så kräver.

I Kronobergs län har även skolan rätt att kalla till, samt skyldighet att delta i SIP¹. I de kommuner som tillhör Samordningsförbundet Väre har också arbetsförmedling och försäkringskassa rätt att kalla till SIP samt skyldighet att delta².

3. Ansvar och roller

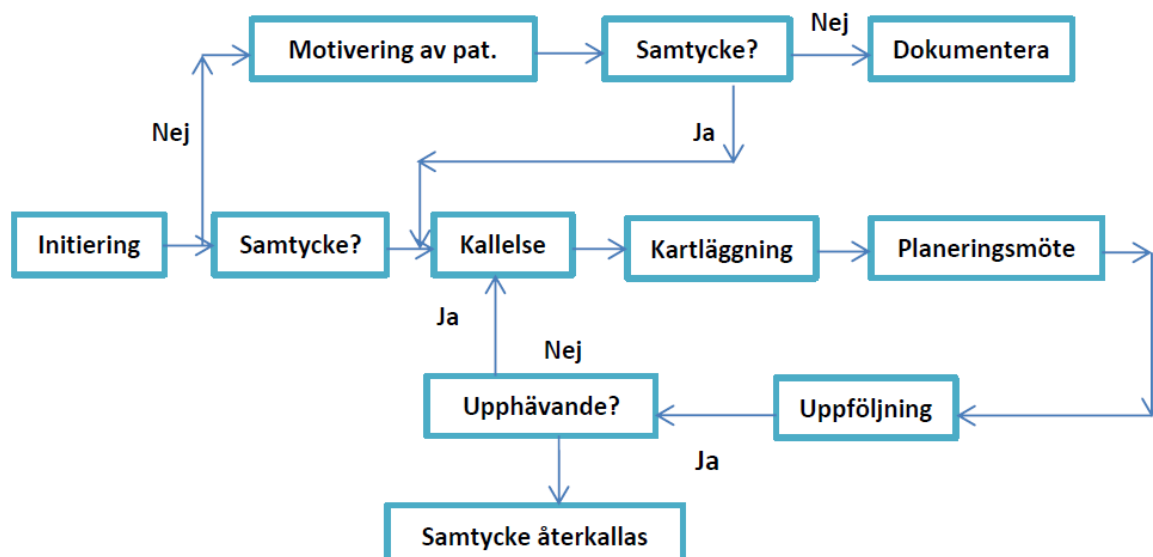
Rutinen är fastställd av Ledningsgruppen för samordning av länets hälso- och sjukvård och socialtjänst.

Berörda socialchefer/förvaltningschefer i respektive kommun samt regionens verksamhetsområdeschefer ansvarar för att göra innehållet i denna rutin känd och tillämplig.

Berörda medarbetare inom regionen och länets kommuner ansvarar för att känna till och tillämpa innehållet i denna rutin.

4. Initiering av samordnad individuell plan

Den huvudman som uppmärksammar behov av samordning tar initiativ till SIP.



¹ Enligt överenskommelse för socialtjänst, hälso- och sjukvårdens verksamhet och skolan gällande personer med psykisk funktionsnedsättning och psykisk ohälsa.

² Lokal överenskommelse gällande SamSIP.

5. Samtycke

Initiativtagaren ansvarar för att samtycke till att utlämna patientuppgifter erhålls från den enskilde. Den enskilde bör stödjas och motiveras till att lämna samtycke. Om inte samtycke ges ska detta dokumenteras. Nytt samtycke ska inhämtas om nya aktörer kommer att delta i samverkansprocessen. När patienten är inlagd i slutenvården är det sjuksköterska där som ansvarar för att inhämta samtycke till SIP. Dokumenterat samtycke kan räcka i de flesta fall, dvs ett muntligt samtycke som dokumenteras i journalen/akten.

6. Kallelse till SIP

När patienten INTE ÄR inskriven i slutenvården

Ansvarig att kalla till ett samverkansmöte är den yrkesutövare som uppmärksammat att behov av samordnade insatser föreligger. Av kallelsen ska det framgå om samtycke till mötet har erhållits från den enskilde. Kallelsen till mötet ska skickas utan dröjsmål när behov identifierats. Hos båda huvudmännen ska mötet ha högsta prioritet. Den som blir kallad är skyldig att delta och ansvarar för att ta med berörda medarbetare från respektive verksamhet.

När patienten ÄR inskriven i slutenvården

Lagen om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård (SFS 2017:612) anger krav på att det är den fasta vårdkontakten i den regiondrivna öppenvården som ska skicka kallelsen. Även när en patient är inskriven i slutenvården är andra aktörer som bedömer att det finns ett behov av SIP skyldiga att initiera en kallelse. Slutenvården inhämtar då samtycke och öppenvården skickar kallelsen.

Kallelsen skickas till

- den enskilde och anhörig om den enskilde så medger
- god man förvaltare eller ombud
- berörda medarbetare inom region och kommun
- andra aktörer som region eller kommun slutit avtal med
- eventuellt andra myndigheter som till exempel arbetsförmedling, försäkringskassa och kriminalvård.

7. Kartläggning

Huvudmännen ska kartlägga behov av insatser tillsammans med den enskilde.

8. Planeringsmöte

Den samordnad individuella planen ska när det är möjligt upprättas tillsammans med den enskilde. Närstående och andra aktörer som kan ha betydelse för den enskildes behov, ska ges möjligheter att delta om det är lämpligt och den enskilde inte motsätter sig det. Hänsyn bör tas så att antalet deltagare inte blir för stort i mötet med den enskilde. Ålder och mognadsnivå är avgörande för om ett barn bör/kan eller ska delta. Ställningstagande görs i varje enskilt fall och med barnets bästa i fokus.

Om samverkan berör ett barn/ungdom som är anhörig, bör barnet delta i samverkansmötet. Särskild hänsyn ska tas till barnets ålder, mognad och förmåga.

Den som kallat till samverkansmötet ansvarar för att hålla i mötet och att sammanställa planen. Samtliga deltagare ska ges möjlighet att delta via video-länk eller telefon.

9. Planens innehåll

Av planen ska framgå

- namnet på den fasta vårdkontakten
- vilken av huvudmännen som ska ha det övergripande ansvaret för planen
- hur barnperspektivet tagits tillvara i planen, när SIP för barn är aktuellt
- vilka insatser som behövs och vem som ansvarar för vad
- vilka insatser som ska vidtas av någon annan än region eller kommun till exempel arbetsförmedling, försäkringskassa eller andra, offentliga eller privata aktörer
- vilka mål som finns för de planerade insatserna, kort och lång sikt
- hur de planerade insatserna ska följas upp, vem som ansvarar för uppföljningen, när uppföljningen ska göras samt vem som kallar till nytt möte om behov föreligger

10. Samordningsansvarig och samordning

Avgörande för vem som utses som samordningsansvarig är kopplat till vilket livsområde som är prioriterat. Fram till dess att en samordnad individuell plan är upprättad och en samordningsansvarig är utsedd, är den som initierat planeringen ansvarig i det enskilda ärendet.

Samordningsansvaret innebär att

- kalla till samordningsmöten
- dokumentera vilka som kallats till mötet
- föra mötesanteckningar
- säkerställa att den samordnade individuella planen alltid är aktuell
- ta fram kontaktuppgifter till de personer som är aktuella

Den samordnade individuella planen ska koordineras med andra befintliga planer. Om det sedan tidigare finns annan planering där föreskrivna krav är uppfylla behöver inte någon ny samordnad individuell plan upprättas.

11. Justering av samordnad individuell plan

Den som utsetts till samordningsansvarig tar ansvar för att den samordnade individuella planen godkänns av berörda parter och signeras. Signering ska ske utan dröjsmål och kan göras direkt i samband med mötet, eller senast 48 timmar efter planens i färdigställande. Efter signering lämnas en kopia av den samordnade individuella planen till den enskilde.

När SIP upprättas i LINK är det den som är samordningsansvarig som godkänner planen när den är klar. Varje person som är ansvarig för någon insats i planen dokumenterar och anteckningen signeras digitalt.

12. Dokumentation

Den samordnade individuella planen ska dokumenteras, enligt bifogad mall, och föras in i den enskildes patientjournal inom hälso- och sjukvården och i motsvarande dokumentation inom socialtjänsten.

SIP som ligger i LINK skrivs ut av de ansvariga i kommunen och förvaras enligt ovan.

13. Sammanställning och distribution

Initiativtagaren sammanställer den samordnade individuella planen och lämnar ett exemplar till berörd huvudman och till den enskilde.

När SIP ligger i LINK kan patienten nå sin SIP via sin journal på 1177, men ska också erbjudas att få en utskrift. Om skola eller myndigheter som inte har tillgång till LINK har deltagit ska även de få en utskrift av SIP:en. Det är då den som är samordningsansvarig som ser till att den lämnas eller skickas till alla berörda senast inom 48 timmar.

14. Uppföljning av samordnad individuell plan

Uppföljning av den samordnade individuella planen ska göras. Utvärdering av de uppsatta målen ska ingå i uppföljningen. Vid uppföljningen fattas beslut om fortsättning eller avslut. Om den samordnade individuella planen upphävs ska samtycke återkallas.

15. Implementering och uppföljning

Berörda socialchefer/förvaltningschefer i respektive kommun och regionens verksamhetsområdeschefer ansvarar för att den samordnade individuella planen implementeras i den egna organisationen.

Rutinen ska revideras årligen. Revideringen initieras av ledningsgruppen för samordning av länets hälso- och sjukvård och socialtjänst.

Referenser

- Hälso- och sjukvårdslagen (HSL 2017:30)
- Offentlighets- och sekretesslagen (OSL 2009:400) 12 kap 2 §
- Socialtjänstlagen (SoL 2001: 453) 2 Kap. 7 §
- Lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård (SFS 2017:612)
- Begreppsdiagram för individuella planer inom vård och omsorg, Socialstyrelsen

Blanketter³

- Begäran om samordnad individuell plan
- Kallelse till samordnad individuell plan
- Samordnad individuell plan
- Samtycke för samordnad individuell plan
- Tillämpningsföreskrifter för samordnad individuell plan

³ Finns i Cambio Cosmic samt i [Blankettarkivet](#)