

Vägledning för personal i kommuner
och landsting i Stockholms län

Samordnad individuell plan (SIP) för vuxna och äldre i Stockholms län

Inledning.....	3
Syftet med SIP	3
Mål med SIP	3
Målgrupper för SIP.....	4
Innehåll i SIP	4
Definitioner	4
SIP i förhållande till andra samordnade planer	5
SIP-arbetets olika steg - processen.....	5
När ska en SIP upprättas? - initiativ	5
Individens delaktighet	6
Inhämta samtycke	7
Förberedelser inför mötet	7
Kontakta berörda huvudmän/aktörer och kalla till möte	8
Genomföra mötet och upprätta SIP	8
Uppföljning	10
Hur avslutas en SIP?	10
<i>Bilaga 1 - samordnaren</i>	<i>11</i>
<i>Bilaga 2 – SIP i förhållande till andra planer.....</i>	<i>12</i>
<i>Bilaga 3- Flödesschema samordnad individuell plan (SIP)</i>	<i>14</i>

Inledning

Detta vägledningsdokument om samordnad individuell plan, fortsättningsvis beskrivet som SIP, vänder sig framförallt till personal som arbetar med vuxna och äldre individer som behöver en SIP. Det kan till exempel gälla verksamheter inom socialtjänsten med fokus på missbruk/beroende/socialpsykiatri och äldreomsorg samt den psykiatriska vården, basal hemsjukvård, avancerad sjukvård i hemmet (ASIH) och beroendevården inom hälso- och sjukvårdens verksamheter.

Sedan 1 januari 2010 finns i 2 kap. 7 § Socialtjänstlagen och i 3 f § Hälso- och sjukvårdslagen en bestämmelse enligt följande: ” 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”.

Bestämmelsen inbegriper alla kommun och landstingsfinansierade verksamheter.

Det finns även andra samverkansparter som kan vara aktuella att medverka i en SIP, exempelvis Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, frivården, Kriminalvården eller närstående.

Syftet med SIP

Syftet med en individuell plan är att individen ska ha inflytande och vara delaktig i planeringen och genomförandet av sin vård och omsorg. Den ska även tydliggöra ansvaret mellan olika huvudmän och förbättra den sammanhållande processen.

Mål med SIP

Mål med SIP är att:

- individen ska få den hjälp han/hon har behov av och rätt till
- individens inflytande och delaktighet säkerställs

Vägledningen ger ett stöd till hur processen går till och hur samverkan kan se ut. Den ger också förslag på praktiska lösningar på olika problem man kan ställas inför och tydliggör skyldigheter och tillvägagångssätt för olika huvudmäns verksamheter och aktörer vid samverkan kring en SIP.

För olika verksamheter kan det vara nödvändigt att, med utgångspunkt från vägledningsdokumentet, ta fram lokala rutiner.

Vägledningen är framtaget tillsammans med representanter från kommunernas och landstingets verksamheter samt brukarföreningar och utgår till stor del från propositionen 2008/09:193 ”Vissa psykiatrifrågor m.m.”.

Målgrupper för SIP

Den individuella planen är inte begränsad till att gälla individer med omfattande behov, utan kan gälla alla människor som landstingets och kommuners verksamheter kommer i kontakt med, barn, ungdomar, vuxna och äldre.

I förarbetena har lagstiftaren särskilt betonat viken av att en individuell plan behövs när det gäller personer med

- Psykisk sjukdom och samtidigt missbruk
- Allvarlig psykisk sjukdom med funktionsnedsättning
- Ungdomar med omfattande psykosociala behov
- Personer med demenssjukdom

Rutiner och mallar finns särskilt för individuell plan när det gäller barn upp till 18 år på KSLs hemsida: [Barn i behov av särskilt stöd - Kommunförbundet Stockholms Län](#) (se under rubriken *Min plan, samordnad individuell plan*).

Denna vägledning gäller för vuxna från 18 år och uppåt.

Innehåll i SIP

Av en SIP ska det framgå uppgifter om

- vilka insatser som behövs
- vilka insatser som respektive huvudmans verksamhet ska ansvara för
- vilka åtgärder som vidtas av någon annan än kommunens och landstingets verksamheter
- vem av huvudmännens verksamheter som har det övergripande ansvaret för planen (se bland annat samordnarens ansvar i bilaga 1)
- uppföljning

Definitioner

Nedan ges en kort beskrivning av begrepp som används genomgående i vägledningen.

SIP

Med SIP menas individuell plan enligt 2 kap. 7 § Socialtjänstlagen och 3 f § Hälso- och sjukvårdslagen.

Individ

Individen kallar vi den person som huvudmännens verksamheter behöver samverka kring i en SIP.

Närstående

Närstående kan vara familjemedlemmar, vänner, anhöriga eller andra viktiga personer i individens liv.

Personal

Alla professioner som behöver samverka för att individens olika behov ska tillgodoses genom en samordnad individuell plan (SIP), kallas i denna vägledning för personal.

Insatser/åtgärder

I vägledningen är insatser och åtgärder liktydiga.

Samordnare

Den person som har det övergripande ansvaret för planen (se mer i bilaga 1).

SIP i förhållande till andra samordnade planer

Det finns i flera lagar krav på planering av insatser och att dessa dokumenteras i någon form av plan. Det likalydande tillägg som infördes i Socialtjänstlagen och Hälso- och sjukvårdslagen 2010 skiljer sig dock från övriga planer i att:

- Den gäller alla enskilda individer och syftar till att säkerställa samarbetet mellan huvudmännens verksamheter så att individers samlade behov av hälso- och sjukvård och socialtjänst tillgodoses.
- Om det redan finns en plan där föreskrivna krav för en SIP är uppfyllda så kan den användas och man behöver inte göra en särskild SIP. Då är det viktigt att detta dokumenteras.

Se bilaga 2, där framgår exempel på övriga lagstadgade planer.

SIP-arbetets olika steg - processen

Siffrorna i nedanstående avsnitt hänvisar till flödesschema i bilaga 3.

När ska en SIP upprättas? - initiativ ①

En SIP ska upprättas om en individ har insatser alternativt har behov av insatser både från hälso- och sjukvården och från socialtjänsten och ett samordningsbehov finns. Bedömningen om ett sådant behov finns, ska göras i varje enskilt fall. Den personal¹ inom socialtjänsten eller hälso- och sjukvården som upptäcker behovet av samordnade insatser, är skyldig att inleda ett arbete med en behovsbedömning om en individuell plan ska upprättas.

Individen och dennes närstående kan också ta initiativ till en SIP. Individens uppfattning om behovet har stor betydelse. Även närståendes synpunkter är viktiga. Det faller dock på huvudmännens verksamheter att slutligt avgöra behovet av en individuell plan.

Nedan ges några exempel på när en SIP kan behöva upprättas.

¹ Vem som ska göra denna bedömning kan förtydligas i lokal rutin.

- En individ som har sociala insatser från kommunen men som har svårt att ta emot dessa om han eller hon inte samtidigt får medicinska rehabiliteringsinsatser.
- En individ med en psykisk sjukdom med en samtidig missbruksproblematik.
- En individ med demenssjukdom som successivt kommer att försämrans med ökande behov av vård och omsorg i hemmet från äldreomsorgen och hälso- och sjukvården. Till exempel hemtjänsten, distriktssköterska, husläkare, arbetsterapeut, dietist.
- En individ med kognitiv svikt, förflyttningssvårigheter och viktnedgång som behöver hjälp med måltider, mediciner och promenader.

Tips på frågor att ställa för att veta om en SIP behövs:

- Vilka behov har individen och vilka verksamheter är engagerade?
- Behöver pågående vård och insatser samordnas mellan olika huvudmäns verksamheter?
- Behövs ytterligare stöd från andra verksamheter?

Om man kommer fram till att en individuell plan ska tas fram ska arbetet med planen påbörjas. Det ska göras utan dröjsmål². Ett första steg i arbetet med planen är att kalla till gemensamt möte. För att detta ska kunna genomföras krävs ett samtycke. Socialtjänsten och hälso- och sjukvården har, enligt lag, samma ansvar att initiera ett möte.

Individens delaktighet 2

En god relation, även kallad allians, mellan individen och berörd personal har visat sig påverka individens vilja att ta emot vård/stöd/behandling i positiv riktning. Det har också visat sig att en svag relation ökar risken för att individen ska avsluta behandlingen eller insatsen i förtid. Relationens kvalitet är av betydelse för bland annat upplevelsen av att vara en del i sin egen hälsoprocess då individens tilltro till sig själv ökar och även individens motivation till förändring.

Denna relation kan utvecklas om:

- personal har kunskap om och efterfrågar individens egna erfarenheter
- personal har förmåga att lyssna aktivt
- personal är villig att göra individen delaktig
- individen upplever sig få ett gott bemötande
- personal anpassar vård/ stöd/ behandling till individens vardagliga liv och livssituation

Utgångspunkten är att individen ska ha stort inflytande över planen och planeringen. Informationen som ges ska vara anpassad till individens förutsättningar och individen ska informeras om sina rättigheter, till exempel delaktighet vid upprättande av SIP, att ge sitt samtycke och rätten till tolk vid behov. Informationen ges muntligt och skriftligt.

² Vad det innebär kan förtydligas i en lokal rutin.

Närståendes delaktighet är ofta viktig för individen. Ett gott samarbete mellan närstående, individen och personalen är mycket viktigt för individens hälsoprocess. Närstående ska därför ges möjlighet att delta i arbetet med planen om det är lämpligt och individen inte motsätter sig det.

Inhämta samtycke

3

Individen måste samtycka till att samverkande verksamheter utbyter information och samordnar insatser i samband med SIP. Såväl personal från kommunens som landstingets verksamheter ska därför stödja och motivera individen för att få till stånd en SIP då det anses nödvändigt. Om individen säger nej bör en dialog föras kring fördelarna med en SIP. Det är dock individen själv som slutligen avgör. Individens ställningstagande ska dokumenteras (oavsett ja eller nej).

Varje deltagande verksamhet måste kunna visa en undertecknad medgivandeblankett. Den samordnande verksamheten tar originalet. Övriga medverkande får en kopia. När samtycke finns, kalla till SIP-möte.

Förslag till medgivandeblanketter finns på KSLs hemsida: [Samtyckesblanketter - resultat av brukarrevision - Kommunförbundet Stockholms Län](#).

Förberedelser inför mötet

4

Den verksamhet som initierat mötet ansvarar för förberedelser samt att hålla i det första mötet.

Vilka ska/får delta?

Personal från den andre huvudmannens verksamheter som blir kallad till samordning är skyldig att delta i upprättandet av den individuella planen.

Representanter från olika verksamheter kan delta på mötet även om de inte är skyldiga enligt lag. Exempel på sådana verksamheter är Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan, Kriminalvården, frivilligorganisationer eller personligt ombud. Vid behov ska dessa inbjudas efter samtycke från individen. Om individen vill att närstående ska medverka vid mötet ska samordningsansvarig hjälpa till att kalla dem.

Om individen själv väljer att inte delta i mötet kan mötet ändå genomföras och individen företrädas av någon annan som individen utsett, till exempel närstående eller god man. Denne måste ta reda på individens behov och önskemål innan mötet.

Om individen inte förmår delta i planeringen och företräda sig själv till exempel på grund av demenssjukdom eller psykisk sjukdom kan individen företrädas av till exempel god man eller förvaltare.

Tips

Om era åsikter går isär om vilka som ska bjudas in till mötet kan det vara bra att innan mötet, tillsammans med individen, diskutera fördelar och nackdelar med att olika aktörer deltar på mötet.

Förberedelse tillsammans med individen

- Identifiera viktiga aktörer och vilka som ska delta på mötet
- Gå igenom hur mötet kommer att gå till
- Kom överens om vad som ska tas upp och vilka frågor individen inte vill ska tas upp på mötet
- Fråga individen om vilka behov som är mest akuta, vad han/hon eventuellt vill prioritera, mål och delmål.

Kontakta berörda huvudmän/aktörer och kalla till möte 5

- Ordna mötestid och plats. Mötet kan ske i någon av verksamheternas lokal, hemma hos individen, via telefonmöte eller videomöte.
- Skicka en skriftlig kallelse till mötet. Kallelse via e-post kan endast göras om det finns en säker internetväg eller om personuppgifter är avidentifierade. Varje verksamhet måste själv kontrollera om detta finns. De som kallas ska återkoppla sitt deltagande på mötet.
- Se till att personal som ska medverka på mötet får ta del av vägledningsdokumentet.
- Utse mötessekreterare.

Tips

Något att föra dialog om på arbetsplatsen och tillsammans med berörda samverkansparter:

- Hur gör man när individen inte ger sitt samtycke till att prata om något som av huvudmännens verksamheter upplevs som kärnan i problemet?
- Hur och när förs dialog om deltagande aktörers ansvar och befogenheter?

Det kan vara svårt att få till tider för ett möte. Nedan ges några tips som kan underlätta.

- Ordna telefonmöten eller videomöten
- Fasta dagar för möten
- Vända sig till närmaste chef om man inte får svar från inbjudna samverkansparter.

Genomföra mötet och upprätta SIP 6

Viktiga punkter för ett bra möte

- Klargör ramarna för mötet, exempelvis tid, pauser och dagordning
- Ge samtliga deltagare möjlighet att lyssna in varandra

- SIP bör ske i ett flöde:
Vad vill du ha hjälp med?
Vart vill du nå?
Hur ska vi nå dit?
Hur har det gått? Finns det något vi ska ändra på?
Fortsätta eller avsluta?
- Boka alltid in nästa möte vid sittande möte
- Avsluta mötet med att sammanfatta vad som diskuterats och beslutats, vad händer nu? Nästa steg?
- Vid första mötet är det viktigt att planera för uppföljning och vem som ska ha det fortsatta samordningsansvaret
- Alla som deltar på mötet får med sig en skriftlig kopia av SIP:en.

Individen ska delta aktivt i upprättandet av den samordnade individuella planen. Hans/hennes önskemål och behov ska utgöra utgångspunkten för planeringen.

Exempel på områden som kan tas upp i en SIP är hälsa, boende, fritid, sysselsättning och sociala relationer. Finns det barn/närstående som behöver uppmärksammas?

En SIP bör innehålla:

- Personuppgifter
- Medverkande på mötet
- Vad är behoven? (beskriv individens resurser, vad fungerar bra, vad kan man bygga på för att nå en positiv förändring, vad fungerar mindre bra?)
- Vad som ska utföras/vilka insatser som behövs
- Mål med åtgärderna/insatserna – vart individen vill nå på kort och lång sikt
- Vilken verksamhet som har ansvar för respektive åtgärd/insats
- Vem som är samordningsansvarig för planen
- När planen ska följas upp
- Underskrifter på de som deltar på mötet
- Datum när planen upprättats

Förslag till mallar finns på KSLs hemsida.

[Samordnad individuell plan](#)

[Samordnad individuell plan för insatser i hemmet](#)

Hur formulerar man mål i en SIP?

Den individuella planen bör innehålla mål både på lång och på kort sikt. Målen kan formuleras av både individen och av personalen. Man ska sträva efter att målen sammanfaller, men om de skiljer sig åt bör detta framgå i planen. Det är viktigt att målen svarar mot individens egna behov och förutsättningar.

Tips

När man skriver ett mål börjar man med namnet på individen och sedan till exempel vill, ska, får, kommer att o.s.v.

Vad ska resultatet för individen av olika verksamheters insatser bli?

Dokumentation

- Individen ska få en underskriven plan från mötet.
- Alla medverkande parter får var sitt exemplar av planen.
- Individen ska godkänna vilka övriga som ska få ta del av planen.
- Den överenskomna planen ska finnas tillgänglig i respektive verksamhets dokumentation/akt/journal.

Hinder för samverkan/avvikelser

Varje verksamhet behöver ha rutiner för hur man hanterar om samverkan inte fungerar.

Tips

Se Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9)
”ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete ”

Uppföljning

7

Den gemensamt upprättade planen följs upp och revideras vid behov (skrivs in i planen). Den utsedda samordnaren kallar till och håller i uppföljningsmötet.

Hur avslutas en SIP?

8

En SIP avslutas när målen är uppfyllda och det inte längre finns behov av samordning kring insatser. Den kan också avslutas om samtycket dras tillbaka.

Samordnaren

Med samordnare menas den person/verksamhet som har det övergripande ansvaret för planen.

Samordnaren ska

- Se till att en mötesledare är utsedd innan mötet ifall mötesledaren är någon annan än samordnaren.
- Vara kontaktperson för individen och dennes närstående när det gäller frågor om överenskommen SIP.
- Inför nästa möte ansvara för att individen får individuellt anpassad information om SIP samt att närstående aktivt bjuds in att delta.
- Ansvara för att individen och dennes närstående får kontaktuppgifter till de som har deltagit i mötet samt att de får en kopia av individuell plan.
- Vara kontaktperson för alla som är involverade i den individuella planen.
- Se till att alla deltagare får en undertecknad kopia på individuell plan samt kontaktuppgifter till de som har deltagit.
- Under processen och inför nästa möte följa upp att arbetet löper på enligt tidigare överenskommen SIP.
- Vara sammankallande till nästa möte.
- Vid behov vägleda individen till berörda huvudmäns verksamheter.
- Vid återkallande av samtycke, meddela övriga verksamheter om detta.

Varje verksamhet bör föra en diskussion om vad det innebär att vara samordnare i form av tid och mandat. Förslagsvis kan det förtydligas i en lokal rutin.

Individuell plan (SIP) i förhållande till andra planer

Lagstiftning och föreskrifter som innefattar att kommun och landsting tillsammans ska upprätta en individuell vård- och omsorgsplan³ (det vill säga utöver SIP)

Om det redan finns en plan där föreskrivna krav för en SIP är uppfyllda så kan den användas och man behöver inte göra en särskild SIP. Då är det viktigt att detta dokumenteras.

Vårdplan vid utskrivning från slutenvård

En samordnad vårdplanering ska göras mellan landsting och kommun för personer där behov finns av nya eller fortsatta insatser från till exempel öppenvård och socialtjänst efter slutenvården. En vårdplan upprättas efter initiativ från landstingets slutenvård. Stockholms läns landsting och kommunerna i länet har enats om en överenskommelse angående samverkan vid in- och utskrivning i slutenvården⁴.

Samordnad vårdplan vid öppen psykiatrisk tvångsvård enligt lag om psykiatrisk tvångsvård (LPT) och lag om rättspsykiatrisk vård (LRV)

En samordnad vårdplan ska alltid upprättas och bifogas ansökan till förvaltningsrätten om öppen psykiatrisk tvångsvård/öppen rättspsykiatrisk vård. Det är den psykiatriska vården som ska ta initiativ till att göra planeringen tillsammans med kommunen. Den samordnade vårdplanen ska utformas i samarbete mellan de enheter i landstinget och kommunen som ska svara för vård- och stödinsatser. Om inte socialtjänstens insatser behövs ska detta framgå i den samordnade vårdplanen. Planen utformas så långt möjligt tillsammans med den enskilde och/eller dennas närstående.

Individuell plan enligt lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS)

Den som har en insats enligt LSS ska erbjudas en individuell plan enligt 10 § LSS. Planen ska innehålla beslutade och planerade insatser och upprättas i samråd med den enskilde. Den enskilde kan själv begära att en plan ska upprättas. Kommunen ska arbeta för att insatserna i planen samordnas. Kommunen och landstinget ska underrätta varandra om upprättade planer.

Samordning av insatser för habilitering och rehabilitering

Verksamheterna ska, när de bedömer behovet av samordning, ta särskild hänsyn till om den enskilde har ett långvarigt behov av habiliterings- och rehabiliteringsinsatser från både hälso- och sjukvården och socialtjänsten. I sådana fall ska särskild person utses som blir ansvarig för samordningen. Stockholms läns landsting och kommunerna har enats om en överenskommelse

³ Ett samlingsbegrepp för olika planer som kan bli aktuella att ta fram tillsammans mellan kommun och landsting.

⁴ Överenskommelse mellan Stockholms läns landsting och kommunerna i Stockholms län angående samverkan vid in- och utskrivning i slutenvården. 2011

om riktlinjer och rutiner för samordning av insatser avseende habilitering och rehabilitering⁵ .

Insatser enligt SoL för personer med missbruksproblem

För personer med missbruksproblem är nämnden skyldig att i samförstånd med den enskilde planera hjälpen och vården och noga bevaka att planen fullföljs (5 kap. 9§ SoL). Innehållet i en sådan plan är inte reglerat.

Lagen om vård av missbrukare i vissa fall (LVM)

Av socialnämndens utredning om LVM-vård ska enligt 10 § LVM framgå missbrukarens förhållanden samt tidigare vidtagna och planerade åtgärder.

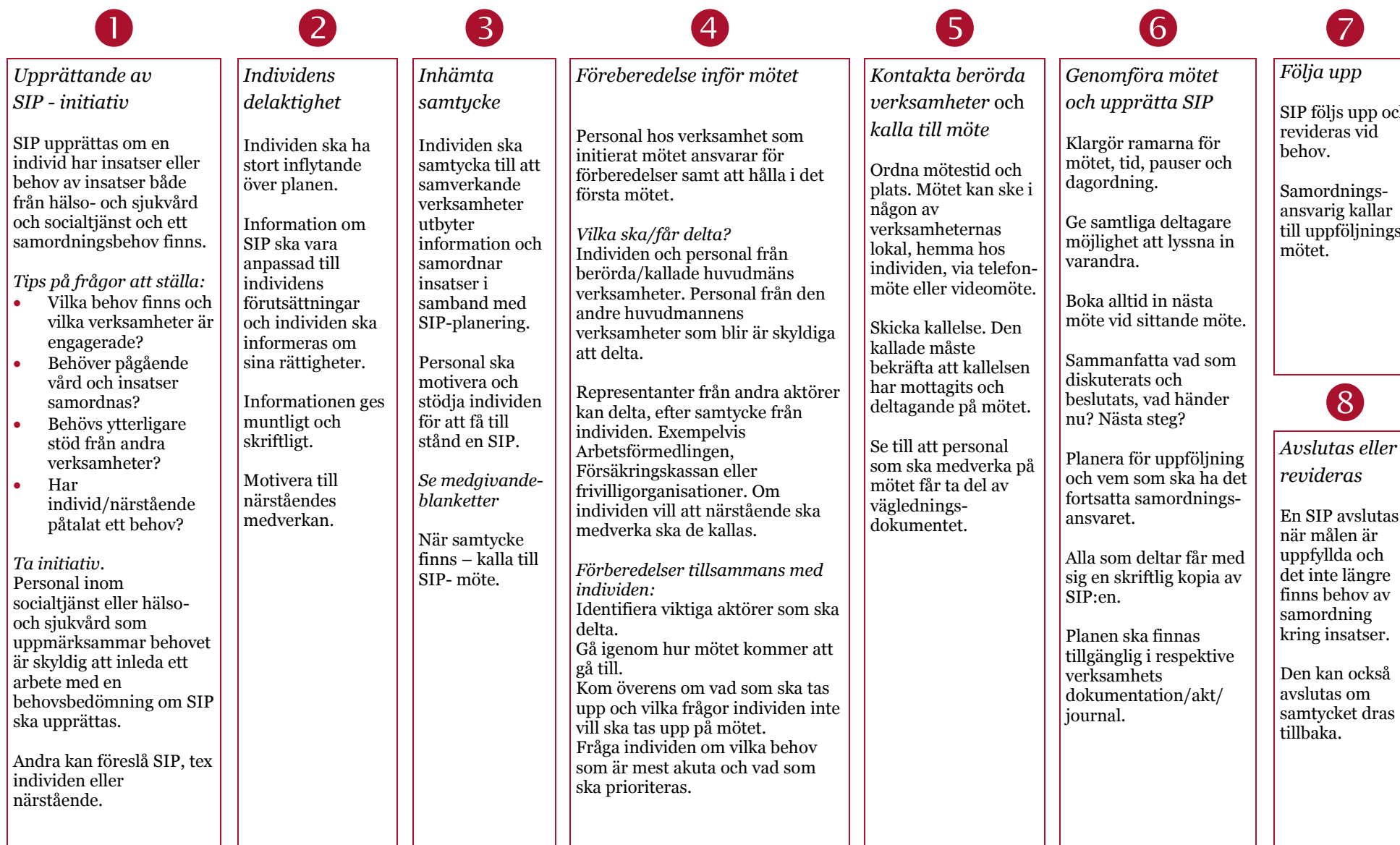
Vård av vuxna i HVB eller familjehem

För vuxna personer som behöver vårdas i ett hem för vård eller boende eller i ett familjehem ska en plan upprättas (11 kap., 3 § SoL). Innehållet i en sådan plan regleras närmare i socialtjänstförordningen.

⁵ Samordning av insatser för habilitering och rehabilitering. Överenskommelse mellan Stockholms läns landsting och kommuner i Stockholms län. 2012

Flödesschema samordnad individuell plan (SIP)

Bilaga 3



Kommunförbundet Stockholms Län

Box 38145, 100 64 Stockholm

Telefon 08-615 94 00

www.ksl.se

Stockholms läns landsting

Hälsa-och sjukvårdsförvaltningen

Box 6909, 102 39 Stockholm

Telefon 08-123 132 00

www.uppdragsguiden.sll.se