

Samordnad individuell plan för äldre (SIP)

NÄR DET BEHÖVS SAMORDNING



Sveriges
Kommuner
och Landsting



Vad är SIP?

Människor ska så långt som möjligt ges förutsättningar att själva ta ansvar för sitt eget liv.

När en persons vård och omsorg involverar flera verksamheter samtidigt kan behov av samordning uppstå. Samordning kan också behövas i situationer när en person är tillfälligt eller kroniskt sjuk och försvagad och när det finns kognitiv svikt.

Idag tar närstående ofta ett stort ansvar för att samordna vården till sjuka och sköra äldre. Detta tar tid och kan vara en stor belastning. SIP står för **Samordnad Individuell Plan** och omfattar även den arbetsprocess som används när det finns behov av samordning. SIP innehåller flera steg som identifiering av behov, förberedelser, planering, genomförande och uppföljning. SIP är ett dokument som ger en samlad beskrivning av alla pågående och planerade vård- och omsorgsinsatser för en person. SIP ger en helhetsbild och förenklar för alla berörda som snabbt kan få en översikt av alla pågående insatser för en person.

SIP är ett verktyg för samverkan.

SIP kan vara till hjälp vid följande vanliga situationer:

- ✧ När en person har behov av insatser från flera verksamheter.
- ✧ När ansvarsfördelning behöver tydliggöras.
- ✧ När en person haft upprepade besök i vården.
- ✧ När en person återinskrivits på sjukhus.

En samordnad individuell planering utgår alltid från **personens** behov och börjar med att personalen ställer frågan: *Vad är viktigt för dig?*

Personen och personalen formulerar mål som är meningsfulla, ökar motivationen och bidrar till att rätt insatser prioriteras.

- Jag vill kunna spela bridge en gång i veckan och fika med medspelarna utan att besväras av diabetes och inkontinens.
- Jag vill kunna gå till affären och småhandla själv utan att bli utmattad.
- Jag vill kunna duscha själv när jag vill.
- Jag vill kunna sova gott utan smärta.
- Jag vill kunna stiga upp själv på morgonen utan att känna mig yr och osäker.
- Jag vill kunna vara med på mitt barnbarnsbarns dop.
- Jag vill kunna vara med på älgjakten.

För att nå personens mål kan såväl medicinska behandlingar som omvårdnad, rehabilitering och sociala insatser behövas.



Varför SIP?

Ett tryggt och självständigt liv

Alla ska ha möjlighet att leva ett tryggt, meningsfullt och självständigt liv, även som gammal, skör och sjuk. Ingen ska behöva oroa sig för att insatser inte räcker till eller passar ihop.

Effektiva arbetsflöden och god arbetsmiljö

Komplexa system i vård och omsorg ställer stora krav på samordning. Arbetssätt som skapar tydlighet och överblick leder till förbättrad patient-säkerhet och tidsvinster. Genom att behov upptäcks tidigt kan många problem förebyggas. Att arbeta professionellt i välfungerande team leder både till god arbetsmiljö och god användning av gemensamma resurser.

Helhet

SIP är en möjlighet för personen själv, för närstående och för berörda professioner att få en helhetsbild av situationen. Sociala insatser, omvårdnad, rehabilitering och medicinska behandlingar som planeras passar ihop och bidrar till ett bra liv för personen.

Medverkan

SIP förutsätter personens medverkan i planeringen av vård och omsorg för en meningsfull vardag. *Vad är viktigt för dig?* är den centrala frågan som bara personen själv kan svara på. Personen blir då en viktig del i vårdteamet.

Tydlighet

SIP är en möjlighet för alla berörda att på ett enkelt sätt få veta vad som är överenskommet. Hur ska jag bidra och vad gör andra? Vård- och omsorgskontakter samt kontaktvägar är lätta att hitta och förstå.

Vem ska delta vid SIP?

Personen själv ska medverka vid planeringen så långt det är möjligt

Situationen och personens behov ska styra vilka, förutom personen själv som ska ingå i vårdteamet och medverka vid planeringen. Det kan exempelvis vara biståndshandläggare, sjuksköterska, fysioterapeut, arbetsterapeut, läkare och undersköterska.

Närstående kan medverka om den äldre personen så önskar. Personen ska ge sitt samtycke till vilka aktörer som ska delta.

”Situationen och personens behov ska styra vilka, förutom personen själv som ska ingå i vårdteamet och medverka vid planeringen.”



Var ska SIP för äldre göras?

SIP sker bäst i personens hem

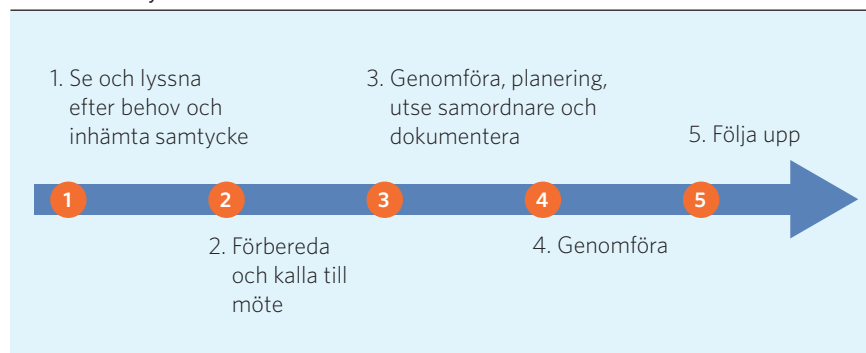
I hemmet är förhållandena mer jämbördiga, personen slipper tröttande transporter och personalen har större möjlighet att få förståelse för personens önskemål. Närstående kan delta på ett naturligt sätt.

Alla som är involverade i vården och omsorgen kan och ska inte alltid vara med vid det fysiska mötet. Ofta kan medverkan ske via video eller på annat sätt under förberedelsefasen.

SIP kan om särskilda skäl föreligger genomföras på sjukhus, på en öppenvårdsmottagning eller på annan plats som bedöms lämplig. Situationen och personens önskemål är avgörande.

Så går det till att göra en SIP

FIGUR 1. Se och lyssna efter behov



1. Se och lyssna efter behov och inhämta samtycke

Den som ser behovet ska initiera till SIP

Den som arbetar inom socialtjänst och hälso- och sjukvård och upptäcker behov av samordning av insatser efter att ha lyssnat på personens berättelse ska initiera till en SIP. Initiativ till SIP kan också tas av närstående eller personen själv.

Samtycke från personen ska alltid inhämtas

En samordnad individuell plan kan inte upprättas mot personens vilja. Ibland kan ett motivationsarbete behövas. Ett samtycke är begränsat till tid och frågeställning och kan både lämnas och återtas muntligt eller skriftligt. När samtycke mottagits ska detta dokumenteras.

2. Förbereda och kalla till möte

Det behöver inte vara samma person som tar initiativ till SIP som förbereder och kallar till planeringsmöte. Lokala rutiner avgör.

Ett förarbete påbörjas tillsammans med personen. Frågan som styr diskussionen och målet med stödinsatserna är: *Vad är viktigt för dig?*

Under förarbetet inhämtas de kompletterande fakta som behövs för att kunna genomföra ett bra planeringsmöte. Man kommer överens med personen om vem som ska kallas till mötet, var det ska ske och hur mötet ska läggas upp. Tid för planeringsmöte bokas och deltagare kallas.

3. Genomföra planering, utse samordnare och dokumentera

Planeringsmöte kan genomföras på olika sätt. Av praktiska skäl och för att gruppen runt personen inte ska bli för stor kan medverkan via video eller telefon vara ett bra alternativ. Planeringen ska utgå från personens behov och önskemål. Gemensamt bestämda mål ska vara enkla och konkreta. Sjuka och sköra äldre behöver en ansvarig läkare och en fast vårdkontakt.

Av planen ska framgå vilka insatser som behövs samt vem som ska ansvara för vad. De aktiviteter som personen själv eller närstående ska genomföra ska också skrivas in i planen. Det är en fördel om planen innehåller uppgifter om vad som ska hända om personens tillstånd försämras.

I planen ska framgå vem som är **samordnare**. Samordnaren är en länk mellan personen och berörda aktörer. Det är viktigt att personen känner ett förtroende för den samordnare som utses. I de flesta fall är det lämpligt att den som är fast vårdkontakt utses till samordnare. I uppdraget som samordnare ingår att färdigställa planen och följa upp den. Vem som är samordnare kan skifta under tiden man arbetar med planen.

Det är viktigt att personen känner ett förtroende för den samordnare som utses.

Planen ersätter inte den dokumentation som behöver göras i respektive dokumentationssystem inom socialtjänsten eller hälso- och sjukvården.

”Respektive verksamhet ansvarar för de insatser som man kommit överens om att utföra.”

Efter att planen upprättats är det en fördel om den undertecknas av personen och berörda samverkansparter för att tydliggöra att alla är överens om innehållet i planen. Personen ska själv ha ett exemplar av planen där samordnare, fasta vårdkontakter och kontaktuppgifter till ansvariga för de olika insatserna tydligt framgår.

4. Genomföra

Respektive verksamhet ansvarar för de insatser som man kommit överens om att utföra. Om problem tillstöter ska samordnaren kontaktas för att ta ställning till om planen behöver revideras och ta initiativ till detta.

5. Följa upp

Planen ska alltid följas upp. Hur ofta detta behövs varierar beroende på situationen. Vid första mötet planeras tid för uppföljningsmöte.

Uppföljningen kan innehålla uppgifter om:

- Hur har det gått?
- Vad har underlättat/hindrat?
- Finns behov av fortsatt samordning?
- Avsluta eller revidera planen?

Uppföljningen ska dokumenteras.

Den samordnade individuella planen avslutas när personen inte längre har behov av insatser som behöver samordnas och nya behov av samordning inte förväntas uppstå inom den närmaste tiden.

Planen avslutas om samtycke dras tillbaka. Samordnaren ansvarar för att alla involverade får veta när planen avslutas. Avslut ska dokumenteras.

SIP och andra planer

Det finns flera olika planer som kommuner och landsting är skyldiga att upprätta och arbeta med.

En SIP är alltid en beskrivning av helheten

Det är viktigt att de planer som upprättas passar ihop och bildar en begrip-
lig, hanterbar och meningsfull helhet för såväl personal som för personen
och för närstående.



”Hantera oenighet genom att vara saklig och tydlig.”

Vid oenighet

Det händer att de som medverkar i upprättandet av en samordnad individuell plan inte kan komma överens. Hantera oenighet genom att vara saklig och tydlig.

Vid oenighet bör du ställa dig frågor som:

- › Är det rätt tidpunkt att kalla till möte för att upprätta en samordnad individuell plan eller är det en annan form av möte som borde hållas i stället?
- › Har mötesdeltagarna mandat att reda ut oenigheten?
- › Finns det överenskommelser eller avtal verksamheterna emellan som reglerar frågan?
- › Är det bättre om verksamhetsföreträdarna pratar med varandra själva för att försöka reda ut oenigheten?
- › Kan det vara bättre att träffa personen och närstående först med syfte att reda ut behoven?

Vad säger lagen?

Lagparagraf 2 kap. 7 § SoL och 3 f § HSL

Sedan 1 januari 2010 finns både i socialtjänstlagen och i hälso- och sjukvårdslagen en bestämmelse om att kommun och landsting ska upprätta en samordnad individuell plan när en person har behov av insatser som behöver samordnas. Bestämmelsen inbegriper även privata utförare som kommun och landsting 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.

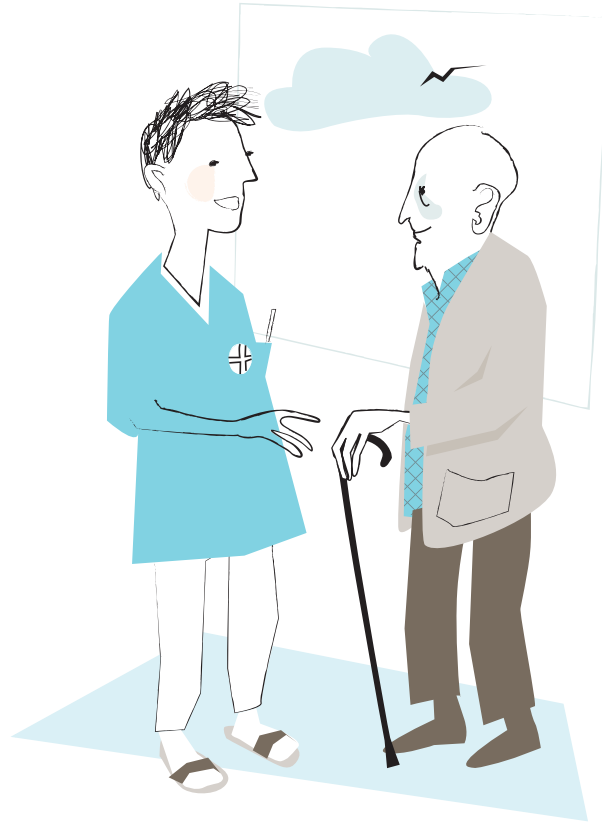
Planen ska när det är möjligt upprättas tillsammans med den enskilde. Närstående ska ges möjlighet att delta i arbetet med planen, om det är lämpligt och den enskilde inte motsätter sig det.

Av planen ska det framgå

- ✦ vilka insatser som behövs,*
- ✦ vilka insatser respektive huvudman ska svara för,*
- ✦ vilka åtgärder som vidtas av någon annan än kommunen eller landstinget, och*
- ✦ vem av huvudmännen som ska ha det övergripande ansvaret för planen.*

Samordnad individuell plan kan upprättas för personer i alla åldersgrupper. De som i sin yrkesutövning inom socialtjänst och hälso- och sjukvård upptäcker behov av samordning av insatser ska initiera till denna plan med den enskildes samtycke.

Lagstiftningen gäller de situationer när det finns behov av samordning mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst. Samma arbetssätt kan med fördel användas när det finns behov av samordning mellan olika verksamheter hos en huvudman.



Uppföljning och utvärdering på systemnivå

Statistik, resultat och utvärderingar är värdefull information till verksamheterna och deras ledning. Bra mått att följa upp är:

Antal och målgrupp?

- › Antal personer som fått en SIP upprättad.
- › Andel personer med SIP som fått en uppföljning.
- › Andel personer som fått en SIP upprättad som har en fast vårdkontakt.
- › Andel personer som fått en SIP upprättad som har en ansvarig läkare.

Hur arbetar vi med SIP?

- › Vilka verksamheter har tagit initiativ till SIP?
- › Vilka verksamheter har utfört insatser?
- › Vilka verksamheter har varit huvudansvariga?
- › Hur sker uppföljning av SIP-processen på organisationsnivå?
- › Blev användandet av SIP som vi planerat och önskat?
- › När vi önskad kvalitetsnivå för utvärderingsbara planer och möjlighet till delaktighet?
- › Har SIP medfört att samordning av vårdinsatser på individ- och systemnivå förbättrats?

Personens upplevelse

SIP-kollen är en webbuppföljning där personen själv kan återkoppla hur arbetet med SIP upplevts. Formuläret nås på: <http://sipkollen.se/>

För dig som vill veta mer

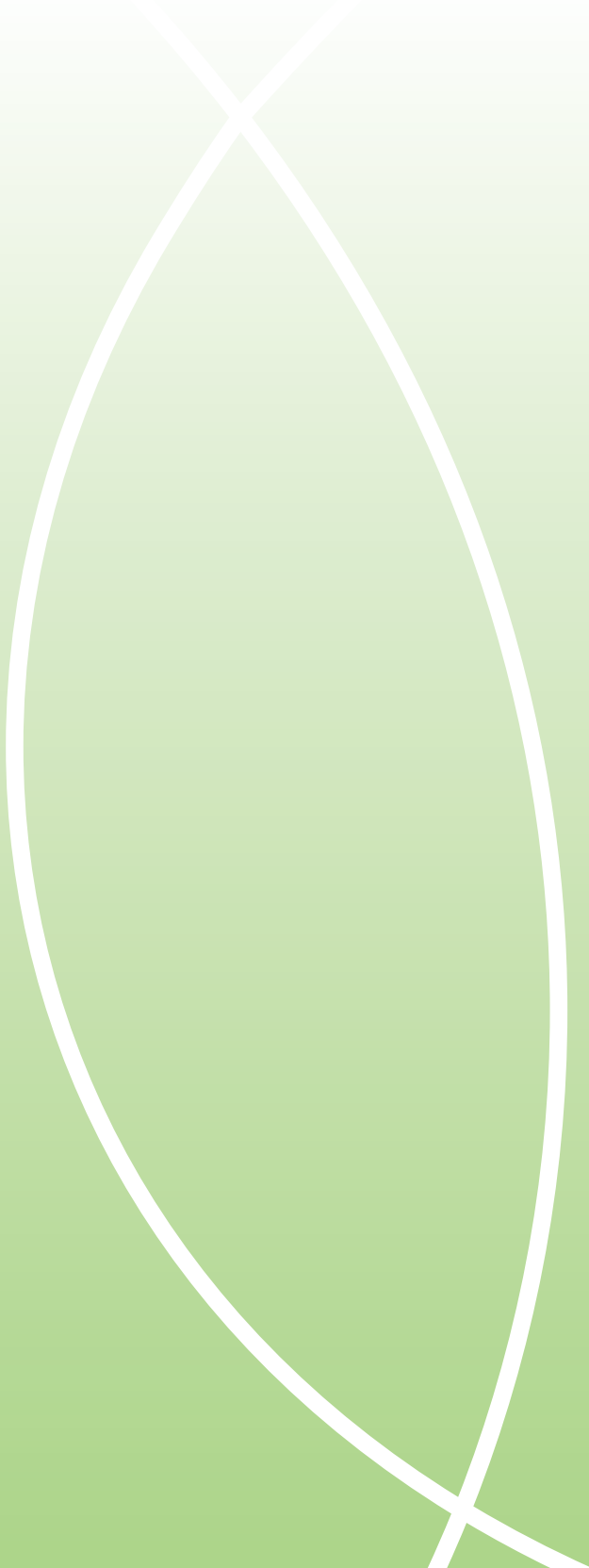
SKL tillhandahåller olika typer av material kring SIP.

Allt finns samlat på:

<https://skl.se/halsasjukvard/patientinflytande/samordnadindividuell-plansip.samordnadindividuellplan.html>

Exempel på material som kan användas kostnadsfritt:

- › SIP på 3 minuter – animerad film som berättar vad en SIP är.
- › Röster om värdet med SIP.
- › Utbildningspaket och vägledning för barn.
- › Utbildningspaket och vägledning för vuxna med fokus på psykiatri.
- › Fråga Viveca.
- › SIP-kollen, <http://sipkollen.se>.



Upplysningar om innehållet:
Maj Rom, maj.rom@skl.se, 076-766 76 02

© Sveriges Kommuner och Landsting, 2016
Bestnr: 5421
Illustratör: Helena Halvarsson
Produktion: EO
Tryck: LTAB, 2016

Det är vanligt att äldre personer är i behov av vård och omsorg från flera verksamheter samtidigt. För att alla ska arbeta mot samma mål kan samordning behövas. Samordnad Individuell Plan (SIP) är ett arbetssätt som gör det tydligt för personen själv, för närstående och för personalen vem som ansvarar för vad. Frågan Vad är viktigt för dig? bjuder in personen själv att medverka i arbetet. I den här skriften ges en introduktion till SIP för äldre.



Beställ eller ladda ner på webbutik.skl.se

Bestnr: 5421