



# Använd SIP - ett verktyg vid samverkan

FÖR ALLA ÖVER 18 ÅR, VUXNA OCH ÄLDRE  
VERSION 3.0



Sveriges  
Kommuner  
och Landsting



# Använd SIP – ett verktyg vid samverkan

FÖR ALLA ÖVER 18 ÅR, VUXNA OCH ÄLDRE  
VERSION 3.0



Upplysningar om innehållet:  
Karin Lindström, [karin.lindstrom@skl.se](mailto:karin.lindstrom@skl.se)

© Sveriges Kommuner och Landsting, 2018  
ISBN: 978-91-7585-765-7  
Text: Karin Lindström  
Illustration/foto: Daniel DePierre  
Produktion: Advant Produktionsbyrå  
Tryck: Åtta.45, 2018

# Förord

Intresset för samordnad individuell plan (SIP) är stort bland Sveriges Kommuner och Landstings, SKL, medlemmar. Lagstiftningen från 2010 har ännu inte fått fullt genomslag då det finns flera hinder och ytterligare insatser behövs för att SIP ska bli ett kraftfullt verktyg som patienter, brukare och närstående har nytta av.

SIP blev i januari 2018 även ett verktyg i den nya lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård som ersatte betalningsansvarslagen, vilket har ökat intresset för SIP. Målet med förändringen är en smidig och säker resa genom vården för personer som är sårbara, beroende av andra, har små marginaler och idag i mycket hög utsträckning återinskrivs på sjukhus, inte sällan inom en vecka efter utskrivning. Den nya lagstiftningen förutsätter förändrade arbets sätt i kommunal vård och omsorg, i landstingets öppna vård och på vårdavdelningar. Arbetet ska bli mer proaktivt och personcentrerat. Omfattande förändringar av rutiner och arbets sätt behöver genomföras på flera nivåer i olika verksamheter och huvudmän.

SKL har under flera år framgångsrikt givit stöd till kommuner och landsting när det gäller att införa SIP inom flera olika områden. Bland annat har information, utbildningar, material och filmer tagits fram.

SKL beviljades medel av Socialdepartementet, juli-december 2018, för att under året stödja användningen av SIP, genom att nytveckla och anpassa redan framtaget material med särskilt fokus på äldre personer och multisjuka personer med stora samordningsbehov. Denna skrift är ett led i det arbetet.

Läs mer om satsningen på [www.skl.se](http://www.skl.se) och [www.uppdragpsyiskhalsa.se](http://www.uppdragpsyiskhalsa.se)

Stockholm november 2018



Fredrik Lennartsson  
*Avdelningschef vård och omsorg*

Sveriges Kommuner och Landsting

# Innehåll

- 9 Kapitel 1. Varför behövs SIP?
- 10 Myter om SIP
- 10 Frågor
  
- 11 Kapitel 2. Socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen
- 11 Paragrafen säger:
- 12 Process för upprättande av SIP jml SoL och HSL
- 14 Frågor
  
- 15 Kapitel 3. Lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård
- 17 Fast vårdkontakt
- 19 Vägledning från Socialstyrelsen
- 19 Frågor
  
- 20 Kapitel 4. När behövs SIP?
- 20 När samordning efterfrågas
- 20 Tidigt i processen
- 21 När kompetens behövs från fler verksamheter
- 21 När ansvarsfördelning behöver tydliggöras
- 21 När insatser behöver ges samtidigt eller i särskild ordningsföljd
- 21 När en person upprepade gånger söker vård
- 22 När en rehabiliteringsplan ska göras
- 22 Vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård
- 23 Frågor
  
- 24 Kapitel 5. Delaktighet och samtycke
- 25 Personcentrerad vård och teamsamverkan
- 26 Teknik
- 26 Samtycke krävs
- 26 Planera vad och vilka samtycket innefattar
- 27 Samtyckets form
- 27 Samtycke vid nedsatt beslutsförmåga
- 29 Framtidsfullmakt
- 29 Frågor
  
- 30 Kapitel 6. Vem kan efterfråga, initiera och delta?
- 30 Initiera och delta
- 32 Efterfråga och delta
- 32 Andra viktiga aktörer

34	<b>Kapitel 7. Huvudansvarig</b>
35	Frågor
36	<b>Kapitel 8. Planens innehåll</b>
37	Kort- och långsiktiga mål
37	Smarta mål - en metod för att sätta tydliga mål
38	Dokumentation
38	SIP och andra planer
39	Frågor
40	<b>Kapitel 9. SIP avslutas</b>
40	Frågor
41	<b>Kapitel 10. Vanliga frågor och svar</b>
46	<b>Kapitel 11. Information och utbildning</b>
46	Information
47	Utbildning
48	Frågor
49	<b>Kapitel 12. Ledningens betydelse</b>
49	Frågor
50	<b>Kapitel 13. Utvärdera och utveckla</b>
50	Varför utvärdera?
50	Hur?
52	Några mått
53	Exempel på förbättringsarbete i praktiken
55	Kvalité i arbetet med SIP
57	Frågor
58	<b>Kapitel 14. Praktiskt arbete med SIP</b>
58	Individens behov av insatser avgör
59	Kan man tvinga en huvudman att komma till ett möte?
60	Olika men beroende av varandra
61	Vad innebär lydelsen "utan dröjsmål"?
61	Påverkas kösystem, remisser och anmälningar?
61	Identifiera och använd befintliga samverkansstrukturer!
62	Ska man göra SIP först när det är krångligt och svårt?
62	Frågor

- 63 **Bilaga 1. Tips vid möten**
- 63 Mötescirkeln - en hjälp för att skapa struktur
- 65 Oenighet på möten
- 65 Olika typer av oenighet
- 67 Frågor
  
- 68 **Bilaga 2. Exempel på SIP**
- 68 1 A. Anna och SIP tidigt i processen
- 70 1 B. Anna och SIP vid utskrivning från slutenvården
- 72 2 A. Karl och SIP tidigt i processen
- 77 2 B. Karl och SIP vid utskrivning från slutenvården
  
- 82 **Bilaga 3. Tips samverkanstrappan**
- 82 Upptäckt
- 82 Lättillgänglig information
- 82 Vägvisarfunktion
- 82 Stafettpinne
- 83 Samordnad individuell plan
- 83 Då behövs samordnat stöd
- 84 Frågor







# Varför behövs SIP?

Ökad specialisering inom vård- och omsorgssektorn och mångfalden av utförare, offentliga och privata, ställer höga krav på professionerna att samverka effektivt.

När flera verksamheter är involverade och ger stöd till en enskild kan det vara svårt för denne och dess närstående att veta vem som ska göra vad. Ofta vilar ett stort ansvar på personen själv och/eller närstående att samordna insatser och vidarebefordra information mellan aktörerna.

Verksamheterna kan behöva veta vad andra aktörer gör eller planerar att göra då det kan inverka på de insatser som de ger eller planerar att ge. Många gånger är det svårt för verksamheter inom en och samma huvudman att samordna sina insatser och ännu krångligare kan det bli när verksamheter inom flera huvudmän ska samordna sig. Samordning behövs för att den enskilde inte ska ”falla mellan stolarna” eller ”bollas” mellan verksamheter. En fungerande samverkan förenklar för alla och bidrar till en bättre användning av gemensamma resurser. Ett arbete med SIP blir ett medel för att säkra den personcentrerade vården som vilar på partnerskap mellan patient, närstående och professionella.

Riksdagen lagstiftade, 2010, om att individuella planer ska upprättas när någon har behov av insatser både från socialtjänst och hälso- och sjukvård. Planen benämns samordnad individuell plan (SIP) och tydliggör vem som gör vad. SIP gäller personer i alla åldrar oavsett behov av insats. Likalydande lagtext finns i såväl socialtjänstlagen som hälso- och sjukvårdslagen.

År 2018 infördes även att SIP ska användas vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård för att samordna de insatser en enskild behöver. Den senare regleringen har ökat intresset för användandet av SIP.

Bestämmelserna i lagstiftningarna om samordnad individuell plan syftar till att säkerställa samarbetet mellan huvudmännen så att alla, oavsett ålder, ska få sina behov tillgodosedda av vård och omsorg.

### **Syftet med planen är att:**

- › Tidigt erbjuda samordnade insatser.
- › Identifiera den enskildes behov och göra denne delaktig i planeringen.
- › 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 för de som skrivs ut från slutenvård.

### **Myter om SIP**

Det finns flera myter om SIP som medför att det upprättas för få planer. Här följer några exempel på vanliga myter:

#### ***”SIP är svårt”***

Att träffas och komma överens om vem som ska göra vad och när behöver inte vara svårt.

#### ***”SIP tar tid”***

I början behöver personal informera och förbereda den som ska få en SIP, kalla aktörer till möte och genomföra mötet vilket tar tid. Men tid sparas snabbt in då det för den enskilde, närstående och andra involverade blir tydligt vem som ska göra vad och när. Personen och dess närstående behöver då inte själva ringa runt och samordna insatserna och socialtjänsten och hälso- och sjukvården kan bättre planera sitt arbete.

#### ***”SIP ska bara användas i komplexa ärenden”***

Det är en fördel om SIP används så fort man upptäcker att behov finns. När SIP upprättas tidigt i processen kan samordningen i sig innebära att den personens behov blir tillgodosedda och försämring kan undvikas. SIP ska även användas vid utskrivning från slutenvård.

### **Frågor**

- › För vilka målgrupper upprättar ni SIP idag?
- › Får alla som har behov av samordning en SIP upprättad?
- › Är Senior alert en del i SIP för äldre?
- › Vilka myter om SIP har ni stött på?
- › Hur arbetar ni med myterna?

# Socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen

Sedan 1 januari 2010 finns i socialtjänstlagen (2 kap. 7 § SoL) och hälso- och sjukvårdslagen (16 kap. 4 § HSL) en likalydande bestämmelse om att kommun och landsting ska upprätta en samordnad individuell plan när en enskild har behov av insatser som behöver samordnas. Bestämmelsen inbegriper även privata utförare som kommun och landsting har avtal med.

Även om huvudmännens insatser ska samordnas är det viktigt att komma ihåg att ingen huvudman har rätt att besluta om samhällsstöd som någon annan huvudman ska tillhandahålla.<sup>1</sup>

## 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.

Not. 1. Prop 2008/09:193 s. 22.

### Av planen ska det framgå

1. vilka insatser som behövs,
2. vilka insatser respektive huvudman ska svara för,
3. vilka åtgärder som vidtas av någon annan än kommunen eller landstinget, och
4. vem av huvudmännen som ska ha det övergripande ansvaret för planen”<sup>2</sup>.

Samordnad individuell plan kan upprättas för personer i alla åldersgrupper oberoende av om den enskilde har större eller mindre behov av samordning.

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.

Enligt Socialstyrelsens termbank kan termerna ”individuell plan enligt socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen” och ”samordnad individuell plan” användas synonymt. En samordnad individuell plan definieras av Socialstyrelsens termbank som en ”vård- och omsorgsplan som beskriver insatser/åtgärder som den enskilde har behov av från både hälso- och sjukvård och socialtjänst och som tagits fram genom samordnad vård- och omsorgsplanering”.<sup>3</sup>

### Process för upprättande av SIP jml SoL och HSL

Processen startar när ett behov av samordning upptäcks. Efter inhämtat samtycke görs en förplanering med den enskilde och eventuella närstående om vad som ska tas upp på mötet, vilka verksamheter/personer som behöver vara representerade samt var och hur mötet ska genomföras. Ibland kan anpassningar behövas för att personen ska kunna vara delaktig.

En kallelse skickas till mötesdeltagarna. Det är viktigt att det i kallelsen framgår vad som kommer att tas upp på mötet så att alla kan förbereda sig. Ett strukturerat möte skapar trygghet för deltagarna. På mötet sätts mål och insatser planeras, det ska bli tydligt för den enskilde vem som gör vad och när. Planen skrivs med fördel på mötet och en huvudansvarig för planen utses. Boka gärna uppföljningstiden direkt.

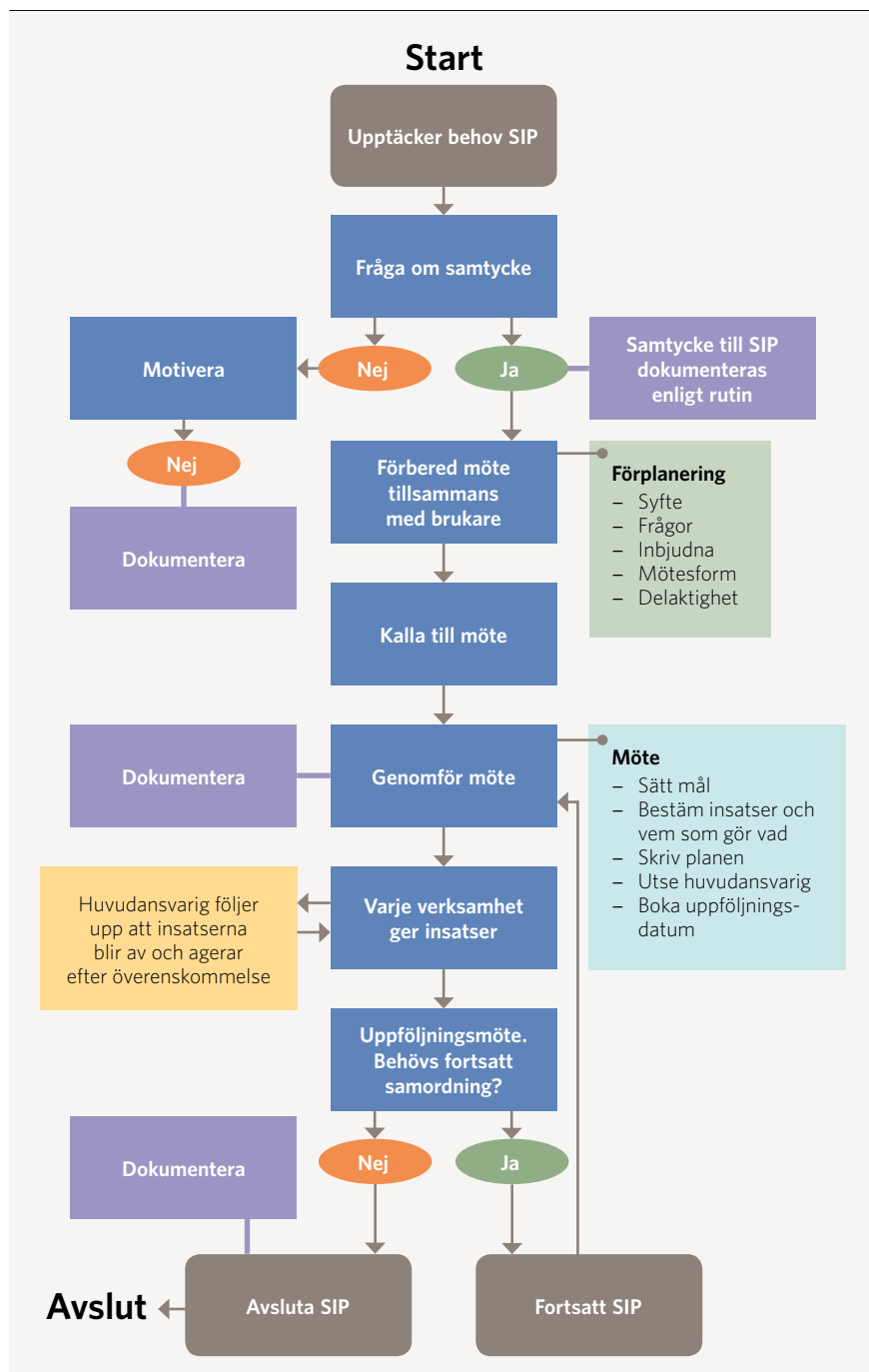
Efter mötet arbetar verksamheterna med de insatser som beslutats. Om något inte fungerar som planerat eller något annat sker som påverkar planeringen så kan den enskilde kontakta huvudansvarig för planen.

Vid uppföljningen ses planeringen över. Har det fungerat eller behöver något förändras? Behöver samordningen fortsätta eller ska den samordnade individuella planen avslutas?

Not. 2. 16 kap. 4 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) 2 kap. 7 § Socialtjänstlagen (2001:453).

Not. 3. <http://termbank.socialstyrelsen.se/showterm.php?Tid=429> hämtad 2017-05-12.

FIGUR 1. Process för SIP





### LÄSTIPS!

- Läs mer om delaktighet i kapitel 5.
- Läs mer om samtycke i kapitel 5.
- Läs mer om huvudansvarig i kapitel 7.

### Frågor

- › Känner ni till era regionala överenskommelser och/eller lokala rutiner om hur ni i er organisation ska arbeta med SIP?
- › Hur förbereder och planerar ni inför att en SIP ska upprättas?
- › Hur presenteras SIP för den som ska få den upprättad?
- › Hur presenteras den för eventuella närstående?
- › Hur säkerställer ni att den enskilde och eventuella närstående är med i planeringen?



# Lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård

Sedan januari 2018 gäller lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård<sup>4</sup>. Syftet med lagen är att främja en god vård och en socialtjänst av god kvalitet för enskilda som efter utskrivning från slutna vård behöver insatser från socialtjänsten, den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården eller den landstingsfinansierade öppna vården. I detta syfte ska lagen särskilt främja att en patient med behov av insatser skrivs ut från den slutna vården så snart som möjligt efter det att den behandlande läkaren bedömt att patienten är utskrivningsklar. Lagen talar om hur man ska samverka och planera.

Om den behandlande läkaren bedömer att en patient som skrivs in i slutenvården kommer att behöva insatser från socialtjänst, den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården eller den landstingsfinansierade öppenvården, ska ett inskrivningsmeddelande skickas till dessa enheter inom 24 timmar efter inskrivning. Om patienten behöver kommunal sjukvård efter utskrivning, skickas alltid inskrivningsmeddelande även till öppenvården.

Patienten har rätt att vara delaktig i sin vård enligt patientlagen, och allt i vården är frivilligt, med några undantag som gäller till exempel i psykiatrisk tvångsvård. Därför krävs patientens samtycke när vården ska samverka och planera kring patienten efter utskrivning.

I inskrivningsmeddelandet anges när patienten beräknas skrivas ut, och de mottagande enheterna kan påbörja sin planering av de insatser som behövs.

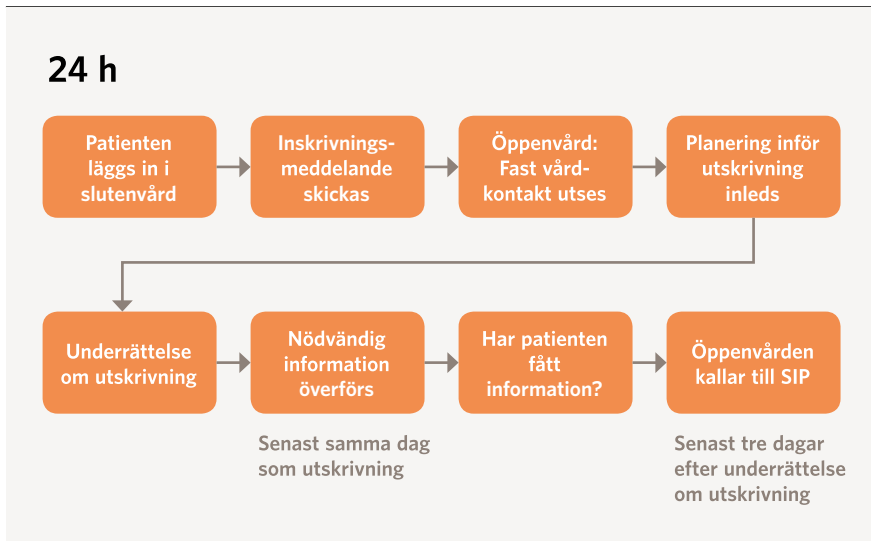
Not. 4. Lagen (2017: 612) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård.

När den behandlande läkaren bedömer att patienten är utskrivningsklar, ska samma enheter underrättas om det och få den information de behöver för att kunna ge nödvändiga insatser.

När öppenvården (ofta en vårdcentral) har fått inskrivningsmeddelandet utser verksamhetschefen en fast vårdkontakt för patienten. Det kan vara någon ur hälso- och sjukvårdspersonalen, till exempel en läkare, sjuksköterska, kurator eller undersköterska, men det kan också vara någon som jobbar med administrativa uppgifter, om det är lämpligt med hänsyn till patientens behov. Vid livshotande tillstånd ska alltid en läkare utses till fast vårdkontakt.

Det är den fasta vårdkontakten som ska kalla de berörda enheterna till SIP, senast tre dagar efter att underrättelse lämnats om att patienten är utskrivningsklar. Lagen säger att varje landsting/region och kommun ska ta fram gemensamma riktlinjer om hur samverkan ska gå till.

FIGUR 2. Hela processen



Så här kan hela processen se ut, från det att patienten läggs in på slutenvården och ett inskrivningsmeddelande går iväg till till exempel vårdcentralen, hemsjukvården och socialtjänsten.

Patienten får en fast vårdkontakt på vårdcentralen, hemsjukvården börjar planera sitt arbete och socialtjänsten kan börja planera för hur man kan ge patienten insatser som till exempel hemtjänst, om patienten önskar ha det.

När det är dags för utskrivning kallar öppenvårdens fasta vårdkontakt till

SIP och innan dess har alla, inklusive patienten, fått information om vad slutenvården bedömer att patienten behöver, och vilka enheter som kommer att delta i SIP-mötet.

## Fast vårdkontakt

Begreppet fast vårdkontakt ersatte 2012 det tidigare begreppet PAL, patientansvarig läkare. I Socialstyrelsens Meddelandeblad<sup>5</sup> går att läsa att detta gjordes för att stärka patientens ställning i vården. Patienten kan få en fast vårdkontakt vid utskrivning från sluten- till öppenvård men även när den har kontakt med öppenvård.

Bestämmelserna om fast vårdkontakt är införda i hälso- och sjukvårdslagen, hälso- och sjukvårdsförordningen<sup>6</sup> och patientlagen<sup>7</sup>.

### När?

En fast vårdkontakt ska utses för patienten om han eller hon begär det, eller om det är nödvändigt för att tillgodose hans eller hennes behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet.

Den enskilda patientens behov av vård styr när och hur länge det är lämpligt att ha en fast vårdkontakt. Det innebär att en patient kan behöva följas genom hela vårdförloppet och vid kroniska tillstånd kan en fast vårdkontakt behöva finnas under längre tid. Behovet av fast vårdkontakt kan omprövas efter en tid.

### Var?

En verksamhetschef ska säkerställa att patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården tillgodoses. Verksamhetschefen ska utse en fast vårdkontakt.

En fast vårdkontakt kan behöva utses och finnas inom alla verksamheter som bedriver hälso- och sjukvård. Det gäller därmed följande vårdformer:

- › **Slutenvård.** Slutenvård är hälso- och sjukvård som ges till en patient vars tillstånd kräver resurser som inte kan tillgodoses inom öppen vård eller hemsjukvård. Det motsvaras av dygnsvård på sjukhus.
- › **Öppenvård.** Öppenvård är hälso- och sjukvård som ges till en patient vars tillstånd medger att aktuell vårdinsats förväntas kunna avslutas inom ett begränsat antal timmar.

Not. 5. Socialstyrelsens Meddelandeblad 9/2012.

Not. 6. Hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80).

Not. 7. Patientlagen (2014:821).

- › **Primärvård.** Primärvård är hälso- och sjukvård som svarar för grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering, som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser. Detta motsvaras vanligen av vård på vårdcentral eller hälsocentral.
- › **Kommunal hälso- och sjukvård.** Kommuner svarar för vård till personer i både särskilt och ordinärt boende, med undantag för hälso- och sjukvård som meddelas av läkare (12 kap. 3 § hälso- och sjukvårdslagen). I det ordinära boendet kallas detta ofta för hemsjukvård.

### Hur?

En fast vårdkontakt bör kunna bistå patienter i att samordna vårdens insatser, informera om vårdssituationen, förmedla kontakter med andra relevanta personer inom hälso- och sjukvården och vara kontaktperson för andra delar av hälso- och sjukvården och för socialtjänsten samt i förekommande fall andra berörda myndigheter som till exempel Försäkringskassan.

### Vem?

Någon ur hälso- och sjukvårdspersonalen, till exempel en läkare, sjuksköterska, eller psykolog, men det kan också i vissa fall vara en mer administrativ funktion som koordinerar patientens vård, det är patientens behov som styr. För en patient med ett livshotande tillstånd ska en legitimerad läkare utses som fast vårdkontakt.



## Vägledning från Socialstyrelsen

Socialstyrelsen har tagit fram en vägledning som handlar om fast vårdkontakt och SIP.<sup>8</sup> Syftet med vägledningen är att bidra till att patienter med omfattande behov i större utsträckning än tidigare erbjuds en fast vårdkontakt, samt att det vid långvariga behov av både vård och omsorg upprättas en samordnad individuell plan.

### Frågor

#### **Om fast vårdkontakt i samband med lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård**

- › Känner ni till era regionala alt. lokala överenskommelser rörande lagstiftningen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård?
- › Vad ingår i den fasta vårdkontaktens roll vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård?
- › Hur har ert arbetssätt förändrats i och med den nya lagstiftningen?

#### **Om fast vårdkontakt i öppenvård**

- › Hur arbetar ni med fast vårdkontakt för de som har kontakt med öppenvården?
- › Vad ingår i den fasta vårdkontaktens roll?

Not. 8. Socialstyrelsens publikation Om fast vårdkontakt och samordnad individuell plan, 2017 [www.socialstyrelsen.se/publikationer2017/2017-10-25](http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2017/2017-10-25).

## När behövs SIP?

Socialtjänsten och hälso- och sjukvården har olika ansvarsområden men en människa kan inte delas upp i delar. Att samla kompetens och engagemang hos de som arbetar med att hjälpa individen gör det möjligt att tillsammans med den det gäller skapa ett helhetsperspektiv på dennes situation vilket i sin tur möjliggör att hjälpen ges och tas emot på ett sätt som tillgodoser individens behov.

Det är socialtjänsten och hälso- och sjukvården som bedömer när en SIP behöver upprättas och det finns många situationer när det kan behövas.

Exempel på situationer när en SIP kan behövas:

### När samordning efterfrågas

Inte bara individen själv kan fråga efter en plan utan även dess närstående. I propositionen står att det endast bör vara i undantagsfall som någon nekas en samordnad individuell plan när den efterfrågas av den enskilde.<sup>9</sup>

En individ kan ha flera kontakter med olika vårdgivare och kan inte själv förväntas veta vilken slags vård- och omsorgsplan som skulle förtydliga och hjälpa hen att förstå vilka insatser som ska ges av aktörerna.

Personer i alla åldrar med all sorts problematik kan efterfråga en SIP, kom ihåg att berätta om möjligheten!

### Tidigt i processen

SIP kan med fördel användas tidigt i processen vid en persons kontakt med socialtjänst eller hälso- och sjukvård då planen visar hur insatser ska samordnas. Den första insatsen leder i många fall till fler och genom att samordna insatserna redan från början kan beroendegraden i en del fall bromsas, eller till och med vändas.

Not. 9. Prop 2008/09:193 s. 25.

## När kompetens behövs från fler verksamheter

En verksamhet kan upptäcka behov av insatser hos en individ som de själva inte har kompetens att ge. För att denne ska få rätt insats från rätt verksamhet kan ett samordningsmöte behövas med andra yrkeskompetenser och verksamheter. Det kan också handla om att insatser från andra är nödvändiga för att den huvudman som gör bedömningen av planeringsbehovet ska kunna fullgöra sitt ansvar.<sup>10</sup> Även om insatser ska samordnas är det viktigt att komma ihåg att ingen huvudman har rätt att besluta om samhällsstöd som någon annan huvudman ska tillhandahålla.<sup>11</sup> Var och en av verksamheterna gör sin egen bedömning.

Exempelvis behöver personer med missbruk och/eller beroendeproblematik, psykosocial problematik eller demenssjukdom ofta stöd från olika aktörer och då är SIP en hjälp för att samordna stödet. När det gäller personer med demens är det en fördel att upprätta SIP i ett tidigt skede av sjukdomen då personen lättare kan uttrycka sin vilja.

## När ansvarsfördelning behöver tydliggöras

Ibland kan det vara otydligt för patienten/brukaren och dess närstående och/eller verksamhetsföreträdarna vad olika verksamheter gör eller planerar att göra, kanske hänvisas hen mellan olika verksamheter.

Insatser och ansvarsfördelning behöver ofta tydliggöras för exempelvis personer med missbruk och/eller beroendeproblematik, barn och unga med psykosocial problematik och de som är placerade i familjehem, HVB-hem (hem för vård och boende) och i SiS-hem (Statens institutionsstyrelse).

## När insatser behöver ges samtidigt eller i särskild ordningsföljd

För att få ökad effekt behöver en del insatser ges samtidigt eller i särskild ordningsföljd. En plan kan ge de involverade en försäkran om detta.

## När en person upprepade gånger söker vård

Ett samverkansmöte kan behövas när det uppmärksammas att någon upprepade gånger besökt vården utan att insatserna ger effekt. Det är då viktigt att tydliggöra vem eller vilka som bäst kan hjälpa. Vid mötet kan en SIP upprättas.

Multisjuka, kroniskt sjuka och andra patienter med stort vårdbehov som återkommande söker vård och har en hög vårdkonsumtion kan behöva en SIP.

Not. 10. Prop 2008/09:193 s. 21.

Not. 11. Prop 2008/09:193 s. 22.

## När en rehabiliteringsplan ska göras

SIP är en möjlighet för individen, socialtjänsten och vårdgivaren att snabbt komma igång med en rehabiliteringsplan vars kort- eller långsiktiga mål är att möjliggöra egen försörjning genom arbete eller studier. Detta gäller även om individen är sjukskriven, står under medicinsk behandling eller är i en återhämtningsfas.

Försäkringskassan har ett övergripande samordningsansvar för alla som har en nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom, och som är i behov av samordnad rehabilitering för att återfå arbetsförmåga. För personer som har en sjukpenninggrundande inkomst (SGI) sker samordningen som en naturlig del av Försäkringskassans handläggning. Även personer som exempelvis upp- bär försörjningsstöd kan behöva samordnade insatser för att närma sig arbetsmarknaden, komplettera en påbörjad utbildning eller undersöka vilken arbetsförmåga som finns och hur den bäst kan användas. SIP kan då användas som gemensamt planeringsverktyg för socialtjänst, vårdgivare, Arbetsförmedling och/eller Försäkringskassa.

Representation från Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen i SIP-möten är frivilligt då deras deltagande inte regleras i lag. I många kommuner finns samverkansavtal mellan parterna där man lokalt kommit överens om att delta i varandras möten.

## Vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård

SIP är huvudmännens gemensamma verktyg för den samordnade vårdplaneringen efter utskrivning. Skyldigheten att upprätta en plan gäller för patienter som efter utskrivning bedöms behöva insatser från både landsting och kommun i form av hälso- och sjukvård eller socialtjänst. Planen upprättas endast om patienten samtycker till det. Syftet är att patienter som inte längre behöver den slutna vårdens resurser ska kunna lämna slutenvården på ett tryggt sätt så snart som möjligt.

### LÄSTIPS!

Läs mer om lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård i kapitel 3.





## Frågor

- › Vid vilka tillfällen brukar ni föreslå att en samordnad individuell plan ska upprättas?
- › Vid vilka andra tillfällen skulle SIP kunna användas?
- › Vid vilka tillfällen brukar en person själv efterfråga SIP?

## Delaktighet och samtycke

Den enskildes delaktighet är centralt i allt arbete med samordnad individuell plan. Det är dennes behov och önskemål som ska utgöra utgångspunkten för planeringen. Personen själv ska ges möjlighet att delta aktivt i arbetet. Detta ska ske när det är möjligt. Syftet med begränsningen är att understryka att planeringsansvaret bör finnas kvar också när en person har samtyckt till att en plan upprättas, men på grund av exempelvis sjukdom, demens, missbruk eller av någon annan anledning inte förmår delta. För personer med funktionsnedsättningar måste såväl informationen som processen anpassas till individen. Detta gäller för alla typer av funktionsnedsättningar när det handlar om förmåga att inhämta information, koncentrationssvårigheter, rörelseinskränkningar eller nedsättningar av annat slag. Det är bra att ha information om SIP på flera språk.

I lagtexten lyfter man fram att närstående ska ges möjlighet att delta i arbetet med planen om det är lämpligt och den enskilde inte motsätter sig det. Detta innebär att släktingar och vänner som står individen nära kan involveras. Planeringen ska utgå från personens hela livssituation och där kan närstående ha en viktig roll att fylla.<sup>12</sup>

I patientsäkerhetslagen står att vårdgivaren ska ge patienter och deras anhöriga möjlighet att medverka i patientsäkerhetsarbetet<sup>13</sup>, vilket stämmer väl överens med intentionerna i lagstiftningen rörande SIP.

Delat beslutsfattande är ett exempel på en metod som syftar till att hjälpa personerna att spela en aktiv roll i beslut som rör deras hälsa samt vård och stöd, förmedla information om alternativ, tydliggöra personens egna preferenser och fatta gemensamma beslut om behandling. Socialstyrelsen har tagit fram material om metoden.<sup>14</sup>

Not. 12. Prop 2008/09:193 s. 24–25.

Not. 13. Patientsäkerhetslag 2010:659.

Not. 14. [www.socialstyrelsen.se/publikationer2012/2012-6-52](http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2012/2012-6-52).

Att komplettera SIP-mötena med att utvärdera kvalitén på mötet kan göras på olika sätt. SIP-kollen är en webbaserad enkät som försöker fånga individens upplevelse av att få en SIP, och frågorna går att skriva ut på förhand på papper. Om den som svarar på enkäten är villig att dela med sig av sina svar får ni en god bild av hur den enskilde upplevde kvalitén på SIP-arbetet. Om hen inte vill göra det kan hen genom att svara elektroniskt på enkäten bidra till att data samlas in och sammanställs på aggregerad nivå.

## Personcentrerad vård och teamsamverkan

Personcentrerad vård<sup>15</sup> och teamsamverkan är två av flera nödvändiga kompetenser i vården. Personcentrerad vård är ett etiskt förhållningssätt som innebär att se den enskilda personen, involvera och anpassa efter individens behov, resurser och förutsättningar. På detta sätt kan hela hälso- och sjukvårdssystemet både bli mer jämlik och kostnadseffektiv. Patienters och närståendes erfarenheter, kunskaper och resurser tas tillvara på ett bättre sätt.

Frågan ”vad är viktigt för dig?” strävar efter att synliggöra hela personen och göra hen till medskapare så långt det är möjligt.

I teamarbete har det under de senaste åren skett en perspektivförskjutning, från att tidigare ha talat om att individen är i centrum till att individen är en del av teamet. Allas kompetenser och erfarenheter kompletterar varandra för att nå bästa resultat.

### Centralt för team

Det som förenar olika former av team innebär bland annat att det finns:

- › Gemensam kunskapsbas (riktlinjer)
- › Rutiner som samspelar
- › Personen själv, en del i teamet
- › Tydlig arbetsfördelning
- › Tydligt ledarskap
- › Fokus på arbetsuppgiften
- › Tydlig kommunikation
- › Alla känner ansvar för uppgiften
- › Initiativförmåga
- › God stämning

Att arbeta i team kräver mer än klinisk eller sakområdeskompetens. Teammedlemmen behöver ha en positiv människobild och inställning till att övriga i teamet har viktig kunskap och erfarenhet som medverkar till bra beslut. Det

Not. 15. Vårdanalys rapport 2018:8 ”Från mottagare till medskapare - ett kunskapsunderlag för en mer personcentrerad hälso- och sjukvård”.

bör omfatta såväl den enskilde som kollegor. Konkret innebär det att teamet måste anpassa sitt arbetssätt utifrån varje enskilds aktuella behov, som också kan förändras över tid.

## Teknik

SIP upprättas vanligtvis vid fysiska möten. Möten kan av olika orsaker, exempelvis långa avstånd och tidsbrist, genomföras med hjälp av teknik som telefon, Skype eller video. Ofta känner då de involverade redan till individens situation och behov av insatser. Inför din bedömning av om ett möte kan hållas med hjälp av teknik är det viktigt att höra vad individen tycker om förslaget.

### LÄSTIPS!

- Läs mer om att utveckla och utvärdera samt SIP-kollen i kapitel 13.
- Läs mer om tips vid möten i bilaga 1.
- Läs mer om samtycke, nedsatt beslutsförmåga och framtidsfullmakt i kapitel 5.
- Läs mer om information i kapitel 11.

## Samtycke krävs

Den enskilde ska samtycka till att en samordnad individuell plan upprättas då sekretessen bryts vid samverkan. En samordnad individuell plan kan inte upprättas mot den enskildes vilja.

## Planera vad och vilka samtycket innefattar

I samtycket ingår att, tillsammans med den som ska få en SIP, planera vad som ska tas upp och vilka som ska bjudas in för att delta i mötet. Ett samtycke till informationsöverlämnande kan begränsas av den enskilde genom att vissa typer av uppgifter undantas. Samtycket är begränsat till arbetet med den samordnade individuella planen och innebär inte att verksamheterna kan utbyta information i övrigt utan den enskildes medgivande.

## Samtyckets form

Ett samtycke kan både lämnas och återtas muntligt och skriftligt. Personen kan till exempel samtycka till insatser genom en jakande nick. Samtycke kan också vara presumerat, vilket innebär att man förutsätter att personen samtyckt, även om det inte uttryckts. Då måste personen ha informerats och inte gett uttryck för någon motvilja.

Om samtycket är muntligt bör det dokumenteras enligt varje verksamhets rutiner för dokumentation. Om samtycket getts skriftligt hanteras handlingen enligt lokal rutin. Det är bra att begränsa samtycket i tid genom att sätta datum för hur länge det gäller.

## Samtycke vid nedsatt beslutsförmåga

Hur gör man när den enskilde, till exempel på grund av sjukdom eller skada, inte kan eller har möjlighet att lämna uttryckligt samtycke och ett behov av samordning finns?

Personer som själv har svårt att efterfråga en samordnad individuell plan bör få anpassad information och erbjudas SIP vid behov.

En person kan upprätta en fullmakt där någon utses att företräda personen i till exempel frågor som rör SIP och olika insatser. Fullmakten gäller bara så länge som personen själv kan ta in, förstå och meddela egna beslut. Om personen vill att någon annan ska kunna fatta beslut om vård- och stödinsatser när personen själv inte längre kan besluta själv kan istället en framtidsfullmakt vara ett alternativ, se under rubriken Framtidsfullmakt nedan.

En god man som förordnats för att hjälpa en person med att bland annat få rätt vård och stöd ska hjälpa personen i dennes beslutsfattande, men den som fått en god man bestämmer fortfarande själv. Den gode mannen behöver huvudpersonens samtycke för att kunna bestämma om vård- och stödinsatser för personen.

Den som fått en förvaltare bestämmer inte längre själv, utom när det gäller vissa personliga frågor. Som personliga frågor räknas till exempel hur man vill bo och behandling inom hälso- och sjukvården. Förvaltaren ska bistå med information, råd och stöd för att hjälpa personen att bestämma, även i personliga frågor.

## Använd SIP vid demens

När en person med demenssjukdom behöver stöd från olika aktörer ska stödet samordnas i en individuell plan (SIP). Det är bra att upprätta en SIP i ett tidigt skede av sjukdomen då personen lättare kan uttrycka sin vilja. Förebyggande arbete är generellt viktigt vid demens för att undvika svåra situationer och tvång.<sup>16</sup>

Not. 16. Nollvision. För en demensvård utan tvång och begränsningar. En handbok från Svenskt Demenscentrum.

Använd gärna personens levnadsberättelse i SIP-arbetet. Levnadsberättelsen skrivs i samråd med personen själv och dennes anhöriga. Den kan användas som ett verktyg för att lära känna och förstå en person genom information om vad som är eller har varit betydelsefullt för personen tidigare. Information om verktyg och arbetssätt med personer med demenssjukdom kan du ta del av hos Demenscentrum.<sup>17</sup>

### **Anhörigas roll**

Anhörigas insatser vid demens är ovärderliga. Anhöriga är oftast de som bäst känner personen och kan berätta vem personen är och vad den tycker om. Samtidigt har den anhörige inte några rättsliga befogenheter att agera som ställföreträdare för en vuxen person när det gäller insatser från hälso- och sjukvården eller socialtjänsten.

### **Samtycke vid demens**

I början av demenssjukdomen är det bra att skriva en generalfullmakt. Personen som får fullmakten har då rätt att sköta fullmaktsgivarens ekonomiska angelägenheter, praktiska ärenden samt bevaka personens intressen. Fullmakten gäller enbart så länge som personen själv kan ta in, förstå och meddela egna beslut. Om personen vill att anhöriga eller någon annan ska kunna fatta beslut även i ett senare skede av sjukdomen kan istället en framtidsfullmakt vara ett alternativ, se under rubriken Framtidsfullmakt nedan.

### **Några generella tips om bemötande av personer med demenssjukdom**

#### ***Stressa inte***

Personer med demenssjukdom kan vara extra känsliga för stress, ha förståelse om saker tar tid. Fråga om du kan hjälpa till.

#### ***Berätta hellre än att fråga***

Tänk dig att ofta få frågor som du inte kan besvara. Det är då lätt att känna sig osäker och otillräcklig.

#### ***Vänta in svar***

Försök inte rätta eller fylla i meningar om personen inte själv ber om det. Ge personen tid att tänka själv först.

Not. 17. [www.demenscentrum.se](http://www.demenscentrum.se)

### **En sak i taget**

Ta en sak i taget och vänta in ett svar eller en reaktion. Försök inte förklara allt på en gång.

### **Varje fråga är ny**

Att fråga samma sak om och om igen är inget ovanligt. Undvik att påpeka att personen upprepar sig.

## **Framtidsfullmakt**

Sedan den 1 juli 2018 finns lagen om framtidsfullmakt.<sup>18</sup> Enligt den lagen kan en person ge någon annan fullmakt att i framtiden företräda denne. Fullmakten blir aktuell då personen varaktigt och i huvudsak inte kan företräda sig själv på grund av sjukdom, psykisk störning, försvagat hälsotillstånd eller något liknande förhållande. Framtidsfullmakten träder i kraft efter ett beslut av tingsrätten.

Den som företräder någon med en framtidsfullmakt kan samtycka till att en SIP upprättas. Företrädare med framtidsfullmakt kan ansöka om stöd enligt socialtjänstlagen eller LSS samt ersättningar från till exempel Försäkringskassan. Den som företräder någon med framtidsfullmakt kan hjälpa den personen när det gäller hälso- och sjukvård och tandvård, men inte samtycka till hälso- och sjukvård eller tandvård i den personens ställe.

## **Frågor**

- › Hur förbereder du så att den som ska få en SIP känner sig delaktig i arbetet?
- › Hur kan närstående vara delaktiga?
- › Hur arbetar du med att bättre ta tillvara de erfarenheter, kunskaper och resurser som den som ska få en SIP och deras närstående har?
- › Använder ni er av olika tekniska lösningar i arbetet med SIP? I sådana fall hur?
- › Hur informerar ni om samtyckets betydelse?
- › Hur inhämtar ni samtycke?
- › Hur gör ni när en person har svårt att ge uttryck för samtycke till SIP?
- › Hur arbetar ni med SIP när en enskild har nedsatt beslutsförmåga?

Not. 18. Lagen om framtidsfullmakt (2017:310)  
[www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2017310-om-framtidsfullmakter\\_sfs-2017-310](http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2017310-om-framtidsfullmakter_sfs-2017-310)

# Vem kan efterfråga, initiera och delta?

## Initiera och delta

### Socialtjänst och hälso- och sjukvård

Vem som helst 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 samordnad individuell plan upprättas. Det kan endast ske med den enskildes samtycke.

Detta gäller alla inom kommunens socialtjänst exempelvis myndighetsenhet, öppenvård, råd och stöd, behandlingsenhet, hemsjukvård, hemtjänst eller särskilt boende. Insatser som ges enligt lagen om vård av unga (LVU), lag om stöd och service till funktionshindrade (LSS) och lag om vård av missbrukare i vissa fall (LVM) omfattas också av SIP-lagstiftningen.

Det gäller alla inom landstingets hälso- och sjukvård både inom den slutna och öppna vården, exempelvis vårdcentral, specialistmottagningar såsom psykiatri, rehabilitering, geriatrik och mödra- och barnhälsovård. Även samorganiserade verksamheter som till exempel beroendemottagningar tillhör aktörerna med skyldighet att initiera SIP vid behov.

Alla dessa aktörer har också en skyldighet att delta i SIP när de blir inbjudna.

### Interna aktörer

En individ kan ibland ha kontakt med eller behöva stöd från flera olika enheter inom kommun och landsting. Då kan personal från samma huvudman men från olika verksamheter behöva delta i samordningen.





### **Privata vårdgivare och utförare**

Det finns också ett flertal landstingsfinansierade privata aktörer inom vård och omsorg och de omfattas också av reglerna i denna lagstiftning och ska därmed också ta initiativ till och delta i arbetet med den samordnade individuella planen. Dessa representeras till exempel av assistansbolag, privata sjukvårdsenheter, behandlingshem.

### **Utökat ansvar**

Ovan benämns de aktörer som lagstiftningen reglerar. Ibland finns det regionala samverkansavtal, riktlinjer eller rutiner som utökar vilka aktörer som ska eller kan initiera SIP, därför är det alltid bra att undersöka om det finns sådana som berör ens egen verksamhet.

## Efterfråga och delta

### Den enskilde

Den enskilde kan själv efterfråga en SIP och då bedömer hälso- och sjukvårdspersonal alternativt socialtjänstpersonal behovet och kallar till en SIP. I förarbeten till lagstiftningen sägs att det bara är i undantagsfall som någon ska nekas en SIP vilket innebär en långtgående skyldighet att tillmötesgå den enskilde.

### Närstående

Närstående kan efterfråga en SIP och även delta men bara om den enskilde samtycker. Det kan exempelvis vara en partner, barn, släktingar, vänner eller andra viktiga personer i den enskildes liv.

### Personligt ombud, god man, förvaltare

Personligt ombud, god man och förvaltare bistår och företräder ibland enskilda och det brukar vara naturligt att involvera dessa i arbetet med SIP. En förvaltare kan efterfråga SIP och även ge samtycke samt företräda den enskilde och delta i arbetet. En god man kan också göra detta, men då enbart med den enskildes samtycke. Personligt ombud agerar enbart på uppdrag av den enskilde.

## Andra viktiga aktörer

I socialtjänstens 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.

Av lagstiftningen framgår att alla relevanta aktörers insatser ska framgå av den samordnade individuella planen. Det kan handla om insatser från såväl föreningar, privata aktörer med mera. Dessa aktörer bör bjudas in när det bedöms viktigt, men de har inte en skyldighet att delta i arbetet med SIP. Om någon aktör avböjer sin medverkan, kan det vara bra att ändå försöka samla in relevant information om vilka insatser som pågår. Detta görs med hjälp av samtycke.

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. De har ingen lagstadgad skyldighet att initiera eller kalla till en SIP utan ansvaret att bedöma om SIP behövs faller på de aktörer som omfattas av SoL eller HSL.

Här följer exempel på viktiga samverkansaktörer som kan vara viktiga att bjuda in men inte omfattas av lagstiftningen.

## **Försäkringskassan**

Försäkringskassan har ett samordningsansvar för den som har en nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom.

## **Arbetsförmedlingen**

För den som är i rehabiliteringsprocess kan Arbetsförmedlingen vara en viktig aktör. Arbetsförmedlingen erbjuder olika former av stöd vid anställningar.

## **Kriminalvård och Frivård**

Såväl Kriminalvården som Frivården kan vara viktiga aktörer i arbetet med samordnad individuell plan, om personen har kontakt med dessa.

## **Arbetsgivare**

När den enskilde har en arbetsgivare är dennes representant en aktör i rehabiliteringsprocessen och därför viktig att involvera i arbetet med SIP.

## **Utbildningsinstanser**

När den enskilde studerar och har behov av samordnade insatser från såväl socialtjänst som hälso- och sjukvård är den verksamhet där de studerar ofta en viktig aktör att involvera i arbetet med planen. Det kan handla om olika former av gymnasieutbildningar, högskolor, folkhögskolor och yrkeshögskolor med flera. Vissa av dessa utbildningsformer har särskild avsatt studenthälsa, medan andra inte har det.

## **Väntjänst**

Inom väntjänsten finns engagerade privatpersoner som frivilligt delar med sig av sin lediga tid för att hjälpa andra medmänniskor. På så sätt bidrar de till att bryta ensamhet och isolering och sätta guldkant på tillvaron. Väntjänsten organiseras på olika sätt inom den ideella sektorn.

## **Undersök kontakter**

Undersök alltid vilka kontakter som finns runt den vuxne och gör en bedömning av vilka av dessa som bör kallas till SIP.

### **LÄSTIPS!**

Läs mer om samtycke i kapitel 5.

## Huvudansvarig

I den samordnade individuella planen ska det framgå vem av huvudmännen som har det övergripande ansvaret för planen. I lagstiftningens proposition står att det framförallt behöver vara tydligt bestämt för den enskilde och dennes närstående vilken huvudman som har huvudansvaret för att kalla till nästa möte, om ett sådant behövs, och vem som har huvudansvaret för att följa upp de insatser som planerats. I praktiken har det inneburit att man på flera håll i landet utsett en person inom socialtjänsten eller hälso- och sjukvården som har huvudansvaret.

Den som har huvudansvaret behöver inte vara den som initierat eller kallat till planeringen. Detta bör avgöras utifrån den enskildes önskemål och behov och av insatsernas karaktär. Huvudregeln bör vara att den huvudman som den enskilde bedöms ha mest kontakt med får det övergripande ansvaret.

Rollen som huvudansvarig kan skifta under tiden man arbetar med planen.

### LÄSTIPS!

Läs mer om fast vårdkontakt och lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård i kapitel 3.

## Frågor

- › Hur utses huvudansvarig hos er och vad ingår i dennes roll?
- › Hur anpassar ni rollen som huvudansvarig efter samordningens omfattning och den äldres och dess närståendes behov?
- › Hur gör ni om närstående behöver mer stöd med samordning än vad den huvudansvarige kan ge?



## Planens innehåll

Av den samordnade individuella planen ska framgå vilka insatser som behövs, vilka insatser respektive huvudman ska svara för och vilka åtgärder som vidtas av någon annan än kommunen eller landstinget. I förarbetena står att det kan handla om en ansvarsfördelning som är tämligen okomplicerad, som vilka insatser kommunen ger på bestämda tider och vilka tider en viss vård finns tillgänglig om behov av stöd behövs. Det kan också handla om ett mer skraddarsytt samarbete där man kommer överens om vem som gör vad om en individs mående försämras. Verksamheternas respektive insatser ska beskrivas så konkret som möjligt. De flesta kommuner och landsting använder samma blankett oavsett ålder på den som ska få en SIP upprättad. Det finns verksamheter som utformat ett IT-stöd för planerna, vilket ger förutsättningar att sammanställa data på aggregerad nivå.

Tänk på att göra blanketten enkel!

Planerna brukar innehålla information om personuppgifter, samtycke, vilka som deltar i mötet och deras kontaktuppgifter. Vad som fungerar bra för den enskilde (styrkor) är en positiv information som många har med. Personens individuella behov och mål på kort och lång sikt samt de insatser som ska ges av kommun, landsting, region eller annan aktör är centrala delar i planen. Det är bra att förtydliga insatserna genom att precisera dem med en tidsplan, det vill säga start/sluttid för insatsen. När det finns aktiviteter som individen själv ska utföra är det viktigt att även dessa finns med samt den enskildes uppfattning om insatserna. Vem som blir huvudansvarig för planen ska framgå då det tydligt visar vem som ansvarar för planen. Plats för underskrifter av de involverade samt vilka som får en kopia av planen kan också finnas med.

Det är viktigt att planera in när SIP:en ska följas upp. Hur ofta det behöver ske varierar beroende på personens behov. Det är bra att redan när planen upprättas komma överens om när den ska följas upp. Det är också bra att uppge vem som kallar till uppföljningen.

## Kort- och långsiktiga mål

Det är viktigt att individen är med och sätter mål då det ökar motivationen att genomföra aktiviteterna i planen. Målen ska formuleras på ett enkelt och konkret sätt. Målen delas upp i kort- och långsiktiga för att man lättare ska kunna se vilka steg man behöver ta på kort sikt för att nå de långsiktiga målen. En planering för stödinsatser kan ges under en längre tid och beröra stora delar av individens livssituation men det kan också behövas göras en planering av insatser för kortare tid för att lösa en aktuell situation.

Ibland är alla överens om de uppsatta målen och ibland inte. Om man tycker väldigt olika bör detta framgå av planen. Det är viktigt att verksamhetsföreträdarna är lyhörda gentemot individen och frågar efter dennes behov inom de olika områdena.

### Frågor för att formulera konkreta mål:

- › När ska insatsen påbörjas?
- › När ska insatsen ges?
- › Hur ofta ska insatsen ges?
- › Var ska insatsen ges?
- › Vem ska utföra insatsen?

## Smarta mål – en metod för att sätta tydliga mål

- › **Specifikt.** Det ska vara tydligt vad som ska uppnås för de personer som ska uppnå målet. Målet ska vara exakt så att det inte går att misstolka.
- › **Mätbart.** Redan då ni sätter målet bör ni besluta hur ni mäter att ni lyckats. Det är viktigt att komma överens om hur det ska gå till: är det en viss kostnad/insats, tid, kvalitet, upplevd nöjdhet etcetera?
- › **Accepterat.** För att målet ska upplevas som relevant måste man förstå vad målet innebär: saknas förståelse är det svårt att känna motivation och sannolikheten för att målet inte uppfylls ökar. Delaktighet i att ta fram målet är ett nyckelord för att uppnå acceptans och för att undvika otydlighet.
- › **Realistiskt.** Det ska vara möjligt att uppnå målet. Om det uppstår diskussion kring om målet är realistiskt är det viktigt att vara lyhörd för det upplevda motståndet hos individen. Tolkar ni målet på samma sätt? Finns det oklarheter som inte är utredda kring de andra kriterierna?
- › **Tidsbestämt.** Det ska finnas en tidsangivelse för när målet ska vara uppfyllt.<sup>19</sup>

Not. 19. Bergman, B., Klefsjö, B. 2012: Kvalitet från behov till användning. Studentlitteratur, Lund.

## Dokumentation

I planen dokumenteras de insatser som ska samordnas kring den enskilde. Planen ersätter inte den dokumentation som behöver göras i respektive dokumentationssystem inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården.

Planen upprättas med fördel vid mötet när överenskommelser om insatser görs. Efter att planen upprättats brukar den undertecknas av de medverkande för att tydliggöra att alla är överens om innehållet i planen.

### Kopior av planen

Den enskilde får en kopia av planen. Närstående kan också få en kopia om inte den enskilde motsätter sig detta. De samverkande parterna erhåller varsin kopia som förs in i respektive verksamhets dokumentationssystem.

Originalet kan tas omhand av den som utses som huvudansvarig.

## SIP och andra planer

Det finns flera olika vård- och omsorgsplaner som kommuner och landsting är skyldiga att upprätta och arbeta med. Bestämmelserna har tillkommit under flera års tid och regleras i olika lagstiftningar och föreskrifter.

Till skillnad från andra planer som kan vara begränsade till vissa målgrupper, är den samordnade individuella planen tänkt att användas för alla individer som har behov av samordning av insatser från socialtjänsten och hälso- och sjukvården.

Av förarbetena till lagen framgår att den individuella planen inte ska innebära onödig administration inom socialtjänsten eller hälso- och sjukvården.<sup>20</sup> Där står att individen kan ha andra planer som upprättats sedan tidigare, enligt annan bestämmelse, och då behövs inte en SIP så länge den tidigare planen uppfylls och används enligt de föreskrivna krav som gäller för den samordnade individuella planen.<sup>21</sup>

I lagtexten uttrycks det klart att av den samordnade individuella 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.

Not. 20. Prop 2008/2009:193 "Vissa psykiatrirfrågor m. m" s. 20

Not. 21. Prop 2008/2009:193 "Vissa psykiatrirfrågor m. m" s. 26





## LÄSTIPS!

- Ta del av exempel på SIP:ar i bilaga 2.

## Frågor

- › Hur arbetar ni med kort- och långsiktiga mål i planen?
- › Hur följer ni upp målen?
- › Hur gör ni om det uppkommer händelser mellan möten som behöver tas om hand innan uppföljningen?
- › På vilket sätt dokumenteras den samordnade individuella planen?
- › Vilka får en kopia av planen?
- › Vem får originalet av planen?
- › Vilka planer arbetar ni med idag? Vilka syften har de och hur används de?
- › Hur arbetar ni med att tydligt beskriva vem som ska göra vad?
- › Vilka fördelar finns för den enskilde att ha en samordnad individuell plan?

## SIP avslutas

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

Det är viktigt för alla involverade, såväl individen samt övriga aktörer, att få veta när planen inte längre gäller.

Planen avslutas om samtycke dras tillbaka.

När planen avslutas dokumenteras det i respektive verksamhets dokumentationssystem.

### Frågor

- › Hur avslutar ni en samordnad individuell plan?
- › Till vilka kommuniceras detta?
- › Hur utvärderar ni om SIP har fyllt sitt syfte?
- › Hur tas kunskapen om utvärderingen till vara?

# KAPITEL 10

## Vanliga frågor och svar

Frågor som ofta ställs om samordnad individuell plan, SIP. Svaren är Uppdrag Psykisk Hälsas tolkning av lagstiftningen. De är granskade av jurister kopplade till Uppdrag Psykisk Hälsa på Sveriges Kommuner och Landsting.

### **1. Vem är SIP bra för?**

Svar: En bra samordning och samverkan mellan aktörerna är ett stort stöd samt hjälp för den enskilde individen. En fungerande samverkan förenklar för den enskilde att få sina behov tillgodosedda. Bestämmelserna i lagstiftningen syftar till att just säkerställa samarbetet mellan huvudmännen. Dagens ökade specialisering inom vård- och omsorgssektorn samt mångfalden av utförare ställer allt högre krav på professionerna att kunna samverka för att ge bra vård och behandling.

### **2. Vem är skyldig att kalla och bjuda in till ett SIP-möte?**

Svar: Den som i sin yrkesutövning inom socialtjänsten eller hälso- och sjukvården gör bedömningen att SIP behövs för att en person ska få sina behov tillgodosedda ska ta initiativ till att upprätta en SIP. Arbetet ska påbörjas utan dröjsmål, det vill säga inom några dagar. Andra aktörer kan föreslå att ett arbete med samordnad individuell plan ska startas upp och/eller delta i arbetet med planen. Kommuner och landsting kan dock ha egna rutiner som anger vilka som ska ta initiativ till SIP. För att starta ett SIP-arbete krävs alltid att den enskilde har gett sitt samtycke. Det är viktigt att den enskilde erbjuds stor delaktighet i planeringen inför SIP, och själv uppmuntras att peka ut vilka som ska vara med.

I lag om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård som började gälla 1/1 2018 är det alltid den fasta vårdkontakten som kallar till SIP om det finns behov av det. *Denna lag gäller endast de personer som varit inlagda för vård och vid utskrivning har behov av SIP.*

**3. Kan man som verksamhet kalla en aktör till samordnad individuell plan utan att den enskilde är aktuell eller inskriven hos denna aktör?**

Svar: Det finns inget hinder mot att kalla andra aktörer till ett SIP-möte även om den enskilde inte sedan tidigare varit aktuell hos dessa. SIP ska upprättas för den som har behov av insatser från både hälso- och sjukvården och från socialtjänsten, men det är inte samma sak som att personen redan måste ha insatser från dessa båda huvudmän. SIP-planen kan endast upprättas med den enskildes samtycke. Medverkan och redovisning från andra aktörer kan bara ske om den enskilde medger det.

**4. Anses kommunens rådgivande verksamheter såsom råd och stöd ingå i de som såväl ska initiera och arbeta med samordnad individuell plan?**

Svar: Det är individens samlade behov som är avgörande och alla typer av insatser från socialtjänsten ingår. Om de rådgivande verksamheterna bedrivs av kommunens socialtjänst, eller en utförare på uppdrag av kommunens socialtjänst, är de att anses vara insatser från socialtjänsten i den mening som avses i lagregeln om SIP.

**5. Kan anhöriga vara med på ett SIP-möte?**

Svar: Anhöriga och närstående kan delta om den enskilde vill det. Det kan vara föräldrar, partner, släktingar, vänner och/eller andra viktiga personer i den enskildes liv.

**6. Vad är det för skillnad på SIP och andra planer?**

Svar: Inom vård och omsorg upprättar man ofta genomförandeplaner, vårdplaner, individuella utvecklingsplaner, etcetera. Den samordnade individuella planen skiljer sig från andra planer då den ska gälla alla enskilda och syftar till att säkerställa samarbetet mellan huvudmännen. Planen ska samla individens alla behov och tillgodose stödinsatser från hälso- och sjukvården och socialtjänsten. En samordnad individuell plan kan upprättas för personer i alla åldersgrupper oavsett om den enskilde har större eller mindre behov av samordning. Om det redan finns en plan enligt någon annan bestämmelse eller på frivillig grund, är det tillräckligt med den planen så länge samtliga krav för SIP är uppfyllda. 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.

**7. Ska den enskilde alltid vara med på sitt SIP-möte?**

Svar: Den enskilde ska alltid vara delaktig i upprättandet av planen. SIP-mötet ska planeras tillsammans med den enskilde och denne ska ges förutsättningar att delta på mötet på ett för individen anpassat sätt. Närstående ska ges möj-

lighet att delta i arbetet med planen, om det är lämpligt och den enskilde vill det. Den enskilde kan få stöd av någon och vid vissa tillfällen företrädas av god man, personligt ombud eller förvaltare.

### **8. Kan en god man och förvaltare samtycka till och företräda den enskilde i en SIP när personen själv inte har förmågan?**

Svar: Det är lämpligt att ge anpassad information om SIP och erbjuda en SIP till enskilda individer som själva har svårt att efterfråga en SIP – regeln om SIP bygger inte på att individen måste efterfråga den själv.

Däremot måste den enskilde gå med på att få en SIP, alltså samtycka. Samtycka kan man göra på olika sätt, och det finns inget krav på att samtycket till SIP ska vara i en viss form. Även ett tyst samtycke till SIP kan fungera, om det inte finns några tecken på att individens vilja är en annan.

En god man kan ha olika uppdrag beroende på hur förordnandet från tingsrätten ser ut. Vissa har bara hand om ekonomin, andra har även i uppdrag att sörja för person och bevaka rätt. En god man måste i princip ha huvudpersonens samtycke till allt hen gör. För den som har svårt att uttrycka sin vilja, och där närstående inte heller kan ge ledtrådar om vad hon eller han skulle vilja, blir det i praktiken ofta så att god man är den som kan företräda i frågor som rör SIP, men man får hela tiden arbeta för att huvudpersonen får information och görs delaktig på ett individanpassat sätt.

En förvaltare tillsätts efter beslut från tingsrätten och ska företräda den enskilde och kan därför också ge samtycke för SIP i den enskildes ställe.

### **9. Vad händer om olika aktörer tycker olika om vad den enskilde har för behov?**

Svar: När en verksamhet upptäcker behov av insatser hos en enskild som de själva inte har kompetens att ge, då behövs ett samordningsmöte med andra yrkeskompetenser och verksamheter. Det kan handla om att den enskilde ska få rätt insats, från rätt verksamhet, i rätt tid. Den aktör som tagit initiativ eller initierat att en samordnad individuell plan upprättas har ingen rätt att besluta om ett samhällsstöd som någon annan huvudman ska tillhandahålla. Samordnad individuell plan handlar om att säkerställa samarbetet mellan huvudmännen. Uppstår principiella frågor på individnivå bör dessa lyftas till ledningen inom den egna organisationen som ska se till att samarbetet inom och mellan myndigheterna och utförarna fungerar väl för att tillgodose individernas behov.

### **10. Vad händer om andra insatser behöver sättas in under pågående arbete med planen?**

Svar: Varje huvudman ansvarar för att deras insatser verkställs enligt plan. Om den enskildes livssituation förändras under pågående verkställighetstid, är det av stor vikt att aktörerna träffas och följer upp upprättad plan. Det är

enklast att överenskomma om tid för uppföljningar, hur de ska ske och vilka som ska delta redan när den samordnade individuella planen upprättas. En SIP kan i vissa fall behöva kompletteras med ”krisplaner” där det framgår vilka kontakter som ska tas och vilka insatser som ska sättas in vid till exempel försämrat hälsoläge hos den enskilde.

**11. Kan Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen delta?**

Svar: Det är den enskilde som ger samtycke till att den samordnade individuella planen upprättas. Det innebär att det är denne som genom sitt samtycke också utser vilka aktörer som får kallas till mötet. Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan har inte skyldighet att delta men möjligheterna till återhämtning kan öka väsentligt om en samordning av aktiviteter med dessa aktörer sker.

**12. Måste man få en särskild blankett för samtycke undertecknad?**

Svar: Samtycke för att passera en sekretessgräns måste alltid inhämtas i förväg. En särskild blankett kan göra detta tydligare för den enskilde och om denne får ett exemplar kan den också se till vem och vilka man gett medgivande. På en sådan blankett kan det även framgå hur man ändrar eller helt återtar sitt samtycke. Även muntligt samtycke är giltigt men bör då dokumenteras i journal.

**13. Ska den som arbetar som biståndshandläggare och utreder rätt till insatser enligt LSS initiera en SIP?**

Svar: Den som i sin yrkesutövning inom socialtjänsten eller hälso- och sjukvården gör bedömningen att SIP behövs för att en person ska få sina behov tillgodosedda ska ta initiativ till att upprätta en SIP. Eftersom socialtjänst kan definieras som verksamheter som regleras genom bland annat LSS, lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, innebär det att en biståndshandläggare ska initiera en SIP om denne bedömer att det finns ett behov av SIP.

**14. Hur bör man se på samtycke och personligt inflytande över mål och aktiviteter för en person som vårdas under till exempel öppen psykiatrisk tvångsvård enligt LPT eller LRV?**

Svar: Att en person vårdas under tvång gör att delar av vården inte kräver samtycke. Dock ska man alltid arbeta för att nå samförstånd. Den enskildes uppfattning bör, i den mån det är möjligt, inhämtas. I 16 § LPT finns en föreskrift om samplanering inte helt olik samordnad individuell plan (SIP). Där står: ”Så långt möjligt skall planen upprättas i samråd med patienten. Om det är lämpligt skall samråd ske också med dennes närstående”.

Se gärna material från projektet Bättre vård mindre tvång på SKL. Rapporten Psykiatrisk tvångsvård finner du på Uppdrag Psykisk Hälsas hemsida.



**15. Ska den kommunala hemsjukvården initiera till SIP när de ser behov av samordning?**

Svar: Landstinget och kommunens socialtjänst är alltid skyldiga att initiera en SIP när de upptäcker behovet av samordning för att den enskilde ska få den vård som den har behov av.

Sjuksköterskor i den kommunala hemsjukvården är anställda av kommunen. Särskilda boenden bedrivs i enlighet med socialtjänstlagen. När sjuksköterskan upptäcker att det finns behov av SIP för en person i särskilt boende ska hen initiera en SIP i enlighet med de rutiner som finns i dennes verksamhet.

Sjuksköterskor i den kommunala hemsjukvården är anställda av kommunen men bedriver vård enligt hälso- och sjukvårdslagen. När de upptäcker att det finns behov av SIP för en person som bor i eget boende ska de underrätta landstinget som då är skyldiga att initiera en SIP.

**16. Vad är det för skillnad på SIP och samordnad vårdplanering?**

SIP är sedan 2010 en lagstiftning och är en form av samordning av stödet/hjälpen för att det ska bli en helhet och personen ska få den hjälp som den behöver. En SIP kan göras när som helst som man bedömer att det finns behov av det och är inte bara kopplad till utskrivning från slutenvård. Den fortsätter att gälla och ska följas upp regelbundet så länge det finns behov av samordning.

En person kan ha en SIP utan att ha varit inlagd, i bästa fall om en SIP fungerar väl kan den ibland till och med förebygga att en person blir inlagd.

Den nya lagstiftningen om utskrivning från slutenvården som kom 2018 är en process som vid behov innehåller en SIP och då hänvisar den till den lagstiftning som kom 2010.

# Information och utbildning

Alla som kan bli involverade i arbetet med en samordnad individuell plan kan behöva information och utbildning om syftet med planen och hur arbetet går till. Informationen behöver vara tydlig och kan ges på olika sätt. Flera kommuner och landsting har information om SIP på sina respektive intranät som riktar sig till personal. Informationen kan innehålla överenskommelser med samverkanspartners, riktlinjer och rutiner och beskriver då mer utförligt hur man kommit överens om att arbetet med SIP ska fortlöpa just där. På flera regionförbund finns även denna information. En del kommuner och landsting har webbinformation till allmänheten vilket även 1177 Vårdguiden har.

På webbplatser inom SKL<sup>22</sup> och projekt Uppdrag Psykisk Hälsa<sup>23</sup> finns exempelvis informationsfilmen ”SIP på 3 minuter” som beskriver vad SIP är på ett enkelt sätt.

## Information

### Innehåll som kan behövas i informationsmaterial till individer och deras närstående:

- › Vad är en SIP?
- › Vem kan få en SIP?
- › Vad är syftet med planen?
- › Vilka verksamheter berörs?
- › Hur går ett möte till?
- › Hur utses huvudansvarig/planansvarig och vad ska hen göra?
- › Hur följs planen upp?
- › Information om att planen är frivillig och upprättas med samtycke
- › Hur kan individer och närstående vara delaktiga i arbetet?
- › Var man kan få mer information om SIP?

Not. 22. [www.skl.se/halsasjukvard/kunskapsstodvardochbehandling/samordnadindividuellplansip.samordnadindividuellplan.html](http://www.skl.se/halsasjukvard/kunskapsstodvardochbehandling/samordnadindividuellplansip.samordnadindividuellplan.html)

Not. 23. [www.uppdragpsykiskhalsa.se](http://www.uppdragpsykiskhalsa.se)



Det kan vara bra att ha särskild utformad information till all personal som kan komma att bli involverade i arbetet då kännedomen om samordnad individuell plan varierar.

### **Innehåll som kan behövas i informationsmaterial till personal:**

- › Syftet med SIP
- › Inhämtande av samtycke
- › Rutiner för när och hur vi kallar till möte
- › Förberedelser inför möte med individen
- › Hur arbetet går till
- › Vad förväntas av de professionella

## **Utbildning**

Flera kommuner och landsting/regioner har utbildningstillfällen som handlar om samverkan, SIP och aktuella regionala överenskommelser/rutiner. Personer med egen erfarenhet av att få en SIP kan med fördel medverka och dela med sig av sin egenupplevda kunskap. Det är viktigt att upprepa utbildningarna då medarbetare slutar eller tillkommer och dialogen om samverkan och samordning hela tiden behöver hållas levande.

På SKL:s webb finns material för dig som ska utbilda. En del av länkarna går vidare till projekt Uppdrag Psykisk Hälsas webbplats där färdiga utbildningspaket finns.<sup>24</sup> Inriktningen på utbildningspaketet är allmänt hållna. Materialet består av grundutbildningar till personal med liten eller ingen förkunskap om samordnad individuell plan samt fördjupningsutbildningar för personal med viss förkunskap om samordnad individuell plan.

### **Särskild funktion för att stödja användandet av SIP**

För att lyckas implementera, förbättra, utveckla och/eller behålla samverkan mellan verksamheter behöver många saker vara på plats. Ledningsnivån och verksamhetsnivån i organisationerna behöver vara aktiva och kopplas samman på strategisk och operativ nivå. Även huvudmännen behöver sinsemellan vara sammanlänkade.

I vissa verksamheter har en särskild funktion tillskapats för att arbeta systematiskt med att förbättra samverkan mellan verksamheterna och huvudmännen.

Funktionen kallas exempelvis SIP-samordnare, SIP-coach, SIP-stödjure eller koordinator.<sup>25</sup>

Not. 24. [www.uppdragpsykiskhalsa.se/](http://www.uppdragpsykiskhalsa.se/)

Not. 25. [www.uppdragpsykiskhalsa.se/sip/implementering-och-utbildning/](http://www.uppdragpsykiskhalsa.se/sip/implementering-och-utbildning/)

## Modellen samverkanstrappan

Samverkanstrappan är en modell framtagen för att på ett enkelt sätt ta ett helhetsgrepp kring hur individer utifrån sina individuella behov kan guidas till det stöd, den vård och den behandling denne behöver oavsett huvudman. De sex olika stegen upptäckt, information, vägvisarfunktion, stafettpinne, plan för samordning och samordnat stöd kan organiseras utifrån lokala förutsättningar.

### LÄSTIPS!

Läs mer om tips samverkanstrappan i bilaga 3.

## Frågor

- › Hur informerar ni om samordnad individuell plan?
- › Är information tillgänglig för personer med olika typer av funktionsnedsättningar?
- › Finns behov av information på flera språk?
- › Hur arbetar ni med att utbilda om SIP?
- › Hur kan ni arbeta med att öka kännedomen om SIP inom er huvudman och hos annan huvudman?
- › Hur medverkar personer med egen erfarenhet av att få en SIP i utbildningarna?
- › Hur säkerställer ni att ledningsnivån stödjer användandet av SIP?

# KAPITEL 12

## Ledningens betydelse

Vid implementering och vidmakthållande av arbetet med samordnad individuell plan underlättar det om det finns en gemensam styr- och ledningsfunktion med företrädare från kommun och landsting. Styr- och ledningsfunktionen behöver finnas på olika nivåer som ledningsnivå, förvaltningsnivå och politisk nivå.

Ledningen behöver med hjälp av interna kvalitets- och ledningssystem säkerställa att arbetet med samordnad individuell plan genomförs och utvecklas. I exempelvis överenskommelser, riktlinjer, rutiner och avtal ges tydliga signaler till verksamheter.

När man arbetar med samordnad individuell plan kan otydligheter uppkomma avseende ansvarsfördelning inom och mellan huvudmännen. Då är det viktigt att använda organisationens lednings- och styrningssystem för att ta tillvara erfarenheter och skapa rutiner för de områden som är otydliga.

### Frågor

- › Har ni tydliggjort ansvarsfördelningen inom er huvudman kring vem som gör vad och har verksamheterna kännedom om denna ansvarsfördelning?
- › Har ni tydliggjort ansvarsfördelningen mellan huvudmännen om vem som gör vad och har verksamheterna kännedom om denna ansvarsfördelning?
- › Hur implementerar ni rutinerna för samordnad individuell plan?
- › Hur säkerställer ni att ny personal känner till rutinerna kring arbetet med SIP?
- › Hur ser ni till att verksamheterna arbetar kontinuerligt med SIP?

# Utvärdera och utveckla

## Varför utvärdera?

Statistik, resultat och utvärderingar är värdefull information för verksamheter och dess ledning för att få kunskap om hur den samordnade individuella planen används och fungerar. Frågor behöver ställas och data behöver samlas in för att undersöka hur planen bidrar till utveckling och samverkan. Varje verksamhet behöver diskutera vilken information och kunskap de behöver var för sig och tillsammans med samverkansparter.

## Hur?

För att veta hur arbetet med samordnad individuell plan ska utvecklas måste man veta vart man vill komma och om man är på rätt väg. Det behövs en karta och kompass, en modell för förbättringar. Se nedanstående modell.

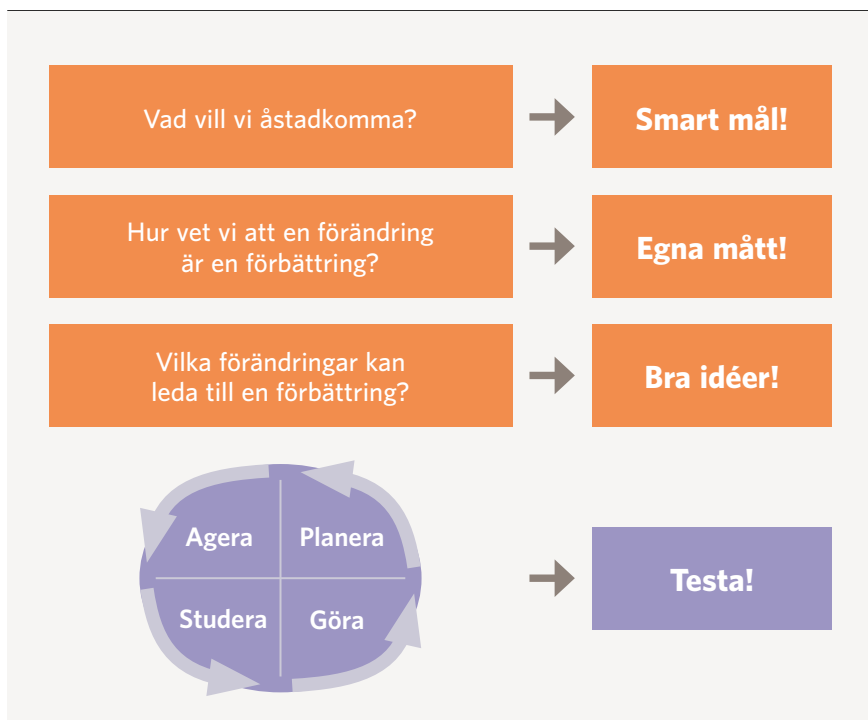
Mål måste finnas för att det ska vara tydligt vad man ska arbeta mot, resultatmått måste definieras för att veta om målet nås. Dessutom behöver man veta vad som gör att målet nås eller inte. Mått för de olika aktiviteterna måste definieras.

- › **Steg 1.** Beskriv nuläget, för att få koll på läget, och hur målet ska se ut.
- › **Steg 2.** Identifiera det som kan behövas för att uppnå det uppsatta målet. Beskriv det gap som finns mellan nuvarande arbetssätt (nuläget) och bästa möjliga arbetssätt (målet).
  - Synliggör ert gemensamma mål
  - Identifiera faktorer som skapar ett gott resultat
  - Fastställ mått som påverkar målets resultat

› **Steg 3.** Ta fram idéer och förslag till förändringar inom identifierade förbättringsområden

Testa med stöd av PGSA-hjulet i stegen Planera, Göra, Studera, Agera. När förbättringsarbetet är avslutat är det viktigt att sammanfatta det arbete som har genomförts. En sammanställning synliggör vad som har åstadkommits och blir ett värdefullt underlag för fortsatt lärande kring förbättringsarbete.

FIGUR 3. Förbättringsmodell



Ref: T Nolan, E Deming



### Några mått

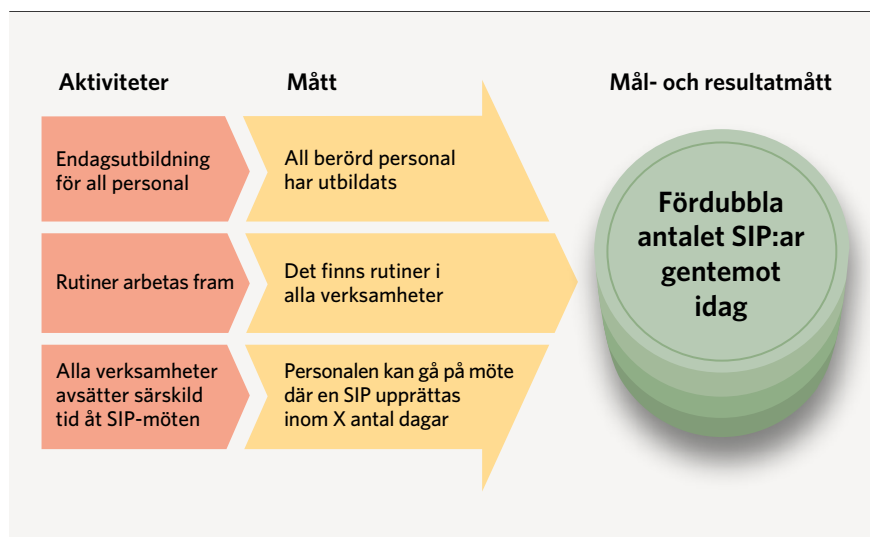
- › **Behovsmått** ger kunskap om hur stort behovet är av samordnad individuell plan. Hur många individer behöver en SIP? Vilka skillnader finns mellan olika typer av målgrupper?
- › **Processmått** ger kunskap om vi arbetar med samordnad individuell plan på rätt sätt.
- › **Effektmått** ger kunskap om vilka effekter SIP-arbetet ger för individer och vad som ger vilken effekt. Ökad funktionsförmåga? Bättre måluppfyllelse?
- › **Systemmått** ger kunskap om hur väl det system som SIP befinner sig i fungerar, till exempel omgivande faktorer såsom välfungerande struktur för samverkan.
- › **Resultatmått** ger kunskap om till exempel hur många SIP:ar som genomförts för vilka målgrupper.

## Exempel på förbättringsarbete i praktiken

### Kommun x behöver upprätta fler SIP:ar än idag

En kommun vet hur många SIP:ar som upprättats idag men behovet bedöms vara avsevärt större. Målet är att om ett år upprätta fyrdubbelt fler SIP:ar. När målet är uttryckt på kartan bestäms vilken väg som ska tas genom att bestämma aktiviteterna. Personal utbildas inom berörda verksamheter och rutiner utarbetas för arbetet med SIP. Dessutom avsätter alla som kan tänkas delta i ett sådant möte samma tid, varannan vecka, för att möjliggöra deltagande på möten. Genom måtten kan man se hur arbetet lyckas.

FIGUR 4. Logikmodell



### Kontinuerlig uppföljning

För att veta om ett förbättrings- och utvecklingsarbete leder till önskat resultat krävs uppföljning. I exemplet ovan visste kommunen om utgångsläget, det vill säga hur många SIP:ar som upprättats. Det gör det möjligt att efter avslutat förbättringsarbete kunna avläsa om antalet SIP:ar faktiskt blivit fler. Om man är mer intresserad av kvaliteten i SIP:ar kan man med fördel använda till exempel SIP-kollen, se längre fram i detta kapitel, som både baslinjemätning och som uppföljning.

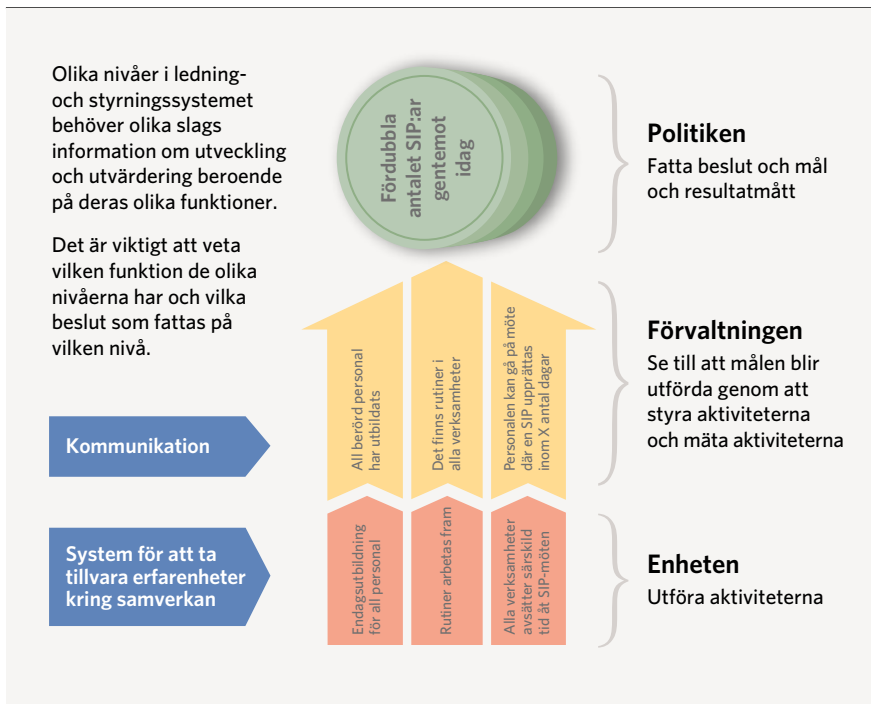
En utbildningsdag för personal planeras och dagen genomförs. När man tittar närmare på genomförandet upptäcks att personal från en viss verksamhet inte deltagit. Det fanns inte vikarier så personalen kunde inte frigöra tid till utbildning. Nästa steg blir att göra en förändring och erbjuda utbildningsdagen vid två olika tillfällen för att personalgruppen ska kunna delta vid olika tillfällen.

### Olika roller i utvärderingsarbetet

Olika nivåer i ledning- och styrningssystemet behöver olika slags information om utveckling och utvärdering beroende på deras funktioner. Detta kan åskådliggöras genom att vända på logikmodellen.

Det är viktigt att veta vilken funktion de olika nivåerna har och vilka beslut som fattas på vilken nivå. Kommunikation mellan nivåerna är viktigt. Det möjliggör för de politiska målen att nå förvaltningen och enheterna och för enheterna att nå förvaltningen och politikerna med sina idéer och sin kunskap.

FIGUR 5. Logikmodell





## LÄSTIPS!

- Läs mer om Smarta mål i kapitel 8.
- Läs mer om uppföljning på Socialstyrelsens webbplats Kunskapsguiden.\*

\* Socialstyrelsens kunskapsguide: [www.kunskapsguiden.se/ebp/Systematisk-uppfoljning/Systematisk-uppfoljning-tre-nivaer/Sidor/default.aspx](http://www.kunskapsguiden.se/ebp/Systematisk-uppfoljning/Systematisk-uppfoljning-tre-nivaer/Sidor/default.aspx)

## Kvalité i arbetet med SIP

Begreppet samordning används ofta i olika sammanhang utifrån ett organisatoriskt perspektiv. Då handlar det om en samordning främst som olika organisationer eller professioner ska skapa med gemensamma processer eller arbetssätt.

Samordnad vård och omsorg kan även ses som ett resultat för patienter och brukare. Enligt en definition från Vårdanalys är *”vården och omsorgen samordnad när alla aktiviteter ingår i en väl fungerande helhet kring individen samtidigt som individen ges möjlighet att vara medskapande i aktiviteterna efter förmåga och preferenser”*.<sup>26</sup>

Patienter, brukare och närstående behöver känna sig trygga med att SIP upprättas för att se till individens behov och att de är medskapande i arbetet med planen. Vården som samordnas behöver uppfylla kraven på god vård och insatserna som ges ska vara av god kvalité för att samordningen med hjälp av planen ska leda till ett bra resultat för individen.

Ta reda på patienters, brukares deras närståendes upplevelse av att få en SIP och om resultatet av planen blev det önskade!

Några exempel på hur SIP kan följas upp utifrån kvalitets- och kvantitetsaspekter:

### SIP-kollen

SIP-kollen<sup>27</sup> är en webbaserad enkät som söker fånga individens upplevelse av att få en SIP. Enkäten kan användas såväl första gången någon får en SIP som vid uppföljning. Svaren från enkäterna går inte att spåra vare sig till person eller verksamhet. Resultatet sammanställs på aggregerad nivå och kan utgöra underlag för er verksamhets systematiska utvecklingsarbete. Om individen vill att personalen ska få ta del av hens upplevelse behöver de komma överens om det.

Not. 26. Rapport 2017:9 Från Medel till mål – att organisera och styra mot en samordnad vård och omsorg ur ett patient- och brukar perspektiv s. 44.

Not. 27. [www.sipkollen.se](http://www.sipkollen.se)

Enkäten fungerar på datorer, surfplattor och smartphones. Såväl enkät som resultat kan skrivas ut.

### **Följande påståenden ska tas ställning till:**

- › Jag tycker att personalen lyssnade på mig.
- › Jag får vara med och bestämma om vilket stöd jag/eller min familj ska få.
- › Jag tycker att vi pratade om det som är viktigt för mig.
- › Jag tycker att det är tydligt vem som gör vad.
- › Jag tycker att jag fick svar på mina frågor.

Resultat av inlämnade enkäter presenteras uppdelade på kommun, landsting, ålder och kön på SIP-kollens webbsida. Statistiken är uppdelad för att kommun och landsting/region ska kunna jämföra sina resultat. En topplista visar de kommuner och landsting/regioner med flest genomförda enkäter per invånare. En bruksanvisning om framtagande av statistik återfinns på Uppdrag Psykisk Hälsas webbsida.<sup>28</sup>

### **Reflektera tillsammans**

Reflektera en stund tillsammans utifrån några enkla frågeställningar efter mötet, exempelvis ”Vad lärde jag mig vid detta SIP-möte?, Vad fungerade bra? Vad kan jag/vi göra annorlunda vid nästa SIP-möte?”

### **Rutinkollen**

Rutinkollen<sup>29</sup> är ett IT-stöd som erbjuds alla verksamheter som bedriver vård. Både landsting, kommuner och privata utförare kan använda sig av verktyget. Verksamheterna följer själva upp rutinerna för SIP genom att ta del av befintlig journalinformation (journalanteckningar, vårdplan, omvårdnadsdokumentation etcetera.) och/eller annan anteckning och avgör utifrån dessa hur väl enhetens rutiner följs och dokumenteras. Det går att följa sina egna resultat rörande delaktighet, samordning, mål och syfte, innehåll samt uppföljning av SIP. Verksamheterna får med hjälp av rutinkollen en indikation på hur de kan arbeta för att nå sina mål och möjlighet att jämföra resultat över tid.

### **Genombrott**

Genombrott.nu<sup>30</sup> är ett exempel på ett visuellt och lättanvänt digitalt verktyg för att förändra och förbättra verksamheter. Både patienter/brukare, närstående och personal kan lämna förslag på hur verksamheten kan förbättras. Verktyget sköts via dator, surfplatta och mobiltelefon. I stödet kan verksamheten själv utforma enkäter som kan användas för att ta reda på vad patienter/brukare och personal tycker om exempelvis SIP.

Not. 28. [www.uppdragpsykiskhalsa.se/sip/folja-upp-sip/](http://www.uppdragpsykiskhalsa.se/sip/folja-upp-sip/)

Not. 29. [www.rutinkollen.se](http://www.rutinkollen.se)

Not. 30. [www.uppdragpsykiskhalsa.se/genombrott-nu/](http://www.uppdragpsykiskhalsa.se/genombrott-nu/)

## KVÅ-kod inom hälso- och sjukvård för SIP

Klassifikation av vårdåtgärd (KVÅ)<sup>31</sup> innehåller koder och beskrivningar för olika vårdåtgärder. KVÅ är professionsneutral och kan användas för att beskriva utredande, behandlande, förebyggande och administrativa åtgärder som är planerade eller utförda. Om KVÅ används direkt i strukturerad digital dokumentation (journalen) underlättas återanvändningen av information för bland annat informationsöverföring mellan olika vårdgivare, för lokal verksamhetsuppföljning och kvalitetsarbete samt för statistisk beskrivning av åtgärder inom hälso- och sjukvården på lokal, regional och nationell nivå. Det är obligatoriskt att rapportera utförda KVÅ-koder till några av Socialstyrelsens hälsodataregister, däribland registret över insatser inom den kommunala hälso- och sjukvården (från och med 1 januari 2019). Hälsodataregister finns för att kunna följa, analysera, forska och rapportera om hälsa och hälso- och sjukvård. Registren bidrar till att förbättra hälso- och sjukvården då ger kunskap som kan rädda liv. Målet är att olika professioner och verksamheter i vård och omsorg ska använda gemensamma klassifikationer, begrepp och termer så långt det är möjligt.

*AU 124* Upprättande av samordnad individuell plan, insatser enligt Hälso- och sjukvårdslagen 16 kap. 4 f §. Utesluter XU042.

*AU 125* Upprättande av samordnad plan vid utskrivning, insatser enligt Hälso- och sjukvårdslagen 16 kap. 4 f §. Utesluter XU042.

### LÄSTIPS!

Läs mer om mål och planens innehåll i kapitel 8.

## Frågor

- › Vilka erfarenheter och data är viktiga för er verksamhet att samla in och följa?
- › Hur bidrar ny kunskap och nya erfarenheter från det praktiska arbetet med planen till er verksamhetsutveckling?
- › Hur återkopplar ni resultat till verksamheterna, ledningen, förvaltningen och politiken om det arbete ni utför och de mål ni uppnår i arbetet med samordnad individuell plan?

Not. 31. [www.socialstyrelsen.se/klassificeringochkoder/atgardskoderkva](http://www.socialstyrelsen.se/klassificeringochkoder/atgardskoderkva)

# KAPITEL 14

## Praktiskt arbete med SIP

Samordningen mellan huvudmän blir komplex då kommunernas och landstingen/regionernas verksamheter till stor del lyder under olika lagstiftningar, vilket bland annat försvårar informationsöverföring. Kommuner och landsting har olika politiska ledningar och separata skatter och avgifter finansierar respektive verksamhet. Överenskommelser och avtal behövs mellan parterna för att samordning av insatser ska fungera. I dessa är det viktigt att så tydligt som möjligt beskriva vem som ska göra och vad respektive aktör ska betala. Därtill behöver det tydligt framgå hur man löser situationer när man inte är överens.

Lagstiftningen om samordnad individuell plan har ett tydligt individperspektiv och kräver flexibilitet i organisationerna, flexibilitet som i sin tur medför utmaningar för huvudmännen.

Här följer exempel på svårigheter för att SIP ska fungera i praktiken samt kommentarer till dessa. Kommentarererna bygger på erfarenheter insamlade av projekt Uppdrag Psykisk Hälsa vid SKL som arbetat med att stödja kommuner och landsting/regioner i deras arbete med SIP under flera år.

### Individens behov av insatser avgör

I lagparagrafernas första stycke om SIP i SoL och HSL står ”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.”

Förarbetena till lagbestämmelsen poängterar att det är individens behov av insatser för att få sina behov tillgodosedda som avgör om kommunen eller landstinget ska upprätta en plan. Det nämns varken i lagstiftningen eller i förarbetena att den enskilde behöver vara ett ”pågående ärende” hos båda huvudmännen för att få en plan upprättad, det vill säga den ”upptäckande” huvudmannen kan initiera en SIP utan att den enskilde har kontakt med den andre huvudmannen. Det räcker med att kommunen eller landstinget bedömer att en plan behövs för att man ska påbörja arbetet.

Lagstiftningens tydliga individperspektiv är en utmaning för båda huvudmännen och ställer stora krav på att det finns en känd och fungerande samverkansstruktur att falla tillbaka på.

I förarbetet står att ingen huvudman har rätt att besluta om insatser som någon annan ska tillhandahålla. Ingen huvudman kan tvinga en annan huvudman att erbjuda insatser, denna behovsbedömning ansvarar varje huvudman för.

## **Kan man tvinga en huvudman att komma till ett möte?**

I själva lagtexten står det att planen ska upprättas ”... om kommunen eller landstinget bedömer att den behövs för att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda...”. Lagstiftaren pekar på att om en huvudman bedömer att den andre huvudmannen behövs så ska den andre huvudmannen delta.

Verksamheter försöker löpande komma överens om vilka tider som passar verksamhetsföreträdarna och individen bäst för att mötas. En annan väg kan vara att verksamheter sinsemellan överenskommer om stående tider där verksamhetsföreträdare på förhand har avsatt tid för att delta i samverkansmöten, exempelvis en given tid varannan vecka. Tiden utnyttjas till samordningsmöten när behov uppstår. Andra väljer en mer reaktiv strategi och rapporterar avvikelser när företrädare från andra verksamheter uteblir från ett möte.

Det är viktigt att man på lokal nivå skapar en samsyn kring frågan om vilket tillvägagångssätt man ska använda sig av och undvika att hamna i konflikt. Ingen vinner på att SIP blir ett slagträ!



## Olika men beroende av varandra

Kommuner och landsting är olika organiserade, har olika uppdrag, och har olika professioner anställda som utför olika slags arbetsuppgifter. Termer och begrepp skiljer sig mellan kommunanställda och landstingsanställda, arbets- och kulturrenerna är olika.

Huvudmännen är beroende av varandra och utmaningen ligger i att trots alla olikheter samordna sina insatser och upprätta en gemensam plan när den enskilde har behov av det. Att skapa och upprätthålla en god samverkanskultur är ett ständigt pågående utvecklingsarbete som kontinuerligt kräver underhåll genom utbildning och dialog. Att anordna gemensamma utbildningar om SIP kan vara ett sätt att skapa en ökad samsyn om tillvägagångssätt och rutiner och då underlätta arbetet med samordning.

## Vad innebär lydelsen "utan dröjsmål"?

Lydelsen "arbetet med planen ska påbörjas utan dröjsmål", innebär det att ett möte ska hållas inom några dagar eller att man ska påbörja planeringen av ett möte inom några dagar?

I förarbetena står att i normalfallet innebär det att den första kontakten mellan kommun och landsting tas inom några dagar från det att ett behov har identifierats. Tiden måste anpassas till behoven hos den enskilde. Ibland kan det vara nödvändigt med en omedelbar planeringsinsats från kommun och landsting.<sup>32</sup>

En del verksamheter arbetar så att "utan dröjsmål" innebär att man börjar planera med individen inom några dagar vilka aktörer som behövs och får vara med i arbetet. Därefter planerar man in ett möte. Det finns också verksamheter som har lokala rutiner där det framgår inom vilken tidsram man ska samla berörda aktörer för att upprätta en SIP.

## Påverkas kösystem, remisser och anmälningar?

Ska individen i och med att dess behov uppmärksammas i ett SIP-arbete, gå före i det kösystem som verksamheten har? Huvudmannen måste alltid själv bedöma individens behov av insats utifrån sin kunskap och hantera det i enlighet med de rutiner man har rörande väntetider. Verksamheter brukar inte låta en bedömning av att SIP behövs ersätta arbetet med remitteringar och anmälningar.

## Identifiera och använd befintliga samverkansstrukturer!

De kommuner och landsting som redan har inarbetade samverkansstrukturer huvudmännen emellan såväl på politisk nivå som på ledningsnivå och verksamhetsnivå, är de som kommit längst i att anamma lagstiftningen om samordnad individuell plan.

På politisk nivå och ledningsnivå kan forum finnas där man diskuterar och samråder kontinuerligt i strategiskt viktiga samverkansfrågor. På verksamhetsnivå och/eller enhetsnivå kan man ha forum där man samråder utifrån av identifierade verkliga händelser, alternativt, om individen gett sitt samtycke, pratar om ett gemensamt problem rörande en person som alla känner till.

Olika forum där verksamheter har möjlighet att utbyta information, ge varandra rådgivning och/eller konsultationer är viktiga och utgör en plattform där verksamhetsföreträdare har möjlighet att få större förståelse för varandras uppdrag. Dessa möten brukar ha olika namn i olika organisationer.

Not. 32. Prop 2008/09:193 s. 30.

## ORGANISATIONSEXEMPEL

---

**Informationsmöte:** Om till exempel en närstående vill ha information om vilket stöd en verksamhet kan erbjuda. Mötet hålls förutsättningslöst, kan vara del i ett motivationsarbete.

**Konsultations/rådgivningsmöte:** Om till exempel en aktör eller närstående vill ha stöd i hur man ska arbeta vidare och om en annan verksamhets insatser behövs. Denna typ av möten sker såväl mellan verksamheter inom samma organisation som mellan verksamheter från olika huvudmän. Om det vid mötet visar sig att det finns ett behov av den andre huvudmannens insats kan redan vid detta tillfälle en SIP upprättas.

**Nätverksmöte:** Om närstående, aktörer, med flera, samlas för att informera, samråda och besluta hur man ska arbeta vidare. Vid mötet vill man förtydliga vem som ska göra vad och även i detta sammanhang kan en SIP upprättas.

**Samverkansmöte:** Kan vara samma som nätverksmöte. Här kan en SIP upprättas om man behöver tydliggöra vem som ska göra vad.

**Motivationsmöte:** Oftast med individen där särskilt motivationsarbete behövs för att kontakt ska få tas med annan verksamhet.

**SIP-möte:** Om individen, närstående och andra aktörer samlas särskilt med avsikt att upprätta en samordnad individuell plan för att den vuxne ska få sina behov tillgodosedda av både socialtjänst och hälso- och sjukvård.

---

## Ska man göra SIP först när det är krångligt och svårt?

Det är bra om SIP görs tidigt i processen när någon behöver insatser från olika verksamheter och huvudmän. Fördelen är att när samsyn och helhetssyn skapas tidigt kring en individ och denne får sina behov tillgodosedda kan det förhindra att individens tillstånd försämras.

Om man gör SIP först när det är krångligt och svårt är det lätt att mötena blir krångliga och svåra. Mötena kan då komma att mer handla om verksamheternas gränser och ansvarsområden och mindre om vilka behov individen har och hur insatserna behöver samordnas.

## Frågor

- › Känner ni till ert och era samarbetspartners uppdrag tillräckligt bra?
- › Känner ni till de samverkanssystem som finns inom er huvudman och mellan huvudmännen som rör just era frågor?
- › Hur får ni SIP att fungera i er samverkansstruktur?
- › Vilka fördelar ser ni med att arbeta med SIP tidigt i en process?



# Tips vid möten

Det underlättar om ordförande (begreppet mötesledare kan också förekomma) som leder mötet har kunskap om god mötes- och sammanträdeskultur. Det har ofta professionerna inom socialtjänst, utbildningsförvaltning och hälso- och sjukvård lärt sig i sina respektive utbildningar, vid handlednings-tillfällen eller har med sig från annan livs- och/eller arbetserfarenhet.

Ordföranden samlar deltagare för att lösa samordningsfrågor och ska skapa trygghet och delaktighet för deltagarna. Frågeställningar som lyfts behöver tydliggöras på ett pedagogiskt sätt. Vid möten där individer och närstående deltar är detta ytterst väsentligt.

Möten kan vara av väldigt olika slag, snabba och enkla eller mer komplexa. Vid möten där problematiken är särskilt komplicerad och konfliktfylld kan särskilt erfarna mötesledare behövas.

Oavsett vilken typ av möte det handlar om är det alltid tryggt att ha en tydlig mötesstruktur.

## Mötescirkeln - en hjälp för att skapa struktur

Mötescirkeln kan hjälpa till att skapa förutsägbara och trygga möten. Alla deltagare får genom cirkeln samma förväntningar på mötet. När alla deltagare vet ungefär vad som ska ske och har samma förväntningar på mötet blir det lättare att hålla fokus på det viktiga innehållet så att mötet handlar om rätt saker, så att processen rör sig framåt och så att allt viktigt kommer med.

Målet är att mötet ska bli begripligt, hanterbart och meningsfullt för alla involverade. Skillnaderna för de olika målgrupperna är vilken uppgift och ansvar var och en har i mötet. Innehållet i varje del är synkroniserat så att cirkeln ska kunna användas samtidigt av deltagarna på mötet.

### Mötescirkel finns riktade till:

- › ordförande
- › vuxna
- › ungdomar
- › föräldrar
- › äldre
- › närstående
- › personal
- › övriga, cirkeln kan användas till andra målgrupper



Mötescirkel

### Att använda cirkeln

Cirkeln och dess användning behöver introduceras i god tid innan mötet.

Det finns en fram- och en baksida på cirkeln. Baksidan är tänkt som en information att läsas innan mötet.

Framsidan är tänkt som en checklista att användas på själva mötet. Målgrupp kan du se mitt i cirkeln. Cirkeln är formad som en klocka för att illustrera hur mycket tid som kan användas till varje del. Oavsett hur långt mötet är kan samma proportioner användas. Följ pilarna i cirkelns ytterkant.

### I cirkeln kan du se:

Hur tiden kan fördelas mellan olika innehållsdelar för att allt som är viktigt ska hinnas med på mötet, vilka olika delar ett möte kan innehålla och vad som kan ingå i varje del.

Mer information om mötescirkeln finns på [www.uppdragpsyiskhalsa.se/sip/motescirkeln/](http://www.uppdragpsyiskhalsa.se/sip/motescirkeln/)

## Oenighet på möten

Det händer att de som medverkar i upprättandet av en samordnad individuell plan inte kan komma överens. Orsakerna till oenigheten kan ha mindre eller större betydelse för hur själva förberedelserna, upprättandet och utformningen av planen blir. Att hålla i möten när det råder oenighet ställer särskilda krav på dig som ordförande.

Det kan underlätta att två personer gemensamt leder mötet för att därigenom hjälpa varandra att hålla fokus på mötets syfte och försöka skapa enighet eller tillräckliga kompromisser. Kom ihåg att vara tydlig med att presentera era olika roller om ni är fler som leder mötet.

## Olika typer av oenighet

### Oenighet mellan verksamhetsrepresentanterna

Vid oenighet mellan verksamhetsrepresentanterna 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? Hur ser ansvarsfördelningen ut verksamheterna emellan?

Hur blir det för individen som ska delta på ett möte om det föreligger en oenighet mellan verksamhetsföreträdarna om hur verksamheterna ska fördela kostnader sinsemellan? Är det bättre om verksamhetsföreträdarna pratar med varandra själva utan individen, men med dennes samtycke, för att försöka reda ut oenigheten?

### Oenighet med individen eller någon närstående

Om det råder oenighet med individen eller någon närstående 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? Kan det vara bättre att träffa individen först med syfte att reda ut konflikten? Vilka personer behöver delta vid ett sådant möte?

### Om det gäller skillnader vad gäller målen i den samordnade individuella planen bör detta tydligt framgå av planen

Hantera oenighet genom att vara saklig och tydlig.

Om du som ordförande innan mötet vet att det finns olika uppfattningar måste du fundera över hur du på bästa sätt kan säkra mötet. Det krävs att du

är extra uppmärksam, saklig och tydlig såväl vid förberedelserna inför mötet, som under mötet och vid eventuellt efterarbete. Som ordförande kan du berätta att du vet att det finns olika åsikter bland deltagarna och att det ställer höga krav på saklighet från alla. Tydliggör att du kommer att avbryta mötet om det inte går att få en konstruktiv dialog.

### **Andra situationer att hantera**

**Antal närstående och verksamhetsrepresentanter.**

Det varierar hur många personer som det finns anledning att kalla till ett möte. Individerna är med och beslutar om vilka som ska medverka i mötet. Var lyhörd och efterfråga om denne vill ta med sig viktiga personer ur sitt privata nätverk som stöd. Detta kan vara en fördel också utifrån perspektivet att då personer ur individens privata krets deltar så kan dialogen fortsätta på hemmaplan efter mötet.



## Att prata

Har deltagarna lätt eller svårt för att prata? Finns det några som dominerar och leder? Finns det några som är tysta? Är det samma personer som pratar hela tiden?

Inled gärna mötet med att alla får säga något, exempelvis sitt namn och varför man är där, för att på det sättet ”bryta tystnaden” i det nya sammanhanget. Att ”gå laget runt” kan också användas under mötet för att få ”tysta” personer att prata. Alla ges då möjlighet att säga något och förutsättningarna byggs för att skapa ett klimat där alla inlägg ses som värdefulla. Tänk på att de pratsamma också kan vara de hjälpsamma. Försök se det som något positivt då dessa personer visar på ett stort engagemang men det betyder ändå att du kan behöva avbryta dem för att andra ska få möjlighet att prata. Ett sätt att få pratsamma personer att lyssna och vänta på sin tur är att du som ordförande delar ut ordet till deltagarna i tur och ordning.

## Två verktyg för dig som ordförande vid oenighet

Förutom verktygen ovan finns dessa att använda vid stark oenighet:

Begär ”rådrum”. Innebär att om oenighet uppstår i mötet avseende insatser kan ordförande sätta upp ny tid efter att verksamhetsrepresentanterna haft samråd.

Erbjud ”samråd”. Innebär att om individen och närstående är missnöjda över vad som beslutats ska ordföranden utan dröjsmål erbjuda samråd där dessa ges möjlighet att uttrycka sitt missnöje. Ordföranden ska så långt som möjligt försöka lösa situationen.

## Frågor

- › Vilka erfarenheter har ni av att vara ordförande på möten som handlar om att samordna insatser?
- › Hur arbetar ni för att skapa trygghet och delaktighet för mötesdeltagare?

# Exempel på SIP

Här följer exempel på hur upprättade SIP:ar kan se ut. Anna och Karl har båda kontakt med hälso- och sjukvården och kommunens socialtjänst av olika anledningar. I exemplen A får de en SIP tidigt i processen och i B får de en SIP i anslutning till utskrivning från slutenvården.

Kommunerna och landstingen/regionerna har ofta på regional nivå kommit överens om hur blanketterna för SIP ska se ut, och därför kan strukturen på blanketterna se lite olika ut över landet. Blanketterna kan finnas digitalt och/eller på papper. Om du inte känner till hur den blankett ser ut som du ska använda, fråga då din chef.

## 1 A. Anna och SIP tidigt i processen

Anna 27 år läser tredje terminen på universitetet i en större stad. Hon har hög ångest och problem med att äta och sova regelbundet. Anna tycker att det är jobbigt att åka buss och vistas i miljöer där det finns många människor. Hon tycker det är jättejobbigt att vara på universitetet. Anna har sedan tidigare diagnostiserats med ADHD efter en neuropsykiatrisk utredning.

Elena, Annas syster, försöker hjälpa henne på olika sätt och övertalar henne att på nytt kontakta vuxenpsykiatriens öppenvård. Anna vill må bra och ta sin examen till våren. Hon behöver hjälp med att upprätthålla vardagsrutiner som att äta på regelbundna tider, sköta om hemmet och sova tillräckligt.

Anna samtycker till att en SIP ska upprättas.

Psykiatrin har kartlagt Annas funktionsnivå vilket kan utgöra en grund för ett eventuellt biståndsbeslut. Kommunens socialpsykiatri har kontaktats och kartlagt Annas psykosociala situation. Studenthälsan är införstådda med Annas svårigheter och har erbjudit sig att hjälpa till.

EXEMPEL: Samordnad individuell plan, datum

---

**Personuppgifter:** xx xx xx xxxx Anna

**Samtycke till att SIP ska upprättas:** Ja

**Namn, befattning och kontaktuppgifter på medverkande:** Anna, Annas syster Elena, NN kurator vuxenpsykiatri, NN studenthälsan, NN socialsekreterare socialpsykiatri, NN boendestödare socialpsykiatri

**Varför görs denna SIP?** Anna behöver samordnade insatser från psykiatrisk öppenvård, socialpsykiatri och studenthälsan.

**Långsiktigt mål:** Bli klar med examen.

**Aktuell situation/bedömningsbedömning:** Anna har kontakt med den psykiatriska öppenvården. Anna studerar och har vill bli klar med sin examen till våren. Hon behöver hjälp med att äta på regelbundna tider, sköta om hemmet och sova tillräckligt. Anna behöver träna på att vistas i miljöer med flera människor, exempelvis handla, åka buss och vara på universitetet.

**Vad fungerar bra (styrkor):** Anna vill ha hjälp och är väldigt motiverad till att ta sin examen. Anna har bra kontakt med sin syster. De träffas regelbundet och äter då ofta tillsammans. Anna kan diskutera sina studier med systemen vilket båda uppskattar. Anna tycker om att sy och att spela dataspel.

TABELL 1. Planering

Kortsiktiga mål	Insatser/aktiviteter	Ansvar	Tidsplan start/sluttid
Hantera sin ångest	KBT-behandling samtal X gånger/vecka	Kurator Vuxenpsykiatri	Påbörjas omgående
Hantera sin ångest (exponering)	Träna att resa kollektivt och vistas i miljöer med många människor X gånger/vecka Ett led i KBT-behandling	Boendestöd	Påbörjas omgående
Hantera sin ångest	Dokumentera i dagbok	Anna	Påbörjas omgående Varje dag
Fungerande vardagsrutiner Matplan, inköp	Göra veckoschema, inköpslista, veckohandla x g/vecka	Boendestöd	Påbörjas omgående
Fungerande vardagsrutiner Passa tider	Använda påminnelsefunktioner i mobilen för att komma i tid	Anna	Påbörjas omgående Varje dag
Hantera sin ångest	Anna kan besöka ett "tyst rum" i deras lokaler om stressen blir för hög	Studenthälsan	Påbörjas omgående
Hantera sin ångest	1 gång/vecka exempelvis gå på bio, muser, café, äta tillsammans med systemen	Anna och Elena	Börja nästa vecka

**Personens egna uppfattning om insatserna:** Insatserna är bra.

**Huvudansvarig för planen:** NN, kurator på vuxenpsykiatriska öppenvårdsmottagningen, fast vårdkontakt.

**Plats för de medverkandes underskrifter samt de som får en kopia av planen kan också finnas med.**

Det är viktigt att planera in när planen ska följas upp. Hur ofta det behövs varierar beroende på personens behov. Det är bra att redan när planen upprättas komma överens om när den ska följas upp och vem som kallar till nytt möte.

**Uppföljning:** Uppföljningsmöte datum (om tre månader)

**Uppföljningen kan handla om:**

- Hur Anna mår
  - Hur det går för henne jämfört med uppsatta mål
  - Ny information eller ändrade omständigheter
  - Har de inblandade genomfört de insatser de åtagit sig enligt planen?
  - Har insatserna gett önskad effekt på kort och lång sikt?
  - Behövs annan insats?
  - Behövs fortsatt samordning med hjälp av ny SIP?
- 

## 1 B. Anna och SIP vid utskrivning från slutenvården

Anna 27 år läser tredje terminen på universitetet i en större stad. Hon har hög ångest och problem med att äta och att sova regelbundet. Anna tycker det är jobbigt att åka buss och vistas i miljöer där det finns många människor. Hon tycker det är jättejobbigt att vara på universitetet.

Elena, Annas syster, försöker hjälpa henne på olika sätt. Anna har sedan tidigare diagnostiserats med ADHD efter en neuropsykiatrisk utredning och får samtalsbehandling. Hon berättade för systemen att hon inte vill leva längre och Elena följde då med henne till vuxenpsykiatri varvid hon erbjöds inläggning, vilket hon accepterade.

Efter behandling inom slutenvården har Annas tillstånd stabiliserats och hon vill komma hem. Hon vill ta upp sina studier och försöka ta examen till våren. Anna behöver hjälp med att hitta tillbaka till bra vardagsrutiner som att äta på regelbundna tider, sköta om hemmet och sova tillräckligt. Anna samtycker till att en SIP upprättas.

Alla berörda parter har deltagit tidigt i planeringen för att kunna identifiera vad som behöver göras av respektive part för att ge rätt stöd. Psykiatri har kartlagt Annas funktionsnivå vilket kan utgöra en grund för ett eventuellt biståndsbeslut. Kommunens socialpsykiatri har kartlagt Annas psykosociala situation. Studenthälsan som varit inkopplade tidigare är införstådda med Annas svårigheter och har erbjudit sig att hjälpa till.

**EXEMPEL: Samordnad individuell plan, datum**

---

**Personuppgifter:** XX XX XX XXXX Anna

**Samtycke till att SIP ska upprättas:** Ja

**Namn, befattning och kontaktuppgifter på medverkande:** Anna, Annas syster Elena, NN läkare psykiatrisk slutenvård, NN kurator vuxenpsykiatriska öppenvårdsmottagningen, NN studenthälsan, NN socialsekreterare socialpsykiatri, NN boendestödare socialpsykiatri



Varför görs denna SIP? Anna behöver samordnade insatser från psykiatrisk öppenvård, socialpsykiatri och studenthälsan efter en vistelse inom den psykiatriska slutenvården.

**Långsiktigt mål:** Bli klar med examen.

**Aktuell situation/bedömning:** Efter behandling inom psykiatrisk slutenvård har Annas tillstånd stabiliserats och hon kan skrivas ut. Kontakt med öppenvården behövs. Anna vill återgå till studierna och bli klar med sin examen. Hon behöver hjälp med att äta på regelbundna tider, sköta om hemmet och sova tillräckligt. Anna behöver träna sig att vistas i miljöer med flera människor, exempelvis handla, åka buss och vara på universitetet.

**Vad fungerar bra (styrkor):** Anna vill ha hjälp och är väldigt motiverad till att ta sin examen. Anna har bra kontakt med sin syster. De träffas regelbundet och äter då ofta tillsammans. Anna kan diskutera sina studier med system vilket båda uppskattar. Anna tycker om att sy och spela dataspel.

TABELL 2. Planering

Kortsiktiga mål	Insatser/aktiviteter	Ansvar	Tidsplan start/sluttid
Sova för att orka med skolan	Medicinering	Psykiatriker Öppenvårdpsykiatri	Pågår
Hantera sin ångest	Medicinering	Psykiatriker Öppenvårdpsykiatri	Pågår
Hantera sin ångest	KBT-behandling samtal X gånger/vecka	Kurator Vuxenpsykiatri	Påbörjas omgående
Hantera sin ångest	Träna att resa kollektivt och vistas i miljöer med många människor. X gånger/vecka Ett led i KBT-behandling	Boendestöd	Påbörjas omgående
Hantera sin ångest	Dokumentera i dagbok	Anna	Pågår
Fungerande vardagsrutiner Matplan, inköp	Göra veckoschema, inköpslista, veckohandla	Boendestöd	Påbörjas omgående
Fungerande vardagsrutiner Passa tider	Använda påminnelsefunktioner i mobilen för att komma i tid	Anna	Pågår Varje dag
Fungerande vardagsrutiner Passa tider	Bli uppringd de dagar lektionerna börjar tidigt (8.30)	Elena ringer	Påbörjas omgående
Hantera sin ångest	Anna kan besöka ett "tyst rum" i deras lokaler om stressen blir för hög.	Studenthälsan	Påbörjas omgående
Hantera sin ångest	1 gång/vecka exempelvis gå på bio, muséer, café, äta tillsammans med system	Anna och Elena	Börja nästa vecka

**Personens egna uppfattning om insatserna:** Insatserna är OK.

**Huvudansvarig för planen:** NN, kurator på vuxenpsykiatriska öppenvårdsmottagningen, fast vårdkontakt

**Plats för de medverkades underskrifter samt de som får en kopia av planen kan också finnas med.**

Det är viktigt att planera in när planen ska följas upp. Hur ofta det behövs varierar beroende på personens behov. Det är bra att redan när planen upprättas komma överens om när den ska följas upp och vem som kallar till nytt möte.

**Uppföljning:** Uppföljningsmöte datum (om två månader)

**Uppföljningen kan handla om:**

- Hur Anna mår?
  - Hur det går för henne jämfört med uppsatta mål?
  - Ny information eller ändrade omständigheter
  - Har de inblandade genomfört de insatser de åtagit sig enligt planen?
  - Har insatserna gett önskad effekt på kort och lång sikt?
  - Behövs annan insats?
  - Behövs fortsatt samordning med hjälp av ny SIP?
- 

## Frågor

- › Skulle en inläggning inom slutenvård (exempel B) kunna ha förhindrats om Anna fick en SIP i ett tidigare skede (exempel A)?
- › Vilka är vinsterna för Anna med en SIP i exempel A jämfört med en SIP i exempel B?

## 2 A. Karl och SIP tidigt i processen

Karl är 82 år, bor ensam i lägenhet, två rum och kök på markplan. Insulinbehandlad diabetiker sedan många år. Sköter sitt insulin själv och har kontakt med diabetessköterskan på hälsocentralen. Han har tillsyn morgon och kväll av hemtjänsten, trygghetslarm och sköter sin mat själv. Karl har fem barn som hjälper till med inköp, tvätt och städ.

Under de senaste två månaderna har Karl av och till varit olik sig när hemtjänsten har kommit på morgonen. De har fått hjälpa honom med att kontrollera blodssockret och han har därefter givit sig insulin utifrån värdet. Karl har även behövt larma ett par gånger efter att ha fallit och inte kunnat ta sig upp. Han har tidigare spelat bridge regelbundet i en klubb men känner sig nu inte tillräckligt pigg och har inte varit där på flera månader. Hemtjänsten känner en stor oro, då de är osäkra på vad Karl äter till frukost och även vad han äter resten under dagen efter att han har tagit sitt insulin.

Hemtjänsten har pratat med en av Karls döttrar, som i sin tur har varit i kontakt med diabetessköterskan. Barnen uttrycker också en stor oro och

skulle gärna se att Karl fick ökad hemtjänst och blir inskriven i hemsjukvården så att hemtjänsten kan få delegering på att ge insulin.

Efter en viss övertalning från diabetessköterskan som vid en av kontrollerna ser att Karl gått ner 2,5 kg i vikt så går Karl med på att upprätta en SIP i hemmet.

### **Förberedelser inför SIP**

Distriktssköterskan tar kontakt med Karl för att planera in ett hembesök tillsammans med kontaktpersonen från hemtjänsten. Vid hembesöket görs en Senior alert-bedömning som visar att Karl har risk för undernäring och fall. De överenskommer med Karl om att en utredning av bakomliggande orsaker och planering av åtgärder görs på SIP-mötet om en vecka.

Karl informeras och förbereds även om syftet med SIP och om hur mötet går till. Skriftlig information lämnas till honom och döttrarna. Han uppmanas att fundera över vad som är viktigt för honom i den fortsatta vården.

#### **EXEMPEL: Samordnad individuell plan, datum**

---

**Personuppgifter:** xx xx xx xxxx Karl Svensson

**Samtycke:** Ja

**Namn, befattning och kontaktuppgifter på medverkande:** Karl, Ingrid och Lena, döttrar, NN distriktssköterska, NN biståndshandläggare, NN kontaktperson hemtjänst, NN diabetes-sköterska vårdcentral och fast vårdkontakt – via länk, NN distriktsläkare vårdcentral – via länk

**Kontaktplats:** Hemma hos Karl

**Varför görs denna SIP?** Viktnedgång och svängande blodsocker, har fallit upprepade gånger. Stor oro och otrygghet för närstående.

**Långsiktigt mål:** Leva ett bra liv och fortsätta bo kvar i hemmet.

**Aktuell situation/bedömning:** Under de senaste två månaderna har Karl av och till varit olik sig när hemtjänsten har kommit på morgonen. De har fått hjälpa honom med att kontrollera blodsocker och han har därefter givit sig insulin utifrån värdet. Karl har även behövt larma ett par gånger efter att ha fallit och inte kunnat ta sig upp. Karl är själv bekymrad och stressad över att inte riktigt ha kontroll över sin livssituation. Han saknar sina bridgekvällar och vill gärna ta upp spelandet igen. Han kontrollerar sitt blodsocker många gånger varje dag och utifrån värdet så tar han sitt snabbinsulin lite nu och då och medger att han äter dåligt. Hemtjänsten är också oroliga, då de är osäkra på vad Karl äter till frukost och resten under dagen efter att han har tagit sitt insulin.

Behov av ökade insatser från hemtjänst, inskrivning i hemsjukvård. Riskbedömning Senior alert visar risk för undernäring och fall. Behov av läkemedelsgenomgång.

På frågan vad som är viktigt för Karl svarar han att kunna bo kvar hemma och fortsätta sköta sitt insulin själv. Har önskat ökad insats från hemtjänst, då främst med mat.

**Vad fungerar bra (styrkor):** Karl är motiverad att försöka äta lite mer och även träna för att förebygga ytterligare fall, träffar gärna en fysioterapeut.

TABELL 3. Planering

Mål	Åtgärder	Ansvar	Tidsplan Start/Sluttid
Karl vill känna sig säker på att han ger sig rätt insulindos utifrån sitt blodsocker och har bra matrutiner	Hemtjänsten hjälper till att mäta ditt blodsocker på morgonen. Ligger blodsockret under fyra så kontaktar hemtjänsten din distriktssköterska. Annars tar du ditt insulin som vanligt och hemtjänsten gör iordning frukost och stannar kvar tills du har ätit upp.	Biståndshandläggaren Hemtjänsten	Omgående
Säker insulindosering	Vid blodsocker under fyra ger hemtjänsten dig frukost och kontaktar din distriktssköterska NN som tar ställning till om du ska ha insulin, vilken dos, eller om hemtjänsten får återkomma om en timme efter att du ätit din frukost för att ta ett nytt blodsocker.	Distriktssköterska	Omgående
Stabilt blodsockervärde	Justera insulindosen utifrån behov Kontroll av blodsocker fyra gånger/dag under två veckor i samband med besöken från hemtjänsten	Diabetessköterskan Hemtjänsten	Fortlöpande
Läkemedelsgenomgång	Bokas på vårdcentralen	Läkare	Inom en vecka
Karl vill känna sig säker vid förflyttningar	Genomgång av bakomliggande orsaker för fall och planering av åtgärder tillsammans med dig.	Teamet tillsammans med Karl. Distriktssköterskan kontaktar fysio- och arbetsterapeuten för fortsatt utredning av behov av hjälpmedel med mera	Omgående, uppföljning av åtgärder inom en månad
Karl vill få ökad matlust, gå upp lite i vikt	Genomgång av bakomliggande orsaker för undernäring och planering av åtgärder tillsammans med dig Följa vikt, väga en gång/vecka	Teamet tillsammans med Karl Hemtjänsten	Omgående, uppföljning av åtgärder inom en månad
Karl vill känna sig tryggare hemma	Överenskommer med Karl att utöka hemtjänstinsatserna till fyra gånger/dag. Besök av nattpatrull en gång/natt	Biståndshandläggaren	Omgående
Karl vill känna mindre oro	Samtal kring Karls oro och livssituation.	Biståndshandläggaren	Omgående

**Huvudansvarig för planen:** NN distriktssköterska hemsjukvård.

**Plats för underskrifter av de medverkande samt de som får en kopia av planen kan också finnas med.**

Det är viktigt att planera in när planen ska följas upp. Hur ofta det behövs varierar beroende på personens behov. Det är bra att redan när planen upprättas komma överens om när den ska följas upp och vem som kallar till nytt möte.

**Uppföljning av SIP och Senior alert:** två v, datum xx xx xx.

---



**EXEMPEL Samordnad individuell plan, uppföljning, datum**

**Närvarande:** Karl och en dotter, distriktssköterska, samt biståndshandläggare via telefon.

**Hur har det gått för Karl?** Vid uppföljningsmötet i hemmet framkommer att det trots allt inte fungerar att Karl sköter sitt insulin själv. Barnen är fortsatt mycket oroliga och Karl har själv börjat inse att han inte ska sköta sitt insulindoserande själv. Han har erhållit ledsagare varannan vecka till bridgeklubben vilket han uppskattar.

**Ny information eller ändrade omständigheter:** Hemtjänsten har märkt att Karl glömmet att han har tagit sitt insulin och att han troligtvis ger sig av sitt snabbinsulin som han tidigare har tagit utifrån sitt blodsockervärde. Blodsockerkontroll fyra gånger/dag har visat att värdet svänger mycket mellan högt och lågt vilket bekräftar att han troligen ger sig även sitt snabbinsulin under dagen.

**Behövs annan insats?** Ja.

**TABELL 4. Planering**

<b>Mål</b>	<b>Åtgärder</b>	<b>Ansvar</b>	<b>Tidsplan Start/Sluttid</b>
Karl vill känna sig säker på att han ger sig rätt insulindos utifrån sitt blodsocker och har bra matrutiner	Hemtjänsten hjälper dig att mäta blodsockret och får personlig delegering på att ge dig insulin när de kommer på morgonen. Ligger blodsockret under fyra så kontaktar hemtjänsten din distriktssköterska. Hemtjänsten gör iordning din frukost och stannar kvar tills du har ätit upp.	Biståndshandläggaren Hemtjänsten	Omgående och fortlöpande
Säker läkemedelshantering	Du kommer få en låst medicinlåda där insulin och övriga läkemedel förvaras som hemtjänsten använder.	Distriktssköterskan	Omgående och fortlöpande
Säker insulindosering	Vid blodsocker under fyra ger hemtjänsten dig frukost och kontaktar din distriktssköterska NN som tar ställning till om du ska ha insulin, vilken dos, eller om hemtjänsten får återkomma om en timme efter att du ätit din frukost för att ta ett nytt blodsocker.	Distriktssköterska	Omgående och fortlöpande
Stabilt blodsockervärde	Justera insulindosen utifrån behov Kontroll av blodsocker fyra gånger/dag under två veckor i samband med besöken från hemtjänsten	Diabetessköterskan Hemtjänsten	Fortlöpande
Läkemedelsgenomgång	Bokas på vårdcentralen	Läkare	Genomförd
Karl vill känna sig trygg vid förflyttningar och vill få bättre matlust och gå upp lite i vikt	Fortsätta med de tidigare insatta åtgärderna Fortsätta följa vikten en gång/vecka tills du har gått upp i vikt	Teamet tillsammans med Karl	Fortlöpande

Ökad trygghet hemma	Fortsätter med hemtjänstinsatserna fyra gånger/dag. Besök av nattpatrull en gång/natt	Biståndshandläggaren	Fortlöpande
Social samvaro och utöva sin hobby	Erhållit ledsagare till bridgeklubben varannan vecka	Biståndshandläggaren	Fortlöpande

#### EXEMPEL Samordnad individuell plan, uppföljning, datum

---

**Uppföljning av planen:** En månad, datum xx xx xx

**Närvarande:** Karl och en dotter, distriktssköterska, samt biståndshandläggare via telefon.

**Hur har det gått för Karl?** Vid andra uppföljningsmötet i hemmet har det blivit betydligt bättre och tryggare för både Karl och barnen. Insulindosen har justerats när Karl äter regelbundet. Hans tidigare upplevda kognitiva svikt har minskat och han har gått upp tre kilo i vikt. Även balansen har blivit bättre och Karl berättar själv att han känner sig "lättare i huvudet" och lugnare. Han uppskattar att spela bridge igen.

**Behövs annan insats?** Nej, fortsättning enligt plan.

**Nytt datum för uppföljning:** xx xx xx

---

## 2 B. Karl och SIP vid utskrivning från slutenvården

Karl är 82 år, bor ensam i lägenhet, två rum och kök på markplan. Insulinbehandlad diabetiker sedan många år. Sköter sitt insulin själv och har kontakt med diabetessköterskan på hälsocentralen. Har tillsyn morgon och kväll av hemtjänsten, har trygghetslarm och sköter sin mat själv. Har fem barn som hjälper till med inköp, tvätt och städ.

Under de senaste två månaderna har Karl av och till varit olik sig när hemtjänsten har kommit på morgonen. De har fått hjälpa honom med att kontrollera blodsocker och han har därefter givit sig insulin utifrån värdet. Karl har även behövt larma ett par gånger efter att ha fallit och inte kunnat ta sig upp. Han har tidigare spelat bridge regelbundet i en klubb men känner sig nu inte tillräckligt pigg och har inte varit där på flera månader. Hemtjänsten känner en stor oro, då de är osäkra på vad Karl äter till frukost och även vad han äter resten under dagen efter att han har tagit sitt insulin.

Under de här månaderna har Karl åkt ut och in på sjukhus på grund av oklara bröstsmärtor, svängande blodsocker och ett fall med sårskada som konsekvens. Ambulans har larmats alla gånger. Vid senaste sjukhusbesöket så uppmärksammades att Karl har gått ner fem kilo i vikt sedan första sjukhusvistelsen. Han har erbjudits en SIP vid varje utskrivningstillfälle och tackat nej, då han ville fortsätta sköta sin mat, insulin och inte ha utökad hemtjänst. Den här gången tackar han ja, efter påtryckningar från barnen.

Enligt lagen Samverkan vid utskrivning fortskrider processen för utskrivning. I detta fall är diabetessköterskan fast vårdkontakt.

### Förberedelser inför SIP

Primärvården kallar till SIP i hemmet. Diabetessköterskan tar kontakt med distriktssköterskan i hemsjukvården och kommer överens om datum för SIP-möte.

Distriktssköterskan tar kontakt med Karl för att planera in ett hembesök tillsammans med kontaktpersonen från hemtjänsten. Karl har gått ner fem kilo i vikt och en ny Senior alert-bedömning görs i hemmet som visar att Karl har risk för undernäring och fall. De överenskommer med Karl om att en utredning av bakomliggande orsaker och planering av åtgärder görs på SIP-mötet om en vecka.

Karl informeras och förbereds även om syftet med SIP och om hur mötet går till. Skriftlig information lämnas till honom och döttrarna. Han uppmanas att fundera över vad som är viktigt för honom i den fortsatta vården.

#### EXEMPEL Samordnad individuell plan, datum

---

**Personuppgifter:** xx xx xx xxxx Karl Svensson

**Samtycke:** Ja

**Namn, befattning och kontaktuppgifter på medverkande:** Karl, Ingrid och Lena, döttrar, NN distriktssköterska, NN biståndshandläggare, NN kontaktperson hemtjänst, NN diabetessköterska vårdcentral och fast vårdkontakt, NN distriktsläkare vårdcentral – via länk

**Kontaktplats:** I hemmet

**Varför görs denna SIP?** Karl har åkt in och ut på sjukhus på grund av oklara bröstsmärtor, svängande blodsocker och på grund av fall med sårskada som konsekvens den senaste tiden. Har gått ner fem kilo i vikt. Har behov av utökade insatser. Stor oro och otrygghet för närstående. (Har tidigare tackat nej till SIP).

Långsiktigt mål: Karl vill leva ett bra liv och fortsätta bo kvar i hemmet.

**Aktuell situation/behovsbedömning:** Förutom att Karl åkt in och ut på sjukhuset så beskriver hemtjänsten att Karl varit olik sig när de har kommit på morgonen. De har fått hjälpa honom med att kontrollera blodsocker och han har därefter givit sig insulin utifrån värdet. Karl har även behövt larma ett par gånger efter att ha fallit och inte kunnat ta sig upp. Karl är själv bekymrad och stressad över att inte riktigt ha kontroll över sin livssituation. Han saknar sina bridgekvällar och vill gärna ta upp spelandet igen. Han kontrollerar sitt blodsocker många gånger varje dag och utifrån värdet så tar han sitt snabbinsulin lite nu och då och medger att han äter dåligt.

Hemtjänsten är också oroliga, då de är osäkra på vad Karl äter till frukost och även vad han äter resten under dagen efter att han har tagit sitt insulin.

Behov av ökade insatser från hemtjänst, inskrivning i hemsjukvård. Riskbedömning Senior alert visar risk för undernäring och fall. Behov av läkemedelsgenomgång.



På frågan vad som är viktigt för Karl svarar han att kunna bo kvar hemma och fortsätta sköta sitt insulin själv. Har önskat ökad insats från hemtjänst, då främst med mat.

**Vad fungerar bra (styrkor):** Karl är motiverad att försöka äta lite mer och även träna för att förebygga ytterligare fall, träffar gärna en fysioterapeut.

TABELL 5. Planering

Mål	Åtgärder	Ansvar	Tidsplan Start/Sluttid
Karl vill känna sig säker på att han ger sig rätt insulindos utifrån sitt blodsocker och har bra matrutiner	Hemtjänsten hjälper till att mäta ditt blodsocker på morgonen. Ligger blodsockret under fyra så kontaktar hemtjänsten din distrikts-sköterska. Annars tar du ditt insulin som vanligt och hemtjänsten gör iordning frukost och stannar kvar tills du har ätit upp.	Biståndshandläggaren Hemtjänsten	Omgående
Säker insulindosering	Vid blodsocker under fyra ger hemtjänsten dig frukost och kontaktar din distriktsköterska NN som tar ställning till om du ska ha insulin, vilken dos, eller om hemtjänsten får återkomma om en timme efter att du ätit din frukost för att ta ett nytt blodsocker.	Distriktsköterska	Omgående
Stabilt blodsockervärde	Justera insulindosen utifrån behov Kontroll av blodsocker fyra gånger/dag under två veckor i samband med besök från hemtjänsten	Diabetessköterskan Hemtjänsten	Fortlöpande
Läkemedelsgenomgång	Bokas på vårdcentralen	Läkare	Inom en vecka
Karl vill känna sig säker vid förflyttningar	Genomgång av bakomliggande orsaker för fall och planering av åtgärder tillsammans med dig.	Teamet tillsammans med Karl Distriktsköterskan kontaktar fysio- och arbetsterapeuten för fortsatt utredning av behov av hjälpmedel med mera.	Omgående, uppföljning av åtgärder inom en månad
Karl vill få ökad matlust, gå upp lite i vikt	Genomgång av bakomliggande orsaker för undernäring och planering av åtgärder tillsammans med dig Följa vikt, väga en gång/vecka	Teamet tillsammans med Karl Hemtjänsten	Omgående, uppföljning av åtgärder inom en månad
Karl vill känna tryggare hemma	Överenskommer med Karl att utöka hemtjänstinsatserna till fyra gånger/dag Besök av nattpatrull en gång/natt	Biståndshandläggaren	Omgående
Karl vill känna mindre oro	Samtal kring Karls oro och livssituation.	Biståndshandläggaren	Omgående

**Huvudansvarig för planen:** NN distriktssköterska hemsjukvård

**Plats för underskrifter av de medverkande samt vilka som får en kopia av planen kan också finnas med.**

Det är viktigt att planera in när planen ska följas upp. Hur ofta det behövs varierar beroende på personens behov. Det är bra att redan när planen upprättas komma överens om när den ska följas upp och vem som kallar till nytt möte.

**Uppföljning av SIP och Senior alert:** två v, datum xx xx xx.

#### EXEMPEL Samordnad individuell plan, uppföljning, datum

**Närvarande:** Karl och en dotter, distriktssköterska samt biståndshandläggare via högtalartelefon.

**Hur har det gått för Karl?** Vid uppföljningsmötet i hemmet framkommer att det trots allt inte fungerar att Karl sköter sitt insulin själv. Barnen är fortsatt mycket oroliga och Karl har själv börjat inse att han inte ska sköta sitt insulindoserande själv. Han uppskattar att spela bridge igen.

**Ny information eller ändrade omständigheter:** Hemtjänsten har märkt att Karl glömmet att han har tagit sitt insulin och att han troligtvis ger sig av sitt snabbinsulin som han tidigare har tagit utifrån sitt blodsockervärde. Blodsockerkontroll fyra ggr/dag har visat att värdet svänger mycket mellan högt och lågt vilket bekräftar att han troligen ger sig även sitt snabbinsulin under dagen.

**Behövs annan insats?** Ja.

TABELL 6. Planering

Mål	Åtgärder	Ansvar	Tidsplan Start/Sluttid
Karl vill känna sig säker på att han ger sig rätt insulindos utifrån sitt blodsocker och har bra matrutiner	Hemtjänsten hjälper dig att mäta blodsockret och får personlig delegering på att ge dig insulin när de kommer på morgonen. Ligger blodsockret under fyra så kontaktar hemtjänsten din distriktssköterska. Hemtjänsten gör iordning din frukost och stannar kvar tills du har ätit upp.	Biståndshandläggaren Hemtjänsten	Omgående och fortlöpande
Säker läkemedelshantering	Du kommer få en låst medicinlåda där insulin och övriga läkemedel förvaras som hemtjänsten använder	Distriktssköterska	Omgående och fortlöpande
Säker insulindosering	Vid blodsocker under fyra ger hemtjänsten dig frukost och kontaktar din distriktssköterska NN som tar ställning till om du ska ha insulin, vilken dos, eller om hemtjänsten får återkomma om en timme efter att du ätit din frukost för att ta ett nytt blodsocker.	Distriktssköterska	Omgående och fortlöpande

Stabilt blodsockervärde	Justera insulindosen utifrån behov Kontroll av blodsocker fyra gånger/dag under två veckor i samband med besök från hemtjänsten	Diabetessköterska Hemtjänsten	Fortlöpande
Läkemedelsgenomgång	Bokas på vårdcentralen	Läkare	Genomförd
Karl vill känna sig trygg vid förflyttningar och vill få bättre matlust och gå upp lite i vikt	Fortsätta med de tidigare insatta åtgärderna Fortsätta följa vikten en gång/vecka tills du har gått upp i vikt	Teamet tillsammans med Karl	Fortlöpande
Ökad trygghet hemma	Fortsätter med hemtjänstinsatserna fyra gånger/dag. Besök av nattpatrull en gång/natt	Biståndshandläggaren	Fortlöpande
Social samvaro och utöva sin hobby	Erhållit ledsagare till bridgeklubben varannan vecka	Biståndshandläggaren	Fortlöpande

#### EXEMPEL Samordnad individuell plan, uppföljning, datum

---

**Närvarande:** Karl och en dotter, distriktssköterska samt biståndshandläggare via högtalar-telefon.

**Hur har det gått för Karl?** Vid andra uppföljningsmötet i hemmet har det blivit betydligt bättre och tryggare för både Karl och barnen. Insulindosen har justerats när Karl äter regelbundet. Hans tidigare upplevda kognitiva svikt har minskat och han har gått upp tre kilo i vikt. Även balansen har blivit bättre och Karl berättar själv att han känner sig "lättare i huvudet" och lugnare. Han uppskattar att spela bridge igen.

**Behövs annan insats?** Nej, fortsättning enligt plan.

**Datum för uppföljning av SIP:** xx xx xx

---

#### Frågor

- › Skulle en inläggning inom slutenvården (exempel B) ha kunna förhindrats om Karl fick en SIP i ett tidigare skede (exempel A)?
- › Vilka är vinsterna för Karl med en SIP i exempel A jämfört med en SIP i exempel B?

# Tips samverkanstrappan

Denna modell syftar till att ta ett helhetsgrepp kring hur individer utifrån individuella behov guidas till det stöd, den vård och den behandling denne behöver oavsett huvudman. Modellen visar hur den samordnade individuella planen kan placeras in i sammanhanget. Samverkanstrappan är en modell som ska anpassas utifrån lokala förutsättningar.

Olika behov kräver olika funktioner, vilka illustreras av trappsteg:

## Upptäckt

I ett uppsökande arbete kan man tidigt upptäcka individer som är i behov av stöd.

## Lättillgänglig information

Vilka verksamheter som erbjuder vilka insatser behöver presenteras lättillgängligt, publicerat på webb och i pappersform. Detta för att individer och närstående lätt ska kunna förstå och hitta var de ska vända sig för att få hjälp med sina problem.

Kommentar: Information via 1177 Vårdguiden, kommunala hemsidor, broschyrer och affischer behöver innehålla korrekt och aktuell information.

## Vägvisarfunktion

En funktion där individer och närstående kan ställa frågor direkt, via mail eller telefon och få reda på var de kan vända sig för sina problem. Detta är ett komplement till den lättillgängliga informationen på webb och i pappersform. Arbetssättet kan ingå i redan befintliga verksamheters funktioner.

Kommentar: Medborgarkontor, 1177 Vårdguiden eller annan funktion i ordinarie verksamhet.

## Stafettpinne

När en individ eller närstående vänder sig till en aktör för att få hjälp och får veta att de kontaktat ”fel” verksamhet är det viktigt att verksamhetsföreträdaren säkerställer att individen får kontakt och tas emot av den verksamhet som bättre kan hjälpa innan de själva ”släpper taget”.

Kommentar: Verksamheter med ett utbyggt remisshanteringssystem som inbegriper ovanstående stöd kan vara till stor nytta.

## Samordnad individuell plan

Om en individ hänvisas runt i systemet utan att få kontakt med ”rätt” verksamhet kan ett samordningsmöte tydliggöra vem eller vilka som bäst kan hjälpa individen. Vid mötet kan en SIP upprättas där det tydligt framgår vilka insatser som ska ges av vilken aktör.

Kommentar: Den huvudansvariges roll och ansvar har utvecklats olika över landet. Ofta är det en person i den verksamhet där individen har mest kontakt. Huvudansvarigs funktion och ansvar behöver anpassas efter den särskilda situation som finns runt individen.

## Då behövs samordnat stöd

När en individ har behov av mer stöd än vad en samordnad individuell plan kan ge.

Kommentar: En individ kan, av olika anledningar, behöva olika mycket stöd i att hitta rätt vägar och samordna insatser i vårt specialiserade vård- och omsorgssystem. Samordning tar tid och kraft. Exempel på begrepp som används för de personer som har en samordnandeuppgift: case manager, koordinator, lots och samordnare.



Samverkanstrappan

Källa: Framtaget inom ramen för Psynprojektet vid SKL (2012-2014).

## Frågor

- › Vilka av dessa steg har ni hos er?
- › Hur arbetar ni förebyggande?
- › Hur arbetar ni med tidig upptäckt?
- › Har ni lättillgänglig information som tydliggör till vilken verksamhet inom kommunen eller landstinget individer ska vända sig när de behöver hjälp för sociala problem, psykosociala problem eller problem som rör psykisk ohälsa?
- › Vilka olika former av vägvisarfunktioner har ni som lotsar hjälpsökande och deras närstående rätt?
- › Hur säkerställer ni att individer inte blir hänvisade mellan olika aktörer utan att få rätt hjälp?















# Använd SIP – ett verktyg vid samverkan

FÖR ALLA ÖVER 18 ÅR, VUXNA OCH ÄLDRE  
VERSION 3.0

SKL har under flera år framgångsrikt givit stöd till kommuner och lands-  
ting när det gäller att införa SIP inom flera olika områden. Bland annat har  
information, utbildningar, material och filmer tagits fram.

SKL beviljades medel av Socialdepartementet, juli–december 2018, för att  
under året stödja användningen av SIP, genom att nyutveckla och anpassa  
redan framtaget material med särskilt fokus på äldre personer och multi-  
sjuka personer med stora samordningsbehov. Denna skrift är ett led i det  
arbetet.

Läs mer om satsningen på [www.skl.se](http://www.skl.se) och [www.uppdragpsyiskhalsa.se](http://www.uppdragpsyiskhalsa.se)