Dokumentansvarig: Elisabet C Mickelsson

Dokumentägare: Anders Rhodin

Samordnad Individuell Plan samt hantering i Lifecare SIP - Rutin - Hälso- och sjukvård Region Gävleborg samt länets kommuner

Titel: Samordnad Individuell Plan samt hantering i Lifecare SIP Hälso- och sjukvård Region Gävleborg samt länets kommuner	**Dokumentkategori:** Rutin	**Omfattning:** Hälso- och sjukvården Region Gävleborg och länets kommuner
Dokumentägare: Biträdande Hälso- och sjukvårdsdirektör	**Dokumentansvarig:** Samordnare/sakkunnig, HSR, Ledningsstöd	**Beslutsinstans:** Biträdande Hälso- och sjukvårdsdirektör
Diarienummer:		**Datum för översyn:**

Innehåll

1. Syfte och omfattning 3
2. Allmänt 3
3. Ansvar och roller 4
3.1. Hälso- och sjukvårdsdirektör Region Gävleborg 4
3.2. Socialchef/förvaltningschef i respektive kommun 4
3.3. Hälsovalschef 4
3.4. Berörda verksamhetschefer för hälso-och sjukvård inom Region Gävleborg och länets tio kommuner 4
3.5. Berörda medarbetare 4
4. Beskrivning 5
4.1. Initiering av samordnad individuell plan, SIP 5
4.1.1. Initiering av individen 5
4.1.2. Initiering i samband med utskrivning från slutenvård 5
4.2. Avläsningstider Lifecare SIP 5
4.3. Samtycke 5
4.3.1. Samtycke från barn 5
4.3.2. Samtycke i Lifecare SIP 5
4.4. Meddelandefunktion 5
4.5. Kallelse till samordnad individuell planering 6
4.5.1. Kallelse till samordnad individuell planering vid utskrivning från slutenvård 6
4.5.1. Kallelse till samordnad individuell planering utanför slutenvårdsprocessen, hantering i Lifecare SP/SIP 7
4.6. Kartläggning 7
4.6.1. När kartläggningen av insatser avser ett barn 7
4.7. Planeringsmötet 8
4.7.1. Planeringsmöte i samband slutenvårdsvistelse 8
4.7.2. Närvaro vid planeringsmöte 8
4.7.3. Uteblivande från möte 8
4.8. Planens innehåll 8
4.9. Samordning av olika planer 9
4.10. Dokumentation 9
4.10.1. Dokumentation i Lifecare SIP i samband med utskrivning från slutenvård 9
4.11. Uppföljning av insats 9
4.12. Utvärdering av huvudmål och delmål 10
4.13. Avsluta planering 10

4.14. Åtgärdskoder för Region Gävleborg 10
5. Plan för implementering och uppföljning.....10
6. Dokumentinformation.....10
7. Referenser 10

1. Syfte och omfattning

Syftet med denna rutin är att utifrån gällande lagstiftning (Socialtjänstlagen, SoL och Hälso- och sjukvårdslagen, HSL) ange regler och ansvar för samordnad individuell planering och upprättande av en Samordnad Individuell Plan, SIP. All hälso- och sjukvård, socialtjänst samt skolverksamhet i Gävleborgs län omfattas av rutinen.

2. Allmänt

Enligt Socialtjänstlagen (SoL) och Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) gäller från 1 januari 2010 att regioner och kommuner tillsammans skall upprätta en individuell plan om denna behövs för att individen skall få sina behov tillgodosedda utifrån de båda lagrummen. Lagen omfattar alla åldrar.

Lagstiftning från 1 januari 2018, ”Samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård”, innebär att en samordnad individuell plan ska upprättas i samband med utskrivning från slutenvård. Detta styrs av vilka insatser individen behöver efter utskrivning.
Behövs insatser från både region och kommun vid utskrivning av patient från sluten vård ska en Samordnad Individuell Planering genomföras, även om den endast omfattar ett lagrum, dvs. HSL.

Kommuner och regioner skall verka för att fullgöra uppgifter inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. Den gemensamma planeringen skall bygga på delaktighet och samtycke från individen, anhöriga och/eller legal företrädare och klargöra det samlade behovet av individens insatser.

Den samordnade individuella planen skall klargöra vilka insatser som individen behöver, vem som skall samordna insatserna samt vilka insatser respektive huvudman skall ansvara för. Det kan vara insatser från flera verksamheter och yrkesföreträdare. För personer med sammansatta behov är det angeläget att de sociala, medicinska, psykiska och fysiska behoven, inklusive habilitering, rehabilitering bedöms och tillgodoses ur ett helhetsperspektiv. Den individuella planeringen är viktig för individen, oavsett var den initieras.

Båda huvudmännen har ett likalydande ansvar för att vid behov erbjuda och upprätta en samordnad individuell plan för att tillsammans med individen samordna dennes insatser. Den som vid en kontakt uppmärksammar ett behov ska inleda planeringen av vad som behöver göras och i samråd med individen ta kontakt med andra berörda aktörer som har ansvar för insatser som behövs för att individens behov ska bli tillgodosedda.
I Gävleborg finns en överenskommelse angående förskolan- och skolans möjlighet att kalla till samordnad individuell plan, SIP i skolan (se referenser).

Det finns även en Överenskommelse om samverkan vid utskrivning från sluten hälso och sjukvård i Gävleborg (se Samverkanswebben).

Om en enskild eller någon av huvudmännen begär en planering för att göra en samordnad individuell plan är den andra huvudmannen skyldig att delta.
Det är kommuner (hälso- och sjukvård, socialtjänst och skolor) och regioner som är skyldiga att inbjuda och delta. Andra aktörer t ex Försäkringskassa, arbetsförmedling och frivilligorganisationer bör också inbjudas om brukarens behov är sådana.

Lifecare, Samordnad Planering vid Utskrivning (SPU) inklusive Samordnad Individuell Plan (SIP) är det digitala gemensamma stödsystemet som används av flera av huvudmännen.
De av huvudmännen som inte är användare av Lifecare (SIP) ska även fortsättningsvis använda sig av formulär i papper.

3. Ansvar och roller

3.1. Hälso- och sjukvårdsdirektör Region Gävleborg

Fastställare av denna rutin och ansvar att göra denna rutin känd.

3.2. Socialchef/förvaltningschef i respektive kommun

Ansvarar för att göra denna rutin känd.

3.3. Hälsovalschef

Ansvarar för att göra denna rutin känd.

3.4. Berörda verksamhetschefer för hälso-och sjukvård inom Region Gävleborg och länets tio kommuner

Ansvarar för att göra denna rutin känd och införd på alla enheter.

3.5. Berörda medarbetare

Ansvar för att känna till och använda rutinen i dagligt arbete.

4. Beskrivning

4.1. Initiering av samordnad individuell plan, SIP

Medarbetare inom kommun eller region som uppmärksammar behov av samordning tar initiativ till att upprätta en Samordnad Individuell Plan, SIP. Kommunen och regionen har samma ansvar att initiera ett möte.
Initiativ till samordningsmöte med en verksamhet som inte har insatser till den aktuella individen kan tas om det gagnar individen och om denne har gett sitt samtycke.

4.1.1. Initiering av individen

Individen själv, vårdnadshavare, legal företrädare och även närstående kan ta initiativ till SIP. Det görs genom kontakt med antingen kommun eller regionen som ansvarar för att fullfölja planeringen.

4.1.2. Initiering i samband med utskrivning från slutenvård

I samband med utskrivning från slutenvård ska utsedd fast vårdkontakt skicka kallelse till samordnad individuell planering senast tre dagar efter meddelande att patienten är utskrivningsklar.

4.2. Avläsningstider Lifecare SIP

Alla parter ska läsa av systemet samt bevaka och kvittera inkomna meddelanden kl. 09.00 och kl. 13.00 alla vardagar samt dag 3 vid länge sammanhängande röda dagar i samband med storhelg. Patienter som ska skrivas ut under helgen eller på röda dagar ska planeras av samtliga parter under vardagen innan helgen/röd dag. Då ska det även kontrolleras om kallelse till SIP inkommit.

4.3. Samtycke

Individen/legal företrädare skall lämna sitt samtycke till att ett planeringsmöte hålls och att en plan upprättas samt uppmanas till delaktighet om vilka som ska delta. En förvaltare kan samtycka i personens ställe, utan att ha samtycke. Initiativtagaren ansvarar för att samtycke till att utlämna patientuppgifter erhålls från individen. Om inte så ska det dokumenteras efter försök att motivera individen. Då upprättas ingen SIP.
Kopia på samtycket lämnas till den enskilda.

4.3.1. Samtycke från barn

Om samordning av insatser avser ett barn skall vårdnadshavare ge sitt samtycke. Om inte samtycke ges ska det dokumenteras, dock ska försök göras att motivera vårdnadshavare.

4.3.2. Samtycke i Lifecare SIP

När Lifecare SIP används så registreras samtycket i systemet.

4.4. Meddelandefunktion

I Lifecare finns funktionen ”Meddelande utanför vårdtillfälle”. Denna funktion kan användas för kommunikation mellan berörda parter.

4.5. Kallelse till samordnad individuell planering

Ansvarig att kalla till ett samverkansmöte är den yrkesutövare inom kommunen eller regionen som uppmärksammat att behov av samordnade insatser från båda huvudmännen föreligger. Av kallelsen skall det framgå om samtycke för mötet har erhållits från individen.. Kallelse till mötet skall skickas utan dröjsmål då behov har identifierats och mötet skall prioriteras.

Den verksamhet som blir kallad till mötet är skyldig att delta med lämplig person/funktion eller förmedla kallelsen till rätt vårdnivå/enhet om den hamnat fel. Frånvaro som uppstått med kort varsel, måste meddelas till den som kallat till mötet.

En verksamhet som kallas till ett SIP-möte som inte känner sig berörd, har ett ansvar att ta kontakt med den som kallat till mötet för en dialog.

Kallelsen skickas till:

- Individen samt närstående, om individen önskar det
- God man, förvaltare eller ombud
- Berörd yrkesutövare inom kommunen och region
- Andra aktörer som regionen eller kommunen har slutit avtal med
- Ev. andra myndigheter (arbetsförmedling, försäkringskassa, kriminalvård etc.)

Kallelsen ska innehålla uppgifter om tid och plats för mötet.

4.5.1. Kallelse till samordnad individuell planering vid utskrivning från slutenvård

Kallelse till samordnad individuell planering eller uppföljning av redan upprättad SIP ska skickas senast tre dagar efter det att meddelande om utskrivningsklar är skickat. Det är den utsedda namngivna fasta vårdkontakten som kallar i samråd med individen. Observera att samtycke krävs för att ta del av en tidigare upprättad SIP. Önskvärt är att patienten, om möjligt, har en enda SIP upprättad och att det är den som följs upp. Av kallelsen ska framgå ett tydligt syfte med mötet och de aktuella frågeställningarna ska formuleras kortfattat.

Bedömningen av när och var planeringen ska genomföras ska göras i samråd med individen utifrån dennes behov.
Undantagsvis kan det vara nödvändigt med en samordnad individuell planering från region och kommun redan under individens vistelse i sluten vård.

Om information finns tillgänglig ska individ vid utskrivning från slutenvård få uppgifter om tidpunkt och plats för när samordnad individuell planering avses genomföras.
Om någon part som kallats inte är användare av Lifecare SIP, ska kallelse skickas via brev som tidigare. Kallelsen anses vara ett arbetsmaterial och ska kasseras/”tuggas” efter genomfört planeringsmöte.

4.5.1. Kallelse till samordnad individuell planering utanför slutenvårdsprocessen, hantering i Lifecare SP/SIP

Lifecare SP/SIP har funktionen för att stödja samverkan kring individer som kräver samordnade insatser från hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Lifecare SP/SIP kan alltså användas utanför slutenvårdsprocessen, dvs. en patient/brukare som inte varit inskriven i den slutna vården.

Huvudregeln är att den aktör som ser behovet av samordnade insatser kallar till mötet utifrån att samtycke har inhämtats från patient/brukare. Beskrivning och hantering i Lifecare, se bilaga till denna rutin (SIP utanför slutenvårdsprocessen – hantering i Lifecare SP/SIP inom hälso- och sjukvården Region Gävleborg samt länets kommuner)

4.6. Kartläggning

Den som kallar till **SIP:en**, dvs. samordningsansvarig är den som skriver in patientens/brukarens behov i kartläggningen och då görs detta innan kallelse till SIP skickas.

Samordningsansvarig ska beakta relevanta områden vid kartläggning, så som;

Upplevd hälsa
Personlig vård
Kommunikation
Förflyttning
Boende och vardagen i hemmet
Relationer med familj och nätverk
Planera vardagen och hantera krav
Inlärning och använda kunskap
Lek
Utbildning/ studier
Arbete, sysselsättning
Ekonomi
Rekreation och fritid
Övrigt

Kartläggningen ska dokumenteras under fliken ”Kartläggning” som finns SIP-underlaget i Lifecare.

De parter/medarbetare som ska delta i mötet ska inventera de insatser som är kända inom sin egen verksamhet och kan komplettera kartläggningen.

4.6.1. När kartläggningen av insatser avser ett barn

Om kartläggning av insatser avser ett barn skall barnets inställning till samordningen så långt det är möjligt klarläggas. Barn som har uppnått tillräcklig ålder, mognad och utveckling skall ges möjligheter att själv delta aktivt i planeringen och samordningen.

4.7. Planeringsmötet

Planen skall, när det är möjligt, upprättas tillsammans med individen. Närstående och andra aktörer som kan ha betydelse för individens behov skall ges möjligheter att delta om det är lämpligt och att individen inte motsätter sig det. Om det bedöms lämpligt kan planeringsmötet även ske med deltagande parter via Skype för företag eller per telefon. Den som kallat till planeringsmötet ansvarar för att:

- Utse vem som ska leda mötet
- Utse vem som ska dokumentera planen

Om planeringsmötet undantagsvis inte dokumenteras i Lifecare utan har skett genom att planen dokumenterats i det SIP-dokument som finns på samverkanswebben, ska planen signeras av den som dokumenterat.

Den som dokumenterar säkerställer att patienten får sin plan inom tre dygn.

4.7.1. Planeringsmöte i samband slutenvårdsvistelse

När planeringsmötet sker i samband med slutenvårdsvistelse är det den *namngivna fasta vårdkontakten* som ansvarar för genomförandet enligt ovan 4.6.

4.7.2. Närvaro vid planeringsmöte

Den som initierar mötet ansvarar för att tillsammans med individen identifiera andra viktiga aktörer och kalla dem till mötet.

Individen och/eller legal företrädare skall alltid uppmuntras att delta. Om individen/legal företrädare ger sitt medgivande, skall även anhöriga bjudas in och ges möjligheter att arbeta aktivt med planen.

Deltagare från kommun och region ska komma väl förberedda till mötet, d.v.s. genomfört kartläggning tillsammans med individen och ha ett tydligt mandat för uppdraget.

4.7.3. Uteblivande från möte

Om någon kallad uteblir utan att meddelat sin frånvaro, ska det rapporteras som en avvikelse av den som kallat till mötet.

4.8. Planens innehåll

Av planen skall framgå:

1. Samtycket från individen
2. Vem som initierat behovet av Samordnad Individuell Plan
3. Huvudmål, ”vad är viktigt för individen?”
4. Vilka delmål som finns
5. Vilka insatser respektive part skall svara för

6. Vem som fortsättningsvis ska vara samordningsansvarig och ansvara för att kalla till nytt möte
7. Vilka åtgärder som vidtas av någon annan än kommunen och regionen, t.ex. arbetsförmedling, försäkringskassa eller andra, offentliga eller privata aktörer.
8. Att barnperspektivet är tillgodosett i planen
9. Uppföljning av planerade insatser och vad som ska följas upp (uppföljning av insatser sker kontinuerligt av varje ansvarig part)
10. Datum när uppföljningsmöte ska genomföras och vem som ansvarar för uppföljningsmötet
11. Utvärdering av mål och delmål genomförs på uppföljningsmöten. Då bedöms om nya mål ska upprättas eller om planen kan avslutas

4.9. Samordning av olika planer

Den samordnade individuella planen ska i förekommande fall samordnas med andra befintliga planer. Om det redan finns en plan enligt någon annan bestämmelse (ex LSS), eller på frivillig grund, kan den planen kompletteras så att samtliga föreskrivna krav blir uppfyllda.

4.10. Dokumentation

Den samordnade individuella planen ska vara patienten tillhanda inom tre dygn, ansvar för detta har den samordningsansvarige. Om planen inte dokumenteras i Lifecare så ansvarar varje verksamhet för att planen förvaras enligt lokala rutiner.
Den samordningsansvarige har ansvar för att förvara originalet om det inte finns i Lifecare SIP.
Datum för uppföljningsmöte ska fastställas. Den samordningsansvarige är den som kallar till detta möte.

4.10.1. Dokumentation i Lifecare SIP i samband med utskrivning från slutenvård

Den fasta vårdkontakten utser dokumentationsansvarig så att individens huvudmål, delmål och insatser dokumenteras i planen.

Den fasta vårdkontakten ansvarar för att planen skrivs ut och ges till patient/närstående inom tre dygn samt till de deltagare som inte är användare av Lifecare SIP. De som har Lifecare SIP har åtkomst till planen.
Datum för uppföljningsmöte ska fastställas. I Lifecare syns detta datum i översikten för alla deltagande parter. Den fasta vårdkontakten är den som kallar till detta möte.

4.11. Uppföljning av insats

Den som har ansvaret för insatsen per delmål följer upp den och dokumenterar i Lifecare SIP. Detta kan ske löpande.

4.12. Utvärdering av huvudmål och delmål

4.12.1.1. Vid uppföljningsmöte görs utvärdering av planens huvudmål och delmål. Vid behov upprättas en ny samordnad individuell plan med aktuella huvudmål och delmål.

4.13. Avsluta planering

Den samordnade individuella planen avslutas i samråd med den enskilde när samtliga parter bedömer att målen är uppfyllda eller om samordning inte längre behövs för den enskilde. Om den enskilde avlider avslutas planen.

4.14. Åtgärdskoder för Region Gävleborg

Den som medverkar från Region Gävleborg ansvarar för att kodning enligt tabell nedan görs i Elvis alternativt PMO oavsett annat dokumentationsansvar.

Kod	Text	Beskrivning
AU124	Upprättande av Samordnad Individuell Plan (i)	Insatser enligt Hälso- och sjukvårdslagen 16 kap. 4 f §. Utesluter XU042 Upprättande av samordnad vårdplan vid tvångsvård och AU125 Upprättande av samordnad plan vid utskrivning

5. Plan för implementering och uppföljning

Länets kommunikationsplan används för spridning av denna rutin. Rutinen publiceras på samverkanswebben.

6. Dokumentinformation

Denna rutin har sedan tidigare arbetats fram av den partsammansatta tre-tre gruppen i länet, som på uppdrag av utskott vuxna/Länsledning Välfärd har ansvaret för utskrivningsprocessen och samverkanslagen, revidering av dokumentet sker även inom denna arbetsgrupp.

7. Referenser

Dokumentnamn	Plats
Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)	Riksdagen.se
Socialtjänstlag (2025:400) | Sveriges riksdag 10 Kap. 8 §	Riksdagen.se
Lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård	Riksdagen.se
Offentlighets- och sekretesslagen (2009:400) 12 kap 2 §	Riksdagen.se
Patientlag (2014:821)	Riksdagen.se

Dokumentnamn	Plats
Överenskommelse om samverkan vid utskrivning från sluten hälso-och sjukvård i Gävleborg (68).pdf	Samverkanswebben/Platina
09-860698 Fast vårdkontakt och behandlande roller Hälso och sjukvård Region Gävleborg	Samverkanswebben/Platina
SIP utanför slutenvårdsprocessen – hantering i Lifecare SP/SIP inom hälso- och sjukvården Region Gävleborg samt länets kommuner	Samverkanswebben/Platina
Samtycke barn – SIP formulär	Samverkanswebben/Platina
Samtycke vuxna – SIP formulär	Samverkanswebben/Platina
09-42640 Samordnad individuell plan - Kallelse. Hälso- och sjukvård Region Gävleborg samt länets kommuner	Samverkanswebben/Platina
Dokumentationsplan SIP	Samverkanswebben/Platina
09-882393 Överenskommelse SIP i skolan	Samverkanswebben/Platina
FN:s barnkonvention	www.unicef.se