

RIKTLINJE

RUTIN

Riktlinje för samordnad individuell plan (SIP)				
Framtagen av: Eva-Karin Stenberg, MAS Åsa Rydberg, MAR	Gäller from: 2018-06-15	Gemensam med Regionen: <input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nej	Gäller egen regi: <input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Gäller privat regi: <input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Gäller intraprenad: <input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Process hänv.

Bakgrund

Sedan 2010-01-01 finns både i socialtjänstlagen och i hälso-och sjukvårdslagen en bestämmelse om att kommun och landsting ska upprätta en Samordnad individuell plan (SIP) när en person har behov av insatser från flera huvudmän/vårdgivare som behöver samordnas. Personen ska ge sitt samtycke till vilka aktörer som ska delta vid en SIP. Om patienten inte samtycker till upprättande av en SIP ska varje enhet planera inför de insatser som enheten ansvarar för, vilka dokumenteras i respektive enhets dokumentationssystem.

2018-01-01 infördes en ny "Lag om samverkan vid utskrivning från slutet hälso-och sjukvård (2017:612)". I Halland finns en regiongemensam riktlinje och IT systemet Lifecare SIP som stöd för arbetet.

Syftet med riktlinjen är bl.a. att förtydliga och vägleda arbetet med SIP för en likvärdig och trygg vård, omsorg, socialtjänst och rehabilitering.

SIP kan vara till hjälp vid följande vanliga situationer:

- När en person har behov av insatser från flera verksamheter.
- När ansvarsfördelning behöver tydliggöras.
- När en person haft upprepade återinskrivningar på sjukhus.

Användningsområden för SIP

- Tidigare vårdplan vid utskrivning från slutenvården **ersätts med** Lifecare SIP.
- "Överenskommelse/vårdplanering öppenvård" vid in och utskrivning från hemsjukvården **ersätts med** Lifecare SIP
- Tidigare SIP (pappersblankett) då flera huvudmäns/verksamheters insatser behövde samordnas **ersätts med** Lifecare SIP.

Det innebär att SIPs har olika innehåll och arbetsuppgifterna varierar utifrån SIPs användningsområde, se nedanstående tabell.

<u>SIP= Vid utskrivning från slutenvården</u>	<u>SIP=Vid inskrivning från närsvård till hemsjukvård</u>	<u>SIP som är pågående för patient/kund/brukare där samordning behövs</u>
<p>Närsvården ansvarar för att dokumentera i SIP. Datum för uppföljning anges individuellt utifrån den enskildes situation. SIP ska inte innehålla uppgifter om biståndsbeslut och/eller behandlingsordinationer.</p> <p>Det åligger varje part att följa upp insatser och dokumentera uppföljningen i egna dokumentations-system.</p> <p>Slutenvården lämnar kopia på SIP till patienten innan utskrivning.</p> <p>Uppföljning/utvärdering av SIP görs av samordningsansvarig/vårdcentralen.</p> <p>Om inte samordning behövs efter uppföljning avslutar samordningsansvarig/vårdcentralen SIP.</p> <p>Gör någon part inkl. patient/företrädare för patienten bedömning att SIP behöver följas upp gemensamt ska SIP vara pågående. Patientens samtycke ska inhämtas.</p>	<p>Närsvården initierar, efter samtycke från patienten, en samordnad planering med kommunens hälso-och sjukvårdspersonal. SIP ska vara kortfattad och övergripande och inte innehålla uppgifter om biståndsbeslut och/eller behandlingsordinationer.</p> <p>Det åligger varje part att följa upp insatser och dokumentera uppföljningen i egna dokumentations-system.</p> <p>Uppföljning/utvärdering av SIP görs av samordningsansvarig/vårdcentralen.</p> <p>Om inte samordning behövs efter uppföljning stänger samordningsansvarig/vårdcentralen SIP.</p> <p>Gör någon part inkl. patient/företrädare för patienten bedömning att SIP behöver följas upp gemensamt ska SIP vara pågående. Patientens samtycke ska inhämtas</p> <p>Kontakt med kommunens socialtjänst sker på samma sätt som tidigare.</p>	<p>Patient som har kontakter med en eller flera olika specialistfunktioner såsom BUP, Psykiatri, Habiliteringen, PKT, samsjuklighet med missbruk, psykiska funktionsnedsättningar, sociala svårigheter etc.</p> <p>Patienter som har pågående insatser från både hemvårdsförvaltningen och socialförvaltningen (exempelvis hemtjänst och boendestöd, hemtjänst och personlig assistans).</p> <p>Där beslut tagits att patienten inte ska uppsöka slutenvård i samband med försämrat allmäntillstånd.</p> <p>Patienter med upprepade återinläggningar oavsett somatisk, psykisk eller annan inriktning.</p> <p>Behov av pågående SIP eller ny SIP kan alltid göras.</p> <p>Patientens samtycke ska inhämtas.</p>

Samordnare

I samband med uppstart av en SIP ska en samordnare utses. Samordnaren är en länk mellan patienten och berörda aktörer. I de flesta fall är det lämpligt att den som är fast vårdkontakt utses till samordnare.

Anteckningar i Lifecare SIP

SIP ersätter inte den dokumentation som behöver göras i respektive dokumentationssystem inom socialtjänsten eller hälso- och sjukvården. De insatser som planeras och genomförs av respektive profession dokumenteras i patientens SoL och HSL-journal på sedvanligt sätt.

I Lifecare SIP anges de övergripande insatser som deltagarna har kommit överens om samt ett uppföljningsdatum. Vid pågående SIP ska nya överenskomna insatser anges och följas upp.

När patienten har en pågående SIP ska leg. personal dokumentera detta i HSL-journalen. Dokumentationen skrivs under *Vårdplaneringar SIP/ Samordnad individuell plan SIP*. Hänvisa innehållet till Lifecare SIP och dokumentera enbart att patienten har en SIP samt när SIP avslutas.

Inom SoL/LSS ska av den fortlöpande dokumentationen framgå när personen har en SIP som är pågående respektive när SIP avslutas. Denna dokumentation utgör händelser av vikt och ingår i den grundläggande dokumentationsskyldigheten. Denna uppgift ska vara sökbar.

Uppföljning av SIP

En SIP skall alltid följas upp. Vid pågående SIP ska uppföljningsmötet bokas i samband med första mötet. Samordnaren har det övergripande ansvaret för uppföljningsmötet.

Avslutning av SIP

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

SIP avslutas alltid om samtycke dras tillbaka. Samordnaren ansvarar för att alla involverade får veta när planen avslutas. Avslut dokumenteras i "Lifecare SIP" och i patientens HSL-journal.

Ansvar/Omfattning i SIP Ansvarsfördelning

Patienten

- Personen ska själv medverka vid planeringen så långt det är möjligt.

Leg. personal

- Ansvarar som samordnare i de fall där man blivit utsedd till en sådan.
- Egenvårdsbedömningen ska vara en del av planen. Egenvårdsbedömningen utförs i de flesta fall av Region Halland.
- Upprätta avvikelser vid brister i vårdkedjan.

Utförare (boendestödjare, assistent, omsorgspersonal, enhetschef för utförlarled)

- Ta del av en pågående SIP i samband med inskrivning i hemsjukvården.
- Upprätta avvikelser vid brister i vårdkedjan.

Biståndshandläggare/ Handläggare

- Ansvara som samordnare i de fall där man blivit utsedd till en sådan.
- Upprätta avvikelser vid brister i vårdkedjan

Planeringsteamet för rehabilitering, vård omsorg (PROV)

- Har mandat att utse samordnare i kommunal vård och omsorg då det är aktuellt i samband med en planering i slutenvården.
- Upprätta avvikelser vid brister i vårdkedjan.

MAS/MAR

- Att riktlinjer finns och hålls uppdaterade

Referenser

1. Lagparagraf 2 kap.7§ SoL och 3f §HSL
2. Lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutenvård och sjukvård.
3. Riktlinje för trygg och effektiv utskrivning från slutenvård och vård och omsorgsplanering i öppenvård, 2017.
4. Samordnad individuell plan för äldre (SIP), när det behövs samordning. SKL 2017