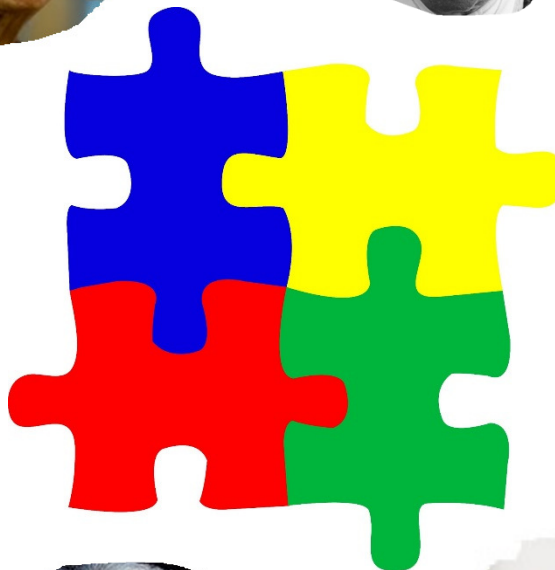


# Så här jobbar vi med SIP i Nykvarn, Salem och Södertälje

En gemensam lokal rutin



## Förord

Det här är en lokal rutin för SIP (Samordnad individuell plan). Den riktar sig till dig som arbetar i kommunen och i primärvården i Nykvarn och Södertälje, och även till dig som arbetar i Salem. Rutinen har tagits fram av en arbetsgrupp med representanter från Nykvarn och Södertälje, från äldreomsorgen och primärvården. Fokus har legat på SIP för äldre, men rutinen kan användas vid SIP för alla vuxna. En styrgrupp har haft det övergripande ansvaret för arbetet och Nestor FoU-center har varit processledare.

**Den lokala rutinen är ett komplement** till nationella och regionala riktlinjer om hur SIP ska genomföras. Detta material har använts i arbetet:

- Broschyren ”SIP för äldre” (SKL). Finns för nedladdning, se länk <http://webbutik.skl.se/sv/artiklar/samordnad-individuell-plan-sip-for-aldre.html>
- Vägledning för SIP för vuxna och äldre (SLL och Storstockholm). Finns för nedladdning, se länk <http://www.storsthlm.se/sok.html?query=sip>
- Info-blad till allmänheten om SIP (1177 vårdguiden). Finns för nedladdning, se länk <https://www.1177.se/Stockholm/Regler-och-rattigheter/Individuell-plan/>

**Syftet med SIP** är dels att göra individen delaktig i sin vård och omsorg och dels att samordna och tydliggöra vilka insatser individen har och vem som ansvarar för dem. Att tydliggöra samordningen kan både individen, närstående och personal ha nytta av.

**För att en individ ska erbjudas ett SIP-möte** ska individen i fråga ha, eller eventuellt behöva, insatser från både kommunen och landstingets hälso- och sjukvård. Initiativ till SIP kan tas av personal som kommer i kontakt med individen och ser ett behov av samordning. Initiativ kan även tas av individen själv eller individens närstående. När du blir kallad till en SIP är du skyldig att delta. Du har även en skyldighet att informera individer och närstående om möjligheten att få en SIP.

SIP finns **inskrivet i socialtjänstlagen och i hälso- och sjukvårdslagen** sedan 2010. Från och med 2018 har vi en **ny lag om samverkan vid utskrivning från slutet hälso- och sjukvård**. En förändring som följer av den nya lagen är att en SIP alltid ska erbjudas personer som skrivs ut från sjukhuset om de har behov av insatser från både kommunen och landstinget. SIP kan i och med detta starta på två olika sätt, dels vid utskrivning från sjukhus och dels när behov uppmärksammas i hemmet. Det är de två inledande stegen i arbetet med SIP som skiljer sig åt medan resterande steg är gemensamma. Nytt vid SIP vid utskrivning är att slutenvården har en roll och att den fasta vårdkontakten i öppenvården alltid kallar till mötet. En annan förändring är att mötet kan behöva ske med kortare varsel. För mer information se rutiner för utskrivning samt metodstöd för SIP som hittas på [www.vardgivarguiden.se](http://www.vardgivarguiden.se).

**Vår förhoppning** är att den lokala rutinen kommer att underlätta arbetet med SIP så att det kan bli en del i det ordinarie arbetet. Har du praktiska frågor i samband med planering, genomförande eller dokumentation av SIP kontakta gärna någon i arbetsgruppen. Vid frågor av övergripande slag angående SIP kontakta någon i projektets styrgrupp.

## Kontaktpersoner

### *Arbetsgrupp*

Kristina Trygg, Södertälje kommuns äldreenhet, [kristina.trygg@sodertalje.se](mailto:kristina.trygg@sodertalje.se)

Carina Seth, Södertälje kommuns äldreenhet, [carina.seth@sodertalje.se](mailto:carina.seth@sodertalje.se)

Kicki Andersson, Södertälje kommuns äldreenhet, [ann-catrine.andersson@sodertalje.se](mailto:ann-catrine.andersson@sodertalje.se)

Nelly Holst, Södertälje kommuns hemtjänst, [nelly.holst@sodertalje.se](mailto:nelly.holst@sodertalje.se)

Maria Benninger, Södertälje kommuns äldreenhet, [maria.benninger@sodertalje.se](mailto:maria.benninger@sodertalje.se)

Catarina Larsen, Tvetå hälsocentral, Södertälje [catarina.larsen@tvetahc.se](mailto:catarina.larsen@tvetahc.se)

Enas Nissan, Wasa vårdcentral, Södertälje [enas.nissan@capiro.se](mailto:enas.nissan@capiro.se)

Maria Hasselberg, Tallhöjdens Rehab, Södertälje [maria.hasselberg@sll.se](mailto:maria.hasselberg@sll.se)

Malin Blomkvist, Nykvarns kommun biståndsenheten, [malin.blomkvist@nykvarn.se](mailto:malin.blomkvist@nykvarn.se)

Nanna-Mi Wisborg, Nykvarns vårdcentral, [nanna-mi.wisborg@aleris.se](mailto:nanna-mi.wisborg@aleris.se)

### *Styrgrupp*

Pernilla Andreasson, Södertälje kommun myndighetschef, [pernilla.andreasson@sodertalje.se](mailto:pernilla.andreasson@sodertalje.se)

Caroline Wenner, Södertälje kommun resultatområdeschef, hemtjänst,

[caroline.wenner@sodertalje.se](mailto:caroline.wenner@sodertalje.se)

Ulla Andersson, verksamhetschef Wasa vårdcentral, Södertälje [ulla.andersson@capiro.se](mailto:ulla.andersson@capiro.se)

Anna Nilsson, verksamhetschef Södertälje Rehab, SLSO, [anna.m.nilsson@sll.se](mailto:anna.m.nilsson@sll.se)

Ing-Marie Bengtsson, Nykvarns kommun myndighetschef, [ing-marie.bengtsson@nykvarn.se](mailto:ing-marie.bengtsson@nykvarn.se)

### Vid frågor till Nestor, vänd er till:

Ingeborg Björkman, projektledare, Nestor, [ingeborg.bjorkman@nestorfou.se](mailto:ingeborg.bjorkman@nestorfou.se)

Helén Lieberman-Ram, projektledare, Nestor, [helen.lieberman-ram@nestorfou.se](mailto:helen.lieberman-ram@nestorfou.se)

## Dokument som stödjer det lokala arbetet med SIP

- Lokal rutin för SIP
- Lokal kontaktlista för de tre kommunerna
- Mall dokumentation av SIP (gemensam blankett för Stockholms län)
- Extrablad för dokumentation av SIP (används av kommunen, finns automatiskt i Take Care)
- SIP-info för allmänheten från 1177-vårdguiden

### *Används vid behov*

- Samtycke (om skriftligt, gemensam blankett för Stockholms län)
- Kallelse (om skriftligt, gemensam blankett för Stockholms län)

## Var finns dokumenten?

Dokumenterna finns att hämta i de olika verksamheternas kvalitetsledningssystem. Blanketter som är gemensamma i Stockholms län, se ovan, finns även i primärvårdens journalsystem Take Care.

# Lokal rutin för SIP i Nykvarn och Södertälje

## SIP – verktyg för samordning

SIP (samordnad individuell plan) är ett verktyg för samordning av en individs vård- och omsorgsinsatser när insatserna kommer både från primärvården och från kommunen.

SIP är främst till för individen, individen ska vara i fokus, men kan också vara viktigt för närstående. Fokus i det här dokumentet är främst äldre individer men SIP ska göras oavsett ålder, det är behoven som avgör. Personal kan upptäcka behov hos individen, men individen ska alltid involveras. Samtala och försök fånga upp vilka behov och mål individen har.

### **Situationer när samordning kan behövas kring en individ, exempel:**

- När det inte fungerar optimalt för individen
- Insatser överensstämmer inte med genomförandeplan
- Vid uppföljning och bedömning efter vårdplanering
- Hemsjukvårdspatienter, undernäingsproblem enligt riskbedömning i Senior Alert
- Utsatta grupper, svåra sociala situationer
- Personer med mycket ångest/oro
- Personer med upprepade inläggningar på sjukhus

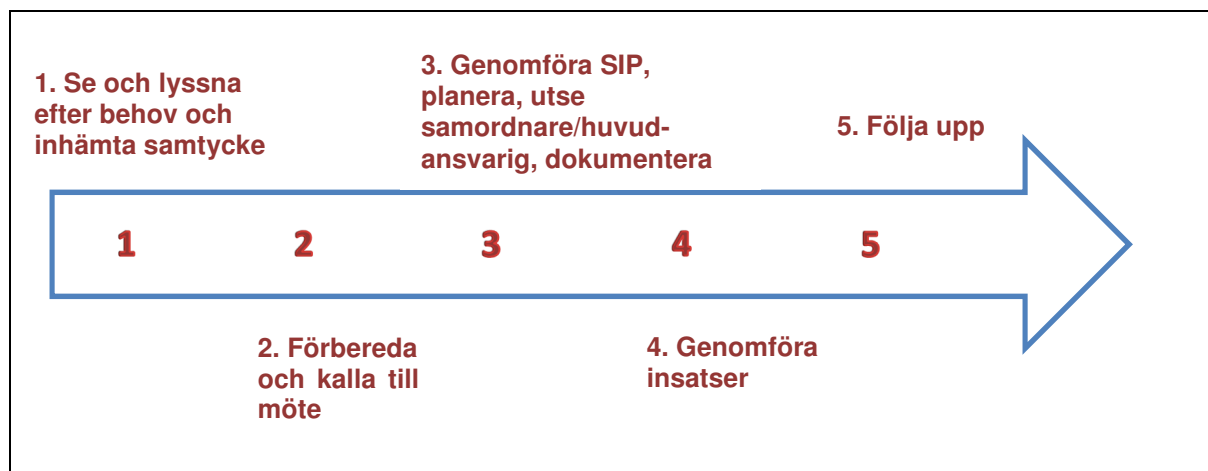
Observera att individen inte behöver vara inskriven i hemsjukvården eller ha pågående insatser från kommunens omsorg för att SIP ska göras. Närstående bjuds in till mötet om individen samtycker till det.

### **Professioner som kan behöva delta i en SIP, exempel:**

- *Myndighet*, t.ex. biståndsbedömare, LSS-handläggare, socialsekreterare, socialpsykiatri-handläggare
- *Utförare* för hemtjänst, dagverksamhet med mera, t.ex. kontaktperson, enhets- eller gruppchef. viktigt att tänka på att rätt representant deltar vid SIP, person som känner individen bäst, chefsperson bör delta om beslut behöver fattas
- *Vårdcentral*, t.ex. distrikts/sjuksköterska, kurator, läkare
- *Primärvårdsrehab*, t.ex. arbetsterapeut, fysioterapeut/sjukgymnast, dietist
- *Tolk* - tolk ska alltid kallas när individen inte kan samtala på svenska, det ska vara en behörig tolk som översätter, inte en släkting eller någon i personalen, den som kallar övriga personer till SIP kallar också tolken
- Personal från *psykiatrisk öppenvård*

**Det mest optimala är att göra SIP i individens hem.** Ibland kan SIP göras kort efter en sjukhusvistelse, i hemmet eller på korttidsboende.

# Arbetsgång för SIP



## 1. Se och lyssna efter behov och inhämta samtycke

(obs annan process vid utskrivning från sjukhuset, se kommentar i förordet)

- Initiativ till SIP kan tas av individen själv, av närstående eller av personal.
- Att ta initiativ innebär att uppmärksamma ett behov.
- Den som uppmärksammar ett behov kan själv tillfråga individen om SIP eller lämna frågan vidare till någon annan professionell som känner individen, t.ex. biståndshandläggare, distriktssköterska eller rehabpersonal.
- Samtycke krävs för att genomföra SIP och inhämtas innan kallelse till mötet.
- Samtycket inhämtas vanligen muntligt, dokumentera i journalen/akten.
- Ibland kan det finnas behov av ett skriftligt samtycke, använd blankett som är framtagen av HSF och Storstockholm. Blanketten finns tillgänglig i journalsystemet Take Care, kan laddas ner från Storstockholms hemsida [www.storsthlm.se](http://www.storsthlm.se), samt ingår i denna rutins tillhörande dokument.
- Den som kallar till SIP är ansvarig för att inhämta skriftligt samtycke när så krävs, men kan ge i uppdrag åt hemtjänsten att be individen skriva under.
- Samtycket till SIP ska vara begränsat i tid och gälla för den fråga som man kommit överens om med individen, dokumentera vad som gäller i journalen/akten. Det kan komma nya frågeställningar under mötet och då gäller samtycket fram tills uppföljning och till att SIP är avslutad.
- Om nya frågeställningar kommer efter uppföljning och avslut krävs ett nytt samtycke.
- Samtycke gäller max 1 år.

## 2. Förbereda och kalla till möte

(obs annan process vid utskrivning från sjukhuset, se kommentar i förordet)

- Samtala med individen om varför SIP kan vara lämpligt, vad som ska diskuteras under SIP-mötet (syftet) och vilka personer som ska kallas.
- Syftet med SIP ska finnas med i kallelsen, försök redan innan mötet komma fram till vad individen önskar uppnå och formulera någon form av mål.

- Vilka personer som ska kallas till SIP beror på vad som kommer att diskuteras (syftet).
- All personal som uppmärksammar ett behov kan också kalla till SIP. Hemtjänstpersonal kallar i samråd med resultatenhetschef/enhetschef och samarbetar vid behov med metodstödjare (finns tillgänglig för Södertälje kommuns egen hemtjänst).
- Vanligen är det samma person som tar initiativet till SIP som också kallar, om inte annat är överenskommet.
- Södertälje kommun:
  - När kommunen kallar primärvården sker det i första hand via telefon, mail kan användas för eventuell påminnelse.
  - När primärvården kallar kommunen sker det via mail till kommunens funktionsbrevlåda [aldrefunktionsnedsattning@sodertalje.se](mailto:aldrefunktionsnedsattning@sodertalje.se) (gemensam för äldreomsorg och LSS). Ange i mailet, gärna i ärenderaden, att det gäller SIP så mailet hamnar hos rätt person. Ange också egna kontaktuppgifter så ringer biståndshandläggaren upp. Om kontakt med handläggare ska tas via telefon, ring kontaktcenter 08-5230 1000.
- Nykvarns kommun:
  - Alla kontakter sker via telefon eller personligt besök.
  - Kommunen kan även kontaktas via funktionsbrevlådan [AO.myndighet@nykvarn.se](mailto:AO.myndighet@nykvarn.se).
- Salems kommun:
  - Alla kontakter sker via telefon eller mail.
- När kontakt tas via mail anges aldrig personuppgifter.
- När rehab ska kontaktas, fråga först individen själv vilken rehab individen tillhör, alternativt kontakta vårdcentralen som kan se det i journalen.
- Kallelse bör ske med 2–3 veckors framförhållning, SIP används inte vid akuta ärenden.
- Om någon blir förhindrad att delta på SIP, meddela den som kallat till mötet.
- Det är viktigt att de som ska delta i SIP har kännedom om samtliga deltagares kontaktuppgifter.

### 3. Genomföra SIP, planera, utse samordnare/huvudansvarig och dokumentera

- Den som kallar till mötet är oftast den som leder mötet, om inte annat är överenskommet.
- Avsätt helst 45 min men längst 1 timme för mötet.
- Förslag på upplägg för SIP-mötet:
  - Berätta om syftet med SIP och vad mötet ska handla om, tänk på att tala direkt till individen, att mötet är till för att se vad individen behöver för hjälp och vad de andra kan hjälpa till med.
  - Berätta hur lång tid ni har till ert förfogande för mötet.
  - Presentera alla deltagare.
  - Fördela ordet och se till att alla kommer till tals.
  - Återkom ofta till individen, säg exempelvis ”Vad tycker du?”, ”Hur vill du ha det?” och ”Vad vill du, nu får du berätta...”
  - Se till att tiden hålls, vid behov ta hjälp av andra professionella.
  - Sammanfatta vad som diskuterats och beslutats om individens insatser
  - Se till att tid bokas för uppföljning.
  - Stäm av med individen vem som ska vara samordnare/huvudansvarig.
  - Avsluta mötet.

- Planeringen under SIP-mötet:
  - Ska utgå från individens mål, vara gemensamt med verksamheternas mål, individen kan behöva hjälp att formulera mål.
  - Insatserna kopplas till vilka mål som ska uppnås.
  - De olika verksamheternas ansvarsområden ska tydliggöras.
- Samordnare/huvudansvarig:
  - Ofta samma person som har tagit initiativet till SIP, kallat och hållit i mötet.
  - Är individens och eventuella närståendes kontaktperson om de vill ställa frågor om sådant som diskuterats under mötet eller om något inte fungerar.
  - Ansvarar för uppföljningen av SIP.
- Dokumentation av SIP:
  - Den som kallar till SIP är den som dokumenterar SIP-planen.
  - Dokumentationen sker på den blankett som är framtagen av HSF och Storstockholm. Blanketten finns tillgänglig i journalsystemet Take Care, kan laddas ner från Storstockholms hemsida [www.storsthlm.se](http://www.storsthlm.se), samt ingår i denna rutins tillhörande dokument.
  - Den som leder mötet kan välja att dokumentera själv eller att be någon annan professionell att göra det, stäm vid behov av innan mötet.
  - Den som dokumenterar skriver under SIP-planen, ange ”Dokumenterat av...”.
  - Den som dokumenterar ansvarar för att lämna en kopia av SIP-planen till individen och till övriga deltagare som deltog i mötet. Kopia av dokumentationen ska även lämnas vid uppföljning av SIP. Närstående förväntas i första hand få ta del av SIP-planen hos individen.

#### 4. Genomföra insatser

- Respektive verksamhet ansvarar för de insatser som man kommit överens om att utföra.
- Individen har också ett eget ansvar för att efter förmåga bidra med egenvård eller andra insatser för att uppnå sina mål, vilket bör ha tydliggjorts under SIP-mötet.
- Om problem tillstöter ska samordnare/huvudansvarig kontaktas för att ta ställning till om planen behöver revideras och ta initiativ till detta.

#### 5. Följa upp

- Huvudregel är att SIP alltid ska följas upp, men det går att göra avsteg i särskilda fall, dokumentera i SIP-blanketten varför.
- Ibland behövs flera uppföljningsmöten. Besluta vid mötet om SIP kan avslutas eller om ytterligare uppföljning ska bokas in.
- Även enklare syften med SIP ska följas upp. Om syftet exempelvis handlar om att klarlägga för individen vem som gör vilka insatser och när det ska ske, följer man upp om individen har förstått vem som hjälper till med vad.
- Samordnare/huvudansvarig har ansvar för uppföljningsmötet, kallar om inte tiden redan planerats vid SIP-mötet, påminner eventuellt via mail.
- Om någon blir förhindrad att delta vid uppföljningsmötet ska samordnare/huvudansvarig meddelas.