

Samordnad individuell plan - samverkansdokument landstinget och kommunerna i Västmanlands län avseende samarbete och gemensam individuell planering mellan landstingets hälso- och sjukvård och kommunernas socialtjänst

Version:

Fastställd av: Chefsforum

Kontaktperson: VKL, Ann Tjernberg

Gäller fr.o.m: 2016-03-04

Diarienummer: 2013-045.28

INNEHÅLL

1	Inledning	3
2	syfte	3
3	Omfattning.....	3
4	Ansvar	4
5	Tillvägagångssätt	4
5.1	Vilken verksamhet kontaktas vid samordnad individuell plan:	5
5.2	Inom vilken tid ska SIP göras?	5
5.3	Upprättande av samordnad individuell plan:	5
5.4	IT-stöd i Prator.....	5
5.5	Den samordnade individuella planen ska innehålla:	5
6	Uppföljning	6
7	Utvärdering	6
8	avvikelser	6
9	Definitioner	6
10	Sammanfattning	9
11	referenser	10
12	Bilagor.....	10

1 INLEDNING

Detta samverkansdokument för samordnad individuell planering är framtaget av representanter från länets kommuner och landstinget Västmanland på uppdrag av Tjänstemannaberedningen till Gemensamma Nämnden (GN) för hjälpmedel och andra samverkansfrågor. Dokumentets utformning godkändes på Tjänstemannaberedningen 2011-04-15 och har sedan reviderats 1 juni 2014 och 4 mars 2016. Det grundar sig på bestämmelser i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763, HSL) och i socialtjänstlagen (2001:453, SoL), som gäller från och med 1 januari 2010, (se proposition 2008/09:193).

Gällande lagtext:

3 f § HSL

När den enskilde har behov av insatser både från hälso- och sjukvården och från socialtjänsten ska landstinget tillsammans med kommunen upprätta en individuell plan. Planen ska upprättas om landstinget eller kommunen 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 (3 f § HSL, 2 kap. 7 § SoL).

2 kap. 7 § SoL

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.

2 SYFTE

Syftet med detta samverkansdokument är att tydliggöra skyldigheten och tillvägagångssättet då landsting och kommuner ska upprätta en samordnad individuell plan. Planen bör upprättas tillsammans med den enskilde dennes närstående, förutsatt att den enskilde samtycker och det inte bedöms vara olämpligt. Det är av stor vikt att alla deltagare medverkar till ett respektfullt möte för den enskilde och dennes närstående. Samtycke till vad som ska lämnas ut måste inhämtas från den enskilde enligt gällande sekretessbestämmelser.

3 OMFATTNING

Samverkansdokumentet vänder sig till berörd personal inom landstinget och kommunerna i Västmanland och till dem som har fått uppdraget att utföra dessa uppgifter (se 3 § HSL och 2 kap. 5 § SoL).

Målgruppen omfattar alla personer som behöver en samordnad individuell plan för att få sina behov av hälso- och sjukvård och socialtjänst tillgodosedda, både vuxna och barn.

En samordnad individuell plan ska upprättas när det finns ett behov av en sådan. Bedömningen av om ett sådant behov finns ska göras i varje enskilt fall utifrån det som kommer fram i kontakten med den enskilde och övriga uppgifter om dennes hälsotillstånd och sociala situation. Uppgifterna i en aktuell epikris eller aktuell utredning av en biståndsansökan bör i många fall kunna ligga till grund för en bedömning av om insatserna behöver samordnas. Behovet kan också identifieras genom att den enskilde, eller närstående önskar hjälp och stöd på ett område som en annan huvudman har huvudansvaret för. Det är dock kommun och landsting som i sista hand avgör om en samordnad individuell plan behövs, men det bör bara vara i undantagsfall som den enskilde nekas en plan när han eller hon anser att det behövs en sådan.

Den samordnade individuella planen ska tydliggöra huvudmännens gemensamma ansvar och säkerställa deras samarbete så att individens samlade behov av hälso- och sjukvård och socialtjänst insatser tillgodoses.

4 ANSVAR

Respektive huvudman för de olika verksamheterna ansvarar för att detta samverkansdokument är känt av all berörd personal och att lokala instruktioner upprättas, för att tydliggöra ansvaret inom den egna verksamheten. Av dessa lokala instruktioner ska det tydligt framgå vem som ska göra vad.

5 TILLVÄGAGÅNGSSÄTT

Den av landstinget eller kommunen som först uppmärksammar eller får kännedom om att den enskilde har behov av insatser både från hälso- och sjukvården och från socialtjänsten ska ta initiativ till att upprätta en samordnad individuell plan. Planen ska upprättas om landstinget eller kommunen bedömer att den behövs för att den enskilde ska få sina behov av hälso- och sjukvård och socialtjänst tillgodosedda och om den enskilde samtycker till att den upprättas. Arbetet med planen ska påbörjas utan dröjsmål. Om den enskilde säger nej, bör en dialog kring fördelarna med en sådan plan påbörjas. Om den enskilde fortfarande säger nej, ska detta dokumenteras.

För att ta ställning till om en samordnad individuell plan ska upprättas måste en behovsbedömning göras. Uppgifterna i en epikris eller en utredning av biståndsansökan kan ligga till grund för en bedömning av om insatser behöver samordnas. En tydlig situation när en samordnad individuell plan behövs är när insatser från andra huvudmän är nödvändiga för att den myndighet eller huvudman som gör bedömningen av planeringsbehovet ska kunna fullgöra sitt ansvar.

Planering av samordningen ska när det är möjligt ske tillsammans med den enskilde. Närstående ska ges möjlighet att delta i arbetet med planen om den

enskilde så beslutar. Andra aktörer kan inbjudas vid behov och om den enskilde samtycker t.ex. Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, skolan.

5.1 Vilken verksamhet kontaktas vid samordnad individuell plan:

I de fall där det finns en pågående relevant kontakt med specialistvården t.ex. somatisk-, psykiatrisk sjukvård eller habiliteringsverksamhet, så kontaktar kommunen den verksamheten, i övriga fall och vid frågetecken är det alltid den enskildes vårdcentral som har grundansvaret.

I de fall där det finns en pågående relevant kontakt med socialtjänsten t.ex. försörjningsstöd, hemsjukvård eller boendestöd så kontaktar landstinget den verksamheten, i övriga fall och vid frågetecken är det alltid socialtjänsten som har grundansvaret.

I de fall som ett beslut om insatser/åtgärder inte kan avlämnas under mötet, ska det i den fortsatta planeringen framgå vad som är möjligt att genomföra i väntan på detta.

5.2 Inom vilken tid ska SIP göras?

Arbetet med SIP ska påbörjas utan dröjsmål. Det är viktigt att den enskildes behov avgör när arbetet startar. Ibland kan det vara nödvändigt med en omedelbar planeringsinsats.

5.3 Upprättande av samordnad individuell plan:

Till stöd för processen kring SIP finns ett vägledningsdokument på www.vkl.se alt www.ltv.se , sök på SIP som beskriver tillvägagångssätt för att upprätta en SIP.

Den verksamhet som tagit initiativet till mötet ansvarar för förberedelser samt att initialt vara samordningsansvarig och hålla i det första mötet om annat inte överenskommes. Samordningsansvarig har det övergripande ansvaret för att sammanställa planen och att följa upp att den samordnade individuella planen följs. Hänsyn tas till den enskildes önskemål och behov, insatsernas karaktär och den aktuella arbetsbelastningen. Huvudregeln är att den huvudman som har mest kontakt med den enskilde ska ha det övergripande ansvaret för planen.

5.4 IT-stöd i Prator

All hantering av initiativ och kallelse samt dokumentation av den samordnade individuella sker i IT-stödet Prator.

Som stöd för minnet om IT-stödet Prator inte används vid mötestillfället för **dokumentation** på mötet används pappersversionen av mål- och aktivitetsplanen som finns på www.vkl.se alt www.ltv.se , sök på SIP. Planen i IT-stödet Prator ska upprättats inom 2 dagar efter mötet.

5.5 Den samordnade individuella planen ska innehålla:

- Den enskildes samtycke till upprättande av SIP samt behov, utvärderbara mål för planerade insatser och beslutade insatser.
- Målen beskrivs dels av professionella bedömare och dels av den enskilde själv.
- Uppgift om vem som gör vad av respektive huvudman. Namn på ansvarig ska framgå.

- Vilka insatser för att nå målen respektive huvudman ska svara för.
- Beslutade insatser ska tydligt framgå av planen.
- Vilka åtgärder som vidtas av någon annan än landstinget eller kommunen förutsatt att den enskilde samtycker.
- Samordningsansvarig anger också tid för utvärdering/uppföljning och vem eller vilka som ska utföra detta.
- Ett exemplar av den samordnade individuella planen lämnas till den enskilde. Vid behov ges information även i annan form.
- Den samordnade individuella planen är tillgänglig i IT-stödet Prator. Gallras 10 år efter sista notering.

6 UPPFÖLJNING

Samordningsansvarig ansvarar för att uppföljning sker av den samordnade individuella planen. Den gemensamt upprättade planen följs upp löpande i IT-stödet Prator och dokumenteras i planen. Den samordningsansvariga ansvarar för att uppföljningen av målens aktiviteter sker som överenskommet. Uppföljning av detta samverkansdokument ska ingå i kommunernas och landstingets kvalitetsuppföljning.

7 UTVÄRDERING

Utvärdering av att gemensamma mål i samordnad individuell plan är uppnådda, ansvarar den av huvudmännen som gör insatsen, kan ibland vara båda. Vid gemensamt samarbetsmöte kan dokumentation av utvärdering av de olika aktiviteterna presenteras. Uppnådda gemensamma mål kan leda till en ny samordnad individuell plan med nya mål.

8 AVVIKELSER

Den som uppfattat att det skett avvikelse från det man kommit överens om ska göra rapportering enligt respektive huvudmans rutin. Avvikelse anmäls till respektive enhetschef/klinik-/verksamhetschef/ eller medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) inom den egna verksamheten/organisationen för vidarebefordran till den enhet som avvikelse rapporterats på. Problem gällande samverkan i ett individärende ska i första hand alltid lösas mellan verksamheterna i chefslinjen.

9 DEFINITIONER

Socialtjänstinsatser och hälso- och sjukvård:

Med socialtjänstinsatser avses insatser enligt SoL eller någon annan lag som reglerar sociala insatser från kommunen, såsom t.ex. lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga eller lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall. Samordnad individuell plan ska dock inte tillämpas när det huvudsakliga skälet till kontakten med socialtjänsten är att man vill åstadkomma en prövning av behov

av tvångsvård. Begreppet hälso- och sjukvård har här samma betydelse som i HSL i övrigt. Således omfattas även behov av rehabilitering, habilitering och hjälpmedel.

Den kommunala hälso- och sjukvården

Det kommunala ansvaret för hälso- och sjukvård i särskilt boende (bostad särskild service) och dagverksamhet gäller insatser till och med sjuksköterskenivå samt rehabilitering.

Inom ramen för kommunal vård- och omsorg samplaneras insatser gällande kommunal hälso- och sjukvård samt insatser enligt socialtjänstlagen enligt lokala rutiner. Vid läkarinsatser från landstingets hälso- och sjukvård skall vid behov, för personer boende på särskilt boende en samordnad individuell plan upprättas.

I Västmanlands län har landstinget ansvaret för all rehabilitering/habilitering för personer tillhörande personkrets 1 och 2 LSS. Vid behov av rehabilitering för personer tillhörande personkrets 1 och 2 LSS och boende på särskilt boende skall samordnad individuell plan upprättas.

Landstinget har ansvar för specialistinsatser för personer boende i särskilt boende och dagverksamhet. Vid behov upprättas samordnad individuell plan.

Vid insatser från landstingets hälso- och sjukvård skall vid behov en samordnad individuell plan upprättas tillsammans med kommunen. Insatser inom ramen för "Avtal om läkarmedverkan i särskilda boenden för äldre" planeras enligt lokala rutiner

Den enskilde:

I detta samverkansdokument har vi valt att använda den enskilde som benämning på patient, klient eller brukare.

Närstående:

Begreppet närstående ska här ges en vid innebörd och förutom familj och släktingar även omfatta andra som den enskilde har en nära personlig relation till, oavsett biologiskt släktskap. Det bör i hög grad vara personen själv som avgör vem eller vilka som är närstående.

Vårdnadshavare

Vid SIP för barn och unga är familjens delaktighet centralt i hela arbetet. Utifrån barns ålder, mognad och motivation ska barns delaktighet säkerställas. Genom att barnet och vårdnadshavare deltar i planeringen och får vara med och bestämma vilka som bjuds in, vilka frågor som tas upp samt ges möjlighet att delta på mötet. Stödperson som barnet har förtroende för kan också medverka. Om barnet väljer att inte delta så måste barnet ges möjlighet att berätta om sin åsikt för någon som kan förmedla barnets röst på mötet.

Samordnad vårdplanering:

Socialstyrelsens föreskrifter om *samverkan vid in- och utskrivning av patient i slutenvård* (SOSFS 2005:27) föreskriver att landsting och kommun i samverkan ska planera för patienters in- och utskrivning i slutenvård och struktur för överföring av information.

Plan för samordning:

Socialstyrelsens föreskrifter om *samordning av insatser för habilitering och rehabilitering* (SOSFS 2008:20) föreskriver att plan upprättas för samordning av insatser för enskildas habilitering och rehabilitering enligt Hälso- och sjukvårdslagen 3b§ eller 18b§ med insatser enligt

1. Hälso- och sjukvårdslagen i tillämpliga delar
2. Tandvårdslagen 8a§
3. Socialtjänstlagen vad gäller omsorgen om äldre personer och personer med funktionshinder 4 kap.1§
4. Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade 9§ p. 6-10

Sammanställande:

Sammanställande är den som initierar till planeringsmötet och tillser att planeringsansvarig utses vid planeringsmötet. Den sammankallande ansvarar för att sammanställa den samordnade individuella planen, enligt punkt 8, enligt flödesschemat under avsnitt 10.

Samordningsansvarig:

Samordningsansvarig utses vid planeringsmötet och ansvarar för punkt 5 - 8, enligt flödesschemat under avsnitt 10. En av huvudmännen ska ha det övergripande ansvaret för planen, vilket innebär att denne exempelvis ska vara sammankallande i det fortsatta arbetet med planen, samt i frågor som gäller planen, ha den huvudsakliga kontakten med den enskilde och dennes närstående. Rollen är vidare att bevaka att den samordnade individuella planen följs och ansvara för att planen följs upp.

Flödet i samordnad individuell plan anpassat till IT-stödet Prator

1 När ska en SIP upprättas?

Om den enskilde har behov av insatser både från socialtjänsten och hälso- och sjukvården ska kommunen och landstinget utifrån lagregleringen 2010 i SoL och HSL upprätta en samordnad individuell plan. Skyldigheten omfattar även privata utförare av vård och omsorg som kommun och landsting slutit avtal med.

2 Den enskildes delaktighet och samtycke

Utgångspunkten är att den enskildes ska ha stort inflytande över planen och vara delaktig i upprättandet. Informationen som ges ska vara anpassad till den enskildes förutsättningar. Inhämta den enskildes samtycke. Samtycket innebär att kommun och landsting släpper på sekretessen och tar del av uppgifter om den enskildes sociala situation och hälsa.

3 Förberedelser inför mötet, skicka initiativ

Förberedelserna inför samordningsmöten är centrala för att samordningen ska lyckas. Den enskilde kan betraktas som "ägare" av samordningen.

- Identifiera tillsammans med den enskilde viktiga verksamheter och personer samt personer i den enskildes närhet som är viktiga för samordningen av insatser som ska delta på mötet och upprättandet av SIP.
- Den enskilde formulerar syftet med mötet och frågor till de som kallas till mötet med stöd av personal.
- Den enskilde beskriver sin situation som denne vill ta upp i den samordnade individuella planen och hur målet ser ut på lång sikt samt vilka behov som är viktigast, vad han/hon eventuellt vill prioritera.
- Gå igenom hur mötet kommer att gå till.

4 Kalla till SIP

Kallelse skickas i god tid innan utsatt möte via IT-stödet Prator till i initiativsvaret anvisad enhet eller där den enskilde har pågående relevant kontakt inom kommun och landsting om inte behovet är brådskande eller annat överenskommit. Övriga (t ex skola, FK, AF, närstående) inbjuds per brev. Blankett för inbjudan finns på www.vkl.se alt www.ltv.se, sök på SIP.

5 Genomföra mötet och upprätta SIP

Den enskilde ska om möjligt delta aktivt i upprättandet av den samordnade individuella planen.

- Som stöd för minnet används pappersversionen av mål- och aktivitetsplanen som finns på våra webbplatser
- Planen innehåller den enskildes behov, utvärderbara mål, planerade och beslutade aktiviteter, vem som ansvarar
- Avsluta mötet med att sammanfatta vad som diskuterats och beslutats, vad händer nu? Nästa steg?
- Vid första mötet är det viktigt att planera för uppföljning och vem som ska ha det fortsatta samordningsansvaret.

6 7 Uppföljning och behov av flera möten

Den gemensamt upprättade planen följs upp löpande i IT-stödet Prator och dokumenteras i planen. Den samordnings-ansvariga ansvarar för att uppföljningen av målens aktiviteter sker som överenskommet. Kallelser till fler möten och förnyade mål och aktivitetsplaner är tillgängligt i IT-stödet Prator från våren 2016.

8 Hur avslutas SIP?

Planen avslutas på ett utvärderingsmöte när den enskilde i samråd med samtliga parter bedömer att målen med samordningen är uppfyllda eller att samordningen inte längre är aktuell. Den kan också avslutas om den enskilde drar tillbaka samtycket

11 REFERENSER

Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)
Socialtjänstlagen (2001:453)
Lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, 29§.
Patientdatalagen (2008:14)
Offentlighets- och sekretesslagen (2009:400)
Lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område, 2kap. 8-11§
Psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård (SOSFS 2008:18.)
Socialstyrelsen termbank (SOSFS 2007:9)
Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2005:27) om samverkan vid in- och utskrivning av patient i slutenvård.
Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2008:20) om samordning av insatser för habilitering och rehabilitering.
Socialstyrelsen, Samverkan i re/habilitering – en vägledning (2008)

12 BILAGOR

SAMORDNAD INDIVIDUELL PLAN (pappersversion)

Mål och Aktiviteter

*= fält som måste fyllas i

Min nuvarande situation är så här*: _____

Mål: Rubrik*: _____

Mitt mål på lång sikt*: _____

Vad är jag bra på?: _____

Vad kan hindra mig?: _____

Ansvarig för målet*: _____

Aktivitet: Rubrik*: _____

Beskrivning*: _____

Ansvarig för aktiviteten*: _____

Aktivitet: Rubrik*: _____

Beskrivning*: _____

Ansvarig för aktiviteten*: _____

Aktivitet: Rubrik*: _____

Beskrivning*: _____

Ansvarig för aktiviteten*: _____

Aktivitet: Rubrik*: _____

Beskrivning*: _____

Ansvarig för aktiviteten*: _____

Mål- och aktivitetsplan

Den enskildes namn och kontaktuppgifter

Ärendetyp: Samordnad individuell plan

Ärendeskapare: _____ Skapad: _____

Samordningsansvarig: _____

Samtycke inhämtat: _____

Närvarande på mötet:

Den enskilde deltar i mötet: ja nej

Verksamhetsföreträdare:

Enhet	Person	Deltog	Deltog inte
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Övriga deltagare

Namn	Relation	Kontaktuppgifter
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Övergripande information

Kommentarer till planeringsmötet*: _____

Dag för planering*: _____

Dag för utvärdering: _____