

UTBILDNING SPU och SIP

- Egenvård
- Hembesök/Hemsjukvård
- Samverkanslagen
- Samordnad Planering vid Utskrivning (SPU)
- Samordnad Individuell Plan (SIP)

Upprättat i maj 2022

Lotta Woxberg, Distriktssköterska, Primärvården

Ann-Cristin Östling, Biståndshandläggare

Reviderat av processrådet i november 2022

Britt-Marie Blom Lindström

Charlotte Agnevik Jonsson

Annette Hammarlund Johansson

Camilla Utter

Egenvård

Egenvård

Definition av Egenvård, enligt egenvårdsrutin:

Med egenvård avses hälso- och sjukvårdsåtgärder som legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal inom sitt ansvarsområde bedömt att en patient själv, eller med stöd av andra kan utföra i syfte att upprätthålla hälsa och välbefinnande. **Säkerhet i utförandet är avgörande** för om en åtgärd kan ses som egenvård eller inte.

Egenvården kan planeras med ex föräldrar, närstående, LSS-assistent som då istället för patienten själv ansvarar för egenvården.

Det som den enskilde utför själv eller tillsammans med någon annan från ex kommun eller region, tex hemtjänst som hjälper den enskilde att utföra uppgiften

EGENVÅRD

Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2009:6)

Egenvård är när person får ansvara för Hälsö-och sjukvårdsåtgärder i hemmet, antingen själv eller med hjälp av en närstående eller en personlig assistent som är ställföreträdare. OBS Hemtjänstpersonal får/kan inte vara ansvarig ställföreträdare, de kan vara utförare.

Egenvården innebär risker eftersom det handlar om att lämna över Hälsö-och sjukvårdsåtgärder till en person.

Det är Hälsö-och sjukvården som bedömer om en person själv kan utföra och ta ansvar för en Hälsö-och sjukvårdsåtgärd, och det måste bedömas om det finns några risker med att åtgärden utförs som egenvård. Hälsö- och sjukvården ska göra en riskbedömning.

Vilka åtgärder som kan vara aktuella som egenvård beror på omständigheterna i varje enskilt fall. Bedömningen ska göras tillsammans med den enskilde och ta hänsyn till personens fysiska och psykiska hälsa samt livssituation.

Den som gör bedömningen om egenvård ska informera personen, eller den som ska hjälpa personen och ansvara för egenvården, om vad egenvården innebär.

Den som har gjort egenvårdsbedömningen ansvarar också för att göra uppföljningen och det ska göras en ny egenvårdsbedömning om förutsättningarna för egenvården ändras.

REGION GÄVLEBORG har tillsammans med kommunerna gjort en Läns-gemensam rutin för egenvården.

Läkemedel 4.5

Läkemedelshantering kan av ansvarig förskrivare bedömas som egenvård. Detta förutsätter att personen självständigt kan ta det fulla ansvaret, alternativt att egenvården planeras tillsammans med tänkt utförare, exempelvis anhöriga eller personlig assistent som då blir ansvarig och det kan även bli anhörig eller personlig assistent som utför uppgiften.

Om det blir aktuellt för personen att ansöka om bistånd för att klara sin egenvård, ska den enskilde göra en ansökan till en biståndshandläggare i kommunen. Då kan man få hjälp av hemtjänsten att utföra uppgiften som har bedömts som egenvård. (men det kan alltså inte bli hemtjänsten som ansvarar för egenvården)

Att påminnas om att ta sina läkemedel kan inte bli föremål för biståndsbeslut om stöd med egenvård.

4:6 Om det blir aktuellt för personen att ansöka om bistånd för att klara egenvårdsuppgifterna SKALL handläggaren, i samråd med den enskilde, eller den enskilde själv begära en skriftlig planering av egenvården (egenvårdbedömning) utfärdad av Hälso-och sjukvården.

Hembesök / Hemsjukvård

Hembesök och hemsjukvård

Socialstyrelsens definition av hemsjukvård ligger till grund för avtalet.

"Två veckor" tydliggör bara vår syn på definitionens beskrivning "över tid".

- Hälsocentralen ansvarar INTE för alla insatser under de första två veckorna.
- Kommunens hemsjukvård (HSV) ansvarar INTE för alla insatser fr.o.m dag 15.
- Hälsocentralen KAN ansvara för insatser i hemmet under längre tid än två veckor utifrån sitt ansvar för enstaka besök.
- Hemsjukvården KAN efter vårdplanering ta ansvar för insatser redan från dag 1 i uppenbara hemsjukvårdssituationer.

För att kommunens hemsjukvård (HSV) ska ta över ansvaret för hälso- och sjukvårdsinsatser ska följande kriterier vara uppfyllda:

- Insatserna räknas som hälso- och sjukvård
- Insatserna behöver ges under minst två veckor
- Patienten kan inte utan stöd ta sig till hälsocentral
- Patienten är över 18 år
- Vård- och omsorgsplanering ska upprättas före insättande av insatser.

Samverkanslagen

Lag om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård (2017:612)



Bakgrund till ny lag

Mer av hälso- och sjukvården har flyttat ut från sjukhusen till öppen vård.

Vårdplatserna har halverats på 20 år

Kortare vårdtider

Tidigare lagen BAL ("Betalningsansvarslagen"):

Öppenvården kom inte med i patientens vårdprocess från början när patienten skrevs in på sjukhus. Vårdplanering skedde då när patienten redan var utskrivningsklar, och kom ofta för tidigt i patientens återhämtnings- och rehabprocess, det blev en punktinsats och inte en långsiktig process med uppföljning som det bör vara.

De 5 fristdagarna blev använda som regel eftersom det ofta tog flera dagar för kommunen och öppenvården att ordna insatser till patienten.

Vårdplatserna upptogs av medicinskt färdigbehandlade (utskrivningsklara) patienter. Patienter låg kvar slutenvården i onödan i genomsnitt 4,3 dagar i landet och 3,6 dagar i Gävleborg.

Tidigare betalningsansvarslag upphävdes och ersattes 1/1 2018 av en ny lag – Lagen om samverkan vid utskrivning från slutenvård och sjukvård

Nya lagen talar om hur alla parter (slutenvård, öppenvård, kommunernas socialtjänst och sjukvård) ska samverka och planera för patienter som när de skrivs ut från slutenvården behöver insatser från socialtjänst, kommunal sjukvård eller öppenvård.

Alla parter ska nu direkt fr.o.m inskrivningen, enligt lagen, löpande planera så att insatser kan sättas in fr.o.m samma dag patienten är utskrivningsklar. Planeringen ska vara en process/löpande planering som följer patienten i både slutenvård och öppenvård.

Bestämmelser om fast vårdkontakt och SIP SKA tillämpas.

Lagens syfte

- Ge trygg, säker och smidig övergång från slutenvård till öppenvård
- Göra patienten (och närstående) mer delaktig i sin vård
- Främja god vård och en socialtjänst av god kvalitet för de som skrivs ut från slutenvård
- Särskilt främja att patienter skrivs ut samma dag som de är utskrivningsklar (medicinskt färdigbehandlade) oavsett vilken boendeform patienten har eller behöver. Patienter ska bara vara på sjukhus när de behöver det av medicinska skäl.

LAGAR:

- Socialtjänstlagen SoL (2001:453)
- Hälsa- och sjukvårdslagen HSL (2017:30)
- Lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård (2017:612)

ÖVERENSKOMMELSER i Gävleborgs län:

- Överenskommelse om samverkan vid utskrivningar från slutna hälso- och sjukvård inom Gävleborg
- SIP i skolan - överenskommelse Region Gävleborg - Kommunerna

Specifikt i länets överenskommelse

- Inskrivningsmeddelande till kommunal hälso- och sjukvård (SÄBO eller HSV) om patienten redan har det innan vårdtiden. I dessa fall är det den sjuksköterskan i kommunen som blir Fast vårdkontakt och har ansvar för att kalla till SIP.
- Vem som helst kan påtala behov av SIP före utskrivning, men att kalla till SIP ligger kvar på fast vårdkontakt.

Nya lagstiftningen

- Inskrivningsmeddelande
 - Inom 24 timmar
 - Initierar löpande planering med patient/anhöriga delaktiga
 - Beräknat datum för utskrivning
- Patientens fasta vårdkontakt utses/säkerställs innan utskrivning. Huvudansvaret har öppenvården, (oftast hälsocentralen).
Fast vårdkontakt kan vara inom specialistvården när patienten följs där, exempelvis psykiatrins och barnsjukvårdens patienter, eller inom kommunen om patienten redan ha har HSV/SÄBO.
- Planering för patientens utskrivning görs löpande av samtliga parter under vistelsen i slutenvård. Patienten är en viktig delaktig och aktiv part.
- Åtgärder vid utskrivning
 - Utskrivningsmeddelande samma dag som utskrivningsklar till aktuella enheter.
 - Skriftlig information till patienten
 - Informationsöverföring från slutenvård till öppenvård
 - SIP (Samordnad individuell plan) blir verktyget för den gemensamma planeringen och ersätter nuvarande så kallade vårdplaneringen. Den fasta vårdkontakten har kallelseansvaret till SIP. Kallelse till ev SIP ska ske inom 3 dagar från utskrivningsklar.

SPU

Samordnad **P**lanering vid **U**tskrivning

Planeringsprocessen (SPU) leder fram till SIP

1. Planeringen av en enhets egna insatser som börjar vid inskrivningen.

Slutenvård, öppenvård, Kommunens Socialtjänst, ev Kommunens HSV/SÄBO har ett eget ansvar att planera för sin insats tillsammans med patient/närstående så utskrivningen blir säker.

2. Den samordnade planeringen vid utskrivningen, SPU leds av fasta vårdkontakten (oftast i öppenvård) och leder fram till upprättande av patientens egen samordnade individuella plan, SIP.

Fast vårdkontakt utses före utskrivning. Kallelse till SIP senast inom 3 dagar från utskrivningsklar meddelats.

Tid och plats för SIP ska vara optimal för den enskilde patienten. Det kan vara kring utskrivningen eller 1, 2, 3 veckor efter utskrivningen, och sker bäst i hemmet. Ta hjälp av färgspåren (återkommer till det senare)

Undantagsvis sker SIP redan på sjukhus.

Planen följs sedan upp och anpassas efter individens skiftande behov över tid.

Processen vid inskrivning

Patienten läggs in i slutenvård.

Behandlande läkare bedömer att patienten tillhör målgruppen och alltså har, eller kommer att behöva socialtjänst, kommunal sjukvård eller öppenvård (HC) efter utskrivning.

Inskrivningsmeddelande skickas inom 24 tim

Går till de vars insatser behövs. Planerat utskrivningsdatum ska finnas.

Om det behövs kommunal sjukvård går meddelande alltid ÄVEN till öppenvården (HC), pga läkaransvaret.

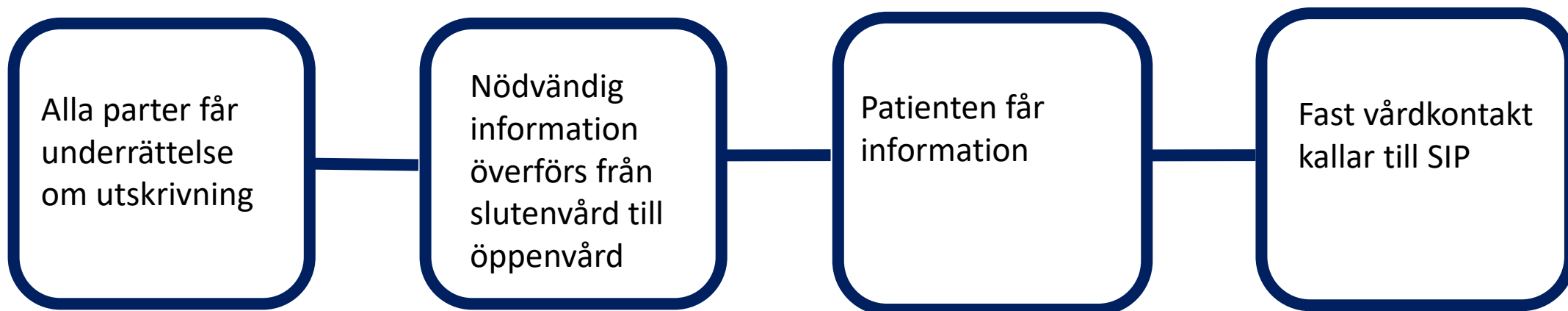
Öppenvård: fast vårdkontakt utses

Fast vårdkontakt i öppenvården ska utses innan patienten skrivs ut från slutenvården

Planering inför utskrivning inleds

De som fått inskrivningsmeddelandet börjar sin egen planering av de insatser som är nödvändiga för att patienten ska få sina behov tillgodosedda, och kunna åka hem samma dag som hen är utskrivningsklar.

Processen vid utskrivning



Behandlande läkare bedömer att patienten är utskrivningsklar.

Slutenvården ger, senast samma dag som utskrivningsklar, den information som behövs för att socialtjänst, kommunal sjukvård och öppenvård ska kunna ge nödvändiga insatser med start samma dag som utskrivning

Patienten har rätt till information om sitt hälsotillstånd, behandling, prognos, eftervård m.m.

Den fasta vårdkontakten kallar till en ev. SIP. Kallelse ska skickas senast 3 dagar efter utskrivning

Om insatser från kommunal sjukvård behövs ska alltid även öppenvården (HC) vara med och genomföra SIP.

Patientens samtycke krävs för att få skicka underrättelse, överföra information och genomföra SIP

Ankomstsamtal - Inskrivning

Ankomstsamtal genomförs av slutenvården FÖRE eventuellt inskrivningsmeddelande

När någon skrivs in i slutenvård och kanske tillhör målgruppen är ett strukturerat och dokumenterat ankomstsamtal centralt.

Syfte med samtalet är att **säkerställa delaktighet av patient/närstående** och bidra till bedömningen av:

1. Om patienten tillhör målgruppen och att Lifecarestöd i så fall är aktuellt.
Målgruppen = en enskild som efter utskrivning kan komma att behöva insatser från socialtjänsten, den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården och/eller öppenvården
2. Vilka enheter som är aktuella för inskrivningsmeddelande
3. Vilken beräknad tidpunkt för utskrivning som ska anges i inskrivningsmeddelandet

Inskrivningsmeddelande

Förutsätter inte patientens samtycke och ska skickas inom 24 timmar från inskrivning till aktuella mottagande parter

Ska innehålla;

- namn och personnummer
- beräknat datum för utskrivning (kan komma efteråt i nytt meddelande)

Kan innehålla;

- Mer information (tex patientens mobilnr och orsak till inskrivning), men det förutsätter att patienten givit samtycke till det
- Om huvudansvaret för individens planering ändras under vårdtiden (ex från primärvård till psykiatri) ska nytt inskrivningsmeddelande skickas till både primärvård och till psykiatri
- Om utskrivningsdatum ändras – ska nytt inskrivningsmeddelande skickas. Slutenvården har rätt att flytta planerat utskrivningsdatum flera gånger och både bakåt och framåt.
- Slutenvården ska vid inskrivningen fylla i frågor, det s.k ”planeringsunderlaget”

Kvittering av inskrivningsmeddelande

Ska ske alla kalenderdagar kl. 09.00 och 13.00

När alla parter kvitterar det 1:a inskrivningsmeddelandet får var och en av parterna olika frågor att besvara, detta blir det s.k. "planeringsunderlaget".

Om slutenvården ändrar utskrivningsdatum skickas ett nytt inskrivningsmeddelande som alla parter får kvittera, dock får man då inte nya frågor att besvara.

Färgspår i planeringsunderlaget

När varje part besvarar planeringsunderlaget blir det ett "färgspår".

Uppdateringar i planeringsunderlaget kan senare förändra färgspåret.

Varje part får ett eget färgspår utefter svaret på frågorna, sen bildas automatiskt ett **övergripande färgspår**

Det övergripande färgspåret är en del av planeringsunderlaget och ett **stöd** i bedömningen för den fasta vårdkontakten som leder utskrivningsplaneringen (SPU):

- **om** SIP ska göras (= ej då bara socialtjänst är aktuellt)
- och isåfall **när** SIP ska genomföras

Färgspår

Blå – Endast behov av insats/er från socialtjänsten. Inget behov av samordning = Ingen SIP

Grön – SIP inom 1-3 veckor. Har insatser sedan tidigare som vid utskrivning är oförändrade. Om SIP saknas ska sådan upprättas efter utskrivning. Om SIP finns ska denna uppdateras efter utskrivning. Kräver ingen akut samordning efter utskrivning. SIP kan ske i hemmet 1-3 veckor efter utskrivning

Gul – SIP inom 1-6 dagar. Behov av nya/förändrade insatser/åtgärder. Med eller utan tidigare upprättad SIP. Upprätta eller följa upp SIP i nära anslutning till hemgång, inom 1-6 dagar

Röd – SIP direkt, på sjukhus eller direkt efter hemgång, samma dag eller dagen efter.

Vårdbegäran

- Fylls i av regionens finansierade öppenvård och/eller kommunens hälso- och sjukvård (fylls ej i av sjukhuset)
- Det är patientens status man skriver in, och skickar detta till sjukhuset. Vi meddelar det vi vet om patientens status som är aktuellt. Värdefull information att få för sjukhuset
- Skickas vanligen direkt efter vi har fått inskrivningsmeddelande
- (Kan även skickas innan vi fått ett inskrivningsmeddelande, om vi vet att patienten har åkt in på akuten, och ev kommer att bli inskriven. Om då patienten inte blir inskriven så försvinner vårdbegäran efter 48 tim)

Fast vårdkontakt (FVK)

- FVK blir oftast inom primärvården, om ingen tidigare kontakt
- Utses så snart som möjligt efter kvitterat inskrivningsmeddelande
- Om redan etablerad fast vårdkontakt – fortsätter den
- Om patienten redan innan inskrivningen i slutenvården tillhörde HSV/SÄBO så utses sjuksköterskan där till FVK, kommunen skriver in det själva i Lifecare.
- Fast vårdkontakt utses senast samma dag patienten är utskrivningsklar och ansvarar för kallelse till SIP senast 3 dagar efter utskrivningsklar
- Fast vårdkontakt är patientens samordnare för utskrivningen. Ska vara en namngiven person.
- Kan ha flera fasta vårdkontakter men endast EN samordningsansvarig vid utskrivningen
- Kan aldrig vara en sjuksköterska på korttidsboende

Löpande planeringen

Direkt när inskrivningsmeddelandet är mottaget:

Ska alla parter var och en själva påbörja sin löpande planering och förbereda de insatser som är **nödvändiga** för att patienten på ett tryggt och säkert sätt ska kunna lämna slutenvården, och få den hjälp hen behöver redan samma dag som hen är utskrivningsklar.

Detta görs genom att man tar kontakt med i 1:a hand patienten, i 2:a hand närstående och i 3:e hand vårdplanerare/ansvarig Ssk i slutenvården (eller flera av dem, samt ev. med andra instanser). Samtycke krävs.

Patientinformation

Det som skrivs under "patientinformation" i Lifecare kommer patienten att få med sig utskrivet när hen skrivs ut.

Alla parter ska tidigt och kontinuerlig ge information till patienten och övriga berörda enheter om vilka insatser som planeras.

Skriv och uppdatera löpande under "patientinformation" i Lifecare med datum först vilka hälso- och sjukvårdsinsatser som är planerat efter utskrivningen.

Alla parter ska skriva in sina egna insatser här. (På HC alternativt HSV ska Dsk/Ssk och Rehab skriva in sina egna planeringar)

Om det är bestämt datum för SIP skrivs tidpunkt för detta in här också.

Definition utskrivningsklar

En patient är utskrivningsklar (= medicinskt färdigbehandlad) om han eller hon av den behandlande läkaren inte längre bedöms behöva vård inom slutna hälso- och sjukvård.

Målet är att patient åker hem samma dag som patienten bedöms vara utskrivningsklar.

Underrättelse till mottagande enheter om att patienten är utskrivningsklar, ska ske samma dag som bedömningen görs

Utskrivningsmeddelande

- Skickas snarast till berörda parter
- Ska skickas före kl. 12 för insatser samma dag
- Primärvård och kommunen tar nu över ansvaret (om inget annat beslutas)

Patienten ska vid utskrivning få med sig:

- Utskrift av det alla parter har skrivit under "patientinformation" om vilka insatser som är planerade, inkl. ev. datum för SIP
- Sammanfattning av den vård/behandling som givits under vårdtiden (medicinsk och omvårdnadsepikris samt aktuell läkemedelslista)
- En namngiven "fast vårdkontakt"

Informationsöverföring från slutenvård

- Ska vara tillgänglig för berörda parter senast samma dag som patienten är utskrivningsklar
- Ska innehålla aktuell läkemedelslista samt slutanteckningar (medicinsk och omvårdnadsepikris)
- Läkaransvar för fortsatt behandling efter utskrivning ska vara tydligt (t.ex. följas upp av slutenvård eller överremitteras till öppenvård).

Sammanfattning slutenvårdens arbete

- 1. Ankomstsamtal med patienten**
- 2. Läkarbedömning av beräknad utskrivning inom 24 timmar, alla kalenderdagar.**
- 3. Inskrivningsmeddelande och planeringsunderlag** skickas från slutenvården, enbart till berörda.
- 4. Under vårdtiden – Löpande planering/kommunikation** där Lifecare ger stöd (uppdatera planeringsunderlag, generellt meddelande, ADL-status, patientinformation).
- 5. Slutanteckningar (läkemedelslista och epikriser) till alla parter samma dag som utskrivning, alla kalenderdagar.**
- 6. Läkaransvaret tydliggörs.**
- 7. T ex sondmat, näringsdryck och hjälpmedel för primära behov*** första tiden i hemmet är klart vid utskrivning. Allas åtgärder för detta har startat från och med inskrivning.
** primära behov = uträtta toalettbehov, ta sig i och ur säng, förflytta sig inomhus.*
- 7. Patienten får sin skriftliga information** om den vård och behandling som givits under vårdtiden. Aktuell läkemedelslista och epikriser. Patientinformation från Lifecare där det ska framgå vilka insatser som är aktuella efter utskrivning. Uppgift om vem som är patientens fasta vårdkontakt (FVK) samt tidpunkt för när SIP ska genomföras, om det är aktuellt.

Sammanfattning mottagande parters arbete

- 1. Kvittera inskrivningsmeddelande** kl 09.00 och 13.00 **alla kalenderdagar**. Beräknad tidpunkt för utskrivning anges av slutenvården inom 24 timmar.
- 2. Svara på inskrivningsmeddelandet med information** till slutenvården via "Vårdbegäran" och "Planeringsunderlag" i Lifecare SPU.
- 3. Startar sin löpande planering** för utskrivningen. Kontakt tas med patienten och vid behov samarbete med berörda. "Generellt meddelande" används i Lifecare för dialog. **Skriv under "patientinformation" vilka insatser som planeras**
- 4. Meddela från HC vem som är patientens fasta vårdkontakt (FVK)**. Patient som är inskriven i HSV/SÄBO har FVK där.
- 5. Kvittera meddelande om utskrivningsklar** kl 09.00 och 13.00 **alla kalenderdagar**.
Vad händer om någon part inte kvitterar? Då ska snabbt orsak meddelas till slutenvården och dialog startar mellan öppenvård, slutenvård och patienten. Utskrivningsklar patient ska inte behöva bli kvar på sjukhus.
- 6. Hemgång samma dag som utskrivningsklar ska kunna ske alla kalenderdagar**.
Det ska vara ordnat för tryggt mottagande. T ex sondmat, näringsdryck och hjälpmedel för primära behov* första tiden i hemmet är klart vid utskrivning. Allas åtgärder för detta ska ha startat fr.o.m inskrivning. Läkaransvaret tydliggörs.*
primära behov = uträtta toalettbehov, ta sig i och ur säng, förflytta sig inomhus.
- 6. Följ vid behov upp hemma** för att säkerställa att det fungerar, ge trygghet och undvika återinskrivning.
- 7. FVK, (vanligen på HC), skickar senast inom 3 dygn från meddelande om utskrivningsklar kallelse till upprättande av SIP, om det är aktuellt**. Tid/plats för SIP-mötet avgörs utifrån den enskilde patientens situation. Planen följs upp och uppdateras vid behov, en process som följer patienten. [SIP:en](#) och uppföljningen av den ska göras i Lifecare.

PLANERINGSPROCESSEN, BEROENDE PÅ DEN ENSKILDE PATIENTENS INSATSER EFTER UTSKRIVNING

| | Har eller behöver insats från | Skicka Inskrivningsmeddelande | Berörda enheter | Utse fast vårdkontakt | SIP ska upprättas/följas upp | Skicka utskrivningsklaringsmeddelande | Ersättnings-skyldighet kan bli aktuell |
|--------|--------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|------------------------------------------------------------------------|-----------------------|------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------|
| A | Ingen insats efter slutenvård | NEJ | NEJ | NEJ | NEJ | NEJ | NEJ |
| B | Enbart landstingets öppna vård | JA, om läkare bedömer det | NEJ | NEJ | NEJ | JA, om inskrivningsmeddelande skickats | NEJ |
| C | Enbart socialtjänst, exklusive kommunal hälso-/sjukvård | JA | Socialtjänst | NEJ | NEJ | JA | JA |
| D | Enbart inskriven i kommunal hemsjukvård | JA | Kommunal hemsjukvård Landstingets öppna vård | JA | JA | JA | JA |
| B C | Landstingets öppna vård & socialtjänst, utan hälso-/sjukvård | JA | Landstingets öppna vård Socialtjänst | JA | JA | JA | JA |
| C D | Socialtjänst & inskriven i kommunal hemsjukvård | JA | Socialtjänst Kommunal hemsjukvård Landstingets öppna vård | JA | JA | JA | JA |
| E | Socialtjänst inklusive kommunal hälso- och sjukvård (ex särskilt boende) | JA | Socialtjänst inkl. kommunal hälso-/sjukvård Landstingets öppna vård | JA | JA | JA | JA |

Förtydligande

Tabellen beskriver endast delar av processen runt enskilda patienter, med syfte att beskriva vilka parter som berörs och moment som krävs beroende på vilka insatser som är aktuella för det enskilde efter utskrivning.

SIP

Samordnad Individuell Planering

SIP = Samordnad Individuell Plan

1 januari 2010

- I både socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen finns en bestämmelse om att kommunen och regionen tillsammans ska upprätta en SIP när de bedömer att insatser behöver samordnas.
- Gäller också privata utförare som kommun och region har avtal med.
- SIP blir ett verktyg för samverkan och att möta patientens önskemål

1 januari 2018

Lag om samverkan vid utskrivning från slutenvård.

SIP blir **också** ett verktyg för samverkan vid utskrivning från slutenvård.

När behövs SIP ?

SIP är till för alla, oavsett problem, som har behov av samordning

- När samordning efterfrågas
- När kompetens och insatser från flera verksamheter behövs
- När ansvarsfördelning behöver tydliggöras
- När insatser behöver ges samtidigt eller i särskild ordning
- När patienter eller brukare "bollas runt" mellan olika verksamheter
- När den enskilde och dennes närstående behöver avlastas från ansvar att samordna vårdgivarnas insatser
- När en person återinskrivs på sjukhus upprepade gånger
- När insatser från både region och kommun behövs, kan en SIP genomföras, även om den bara omfattar ett lagrum, dvs HSL,(hälso- och sjukvårdslagen)
- **SAMTYCKE KRÄVS**

Syfte med SIP

- Tidigt erbjuda samordnade insatser
- Identifiera vad individen behöver – vad är viktigt för dig?
- Samordna insatser mellan verksamheter
- Försäkra sig om att såväl pat/närstående, som verksamheter, känner till vilka insatser som pågår eller planeras
- Lättare kunna följa den enskildes framsteg
- Säkerställa att den enskildes och närståendes behov av stöd blir tillgodosett

Skyldighet att arbeta med SIP

- Yrkesverksamma inom hälso- och sjukvård i landstinget/region
- Yrkesverksamma inom socialtjänsten; myndighetsutövning, service, utförare, LSS, LVU, LVM, kommunal hälso-och sjukvård
- Privata utförare av vård som kommun och region har avtal med
- I Gävleborg har även skolan/förskolan möjlighet att kalla till SIP

Ansvarig att kalla – Ansvarig att delta

Ansvarig att kalla till ett en SIP är den yrkesutövare som uppmärksammat att behov finns (eller fått behovet initierat till sig av någon annan), att samordning av insatser från flera huvudmän föreligger.

När det gäller utskrivning från sjukhus är det den fasta vårdkontakten (FVK) som är ansvarig att kalla till SIP. Oftast en ssk i primärvården eller HSV/Säbo. (Kan inte vara ssk på korttids).

Man kan även byta namn på vem som är den ansvarige FVK

Den verksamhet som blir kallad till SIP är skyldig att delta.

Exempel på andra aktörer (som ej har Lifecare SP/SIP), som kan bli inbjudna och delta på SIP

- Försäkringskassa
- Arbetsförmedling
- Förskola/skola (kan kalla i vårt län enl särskild överenskommelse)
- Kriminalvård/Polis
- Tandvård
- God man – Personligt ombud - Förvaltare

Innan mötet

- Information om SIP till individen/närstående/föräldrar/legal företrädare
- Patienten ge sitt samtycke
- Patienten bestämmer vilka stödpersoner som ska kallas, vården/kommunen kan föreslå andra men patienten/vårdsnadshavande bestämmer vilka som ska komma
- Fast vårdkontakt = Samordningsansvarige kallar deltagarna till SIP
- Tydligt syfte med i kallelsen
- Kalla gärna personer med mandat
- Alla parter som ska delta i [SIP:en](#) ska kartlägga patientens nuvarande status och behov.

Under mötet

Beslutsdelen/vårdplanen:

- Vilka insatser behövs? Patientens önskemål/mål
- Vilka insatser finns redan?
- Vem blir ansvarig för insatsen?
- När kan den komma igång
- Under SIP-mötet, besluta om ett uppföljningsmöte (ibland 1 månad, oftast 3-6 månader), sätt upp ett datum och vem som kallar
- Bestäm vad som ska följas upp
- Utvärdering av mål och delmål görs på uppföljningsmötet
- Bedöm då om nya mål ska upprättas eller om planen kan avslutas

Planen ska innehålla:

- Samtycke från individen
- Vem som initierat behovet av Samordnad Individuell Plan
- Huvudmål ”vad är viktigt för individen”
- Vilka delmål som finns
- Vilka insatser respektive part skall svara för
- Vem som fortsättningsvis ska vara samordningsansvarig (kan vara fast vårdkontakt) och ansvara för att kalla till nytt möte
- Vilka åtgärder som vidtas av någon annan än kommunen och regionen, t.ex. arbetsförmedling, försäkringskassa eller andra, offentliga eller privata aktörer.

Mål och delmål

- Accepterade av individen
- Tydligt beskrivna
- Mätbara
- Rimliga att uppnå
- Tid för uppföljning ska vara avsatt

HUVUDMÅL

”Jag-form” - ”Vad är viktigt för patienten/brukaren?”:

Ex:

- Jag vill bo kvar hemma
- Jag vill kunna gå en promenad varje dag
- Jag vill kunna läsa tidningen
- Jag vill ha hjälp med mitt insulin/andra mediciner
- Jag vill få hjälp med mina tvångstankar

DELMÅL

Delmålen kan handla om exempelvis;

- Hemhjälp
- Toalettförhöjning
- Gångträning
- Hjälp med synhjälpmedel
- Hemsjukvård för medicindelning
- Samtalskontakt, mediciner

Delmålen rubriker delas in i 3 delar - ICF

1. Kroppsfunktion (Kroppsfunktion och Kroppsstruktur)
2. Aktivitet och delaktighet
3. Omgivningsfaktorer

1. Kroppsfunktion

Kroppsfunktioner = Fysiologiska och psykologiska funktioner

Ex:

- Sömn
- Minne
- Orientering
- Aptit

Kroppsstrukturer = Kroppens anatomiska delar

Ex:

- Andningsproblem
- Syn
- Hörsel
- Yrsel
- Balans

2. Aktivitet och delaktighet

Aktivitet är en persons genomförande av en uppgift eller handling.
Delaktighet är engagemang i en livssituation

Ex:

- Hemliv, hushållsarbete, städa, laga mat
- Dagliga rutiner, planera, organisera
- Personlig vård
- Förflyttning
- Kunna kommunicera, samspela

3. Omgivningsfaktorer

Omgivningsfaktorer utgörs av den fysiska, sociala och attitydmässiga omgivning i vilken människor lever och verkar

Ex:

- Produkter och teknik, hjälpmedel, dosetter
- Personligt stöd av andra och personliga relationer
- Attityder, beteenden, missbruk, beroende
- Naturmiljö, promenader
- Samhällstjänster och regelverk, bostadsanpassning, vårderfarenhet

ICF beskriver funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa

Kroppsfunktioner

Kroppsfunktioner

- kroppssystemens fysiologiska funktioner, inklusive psykologiska funktioner

Funktionsnedsättningar

- problem såsom en betydande avvikelse eller förlust i kroppsfunktion



Aktiviteter

Aktivitet

- En persons genomförande av en handling

Aktivitetsbegränsningar

- Svårigheter som en person kan ha vid genomförande av aktiviteter



Kroppsstrukturer

Kroppsstrukturer

- anatomiska delar i kroppen såsom organ, lemmar och deras komponenter

Strukturavvikelser

- problem såsom en betydande avvikelse eller förlust i kroppsfunktion



Delaktighet

Delaktighet

- En persons engagemang i en livssituation

Delaktighetsinskränkningar

- Problem som en person kan ha när det gäller engagemang i livssituationer



Delmål - Insatser

Varje delmål kan ha en eller flera insatser och av en eller flera parter

Uppföljning av delmål:

Uppföljning SKA dokumenteras i Lifecare av den som är ansvarig för insatsen (alla parter dokumenterar sina insatser och uppföljningar).

Utvärdering av mål och delmål

Efter/i samband med en uppföljning av delmålen på SIP:en ska även en utvärdering av själva [SIP:en](#) göras:

+2 = Mycket bättre än förväntat

+1 = Bättre än förväntat

0 = Förväntat resultat

-1 = Sämre än förväntat

-2 = Mycket sämre än förväntat

Avsluta SIP

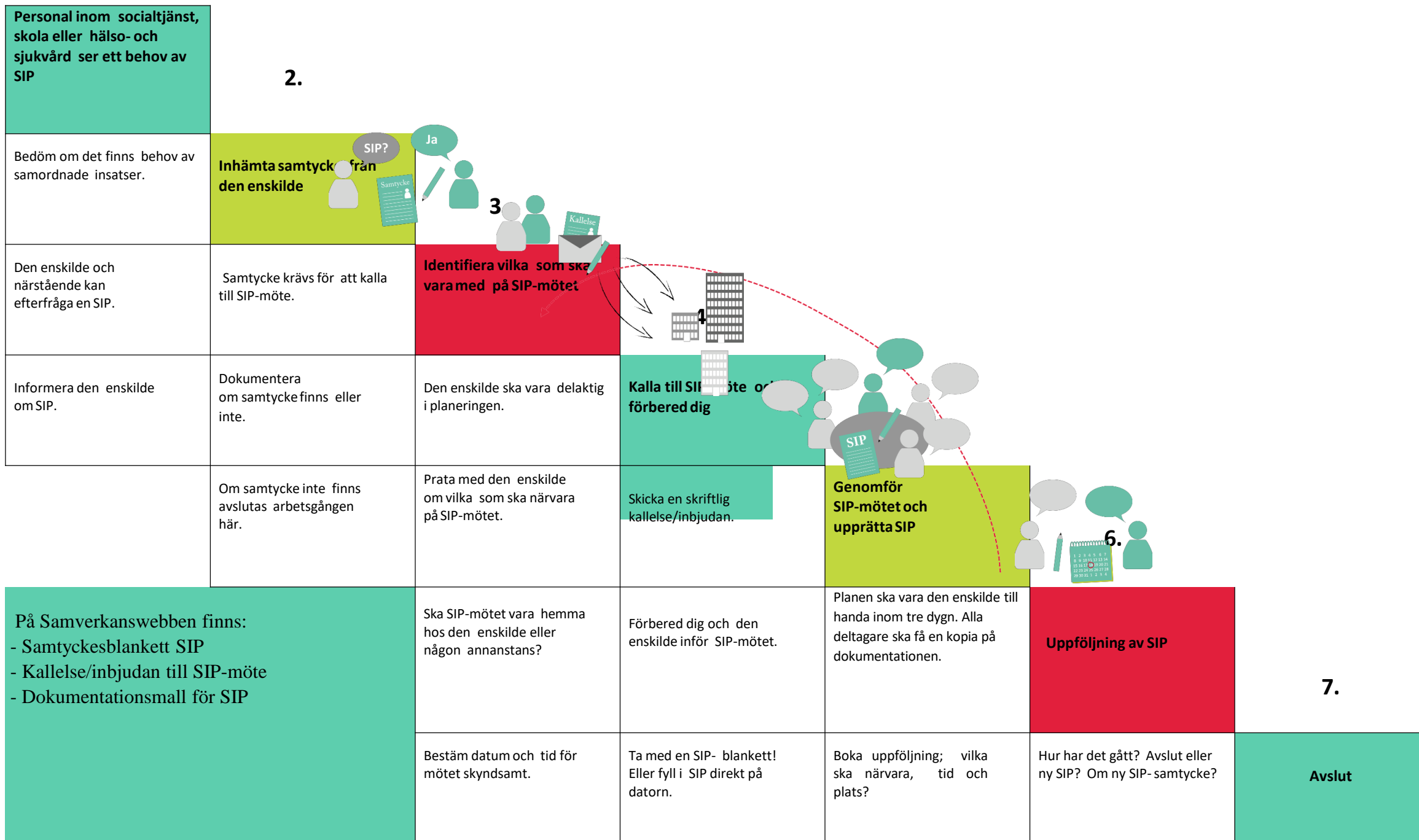
En SIP kan avslutas då insatserna (delmålen) är avslutade och huvudmålet uppnått så långt det går. Annars avslutar man om patienten avlidit.

Det är bara den som är FVK som kan avsluta en SIP (annars får man inte upp det valet i Lifecare) Men byter man då namn på FVK så kan man välja att avsluta SIP:en.

Annars är SIP ett levande dokument som kan pågå under lång tid, och med flera uppföljningar.

Man kan byta samordningsansvarig FVK under en pågående SIP. T.ex ska man byta till FVK i HSV/SÄBO som tar över ansvaret när patienten skrivs in i HSV/SÄBO, och denne kan sedan i sin tur avsluta [SIP:en](#) senare.

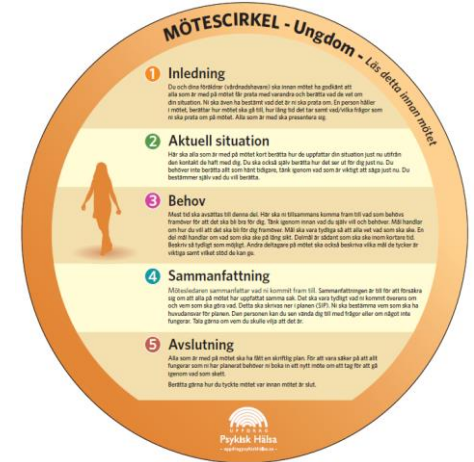
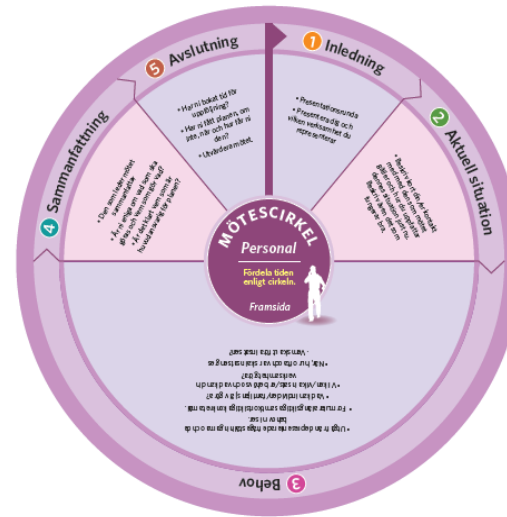
Utvärdering kan också göras genom SIP-kollen <https://sipkollen.se/sv>



Mötescirkeln

Ett verktyg för möten

- Framsidan; en checklista att använda på mötet
- Baksidan; ska läsas innan mötet



- Ordförande
- Personal
- Vuxna
- Föräldrar
- Ungdomar
- Äldre
- Närstående
- Övriga



TACK för oss!