

Samordnad individuell plan

Uppföljning av användning efter regional
inspirationsdag i Jämtlands län, 2014

Ingegerd Skoglund-Öhman

©FOU JÄMT, ÖSTERSUND 2015

ISSN:1651-7253

FÖRFATTARE: INGEGERD SKOGLIND-ÖHMAN

Sammanfattning

Sedan den 1 januari 2010 finns en lagstadgad skyldighet i HSL (3 f §) och SoL (2 kap. 7 §) för landstingets hälso- och sjukvård och kommunernas socialtjänst att tillsammans upprätta en samordnad individuell plan (SIP) när den enskilde har behov av stöd med samordning av insatser från båda huvudmännen. Syftet är att säkerställa samarbetet mellan huvudmännen så att den enskildes behov av hälso- och sjukvård och socialtjänst tillgodoses. SIP upprättas tillsammans med den enskilde, kräver samtycke och bör påbörjas utan dröjsmål. Målgruppen omfattar alla, oavsett ålder. Planen ska utgå från den enskildes önskemål och behov, samt utgå från individens hela livssituation. Anhöriga kan delta i planeringen, förutsatt att den enskilde inte har något emot det.

I Jämtlands län finns ett samverkansdokument för gemensam individuell planering mellan landstingets hälso- och sjukvård och kommunernas socialtjänst framtaget av Sociala vård- och omsorgsgruppen (SVOM). Dokumentet gäller från och med 2012-07-01, och är fastställt av samtliga huvudmän; kommunerna i länet och Jämtlands läns landsting.

Syftet med denna uppföljning var att undersöka utvecklingen av SIP-användning i Jämtlands län efter att en regional inspirationsdag har hållits för områdena psykiatri, barn/unga samt LSS.

I uppföljningen skickades en webbenkät ut till inspirationsdagens deltagare direkt efter och sex månader efter aktuell dag. Fokusgruppsintervjuer genomfördes inom områdena psykiatri, barn- och ungdomspsykiatri/habiliteringen, samt inom LSS-handläggarnätverk. Databearbetning gjordes enligt kvalitativ metod inspirerad av fenomenografi.

Resultatet av webbenkäterna visar på att användningen av SIP har ökat något, men inte i någon större grad efter inspirationsdagen. Vid båda uppföljningarna framkommer att närmare 60 % av respondenterna har svårt för att tänka sig att ha samordnande funktion för planen, trots att samma andel menar att planen bör hållas ihop av medarbetare på den egna enheten. Ett antal av respondenterna har chefspositioner och arbetar inte i direktkontakt med patient/klient/brukare, vilket visar på svagheten i att enkätfrågor skickas ut till samtliga deltagare. Möjligheten till egna kommentarer gav inblick i att det finns behov av utbildning/handledning för

att trygga professionerna i att använda SIP, samt att befintliga blanketter behöver omarbetas för att fungera på bästa sätt.

I fokusgrupperna belystes synpunkter, erfarenheter och frågetecken kring SIP, och värdefulla aspekter gavs avseende vidareutveckling av planen. Deltagarna pekade på olika sätt att tillgodose handledning och utbildning, lättillgängligt informationsmaterial som beskriver SIP samt genomförandet av samordnade möten. Dessutom uttrycktes att SIP kan vara ett lämpligt område för brukarrevision. Sammanfattningsvis konstateras att synpunkterna som framfördes i fokusgrupperna med fördel kan användas för planering av utvecklingsinsatser inom området.

Innehållsförteckning

Bakgrund	6
Syfte	8
Målgrupp	8
Metod	9
Design.....	9
Enkät	9
Fokusgruppsintervjuer.....	9
Analys av data	10
Etiska aspekter	10
Metoddiskussion	10
Webbenkät	10
Fokusgruppsintervjuer.....	11
Resultat	11
Webbenkät	11
Fokusgrupper	18
Reflektioner	24
Sammanfattande slutsatser	25
Referenslista.....	28
Bilagor	29

Bakgrund

Landsting och kommuner är sedan 1 januari 2010 skyldiga att ha överenskommelser om samarbete avseende personer med psykisk funktionsnedsättning (Socialstyrelsens meddelandeblad, nr 1/2010). Den första överenskommelsen om samarbete mellan kommunerna i Jämtland och Jämtlands läns landsting arbetades fram under 2011, och antogs av huvudmännen efter rekommendation från SVOM. En översyn av regionala överenskommelsen är genomförd 2013 (Regionförbundet Jämtlands län, Jämtlands läns landsting, 2013). I överenskommelsen framgår bland annat målgrupper, huvudmännens gemensamma mål, rutiner för samverkan kring enskilda personer med psykisk funktionsnedsättning samt hur individuella planer ska upprättas.

I Jämtlands län finns ett samverkansdokument för gemensam individuell planering mellan landstingets hälso- och sjukvård och kommunernas socialtjänst framtaget av Sociala vård- och omsorgsgruppen (SVOM). Dokumentet gäller från och med 2012-07-01, och är fastställt av samtliga huvudmän; kommunerna i länet och dåvarande¹ Jämtlands läns landsting (bilaga 1). Samverkansdokumentet grundar sig på nya bestämmelser i hälso- och sjukvårdslagen (1982: 763, HSL) och i socialtjänstlagen (2001:453, SoL), som gäller från och med 1 januari 2010 (regeringsproposition 2008/09:193). Skyldigheten att upprätta samordnad individuell plan infördes i lagstiftningen år 2010 för att förtydliga huvudmännens ansvar att samverka och samordna insatser kring enskilda.

Samverkansdokumentet i Jämtlands län avser gemensam individuell plan mellan landstingets hälso- och sjukvård och kommunernas socialtjänst. Den individuella planen ska tydliggöra huvudmännens gemensamma ansvar och säkerställa samarbetet så att individens samlade behov av hälso- och sjukvård och socialtjänstinsatser tillgodoses. Respektive huvudman har ansvar för att samverkansdokumentet är känt hos berörd personal och att lokala instruktioner upprättas för att tydliggöra ansvaret inom den egna organisationen/verksamheten, av vilka det tydligt ska framgå vem som ska göra vad. Se blankett, bilaga 2a och 2b.

¹ Jämtlands läns landsting, Regionförbundet i Jämtlands län och delar av Länsstyrelsen gick 2015-01-01 samman i Region Jämtland Härjedalen.

Målgruppen för samordnad individuell plan (SIP)² omfattar alla, oavsett ålder, som behöver en individuell plan för att få sina behov av hälso- och sjukvård och socialtjänst tillgodosedda.

SIP beskrivs enligt Socialstyrelsens termbank som synonymt med individuell plan enligt SoL och HSL. Definition enligt termbanken:

Vård- och omsorgsplan som beskriver insatser/ åtgärder som den enskilde har behov av från både hälso- och sjukvård och socialtjänst och som tagits fram genom samordnad vård- och omsorgsplanering.³

En SIP ska upprättas tillsammans med den enskilde, kräver samtycke och kan aldrig upprättas mot den enskildes vilja. Planen ska utgå från den enskildes önskemål och behov, samt utgå från individens hela livssituation. Anhöriga kan delta i planeringen, förutsatt att den enskilde inte har något emot det.

En väl fungerande samverkan mellan huvudmännen bygger på kännedom om respektives verksamheter. Samverkan sker inom de olika verksamheterna inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. Även andra aktörer såsom försäkringskassa, arbetsförmedling, skola kan inbjudas till samordning – om detta är betydelsefullt för den enskilde. SIP kan alltså innehålla insatser från flera aktörer; exempelvis primärvård, psykiatri, missbruks- och beroendevård, specialiserad vård från hälso- och sjukvårdens sida, samt skola, socialpsykiatri, individ- och familjeomsorg från socialtjänstens sida.

Regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting har sedan 2012 ingått årliga överenskommelser om stöd till riktade insatser inom området psykisk ohälsa, den så kallade PRIO-satsningen⁴, där prioriterade grupper är barn och unga samt personer med omfattande eller komplicerad psykiatrisk problematik. I satsningen ingår att stimulera samverkan mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst, bland annat genom SIP.

² I föreliggande rapport används härnäst förkortningen SIP som beteckning på samordnad individuell plan.

³ Andra samverkansaktörer, exempelvis skola, arbetsförmedling och försäkringskassa kan delta ur samverkansaspekt.

⁴ PRIO – psykisk ohälsa – plan för riktade insatser inom området psykisk ohälsa 2012-2016, S2012.000. <http://www.regeringen.se/sb/d/15973/a/193797>

Inom ramen för nationell satsning Psykisk hälsa barn och unga, det så kallade Psynk-projektet⁵, har informations- och utbildningsmaterial utarbetats. Materialet är lättillgängligt och utgörs bland annat av en 3 minuter lång informationsfilm som illustrerar att SIP kan användas för personer i alla åldrar oberoende av problematik. Vidare finns interaktiva webbutbildningar med information om SIP framtagna. En 8-minuters information riktad till alla som har intresse av SIP beskriver hur en sådan upprättas. Mer fördjupad information ges i en 35-minuters webbutbildning, och är riktad till den som är arbetsledare, arbetar med utvecklingsfrågor eller använder SIP i sin profession. Nämda möjligheter till information och utbildning återfinns på följande länk:

<http://www.psynk.se/webbutbildning>

Regionala inspirationsdagar för SIP har hållits i Jämtlands län under 2014; en heldag i maj för psykiatri och området barn/unga, samt en heldag i oktober inom äldreområdet. SIP-dagarna anordnades för att ge kunskap om SIP för att inspirera till ökad användning av planen. Målgruppen för nämnda dagar var chefer, legitimerad personal och övriga som kan bli involverade i SIP. Målet har varit att deltagarna efter SIP-dagen ska veta varför de erbjuder en SIP och hur genomförandet av SIP går till.

Syfte

Syftet med föreliggande uppföljning var att kartlägga om och hur SIP används inom Jämtlands län. I syftet ingår att undersöka utvecklingen av SIP-användning i länet efter att regional SIP-dag har hållits för områdena psykiatri, barn/unga samt LSS.

Målgrupp

Deltagare i genomförda SIP-dagar; chefer, legitimerad personal, biståndshandläggare, kuratorer och övrig personal som kan bli involverade i SIP.

⁵ Nationell satsning genom 3-årigt projekt i syfte att synkronisera samhällets insatser för barn och unga som har psykisk ohälsa, eller som riskerar att utveckla psykisk ohälsa. Projektet pågick under åren 2012-2014.

Metod

Design

Med utgångspunkt från syftet valdes kvalitativ ansats och deskriptiv metod (Backman, 2008). Uppdraget var att efter en regional inspirationsdag om SIP göra en uppföljning av SIP-användning i Jämtlands län. Som datainsamlingsmetod valdes enkät till deltagarna, samt fokuserande gruppintervju (Wibeck, 2000; Wilkinson 2004; Barbour, 2007). Deltagarna valdes ut genom målinriktat urval, så kallat strategiskt urval (Kvale, 1997) för att kunna ta del av användarnas erfarenheter av SIP i praktiken. Databearbetning/analys gjordes enligt kvalitativ metod (Holm & Solvang, 1997; Patton, 2002; Silverman, 2004) inspirerad av fenomenografisk ansats (Kroksmark, 2011). Fenomenografi kännetecknas av att den beskriver ”det som visar sig”.

Enkät

En webbenkät (bilaga 3) skickades ut till samtliga deltagare på inspirationsdagen för SIP direkt efter aktuell dag. En uppföljande webbenkät sändes till deltagarna sex månader efter SIP-dagen. Webbenkätens frågor formulerades i överensstämmelse med ”Enkät om erfarenhet och attityd runt SIP – Samordnad individuell Plan” som utformats inom PrinSIP⁶, se länk: <http://i-nod.se>

Fokusgruppsintervjuer

En fokusgrupp har hållits inom respektive områden: psykiatri, LSS samt barn- och ungdomspsykiatri/habiliteringen. Intervjuerna hölls av en moderator och en bisittare, och spelades in på digitalt fickminne. Diskussioner fördes utifrån tre frågeområden;

- Har användningen av SIP förändrats på er enhet efter inspirationsdagen 23 maj? I så fall på vilket sätt? Vem initierar SIP? Diskuterar ni SIP på arbetsplatsen eller annat forum?
- Vilka styrkor respektive svagheter ser ni med SIP?
- Vad behöver ni för att utveckla användningen av SIP?

Var och en av deltagarna skrev ned sina synpunkter på post-it-lappar, och fäste dessa på gemensamt blädderblocksblad – ett blad för respektive frågeområde. Synpunkterna redovisades blad för blad, och deltagarna delgav synpunkter och erfarenheter till varandra och moderatorerna.

⁶ PrinSIP var ett delprojekt inom den statliga PRIO-satsningen och drevs av Socialpsykiatriskt Kunskapscentrum i Region Västerbotten under perioden maj 2013 till och med december 2014.

Analys av data

Databearbetning påbörjades med att svaren i webbenkäterna omvandlades till procentsatser för respektive variabel på den fem-gradiga Likertskalan. Detta gjordes för att göra svaren jämförbara inför sammanställningen i diagramform.

Respondenternas egna kommentarer insortades i fem kategorier och sammanställdes. Fokusgruppsintervjuerna transkriberades och det skrivna materialet genomlästes flera gånger. I analysen söktes efter mönster och teman i anslutning till praktisk användning av SIP i verksamheterna.

Etiska aspekter

Syftet med uppföljningen har beskrivits både muntligt och skriftligt. Information har vid intervjutillfällena lämnats om att allt insamlat material behandlas konfidentiellt, att uppgifterna ej ska kunna härledas till enskild person samt att ljudfilerna med intervjuerna raderas efter rapportens färdigställande. Hänsyn har tagits till att data måste hanteras noggrant och systematiskt innan slutlig analys presenteras på lämpligt sätt. De intervjuade grupperna har erhållit muntlig presentation av resultaten i samband med befintliga reguljära nätverksträffar inom respektive område (Silverman, 2004; Backman, 2008).

Metoddiskussion

Webbenkät

Metoden att skicka ut en webbenkät till *samtliga* personer som deltagit på inspirationsdag om SIP innebar en metodologisk svaghet. Detta eftersom ett antal av deltagarna utgjordes av chefer (enhetschefer, verksamhetschef, områdeschef), verksamhetsutvecklare och MAS. Nämnade professioner utövar inte direkt kontakt med klient/brukare/patient och följaktligen utför de inte SIP i praktiken, vilket också bekräftades av att ett antal av deltagarna uttryckte att de hade svårigheter att besvara vissa frågor. Någon menade att svaren på en del av frågorna/påståendena i enkäten därför blev hypotetiska. Antalet respondenter sjönk markant mellan första och andra uppföljningen; från 84 svar till 37 svar. Möjliga förklaringar till det dalande intresset för att besvara enkäten kan vara följande:

- Byte av arbetsuppgifter/arbetsplats under senaste halvåret
- Arbetar inte med direkt klient/brukar/patient-kontakt, varför det inte upplevs relevant att besvara frågorna

- Planer för den enskilde upprättas på enheten, men upprättande av SIP har inte påbörjats
- Samverkan och gemensam planering mellan de olika huvudmännen/aktörerna pågår vad gäller patient/brukare/klienter, men dokumenteras inte i en SIP. Följaktligen känns det inte relevant att svara på frågor om SIP
- Medarbetarna i verksamheterna tyngs av krav och tidspress, varför somliga prioriterar bort att besvara enkäter

Fokusgruppsintervjuer

Intervjuer i fokusgrupp gjordes för att få en kvalitativ dimension av deltagarnas uppfattningar om användningen av SIP. Intervju i fokusgrupp är en metod för att samla in deltagarnas synpunkter och erfarenheter i en viss fråga eller ett visst ämne. I gruppintervjuer sker en interaktion, vilken medför ett givande och tagande i en gemensam dialog. Diskussionen leds av en eller två moderator(-er), som har rollen som gruppleddare och guide för resonemanget (Wibeck, 2000; Dahlin-Ivanoff & Hultberg, 2006).

Resultat

I följande avsnitt redovisas resultaten redovisas i två delar; dels webbenkät (kvantitativa och kvalitativa data), dels fokusgrupp (kvalitativa data).

Webbenkät

Respondenter

Enkät direkt efter SIP-dagen 23 maj 2014 besvarades av 70, 5 % av deltagarna (84 av 119), medan uppföljningen ett halvår senare besvarades av 32 % (37 av 119 deltagare). Vid första tillfället var 74 % av respondenterna kvinnor, medan andelen hade ökat till 84 % vid halvårsuppföljningen.

Respondenternas professioner kan indelas i tre grupper: *chefer* (områdeschef, enhetschefer, chef för verkställighet), *legitimerad personal* (sjuksköterskor med inriktning psykiatri, distrikt, MAS, samt arbetsterapeuter, läkare, sjukgymnaster, psykolog, psykoterapeut) och *övriga inom socialt arbete respektive hälso- och sjukvård* (socioonom, kurator, handläggare LSS, biståndshandläggare, skötare). Vid båda uppföljningarna hade de flesta av respondenterna arbetat mer än 10 år i yrket. De övriga återfanns i spannet 1-10 år, medan några få procent hade mindre än ett års erfarenhet.

Drygt 30 % av respondenterna vid första uppföljningen utgjordes av personal från psykiatri öppen-, respektive slutenvård, medan samma andel kom från individ- och familjeomsorg, samt annan del av socialtjänsten. 5 % representerade habiliteringsverksamhet. Vid halvårsuppföljningen utgjorde psykiatrisk öppen- och slutenvård en fjärdedel av respondenterna, medan nästan hälften kom från individ- och familjeomsorg och 8 % arbetade inom habiliteringsverksamhet.

Data via enkäter

I det följande sammanfattas utfallet från webbenkätens frågor. Resultaten på 13 av frågorna/påståendena åskådliggörs i löpande text, eller genom procentsatser presenterade i stapeldiagram, ett för första enkättilfället och ett för halvårsuppföljning, följt av en kortfattad summering i ord. Deltagarnas kommentarer presenteras i fem kategorier, där synpunkterna från de två uppföljningstillfällena presenteras genom citat med åtföljande kommentar från rapportens författare.

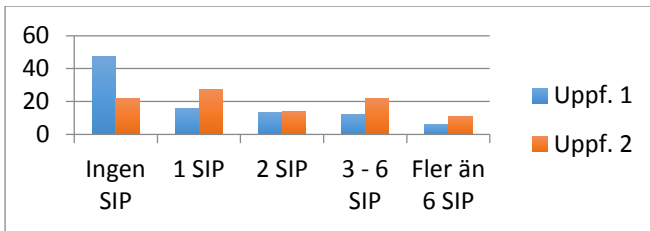
- **Antal timmar SIP-utbildning**

Vid första enkäten uppgav drygt en fjärdedel av respondenterna att de inte hade genomgått SIP-utbildning, medan drygt en fjärdedel vid andra enkäten menade att de hade haft mer än en dags utbildning. Ökningen kan ses som en naturlig följd av inspirationsdagen som hölls i maj 2014. 46 % av de svarande menar vid såväl första som andra enkättilfället att de har erhållit 5-8 timmars utbildning.

- **Antal SIP som du deltagit i där klient/brukare/enskild och annan aktör deltagit**

Nästan hälften av de som besvarade enkäten i direkt anslutning till SIP-dagen hade ingen erfarenhet av SIP. Ett halvår senare har andelen som inte har gjort någon SIP har minskat till en femtedel. Utfallet visar att användningen har ökat och pekar på en positiv trend hos de 32 % som svarat på halvårsenkäten (figur 1).

Författarens kommentar: Det kan förhålla sig så att de som valde att besvara enkät nummer två tillhör dem som aktivt har initierat SIP alternativt kallats och deltagit i SIP.

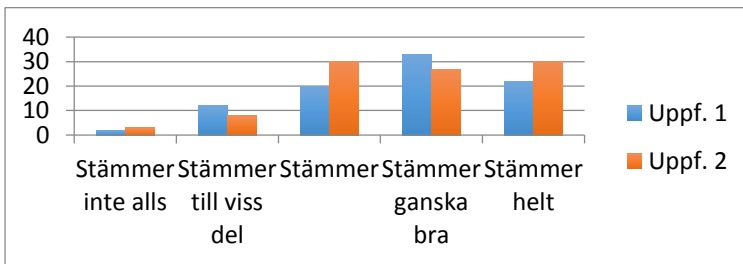


Figur 1. Antal SIP som respondenten har deltagit i

- **Jag vet när jag kan initiera en SIP**

Stora flertalet uppger att de vet när de kan initiera en SIP och andelen har ökat något. Ungefär en tiondel har inte kunskap om detta (figur 2).

Författarens kommentar: Orsaker till de sistnämndas okunskap kan vara att respondenten är nyanställd och inte har erfarenhet av SIP. Det kan också handla om att personen ifråga inte arbetar i direkta kontakter med klient/patient/brukare.

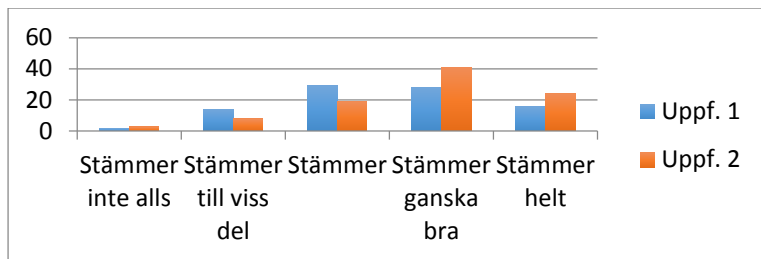


Figur 2. Kunskap om initiering av SIP

- **Jag har mycket erfarenhet av att diskutera målsättningen med vård/behandling/stöd med klient/brukare/enskild**

Majoriteten av respondenterna har stor erfarenhet av att diskutera målsättning med den enskilde. Dock menar ungefär en tiondel menar att det inte stämmer helt, se figur 3.

Författarens kommentar: Utfallet kan bero på att respondenten är nyanställd, inte arbetar direkt med klient etcetera (se föregående påstående, där utfallet ser likartat ut).



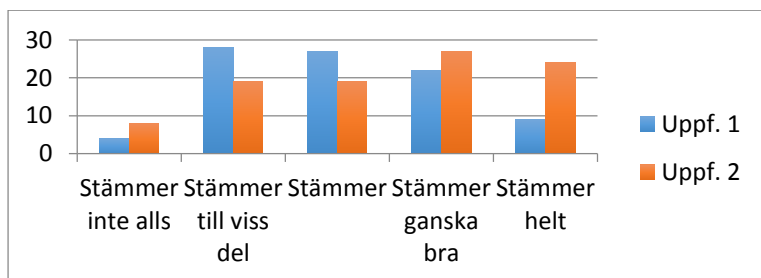
Figur 3. Erfarenhet av målsättningsdiskussioner med klient/brukare/enskild

- **Jag vill ha lång förberedelse med klient/brukare/enskild innan vi har beslutsmöte**

Ungefär 40 % av respondenterna uppger att de vill ha lång förberedelse före den samordnade planeringen, medan samma andel menar att det stämmer till viss del. Deltagarnas uppfattning var i stort sett likartad vid båda uppföljningstillfällena, förutom att andelen som inte alls höll med påståendet hade ökat från 10 % vid uppföljning ett till nästan 20 % vid uppföljning två.

- **Jag vet och kan tillräckligt för att göra SIP tillsammans med klient/brukare/enskild och annan aktör**

Majoriteten av respondenterna anger att de har tillräcklig kunskap och trygghet för att genomföra SIP. Ett fåtal menar att de inte har kunskap. Andelen som menar att påståendet om kunskap stämmer helt har ökat från strax under 10 % till nästan 25 % från första till andra uppföljningen. Andelen som menar att påståendet stämmer ganska bra har också ökat (figur 4). Detta tyder på att kunskapspåfyllning har skett bland deltagarna.



Figur 4. Tillräcklig kunskap för att kunna genomföra SIP

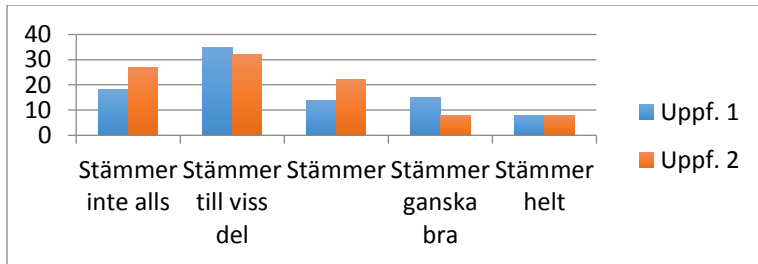
- **Jag vill helst att någon utifrån ska hålla i möten där SIP utförs**

Drygt 60 % av respondenterna uttrycker att SIP ska hållas ihop av medarbetare på egna enheten. Dock anser en femtedel att någon utifrån ska göra detta. Utfallet står i viss mån i motsats till nästkommande påstående, se nedan.

- **Jag tar gärna på mig att bli samordnare för planen och därmed ha ansvar för uppföljning, samt kalla till möte för utvärdering**

Drygt en tredjedel av respondenterna kan tänka sig att ta på sig rollen att vara samordnare för SIP, och andelen är ungefär densamma vid båda uppföljningarna. Majoriteten (närmare 60 %) kan inte tänka sig att ha samordnarfunktion för planen, se figur 5. Uppfattningen om att inte kunna ta på sig att samordna planen kontrasterar mot föregående påstående där mer än hälften av deltagarna uttryckte att ansvaret för SIP-mötena ogärna ska ligga på hos någon person utanför enheten.

Författarens kommentar: En relevant fråga som kan ställas i detta avseende är om det finns osäkerhet eller rädsla att ta på sig ett eget ansvar för samordning och uppföljning. Vad är i sådana fall orsaker till eventuell osäkerhet/rädsla?



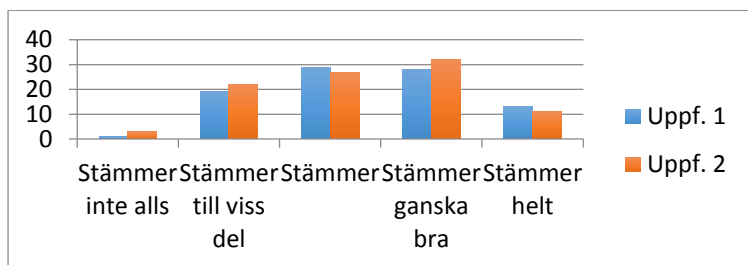
Figur 5. Jag är gärna samordnare för SIP

- **Vi har alltid en utsedd samordnare för SIP**

Detta påstående i enkäten har visat sig vara svårvärderat, vilket har påtalats genom egna kommentarer. Se presentation av kommentarer, sidan 17. Ovanstående påstående redovisas inte i diagramform, eftersom påståendet är svårtolkat och svaren därmed inte blir relevanta.

- **Jag känner mig trygg i att de insatser vi kan erbjuda också kan bli gjorda**

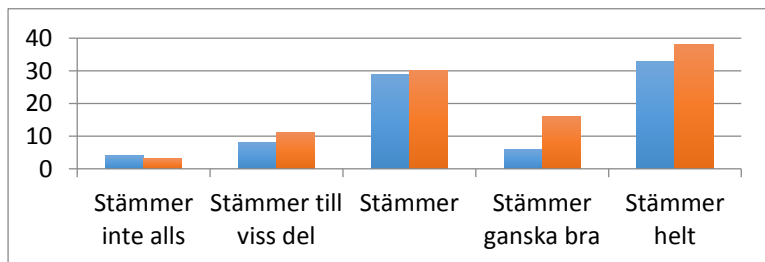
Samstämmigheten är stor vad gäller känslan av trygghet i att de erbjudna insatserna blir gjorda. Endast några få anser att detta inte stämmer (figur 6).



Figur 6. Trygghet avseende erbjudna insatser

- **Efter mötet lämnar vi alltid en kopia av SIP till den som planen gäller för**

Figur 7 illustrerar att majoriteten av de som besvarat enkäten uppger att brukaren/patienten/klienten får en kopia av den gjorda planen. En tiondel uppger dock motsatsen, vilket tyder på att kunskapen om att SIP är den enskildes plan kan vara otillräcklig. I vissa fall kan det förhålla sig så att den enskilde avböjer kopia av planen trots att hen erbjuds sådan.



Figur 7. Kopia av SIP lämnas till personen den gäller

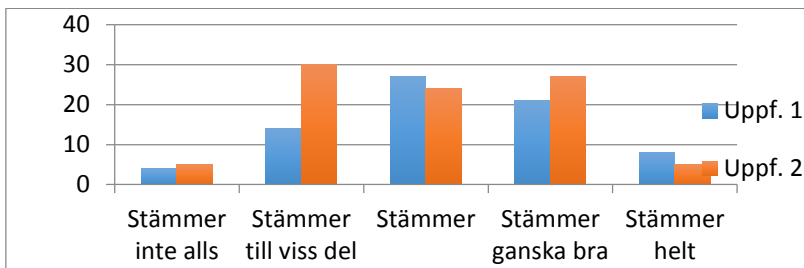
- **I vår verksamhet kallar vi även planer utan uppföljning för SIP**

Majoriteten av de svarande menar vid båda enkät tillfällena att påståendet inte stämmer (77 % respektive 89 %), medan resterande anser att det finns/till viss del finns planer utan uppföljning som benämns SIP.

- **Jag upplever att individen i de planer jag medverkat i har fått det inflytande denne önskat ha**

Uppemot 60 % menar vid båda uppföljningarna att patient/brukare/klient har haft inflytande på den plan som utarbetats (figur 8). En tredjedel av respondenterna håller dock inte fullständigt med om detta.

Författarens kommentar: En relevant fråga som kan ställas i detta avseende är vad som eventuellt saknas vad gäller delaktighet i och med att inflytande inte uppfattas kunna utövas till fullo av den enskilde.



Figur 8. Individens inflytande över SIP

• **Egna kommentarer**

17 av de 84 (drygt 20 %) respondenterna valde att lämna personliga kommentarer angående SIP vid första uppföljningen. Vid den andra uppföljningen valde 27 %, 10 av 37 respondenter, att delge kompletterande synpunkter med egna ord. Det fanns en samstämmighet i kommentarerna, vilka insorterades i fem undergrupper som trädde fram i materialet. Kommentarna är beskrivande, ”talar för sig själv”, och presenteras ordagrant i det följande:

Arbetar inte i direktkontakt med patient/klient/brukare

- *Som enhetschef deltar jag inte direkt i SIP ar.*
- *Jag arbetar med utvecklingsfrågor och har inga egna ärenden. Jag har därför inte besvarat frågorna, då de inte är relevanta för mitt arbetsområde*
- *Jag gör inga SIP, det är mina medarbetare och kollegor som gör dem.*
- *Mina medarbetare är de som främst gör SIPar, jag kommer dock att delta i några nu den närmaste tiden.*

Har ingen/liten SIP-erfarenhet

- *Har inte medverkat i SIP ännu*
- *SVårt att svara på vissa frågor då SIP och samordnad plan likställs i formuläret. Har genomfört närmare ett hundratal samordnade möten, men ej SIP*
- *Min erfarenhet gäller IP enligt LSS.*
- *Någon enstaka SIP gjord men vi håller på att skapa rutiner för detta då det ännu inte fungerat*

- *Hittills inte sett en SIP, men socialtjänsten har tagit på sig att göra den*
- *Frågan svar då jag inte deltagit i någon SIP*
- *Jag gör inga SIP:ar, det är mina medarbetare och kollegor som gör dem*

Samordning

- *Frågan om utsedd samordnare är dubbel. I varje SIP-plan utser man en samordnare för den SIPen. Är det så ni menar så stämmer det helt och hållet, annars finns ju ingen samordnare i överlag som gör dem, utan det ska ju alla kunna vara.*
- *Landstinget/psykiatrin brister i vissa ärenden*
- *Vi har alltid en utsedd samordnare, utsedd till varje möte. Vem som helst kan vara samordnare och det bestämmer mötet. Inte att det ska vara en (och samma=författarens förtydligande) som alltid är samordnare i verksamheten*

Erhållen utbildning

- *Ingen utb i SIP alls*
- *Frågan om hur mycket utbildning jag fått är lite dubbel. Har aldrig innan denna dag fått utbildning men i och med denna utbildning så har jag ju fått utbildning... så hur vill ni med frågan*
- *Katastrof att lagen funnits så länge och vi fått en ynka dag, dessutom har vi troligen olika uppfattning och/eller resurser att följa detta.*

Kritiska synpunkter

- *Mer utbildning behövs, lagen kom för flera år sedan och i maj 2014 kom en första utbildningsdag som jag känner till.*
- *Blanketten som utarbetats i Jämtlands län funkar inte. Den är inte ifyllningsbar på dataskärm (och knappt för hand beller) och uttrycker inte tydligt målsättningen för patienten, med uppföljningsbara mål. Ändra den så att den blir mer användbar!!!*
- *Trots att jag suttit i många samverkansmöten och gjort planeringar tidigare, känner jag mig osäkrare nu när det heter SIP.*

Fokusgrupper

Tre fokusgruppsintervjuer är gjorda. En grupp utgjordes av psykiatrinätverket, som vid intervjutillfället representerades av 12 personer med deltagare från sju av åtta kommuner, regionens psykiatri, Jämtlands läns brukarråd⁷. De övriga grupperna var LSS-handläggarnätverk (13 personer med deltagare från sex av åtta kommuner), samt ledningsgruppen för barn- och ungdomspsykiatri/barn- och ungdomshabiliteringen, BUP/BUH (3 personer från Region Jämtland Härjedalen, hälso- och sjukvårdsförvaltningen). De två förstnämnda gruppintervjuerna utfördes av en moderator tillsammans med en bisittare. Den tredje intervjun gjordes av

⁷ Jämtlands läns brukarråd, JLB, utgörs av brukarorganisationer inom missbruks- och beroendområdet och psykisk ohälsa, och är en arena för samverkan mellan regionen och kommunerna. JLB ingår i Nationell samverkan för psykisk hälsa (NSPH) som är ett nätverk av patient-, brukar- och anhörigorganisationer inom det psykiatriska området.

enbart moderatören, detta i och med att gruppen var liten. Intervjuernas längd var 30-45 minuter, och samtalen spelades in på digitalt fickminne.

I fokusgrupperna framfördes synpunkter, erfarenheter och frågetecken kring SIP-användning. Ett antal likheter mellan de tre grupperna framträdde inom samtliga frågeområden (användning, styrkor, svårigheter, samt ”vad behövs?”) som bearbetades i grupperna. Det framkom även att såväl vuxenpsykiatri-, som barn- och ungdomspsykiatri/habiliteringen hade kommit långt i samarbetet och upprättandet av SIP jämfört med LSS-området. Fokusgruppsdeltagarna uttryckte aspekter som är väsentliga för att vidareutveckla användningen av SIP. Deras synpunkter och utvecklingsförslag kan med fördel användas som underlag för diskussioner och planering för utvecklingsåtgärder inom området. Nedanstående tabell ger en sammanfattande bild av resultaten i fokusgruppsintervjuerna (tabell 1).

I sammanfattningen används direkta ordalydelser från intervjuerna.

Tabell 1. Sammanfattning av fokusgrupper inom psykiatri, LSS och BUP/BUH.

	Psykiatri	LSS	BUP/BUH
Användning	Diskuteras löpande Avser öva SIP på APT Användning ökar, men arbete återstår för fortsatt utveckling Familje-SIP medför många deltagare Brukare initierar i vissa fall	Diskuteras på APT SIP måste hållas vid liv i olika fora Användning inte ökat nämnvärt Inte riktigt kommit igång – gått fr noll till en ”handfull”	Informeras på APT och möten Användning ökar hela tiden Möts inte av skepsis och ifrågasättande Redovisar antal och initierade i månadsrapport/enhet
Styrkor	Ger tydlig struktur och fördelar ansvar. Ökad samverkan Svårt att ”frånskriva sig ansvar” Bra för brukarna Rätt insats tidigare Lättare för den enskilde och anhöriga att veta vem ansvarar för vad	Tydlighet i roller och ansvar Bra verktyg för samverkan Kan underlätta för den enskilde	Strukturerat, tydligt Är en möjlighet när andra planer eller handling ej räcker till för att samordna Olika aktörer talar samma språk
Svårigheter	SIP-rädsla – både från brukare och verksamhet Svårt få med läkare fr primärvård Ingen avvikelserapport om kallade inte kommer Brukare säger ibland nej – vill inte att alla ska känna till allt Många tror att SIP handlar enbart om psykiatrisk verksamhet	Skillnaden mellan SIP, nätverksträff och individuell plan LSS Svårt få alla kallade att komma (primärvård) För många personer kallas = blir inga bra möten för den enskilde När den enskilde inte vill ha SIP, men övriga ser behovet Hur pratar man om SIP inom landstinget?	Är främst verksamheterna som initierar-sällan patient/familj Ändra schemat vid kort varsel för möten Överrepresentation = för många aktörer kallade Inte så brukardrivet som det kanske är tänkt Alla aktörer på sjukhuset känner inte till SIP

Fortsättning tabell 1

	Psykiatri	LSS	BUP/BUH
Vad behövs?	Kontinuerligt utbilda nya medarbetare i PV, skola, kommun etcetera Öva SIP på APT Metodstöd familje-SIP Löpande utvärdera genomförda SIPar Dokumentationsmallen för liten Mer utbildning till skolelevhälsa – ett värde med gemensam utbildningsinsats Brukarrevision	Struktur, kunskap Kunskapsspridning - information om syfte, struktur och praktisk användning Länsövergripande ”rutiner” om det praktiska användandet	Struktur och rutiner, tid och resurser Handledning i att leda SIP-möten Information lättillgänglig på kommunens & regionens hemsida Använda distansoberoende teknik vid möten Utveckla & förbättra formuläret – digital mall att skriva i och printa ut till berörda. Checklista för att underlätta och kvalitetssäkra mötena – placerad i anslutning till digitala mallen Skolan initiera SIP? – i så fall krävs utbildning

Belysande citat från vuxen- respektive barnpsykiatrin

JLB försöker att ta alla tillfällen i akt för att informera brukarna och påminner dem om rätten att begära en SIP:

”SIP-användning bör ökas, vi informerar dem vi träffar”

Om själva samordningen kring SIP inte fungerar som det är tänkt kan det i sin tur medföra svårigheter, medan formerna för SIP kan utgöra en gemensam

kraftpotential om planeringen sker samordnat och med gemensamt mål i sikte. Deltagaren uttrycker sig i följande ordalag;

”samordnad är SIP en styrka... fungerar det inte blir det svårt”

En av de anställda inom psykiatriområdet påminde om att syftet med SIP är att utveckla samverkan, och pekade på att SIP egentligen inte ska behövas om samverkan redan fungerar optimalt – med den enskildes bästa i centrum för de olika aktörernas roller och ansvar. Följande citat illustrerar detta;

”det betyder inte att man inte haft ett bra samarbete kring och med den enskilde bara för att man inte har gjort en SIP. Det kanske fungerar så bra att man anser att SIP inte behöver upprättas”

Inom BUP/BUH betonas vikten av att barn/unga och deras familjer ska ges möjlighet att lättare kunna navigera sig fram hos huvudmännens informationssidor. Verksamheten har uppmärksammat att familjerna eller barnen/ungdomarna sällan och aldrig initierar behovet av en SIP. Där frågar man sig;

”hur lätt är det att initiera ett samordnat möte i en situation som är svår och det finns många frågetecken kring framtiden och vad som ska hända?”

”information ska finnas lättillgänglig på kommunernas och regionens hemsida – inte minst för att patient och familj ska hitta”

Ett annat problem som handlar om att verksamheten kan kallas till möte avseende en person som inte alls är aktuell för närvarande. Enheten kan delta på mötet, men då kan det bli ett mer informativt möte, det vill säga att representanten från BUP/BUH är med som en konsultativ person. Hen kan då informera om vilka insatser som kan erbjudas, men kan inte ta emot en remiss vid sittande bord. Vid fokusgruppintervjun uttrycks frågeställningar om registrering av SIP;

”hur gör vi om det kommer en kallelse till att vi ska diskutera en patient som inte är aktuell för oss... och det finns ingen remiss... och är inget pågående ärende?”

I en av grupperna uttrycktes att ett sätt att öka användningen av SIP är att krav/påtryckningar kommer från SVOM, Fredagsgrupp, L-IFO, kommunfullmäktige, kommunstyrelse, sociala utskottet, samt att resultat efterfrågas. Större förankring i myndigheter och organisationer påtalades.

Det framkom att verksamheterna kan känna osäkerhet kring genomförandet av SIP-möten, vilket gör att man avstår från att kalla till möte. Mötena beskrivs ibland bli resultatfokuserade, det vill säga inriktade på att någon medarbetare ska ta på sig viss del av ansvaret och att

”man är nöjd med att skriva ned något oavsett om just det är det viktiga i sammanhanget”.

Från JLB:s sida påtalades att SIP är ett lämpligt område för brukarrevision. SIP är bra för brukarna, ger struktur och fördelar ansvar mellan parterna. Det tar dock tid att göra SIP till en vana, eftersom det är ett ”ovant tänkande” som behöver viss tid för att komma på plats.

Avvikelserapportering diskuterades i vuxenpsykiatrins respektive LSS-grupperna. Vart skickar man den? Vad blir det av den? En samstämmighet fanns i grupperna om att okunskapen om avvikelserapportering är stor, och att information är viktig för att alla ska känna till hanteringen av avvikelser.

Inom barnpsykiatrien pekades på att rutiner för SIP måste fastställas med/för KVÅ-kodning (Koder för klassifikation av vårdåtgärder, obligatoriska att rapportera till Socialstyrelsens hälsodataregister).

Belysande frågeställningar från LSS-handläggarnätverk

LSS-handläggarnätverket uttalade ett antal frågor, vilka fokuserade på behovet av riktlinjer, informationsmaterial och tydlighet kring vad som verkligen gäller. Frågorna kan ses som allmängiltiga, eftersom de går i linje med synpunkter som har uttalats i såväl webbenkäter som fokusgrupper. Frågorna kan ge en vägledning om vad som verkligen behöver utvecklas för att verksamheterna och brukarna kan känna sig mogna för att i praktiken använda SIP som samordningsverktyg. Nedan presenteras frågeställningarna i direkta citat från deltagarna.

Oklart om den ”praktiska användningen”;

- *Vem har mandat/företrädesrätt att bestämma tid och plats?*
- *Hur gör man om den enskilde inte ger sitt samtycke om SIP?*
- *Vem avgör vilka som ska kallas om inte den enskilde själv kan avgöra?*
- *Krävs det fysiska möten?*
- *Kallar man en person eller funktion?*
- *Är det en avvikelse när någon viktig part inte kommer/prioriterar att komma?*
- *Kan man skicka en ställföreträdare?*

- *Svårigheter att skilja mellan SIP, individuell plan LSS, nätverksmöten- när använder man vad?*
- *Måste det finnas ett behov av att hälso- och sjukvården är en part för att det ska kallas SIP?*

samt erfarenheten att

- kunskap/förmåga är dålig hos de som kallar till ett SIP-möte avseende strukturerna för mötet
- störst svårighet att få deltagande från läkare/psykiatriker, lättare från barnhabiliteringen

Reflektioner

Individuell plan enligt SoL och HSL upprättad i samverkan är ett viktigt verktyg för att synliggöra behov hos den enskilde och ansvarsfördelningen mellan huvudmännen. Det kan vara värdefullt att även andra involverade aktörer, exempelvis skola, arbetsförmedling och försäkringskassa deltar i planeringen. Förutsättningen för SIP är att den enskilde godkänner att sådan upprättas.

Uppföljningen pekar på att SIP är ett användbart redskap att använda då olika aktörer är inblandade kring den enskilde. I dagläget kan huvudmännen (kommuner, regionens hälso- och sjukvård) eller den enskilde initiera upprättande av en SIP. Deltagare i fokusgrupperna nämner att även skolområdet vill kunna initiera SIP. Det kan exempelvis gälla gruppen som arbetar med ”hemmasittare” – där skolan, habiliteringen och barnpsykiatrien är involverade. Dock uttalas en rädsla för att det skulle kunna bli väldigt många möten till en mängd ärenden där skolan kallar.

Det finns en mängd olika planer i verksamheterna; genomförandeplan, individuell plan, vårdplan, arbetsplan. Dessa planer är sådana som görs inom ramen för den egna organisationens riktlinjer, och inbegriper inte den gemensamma planeringen där den enskilde medverkar och bägge huvudmännen finns med. Nämnda planer handlar mer om en arbetsplanering och organisation, jämfört med SIP som är den enskildes plan som grundar sig på dennes önskemål och behov.

Ett dilemma är att det kan vara svårt att få deltagare att komma när de är kallade till SIP möte. I fokusgrupperna menas att deltagandet inte är valbart, alltså ska kallelsen höras. I alla fokusgrupperna nämns att primärvårdsläkarna verkar ha det svårt att prioritera deltagande i SIP-möten. Detta är ett problem som behöver lyftas inom Region Jämtland Härjedalen för att kunna åtgärdas på lämpligt sätt.

Hur mycket diskuteras SIP i verksamheterna? Det finns en ”SIP-rädsla”, både från brukare och verksamhet. Verksamheterna kan känna osäkerhet för mötets genomförande vilket medför att man avstår från att kalla till möte. Brukarna kanske har begränsad kunskap om vad SIP är och möjligheten att initiera SIP. Informations- och kunskapsspridning har stor betydelse för att förankra SIP bland berörda grupper. Det krävs även större förankring hos myndigheter och organisationer på nationella, regionala och lokala planet.

I de kommentarer som deltagarna har skrivit framkommer att SIP uppfattas som komplicerad och en deltagare menar att det känns än mer förvirrat efter SIP-dagen i maj. Detta indikerar att det i verksamheterna finns frågetecken kring tillämpandet av planen. SIP behöver därför ytterligare diskuteras och reflekteras över på arbetsplatserna, inte minst vad gäller ansvaret för att genomföra sådana planer. Oklarheter behöver rätas ut, och fortsatt process måste ske hos de berörda i verksamheterna. En regional inspirationsdag såsom den i maj 2014 har syftet att ge kunskap om SIP och stimulera till att använda planen för samordnad vård- och omsorgsplanering. En enstaka inspirationsdag är inte tillräcklig för att implementera SIP i praktiken. Utöver en sådan regional dag krävs alltså lokala initiativ för att öka användningen av SIP. En regional strategi som innefattar riktlinjer, information/handledning, rutiner, gemensamt verktyg etcetera är avgörande för att ge användarna i de olika verksamheterna samma förutsättningar i arbetet med SIP.

Hur ska brukarinflytande stimuleras och möjliggöras/utvecklas ytterligare? Föreliggande uppföljning har ej fokuserat på begreppet brukarmedverkan i och med att detta inte ingick i uppdraget. Dock är det av stor vikt att ställa sig den frågan – SIP är ju en samordnad plan som ska utgå från den enskildes önskemål och behov, samt utgå från individens hela livssituation.

Sammanfattande slutsatser

I detta avsnitt sammanfattas uppföljningens resultat under fem rubriker som belyser väsentliga utvecklingsaspekter för användningen av SIP som funktionellt verktyg avseende samordnade insatser för den enskilde.

Deltagarna gav användbara och konkreta synpunkter och utvecklingsförslag under de fruktbara samtalen. Synpunkterna kan med fördel användas som grund för fortsatt utvecklingsarbete avseende implementering av SIP i Jämtlands län.

Utbildning/handledning

- Kontinuerliga utbildningar för att nytillkomna medarbetare ska erhålla grundkunskap om SIP. Dessutom ”boosterdagar” eller inspirationsdagar för att alla ska ges möjlighet till kunskapspåfyllning och erfarenhetsutbyte.
- Metodstöd för exempelvis familje-SIP, att leda SIP-möten. Utöver detta kan personalen träna SIP på arbetsplatsträffar eller utvecklingsdagar på enheterna inom verksamheten.
- Utbildning till skola, elevhälsa, ses såsom värdefull. Detta kan förslagsvis göras i form av gemensam utbildningsinsats, där de olika aktörerna ingår. Eftersom det har framkommit att skolan önskar kunna initiera SIP är riktade utbildningsinsatser nödvändiga om även den aktören i framtiden har initieringsmöjlighet.

Utvärdering

- Ett sätt att kvalitetssäkra arbetet med SIP är att fortlöpande utvärdera genomförda SIPar. Detta ger möjlighet att värdera och kritiskt granska den egna verksamhetens hantering av den samordnade planen. En sådan kvalitetssäkring kan göras till exempel genom att avidentifiera planer och granska dessa i en gemensam lärandeprocess.
- Brukarrevision – SIP är ett lämpligt område för brukarrevision.

Informationsmaterial

- Information om SIP ska finnas lättillgängligt på kommunernas och regionens hemsidor för att brukare, anhöriga och professionen ska hitta materialet utan problem. Materialet behöver utformas lättförståeligt och konkret.
- Utformningen av informationsmaterial har betydelse för att den enskildes delaktighet i den egna planen. Materialet kan göras mer förståeligt exempelvis genom att utarbeta lättläst information till dem som har svårigheter att läsa. Detta kan även göras genom att använda Alternativa och kompletterande kommunikationssätt (AKK) för att personer med olika funktionsnedsättningar ska kunna tillgodogöra sig informationen.

Dokumentation

- SIP-formuläret behöver utvecklas och förbättras. Ett förslag är att utveckla en digital blankettmall, som ska finnas tillgänglig på kommunernas och regionens hemsida. Medarbetarna ska lätt kunna navigera sig fram till

mallen, och den bör vara möjlig att skriva i samt göra utskrift av till berörda i anslutning till SIP-mötet.

Genomförande av SIP-möten

- Checklista med punkter steg för steg föreslås för att underlätta och kvalitetssäkra de samordnade planeringsmötena. Listan kan placeras där man tar ut digitala blankettmallen, alltså finnas lättillgänglig på respektive huvudmäns hemsidor.
- Distansöverbyggande teknik kan användas för att underlätta genomförandet av möten i ett geografiskt stort län med långa avstånd.

Referenslista

Backman, J. (2008). *Rapporter och uppsatser*. Lund: Studentlitteratur.

Barbour, R. (2007) *Doing Focus Groups*. Book Four of the SAGE qualitative Research Kit. London.

Dahlin-Ivanoff, S. & Hultberg, J. (2006). *Understanding the Multiple Realities of Everyday Life: Basic Assumption in Focus-group Methodology*. Scandinavian Journal of Occupational Therapy 13(2):125-132.

Holm, I. M., & Solvang, B.K. (1997) *Forskningsmetodik – om kvalitativa och kvantitativa metoder*. Studentlitteratur, Lund.

Krokmark, T. (2011). *Den tidlösa pedagogiken*. (2 uppl.) Studentlitteratur, Lund.

Kvale, S. (1997). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Studentlitteratur, Lund.

Patton, M.Q. (2002) *Qualitative Research & Evaluation Methods*. Third Edition. London, Sage publications.

Regionförbundet Jämtlands län, Jämtlands läns landsting. (2013). *Överenskommelse om samarbete mellan kommunerna och Jämtlands läns landsting 2014-2016 gällande personer med psykiska funktionsnedsättningar*. Version 2.0.

Socialstyrelsen. Överenskommelser om samarbete. Meddelandeblad Nr 1/2010

Silverman, D. (2004) *Qualitative Research*. In Silverman (ed) *Theory, Methods and Practice*. London, Sage publications.

Wibeck, V. (2000) *Fokusgrupper. Om fokuserade gruppintervjuer som undersökningsmetod*. Studentlitteratur.

Bilagor

Bilaga 1	Samverkansdokument mellan landstinget och kommunerna i Jämtlands län avseende gemensam individuell planering mellan landstingets hälso- och sjukvård och kommunernas socialtjänst.
Bilaga 2 a	Blankett för Samordnad individuell plan för vuxen
Bilaga 2 b	Blankett för Samordnad individuell plan för barn
Bilaga 3	Webbenkät

**Individuell plan**

Samverkansdokument mellan landstinget och kommunerna i Jämtlands län avseende gemensam individuell planering mellan landstingets hälso- och sjukvård och kommunernas socialtjänst

Skapad av: SVOM	Gäller from: 120701	Sida 1 (1)
Fastställt av samtliga huvudmän: Kommunerna i Jämtlands län, Jämtlands läns landsting	Revideras av: SVOM	Diarienummer:

Detta samverkansdokument är framtaget av SVOM, (samverkan för vård och omsorg). Det grundare sig på nya bestämmelser i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763, HSL) och i socialtjänstlagen (2001:453, SoL), som gäller from 1 januari 2010, (regeringens proposition 2008/09:193).

Den individuella planen ska tydliggöra huvudmännens gemensamma ansvar och säkerställa samarbetet så att individens samlade behov av hälso- och sjukvård och socialtjänstinsatser tillgodoses.

Tillvägagångssätt vid upprättande av individuell plan**1. Uppmärksamma behov**

Den av landstingets eller kommunen som först uppmärksammar eller får kännedom om att den enskilde har behov av insatser från både hälso- och sjukvården och från socialtjänsten, ska ta initiativ till att upprätta en individuell plan.

Planen skall upprättas om landstinget eller kommunen bedömer att den behövs för att den enskilde ska få sina behov av insatser från båda huvudmännen tillgodosedda, och om den enskilde samtycker till att den upprättas.

Om den enskilde själv efterfrågar/önskar upprätta en individuell plan ska det tillgodoses under förutsättning att den enskilde har insatser/behov av insatser från båda huvudmännen.

Arbetet med att upprätta planen skall påbörjas utan dröjsmål!

2. Bedömning

För att bedöma att en individuell plan skall upprättas måste en behovsbedömning göras, det kan vara uppgifterna i en epikris eller utredning av bistånd, SoL, som kan ligga till grund för det.

3. Samtycke

Huvudmannen som uppmärksammat behovet inhämtar den enskildes **samtycke** om att upprätta en individuell plan.

4. Svar NEJ

Informera och motivera den enskilde, om fortfarande nej **DOKUMENTERA**.

5. Svar JA

- **Sammanställande**

Huvudman som uppmärksammat behovet ska kalla till möte för individuell planen samt sammanställa planen vid mötet.

Vilka skall kallas?

I de fall det finns en relevant pågående kontakt med någon utav huvudmännen t.ex. primärvård, specialistsjukvård, habilitering eller verksamhet hos kommunen. Om inte personen har insatser från kommunens socialtjänst idag kontaktas kommunens biståndshandläggare eller handläggare för ekonomiskt bistånd/kontaktperson eller vad man bedömer kan bli aktuellt. Om den enskilde önskar/beslutar skall anhöriga ges möjlighet att delta i arbetet med planen.

Andra aktörer kan bjudas in om den enskilde samtycker t.ex. Försäkringskassa och arbetsförmedling och skola.

Det måste vara minst en representant från respektive huvudman men profession, funktion mm måste anpassas utifrån individens behov/problematik och styrkor/resurser.

Antalet deltagare från respektive huvudman skall begränsas så långt som möjligt.

- **Kartläggning**

Huvudmännen och den enskilde kartlägger behov och insatser tillsammans .

- **Ansvar för planen**

En huvudansvarig person för planen utses från någon utav huvudmännen. Denne ansvarar för att planen upprättas utifrån befintliga mallar.

Huvudregeln är att den huvudman som har mest kontakt med den enskilde ska ha det övergripande ansvaret för planen.

6. Upprätta plan

Enligt mallar.

7. Mötet

Alla deltagarna på mötet medverkar till ett respektfullt möte för den enskilde och dennes närstående.

8. Upprättad plan

- Ett exemplar lämnas till den enskilde.
- Ett exemplar förvaras hos respektive huvudman.

9. Dokumentation

Följande ses generellt som arbetsanteckningar/arbetsmaterial:

- Underlag
- Arbetsanteckningar

Detta material kan gallras vid inaktualitet.

Följande skall journalföras:

- Medgivandeblankett

- Datum för upprättande av individuell plan
- Dokumentation sker på vanligt förekommande vis av respektive huvudman och hanteras utifrån gällande lagstiftning.

Samtliga material ses som sekretesshandlingar vilket innebär att:

- **Datum** för upprättandet skall finnas med
- **Namn** på den som upprättat handlingen skall finnas med
- Materialet skall **förvaras** säkert

Var och en av dem som har tillgång till material ansvarar för god hantering; ordning och reda samt förvaring av materialet på säkert sätt.

10. Uppföljning/utvärdering

Av att målen är uppnådda ansvarar den av huvudmännen som utför insatsen, kan ibland vara båda. Samverkansträff för uppföljning och presentation av de olika aktiviteterna och måluppfyllelse är att föredra. Uppnådda gemensamma mål kan leda till en ny individuell plan med nya mål.

Den ansvarige för planen ansvarar för att planen gemensamt följs upp och att insatserna utvärderas.

11. Avvikelse

Om något i processen kring individuell plan inte fungerar eller om huvudmännen är oense om genomförandet t.ex. skall det lyftas till närmaste chef för åtgärd av aktuell huvudman.

BAKGRUND

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.

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.

Syfte

Med dokumentet är att tydliggöra skyldigheten och tillvägagångssättet då landsting och kommun skall upprätta en individuell plan.

Definitioner

Socialtjänstinsatser

Avses insatser enligt SoL eller 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.

Hälso- och sjukvård

Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) innehåller de grundläggande reglerna för all hälso- och sjukvård. Lagen är i allt väsentligt utformad som en ramlag. Den anger mål för hälso- och sjukvården och krav på god vård.

Specialistvård består av ett antal specialiteter som svarar för den specialiserade vården för länets invånare. T.ex. vuxenpsykiatri, samt barn och ungdomspsykiatri. Resursenheten för vuxenhabilitering, barn- och ungdomshabilitering.

Den enskilde

I samverkansdokumentet har vi valt att använda **den enskilde** som en benämning på patient, klient, brukare.

Närstående

Ska här ges en vid innebörd och kan förutom familj och släktingar även omfatta andra personer som den enskilde har en nära relation till, oavsett biologiskt släktskap. Det ska vara personen själv som i hög grad avgör vem/vilka som är närstående. Barn ingår också i begreppet, främst barn över tolv år som kan tänkas bli delaktiga i en planering men det måste avgöras från fall till fall.

Omfattning

Dokumentet riktar sig till berörd personal inom landstinget och kommunerna i Jämtlands län.

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

Huvudmännen bedömer och avgör om en individuell plan behövs, men det bör vara i undantagsfall som den enskilde nekas en plan när han eller hon själv anser att det behövs en sådan.

Krav på innehåll

- Mål med insatserna
- Vem ansvarar för vad
- Övergripande ansvar för planen
- Insatser från andra aktörer
- Tid för uppföljning/utvärdering, samt av vem/vilka som ska utföra detta

Individuell plan i förhållande till andra planer?

Det finns flertalet bestämmelser om skyldighet att upprätta planer. I 3b och 18 b §§ HSL föreskrivs skyldighet att planera fråga om habilitering och i lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård finns bestämmelser om vårdplanering. I LVM och LVU ställs krav på planering samt i lagen (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård och i LSS föreskrivs Individuell plan.

Den individuella planen, HSL & SoL, ska gälla generellt för alla som har behov av en sådan. Om det redan finns en plan enligt någon annan bestämmelse eller på frivillig grund, är den planen tillräcklig så länge samtliga föreskrivna krav är uppfyllda.

Ansvar/Implementering

Respektive huvudman ansvarar för att samverkansdokumentet är känt hos berörd personal och att lokala instruktioner upprättas för att tydliggöra ansvaret inom den egna

organisationen/verksamheten. Av dessa lokala instruktioner ska det tydligt framgå vem som ska göra vad.

Bilagor

Individuell plan BARN

Individuell plan VUXEN

PLANEN, Vad ska göras? O.s.v.

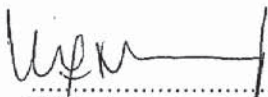
Uppföljning



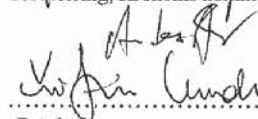
Karin Strandberg-Nilid, Jämtlands läns landsting
Nina Pålback-Silasson



Marie Sundvisson, Soc, Östersunds kommun



Ulf Norring, Krokoms kommun



Kristina Lundin, Bräcke kommun



Helen Rickardsson, Berg kommun



Lars Liljedahl, VoF Östersunds kommun



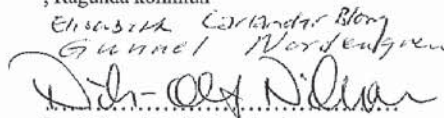
Monica Grahn, Strömsunds kommun



Lena Modigh Larsson, Åre kommun



Elisavik Carlén, Ragunda kommun



Ivan Hitterdahl, Härjedalens kommun

Nikolaus Nilsson

Bilaga 2a

Individuell plan			
För vuxen – samverkansdokument mellan landstinget och kommunerna i Jämtlands län avseende gemensam individuell planering mellan landstingets hälso- och sjukvård och kommunernas socialtjänst (3 f § HSL, 2 kap. 7 § SoL)			
Skapad av:	Gäller from:		Sida 1 (1)
Fastställd av:	Revideras den:		

Namn	Personnummer
Adress	
God man/förvaltare	Telefon
God mans/förvaltare adress	

Datum för individuell planering	Plats
---------------------------------	-------

Sammanställande	Huvudansvarig för planen
-----------------	--------------------------

Kallade/närvarande/fått exemplar av plan

NAMN	Telefon	Kallad		Närvarande vid mötet		Fått ett ex av planen	
		Ja	Nej	Ja	Nej	Ja	Nej
		☐	☐	☐	☐	☐	☐
		☐	☐	☐	☐	☐	☐
		☐	☐	☐	☐	☐	☐
		☐	☐	☐	☐	☐	☐
		☐	☐	☐	☐	☐	☐
		☐	☐	☐	☐	☐	☐
		☐	☐	☐	☐	☐	☐
		☐	☐	☐	☐	☐	☐
		☐	☐	☐	☐	☐	☐
		☐	☐	☐	☐	☐	☐

Den enskildes mål:
Kommunens mål:
Landstingets mål:
Gemensamma mål:

Samtycke till individuell plan

Ort och datum	Namnsteckning
Ort och datum	Namnsteckning
Ort och datum	Namnsteckning

Individuell plan			
För barn – samverkansdokument mellan landstinget och kommunerna i Jämtlands län avseende gemensam individuell planering mellan landstingets hälso- och sjukvård och kommunernas socialtjänst (3 f § HSL, 2 kap. 7 § SoL)			
Skapad av:	Gäller from:		Sida 1 (1)
Fastställd av:	Revideras den:		

Namn	Personnummer
Adress	
Vårdnadshavare	Telefon
Vårdnadshavarens adress	
Vårdnadshavare	Telefon
Vårdnadshavarens adress	

Datum för individuell planering	Plats
---------------------------------	-------

Sammanställande	Huvudansvarig för planen
-----------------	--------------------------

Kallade/närvarande/fått exemplar av plan

NAMN	Telefon	Kallad		Närvarande vid mötet		Fått ett ex av planen	
		Ja	Nej	Ja	Nej	Ja	Nej
		☐	☐	☐	☐	☐	☐
		☐	☐	☐	☐	☐	☐
		☐	☐	☐	☐	☐	☐
		☐	☐	☐	☐	☐	☐
		☐	☐	☐	☐	☐	☐
		☐	☐	☐	☐	☐	☐
		☐	☐	☐	☐	☐	☐
		☐	☐	☐	☐	☐	☐
		☐	☐	☐	☐	☐	☐
		☐	☐	☐	☐	☐	☐
		☐	☐	☐	☐	☐	☐
		☐	☐	☐	☐	☐	☐
		☐	☐	☐	☐	☐	☐

Den enskildes mål:
Kommunens mål:
Landstingets mål:
Gemensamma mål:

Samtycke till individuell plan

Ort och datum	Namnsteckning
Ort och datum	Namnsteckning
Ort och datum	Namnsteckning

Uppföljning SIP

Vilket kön känner du dig hemma i?

☐ Kvinna

☐ Man

☐ Annat

Vad är ditt yrke?

Antal år i yrket

☐ Mindre än 1 år

☐ 1-2 år

☐ 3-5 år

☐ 6-10 år

☐ Mer än 10 år

Antal timmar jag fått utbildning i att göra SIP (Samordnade individuella planer)

☐ Ingen utbildning

☐ Mindre än 1 timme

☐ 2-4 timmar

☐ 5-8 timmar

☐ Mer än en dag

Din organisation

☐ Psykiatrisk öppenvård

☐ Psykiatrisk slutenvård

☐ Boendestöd inom socialtjänsten

☐ Individ- och familjeomsorg inom socialtjänsten

☐ Annan del av socialtjänsten

☐ Habiliteringsverksamhet

☐ Övrigt:

Hur många samordnade planer har du deltagit i där klient medverkat och någon fler än egen organisation deltog?

☐ Ingen SIP

☐ 1 st SIP

☐ 2 st SIP

☐ 3-6 st SIP

☐ Fler än 6 st SIP

Jag vet när jag kan initiera en samordnad individuell plan

- ☐ Stämmer inte alls
- ☐ Stämmer till viss del
- ☐ Stämmer
- ☐ Stämmer ganska bra
- ☐ Stämmer helt och hållet

Jag har mycket erfarenhet av att diskutera målsättningen med vård/behandling/stöd med klient/brukare/enskild

- ☐ Stämmer inte alls
- ☐ Stämmer till viss del
- ☐ Stämmer
- ☐ Stämmer ganska bra
- ☐ Stämmer helt och hållet

Jag vill ha lång förberedelse med klienten/brukaren/den enskilde innan vi sätter oss i ett beslutsmöte

- ☐ Stämmer inte alls
- ☐ Stämmer till viss del
- ☐ Stämmer
- ☐ Stämmer ganska bra
- ☐ Stämmer helt och hållet

Jag vet och kan tillräckligt för att göra SIP tillsammans med klient/brukare/enskild och andra myndigheter

- ☐ Stämmer inte alls
- ☐ Stämmer till viss del
- ☐ Stämmer
- ☐ Stämmer ganska bra
- ☐ Stämmer helt och hållet

Jag vill helst att någon utifrån skall komma och hålla i möten där man gör SIP

- ☐ Stämmer inte alls
- ☐ Stämmer till viss del
- ☐ Stämmer
- ☐ Stämmer ganska bra
- ☐ Stämmer helt och hållet

Jag känner mig trygg i att de insatser vi kan komma att erbjuda också kan bli av

- ☐ Stämmer inte alls
- ☐ Stämmer till viss del
- ☐ Stämmer
- ☐ Stämmer ganska bra
- ☐ Stämmer helt och hållet

Jag tar gärna på mig att bli samordnare för planen och därmed ha ansvar för uppföljning, och att kalla till möte för utvärdering

- ☐ Stämmer inte alls
- ☐ Stämmer till viss del
- ☐ Stämmer
- ☐ Stämmer ganska bra
- ☐ Stämmer helt och hållet

Efter mötet lämnar vi alltid en kopia av planen till den som planen gäller för

- ☐ Stämmer inte alls
- ☐ Stämmer till viss del
- ☐ Stämmer
- ☐ Stämmer ganska bra
- ☐ Stämmer helt och hållet

I vår verksamhet kallar vi även planer utan uppföljning för SIP

- ☐ Stämmer inte alls
- ☐ Stämmer till viss del
- ☐ Stämmer
- ☐ Stämmer ganska bra
- ☐ Stämmer helt och hållet

Vi har alltid en utsedd samordnare för SIP

- ☐ Stämmer inte alls
- ☐ Stämmer till viss del
- ☐ Stämmer
- ☐ Stämmer ganska bra
- ☐ Stämmer helt och hållet

I de planer jag medverkat i känns det som att individen har fått det inflytande som han/hon/hen önskat ha

- ☐ Stämmer inte alls
- ☐ Stämmer till viss del
- ☐ Stämmer
- ☐ Stämmer ganska bra
- ☐ Stämmer helt och hållet

Övriga kommentarer