

# Samordnad Individuell Plan SIP

för barn och ungdomar

För

(Namn på barn/ungdom)

När ett barn eller en ungdom har behov av insatser både från socialtjänst och från hälso- och sjukvård, och ett behov av att samordna insatserna finns, ska kommunen tillsammans med landstinget upprätta en Samordnad Individuell Plan (SIP). Syftet är att förenkla för familjen och övriga inblandade genom att ge en överblick över vem som gör vad och när. En viktig målsättning är att deltagarna ska få en gemensam förståelse för och djupgående bild av barnets/ungdomens behov. Utgångspunkten är att planen upprättas tillsammans med familjen. Barnets delaktighet skall tas tillvara, antingen genom medverkan på mötet eller på annat sätt.

Av planen ska det framgå:

1. vilka insatser som behövs
2. vilka insatser respektive huvudman ska svara för
3. vilka åtgärder som vidtas av någon annan än kommunen eller landstinget och
4. vem av huvudmännen som ska ha det övergripande ansvaret för planen.

Lagregeln om individuell plan finns både i 2 kap. 7 § socialtjänstlagen (2001:453), SoL, och i 3 f § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL.

Enligt lagen är det socialtjänsten och hälso- och sjukvården som är skyldiga att kalla till ett SIP-möte när man bedömt att det behövs. Men kommuner och stadsdelar kan ha egna överenskommelser som anger att skolan och förskolan ska delta i och har rätt att kalla till SIP-möten om de bedömer att barnet eller den unge är i behov av det.

Myndigheter omfattas av sekretess och får inte utan medgivande lämna information till varandra. Medgivandet gäller endast sådan information som behövs för ett bra samarbete och under en viss tidsperiod. Varje deltagande verksamhet måste kunna visa en undertecknad medgivandebblankett. Den samordnande verksamheten tar originalet. Övriga medverkande får en kopia (detsamma gäller hela blanketten).

Denna blankett används när man initialt upprättar en SIP. För kommande uppföljningar använd uppföljningsblanketten.

## Medgivande

(Fylls helst i innan mötet)

För att vårdgivare, kommunens socialtjänst och andra samverkansparter ska kunna samordna de insatser som jag (barnet/den unge) är i behov av, ger jag/vi (barn/vårdnadshavare) de verksamheter som anges nedan mitt/vårt tillstånd att diskutera aktuell frågeställning.

Medgivandet gäller endast sådan information som vi kommer överens om och bara för den tid som jag/vi anger.

Jag/vi ger mitt/vårt tillstånd för verksamheterna:

Varje myndighet/vårdgivare måste kunna visa en undertecknad medgivandeblankett (original eller kopia), att den enskilde har lämnat ett giltigt samtycke.

att utbyta information och samverka kring följande frågeställning/ar:

Exempel: att stödja X att få en fungerande skolsituation, att stödja X att utveckla sociala relationer och att aktiveras.

Medgivandet gäller fram till detta datum:

Datum måste anges!

Jag/vi har rätt att när som helst ta tillbaka detta medgivande genom att kontakta:

Namn alt. enhet

Tfn

Vid återkallande underrättar angiven person/enhet verksamheterna ovan. Återkallelsen ska dokumenteras i journal.

## Undertecknande

.....  
Ort och datum

### Barn/ungdom

.....  
Namnteckning

.....  
Namnförtydligande och personnummer

### Vårdnadshavare:

.....  
Namnteckning

.....  
Namnförtydligande och personnummer

### Vårdnadshavare:

.....  
Namnteckning

.....  
Namnförtydligande och personnummer



## Samordnad individuell plan

Barnets/den unges behov och egna synpunkter

Vad fungerar bra, vad kan man bygga på för att nå en positiv förändring.

### Mål och eventuella delmål

Barnets/den unges mål

Förälders/vårdnadshavares mål

**Utifrån barnets/den unges och förälders/vårdnadshavares målformulering har samverkansparterna följande gemensamma målsättning:**

**Långsiktig målsättning** (Ex.1 att X ökar sin närvaro i skolan. Ex.2 att Y får förbättrade syskonrelationer)

**Kortsiktig målsättning** (Ex.1 att X kommer iväg till skolan på morgonen. Ex.2 att Y förbättrar sin förmåga att hantera konflikter)

# Aktuell planering

Datum

**Konkreta insatser. Vem/vilken aktör är ansvarig för att insatserna genomförs.**  
Kostnadsansvaret följer ansvaret för insatserna.

Vad ska göras?	Tidsperiod Fr.o.m. – t.o.m.	Namn – ansvarig	Verksamhet

## Barnet/ungdomens synpunkter

## Tid för uppföljning

Planeras till: Datum:

Tid:

Plats:

Samordnande huvudman för planen:

Tolkbeställning:

# Undertecknad har godkänt planen

Ort .....

Datum.....

.....  
Namnteckning **barn/ungdom**

.....  
*Namnförtydligande*

.....  
Namnteckning **vårdnadshavare 1**

.....  
*Namnförtydligande*

.....  
Namnteckning **vårdnadshavare 2**

.....  
*Namnförtydligande*

## UNDERSKRIFTER FRÅN MÖTETS DELTAGANDE VERKSAMHETER

**Namnteckning:** .....

.....  
Namnförtydligande

**Namnteckning:** .....

.....  
Namnförtydligande

**Namnteckning:** .....

.....  
Namnförtydligande

**Namnteckning:** .....

.....  
Namnförtydligande

**Namnteckning:** .....

.....  
Namnförtydligande

**Namnteckning:** .....

.....  
Namnförtydligande

**Namnteckning:** .....

.....  
Namnförtydligande

**Namnteckning:** .....

.....  
Namnförtydligande

**Namnteckning:** .....

.....  
Namnförtydligande

**Namnteckning:** .....

.....  
Namnförtydligande

**Namnteckning:** .....

.....  
Namnförtydligande

**Namnteckning:** .....

.....  
Namnförtydligande

**Namnteckning:** .....

.....  
Namnförtydligande

**Namnteckning:** .....

.....  
Namnförtydligande