

Rutiner vid driftstörning på Prator

Vid avbrott eller driftstörning av kommunikationssystemet Prator, som gör att systemet inte kan användas för att skicka meddelanden mellan slutna vården inom regionen, kommunerna och regionens öppna vård, ska muntlig kommunikation ske via telefon mellan berörda aktörer för att säkerställa samordning sker på säkert sätt.

Om Prator ligger nere en längre tid är det viktigt att följa nedan rutin och dokumentera vad som är gjort.

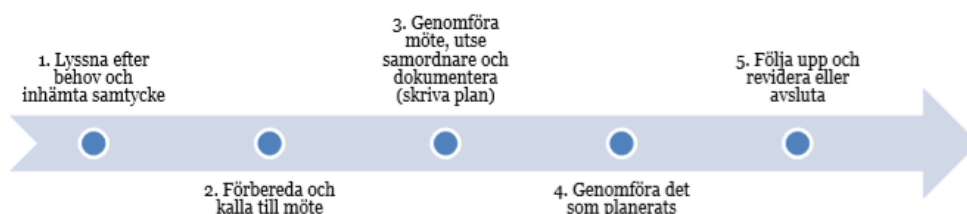
När systemet åter är i drift skall all information som skett manuellt läggas in i Prator.

Meddelande för Samordnad Individuell Plan (SIP)

Samordnad individuell plan, SIP, beskriver det samordnade stöd och de insatser som den enskilde har behov av från både socialtjänsten och hälso- och sjukvården. SIP görs tillsammans med den enskilde och är fokuserad på en enskild individs specifika behov.

I SIP modulen i Prator ges möjligheten att dokumentera alla stegen från samtycke, kallelse, deltagare i planeringsarbete och upprättande av plan och uppföljning och avslut av den.

Övergripande processbeskrivning för Samordnad Individuell Plan



Stödblanketter för

- **Upprättande av SIP**
- **Uppföljning och utvärdering av planerade mål och aktiviteter**

återfinns på sidan 3-6 nedan och kan vid behov skrivas ut och användas som hjälp vid möten

Checklista – Samordnad individuell Plan (SIP)

Checklistan kan användas i sin helhet eller endast del av den beroende på vad som är aktuellt vid tidpunkten när systemet ligger nere.

Patient person nr:	
Namn	

Initiativ

SIP initierat av:	Namn: _____ Titel: _____ Datum: _____										
Samtycke inhämtat:	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Menprövning <input type="checkbox"/> av: _____ Titel: _____ Datum: _____										
Informerat till:	<table border="1"> <tr> <td>Aktörer:</td> <td>Sign:</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> </table>	Aktörer:	Sign:	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Aktörer:	Sign:										
<input type="checkbox"/>											
<input type="checkbox"/>											
<input type="checkbox"/>											
<input type="checkbox"/>											

Kallelse till Samordnad Individuell plan

Kallat av:	Namn: _____ Titel: _____ Datum: _____																
Kallade:	<table border="1"> <tr> <td>Aktörer:</td> <td>Sign:</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Övriga deltagare:</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> </table>	Aktörer:	Sign:	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		Övriga deltagare:		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Aktörer:	Sign:																
<input type="checkbox"/>																	
<input type="checkbox"/>																	
<input type="checkbox"/>																	
<input type="checkbox"/>																	
Övriga deltagare:																	
<input type="checkbox"/>																	
<input type="checkbox"/>																	

Kallelse till uppföljning av Samordnad Individuell plan

Kallat av:	Namn: _____ Titel: _____ Datum: _____																
Kallade:	<table border="1"> <tr> <td>Aktörer:</td> <td>Sign:</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Övriga deltagare:</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> </table>	Aktörer:	Sign:	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		Övriga deltagare:		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Aktörer:	Sign:																
<input type="checkbox"/>																	
<input type="checkbox"/>																	
<input type="checkbox"/>																	
<input type="checkbox"/>																	
Övriga deltagare:																	
<input type="checkbox"/>																	
<input type="checkbox"/>																	

Kallelse till Utvärdering och avslut av Samordnad Individuell plan

Kallat av:	Namn: _____ Titel: _____ Datum: _____																
Kallade:	<table border="1"> <tr> <td>Aktörer:</td> <td>Sign:</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Övriga deltagare:</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> </table>	Aktörer:	Sign:	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		Övriga deltagare:		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Aktörer:	Sign:																
<input type="checkbox"/>																	
<input type="checkbox"/>																	
<input type="checkbox"/>																	
<input type="checkbox"/>																	
Övriga deltagare:																	
<input type="checkbox"/>																	
<input type="checkbox"/>																	

Stödblankett för dokumentation vid Samordnad Individuell Plan (SIP)

Datum: _____

Personuppgifter:

Namn:			
Personnummer:			
Adress:			
Postnummer och Ort:			
Telefon:			
e-post:			
Samtycke inhämtat från den enskilde:	Ja <input type="checkbox"/>	Datum: _____	
	Samtycke inhämtat från Vårdnadshavare/annan företrädare. av: Namn: _____ Samtycket är inhämtat av verksamhetsföreträdare av: Namn: _____ Roll: _____		

Närvarande:

Den enskilde deltog på mötet:	Ja <input type="checkbox"/>
--------------------------------------	-----------------------------

Verksamhetsföreträdare:

Namn:	Enhet	Roll	Telefon	Närvarande Ja / Nej

Övriga deltagare:

Namn:	Relation till den enskilde	Kontaktuppgifter	Närvarande Ja / Nej

Mål och aktiviteter:

Namn:	
Personnummer:	

Min nuvarande situation är:

--

Mål och Aktiviteter:

Mål:
Vad är jag bra på:
Vad kan hindra mig:
Aktivitet, ansvarig och tid för uppföljning:
Aktivitet, ansvarig och tid för uppföljning
Aktivitet, ansvarig och tid för uppföljning

Vid behov av fler mål och aktiviteter skriv ut fler exemplar av denna sida.

Samordningsansvarig (Namn och kontaktuppgifter):

--

Datum för utvärderingsmöte. Samordningsansvarig är sammankallande.

Datum:	Tid:	Plats:
---------------	-------------	---------------

Stödblankett för Uppföljning och utvärdering av planerade mål och aktiviteter

Datum: _____

Personuppgifter:

Namn:			
Personnummer:			
Adress:			
Postnummer och Ort:			
Telefon:			
e-post:			

Närvarande:

Den enskilde deltog på mötet:	Ja <input type="checkbox"/>
--------------------------------------	-----------------------------

Verksamhetsföreträdare:

<i>Namn:</i>	<i>Enhet</i>	<i>Roll</i>	<i>Telefon</i>	<i>Närvarande Ja / Nej</i>

Övriga deltagare:

<i>Namn:</i>	<i>Relation till den enskilde</i>	<i>Kontaktuppgifter</i>	<i>Närvarande Ja / Nej</i>

Samordningsansvarig (Namn och kontaktuppgifter):

--

Namn:	
Personnummer:	

Uppföljning av plan

Mål:
Aktivitet, ansvarig, måluppfyllelse och datum:
Aktivitet, ansvarig, måluppfyllelse och datum:
Aktivitet, ansvarig, måluppfyllelse och datum:

Utvärdering:

--

Beskriv eventuellt fortsatt behov av samordningsträffar

--

Ansvarig för kallelse till ny Samordnad Individuell Plan

--