

Individuell plan på den enskildes villkor

Del 2

Planer enligt LSS och HSL i praktiken

Socialstyrelsen klassificerar från och med år 2001 sin utgivning i olika dokumenttyper. Detta är ett **Underlag från experter**. Det innebär att det bygger på vetenskap och/eller beprövad erfarenhet som tas fram av huvudsakligen externa experter på uppdrag av Socialstyrelsen. Experternas material ger underlag till myndighetens ställningstaganden. Författarna svarar själva för innehåll och slutsatser.

ISBN 91-7201-535-7

Artikelnr 2001-123-29

Tryck: Norstedts Tryckeri AB, Stockholm, juni 2001

Förord

Detta är den andra rapporten i Socialstyrelsens utvecklings- och informationsprojekt "*Individuell plan på den enskildes villkor*". Våren 2000 genomfördes en probleminventering kring användandet av individuell plan enligt 10 § Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS. Denna redovisas i en särskild rapport. Socialstyrelsen har fått ett regeringsuppdrag att förstärka och intensifiera sina rådgivnings- och informationsinsatser till båda huvudmännen angående individuella planer. Därför har projektet breddats till att omfatta både individuella planer enligt LSS och individuella habiliterings- och rehabiliteringsplaner enligt 3 b och 18 b §§ hälso- och sjukvårdslagen, HSL.

Syftet med denna rapport är att den ska utgöra ett praktisk stöd och en vägledning i arbetet med individuella planer. Rapporten vänder sig främst till alla som är berörda av individuella planer nämligen samordnare av den enskildes plan, brukare och eventuella företrädare för dessa samt till chefer och beslutsfattare i kommuner och landsting.

Med utgångspunkt från resultaten av projektets båda första steg kommer det fortsatta arbetet att inriktas på att fördjupa kunskapen om individuella habiliterings- och rehabiliteringsplaner enligt HSL, förankra resultaten generellt på beslutsfattande nivå och föra ut och sprida kunskap om användandet och värdet av individuella planer.

För arbetet och sammanställningen av rapporten har Socialstyrelsens enhet för handikappfrågor anlitat *Ann-Marie Stenhammar*, utredare. Arbetet har bedrivits från mitten av september 2000 till slutet av februari 2001 och har genomförts i samarbete med den referensgrupp (bilaga 1) som aktivt följer hela projektet samt med projektets ledningsgrupp.

Ledningsgruppen från Socialstyrelsen har bestått av *Ulla Clevnert* (projektansvarig), *Leif Näfver*, som från februari år 2001 ersatts av *Peter Brusén*, och *Roland Håkansson* från enheten för handikappfrågor. *Christina Rörby* från enheten för medicinsk kvalitetsutveckling har också ingått och dessutom genomfört redovisningen i rapporten av landstingsenkäten. *Kerstin Westergren* och *Pieter Langlet* från Socialtjänstavdelningens statistikenhet samt *Göran Engholm* från Hälso- och sjukvårdsavdelningen har medverkat som sakkunniga i statistikfrågor. Representanter från Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet har följt arbetet.

Peter Brusén
Enhetschef
Enheten för handikappfrågor

Mats Ribacke
Enhetschef
Enheten för medicinskt kvalitetsutveckling

Innehåll

FÖRORD	3
SAMMANFATTNING	7
INLEDNING	11
BAKGRUND OCH UTGÅNGSPUNKTER	11
<i>Resultat från probleminventeringen, steg ett</i>	11
<i>Benämningar och definitioner i rapporten</i>	12
<i>Perspektiv</i>	13
<i>Förändring och förankring</i>	13
SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR	14
METODER OCH TILLVÄGAGÅNGSSÄTT	14
RESULTATREDOVISNING	18
RESULTAT	19
INDIVIDUELL PLAN ENLIGT LSS	19
<i>Arbetsprocess och dokumentation - hur går det till?</i>	19
<i>Handläggaren i fokus - erfarenheter från en stadsdel</i>	28
<i>Hur många har en individuell plan enligt LSS?</i>	32
<i>Många andra planer inom kommunen</i>	35
<i>Förutsättningar för arbetssättet</i>	36
INDIVIDUELLA HABILITERINGS- OCH REHABILITERINGSPLANER	40
<i>Sara och Angelica</i>	41
<i>Aspekter på individuella habiliterings- och rehabiliteringsplaner</i>	43
<i>Landstingsenkäten</i>	45
LSS OCH HSL – GEMENSAMMA FRÅGOR OCH JÄMFÖRELSE.....	54
<i>Individens plan – eller personalens?</i>	54
<i>Utbildning och fortbildning efterfrågas</i>	55
<i>Önskemål om förtydliganden i lagen</i>	56
<i>Alla dessa planer</i>	56
<i>I Danmark och Norge</i>	58
DISKUSSION	59
<i>Viss ökning av antalet individuella planer</i>	59
<i>Planernas kvalitet</i>	60
<i>Planer enligt socialtjänstlagen saknas</i>	63
<i>Slutsatser</i>	63
<i>Fortsatt arbete</i>	64
REFERENSER	65
BILAGOR	67

Sammanfattning

Undersökningens syfte är att underlätta användandet av individuella planer enligt LSS och individuella habiliterings- och rehabiliteringsplaner enligt HSL. Fler personer än idag ska få nytta av en individuell plan på sina villkor. En individuell plan kan fungera som verktyg för den enskildes delaktighet och inflytande över sin egen situation. Undersökningen har genomförts ur den enskildes perspektiv där brukaren eller dennes företrädare definierat innebörden av en individuell plan av god kvalitet. För att belysa hur väl fungerande individuella planer kommer till stånd har undersökningen även utgått från de professionellas perspektiv.

Undersökningens resultat har till stora delar bekräftat och i vissa fall fördjupat kunskapen om de förutsättningar och hinder som framgick av probleminventeringen¹. Den tidigare inventeringen omfattade endast individuella planer enligt LSS medan denna undersökning även innefattar individuella habiliterings- och rehabiliteringsplaner enligt HSL.

För att belysa individuell plan enligt LSS har både kvalitativa och kvantitativa metoder använts. Resultaten som berör habiliterings- och rehabiliteringsplaner enligt HSL baseras huvudsakligen på kvantitativa data. Materialet är inte tillräckligt omfattande för att det ska gå att dra generella slutsatser. Överensstämmelsen mellan probleminventeringen och resultaten från denna undersökningens olika delstudier gör dock att några tydliga tendenser kan urskiljas och ett fortsatt utvecklingsarbete kring individuella planer bedöms angeläget.

Individuell planering utgör i sig ingen lösning men är ett strukturerat sätt att lösa problem, förändra situationer och ha framförhållning.

En viss ökning – men fortfarande ett sällsynt arbetssätt

Den första november 2000 hade ca 2 400 personer en IP enligt LSS vilket utgör 5 procent av det totala antalet personer med LSS-insatser från kommunen. Vid jämförelse med antalet personer som hade IP 1998 tycks en viss ökning ha skett. Att det kan tyda på en reell ökning stärks av att det var färre kommuner år 2000 som uppgav att de inte medverkat till att upprätta någon plan än två år tidigare.

En viss ökning av antalet habiliterings-/rehabiliteringsplaner inom olika verksamheter mellan uppföljningen 1998 och den nu aktuella tycks även ha skett. Till exempel saknade sju landsting av 26 planer inom barn- och ungdomshabilitering 1998, medan samtliga landsting hade planer inom området 2000. Landstingen/motsvarande tycks ha påbörjat att utveckla arbetet med individuella planer inom vissa verksamheter. Det finns stora skillnader mellan landstingen och framförallt mellan olika verksamhetsområden. Medvetenheten om skyldigheten att upprätta individuella habiliterings-/rehabiliteringsplaner tycks ha ökat under senare år.

Att individuell plan enligt LSS används förhållandevis sällan kan ha flera orsaker. En är att det finns många andra planer i kommunerna och inom hälso- och sjukvården som ansvariga anser ersätter individuell plan enligt LSS (IP). Det finns också viss förvirring kring vad olika planer innebär. En otydlighet i handläggarnas funktion kan även göra att

¹ Socialstyrelsen (2000). "Individuell plan på den enskildes villkor" En probleminventering om individuell plan enligt LSS. Underlagsrapport. (2000-00-075)

LSS-handläggare drar sig för att initiera IP. Handläggarna saknar information och utbildning om vad IP innebär och vilken nytta den kan ha både för den enskilde och för huvudmannen. Detta är i sin tur en anledning som anges till att brukare som kan efterfråga IP har bristande kunskaper och saknar information om individuell plan. Att den enskilde saknar företrädare, som vid behov kan ta initiativ till att en IP upprättas, är ytterligare en orsak till att IP enligt LSS sällan används.

Individuell plan kan ge en kvalitetshöjning av insatserna

Både brukare och samordnare har visat att individuell planering och dokumentation underlättar samordning av insatser och samverkan mellan olika verksamheter, även när brukaren har flera olika planer. Många professionella beskriver även yrkesmässiga vinster genom individuell planering. Samarbetet genom IP ger t ex ökad kompetens, tidsvinster och dessutom kan kommunen ha nytta av IP i sin planering av framtida insatser och i sitt kvalitetssäkringsarbete. Kvalitetshöjningen i verksamheten genom IP kan bland annat ske genom att:

- ❑ olika aktörer samverkar i stödet till den enskilde och bidrar med kunskap inom olika områden. Genom detta blir samordnarna *skickligare att förstå och bedöma den enskildes samlade behov*. För de professionella aktörerna blir den egna yrkesrollen mer tydlig och förståelsen för andras insatser ökar när dessa kan betraktas i ett sammanhang.
- ❑ deltagarna – utöver brukaren – bör ha mandat att fatta beslut. Detta och en samlad överblick – *kan göra processen snabb och flexibel*. Noggranna förberedelser som t ex en tydlig inbjudan gör att alla medverkandes roller blir tydliga. Samordnarfunktionen är central bland annat för att tillse att brukarens perspektiv är i centrum under hela mötet. Andra planer som t ex boendeplan, habiliteringsplan kan mer i detalj ange hur personalen i resp. verksamhet skall arbeta för att uppnå målen i IP.
- ❑ *tydliga mål och delmål kan formuleras* – det gäller både konkreta och kortsiktiga mål liksom mer långsiktiga visioner. Av planen framgår vem som gör vad, när det som överenskommit skall vara klart och när uppföljning och utvärdering ska göras. IP innebär avlastning för den enskilde, företrädare och barnets föräldrar genom att andra personers ansvar tydliggörs. På så sätt minimeras behovet av diskussioner och kontakter mellan planeringstillfällena.

En bra individuell plan är den enskildes verktyg

Individuell planering är inget arbetssätt som förändrar alla situationer i önskvärd riktning eller löser alla problem. Arbetssättet kan vara ett värdefullt verktyg för brukarens inflytande och självbestämmande om processen styrs av den enskildes behov och önskemål. Speciellt om arbetssättet genomsyrar allt arbete som rör brukarens livssituation.

Individuell planering handlar om bemötande och förhållningssätt. I denna rapport diskuteras individuella planer ur två olika lagstiftningars perspektiv, LSS respektive HSL. Frågan om hur dessa förhåller sig till varandra kan inte helt besvaras – det finns både skillnader och likheter. Likheter finns framförallt i vad som utmärker en god arbetsprocess och dokumentation så att individen uppfattar planen som sin. Några andra egenskaper hos en god individuell planering enligt LSS och HSL är att:

- ❑ *uppföljningsmöten* genomförs där det framgår vad man gjort av det som bestämts liksom att *utvärdering* görs av de effekter som planens åtgärder haft för den enskilde och dennes familj. Utan dokumentation är uppföljning och utvärdering inte möjlig! Ett väl genomfört arbete underlättar att se tillbaka och konstatera vad som hänt – eller inte hänt!
- ❑ den person som informerar om och samordnar den individuella planeringen har *kunskap och kompetens om arbetssättet*. Det finns stor efterfrågan på utbildning, fortbildning och i viss mån även av modeller för arbetsprocessen vid individuell planering.
- ❑ *den enskilde ges inflytande och möjligheter att påverka faktorer* som rör den egna livssituationen. Det leder till självtillit, en egen förmåga att hantera och lösa problem och ett ökat välbefinnande. Brukarens ökade självbestämmande och möjlighet att i god tid planera framåt är några positiva effekter av en väl genomförd individuell planering.

Några grundläggande förutsättningar för en individuell planering

Förutsättningarna kan delas upp i två kategorier. Dels aspekter på relationen och *samarbetet mellan brukare och samordnare*. Ett förtroendefullt samarbete mellan dem är ett mycket viktig – om inte det viktigaste – villkoret för en lyckad planeringsprocess och en användbar plan. Det handlar om ett grundläggande förhållningssätt. Dels förutsättningar som rör *organisation och resurser* för att handläggaren ska kunna utföra ett gott arbete genom IP. Några ytterligare omständigheter som gynnar en positiv utveckling:

- ❑ *Enbart kompetenshöjande aktiviteter räcker inte* för att fler än idag ska få en individuell plan, enligt LSS. Det finns visserligen primärt ett stort behov av kunskap om arbetssättet, både inom kommuner och landsting. Men det måste också finnas förutsättningar i form av tillräckligt med tid och att arbetssättet är förankrat på kommun/kommundelnivå. Förstärkta resurser kan behövas liksom möjlighet till fortbildning och handledning.
- ❑ *Samordnaren måste ha motivation, kompetens och ges möjlighet* att arbeta med den enskildes behov i centrum. Mötesordföranden måste ha en förmåga att hela tiden ha brukarens perspektiv i centrum. De mål, önskemål och behov som föräldrar och brukare framför kan alltså inte ifrågasättas – även om de kanske inte alltid kan infrias!.

Egentligen är tillvägagångssättet enkelt!

Att samarbeta med hjälp av IP handlar om att på ett strukturerat sätt utifrån brukarens önskemål gemensamt ta reda på:

- ❑ hur det är nu
- ❑ hur det borde vara – formulera mål
- ❑ planera och bestämma hur man når dit
- ❑ under hand följa upp hur det fungerar
- ❑ värdera om effekten blev som planerat – d.v.s. om målen uppnåtts
- ❑ eventuellt revidera planen

Ökat inflytande och självbestämmande, delat samordningsansvar och möjlighet att i god tid planera framåt är några resultat som en väl genomförd individuell planering kan ge. Handläggarens egen motivation, kompetens och förutsättningar är centrala för att de brukare som önskar ska få en individuell plan av god kvalitet. Behovet av utbildning, fortbildning och vägledande information om arbetssättet både inom landsting och kom-

muner är stort. Det måste också finnas organisatoriska förutsättningar för LSS-handläggaren att arbeta på det processinriktade sätt som en individuell planering och dokumentation kräver.

Undersökningen visar att individuell plan är ett levande instrument som ska styras av den enskildes behov i olika livssituationer. Individuell plan ska användas flexibelt och följa de förändringar och svängningar som förekommer i människors livssituationer.

Ett fortsatt utvecklingsarbete behövs

Det fortsatta arbetet

kommer dels att inriktas på att fördjupa kunskapen om vad som är kvalitet i individuella habiliterings- och rehabiliteringsplaner enligt HSL, dels på vilket sätt arbetsmetoden kan förankras på beslutsfattande nivå. Dessutom kommer projektet tillsammans med intresserade kommuner, handikapporganisationer, länsstyrelser samt landsting att föra ut och sprida kunskap om de resultat som hittills finns.

Planer enligt socialtjänstlagen saknas.

Personer som inte omfattas av LSS och som inte heller har kontakt med habilitering/rehabilitering saknar det rättsliga stöd som en individuell plan kan utgöra. Det kan beröra barn, ungdomar och vuxna med DAMP/ADHD och liknande diagnoser. Krav på samverkan mellan olika verksamheter vid insatser till enskilda finns förutom i LSS och HSL även i socialtjänstlagen (SoL). Enligt SoL skall planering utformas tillsammans med den det berör, men det finns inget krav på dokumentation. Frågan har uppmärksamats av ”Utredningen om bemötande av äldre” som i slutbetänkandet² föreslog att den enskilde skulle kunna begära en individuell plan med beslutade och planerade insatser inom socialtjänsten. Enligt förslaget skulle regleringen tas in i socialtjänstlagen. Förslaget har dock inte lett till någon ändring i lagen.

Denna undersökning

består av flera delar och har genomförts i samarbete med företrädare för flera olika perspektiv: brukare, praktiker inom socialtjänst respektive hälso- och sjukvård och representanter från två avdelningar inom Socialstyrelsen, Socialtjänst- respektive Hälso- och sjukvårdsavdelningen,. Då ett av syftena med individuell plan är samverkan på brukarens villkor har projektet haft som målsättning att genomföra och presentera resultatet av planer enligt LSS respektive HSL i ett och samma sammanhang. Arbetet har tidvis kantats av många och långa diskussioner. Det resultat som presenteras är frukten av ett utmanande och utvecklande samarbete vilket kan ses som en parallellprocess till arbetet med en brukares individuella plan eller planer.

”Livet är inte ett problem som ska lösas utan en verklighet som ska upplevas.”
(Sören Kierkegaard)

² SOU 1997:170. ”Bemötande av äldre”. (Omnämns i Betänkandet av Samverkansutredningen)

Inledning

Bakgrund och utgångspunkter

Individuell plan enligt 10 § LSS har inte fått den genomslagskraft som lagstiftaren förväntade. Detta var anledningen till att Socialstyrelsen tillsammans med länsstyrelserna initierade ett utvecklingsarbete hösten 1999. Det resulterade i den probleminventering som genomfördes år 2000. Resultatet finns redovisat i Socialstyrelsens underlagsrapport Individuell plan på den enskildes villkor³.

Våren 2000 fattade Riksdagen beslut om propositionen Från patient till medborgare (1999/2000:79). I propositionen bedömde regeringen att Socialstyrelsen noga bör följa utvecklingen ”när det gäller kommunernas och landstingens arbete med individuella planer enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) samt individuella habiliterings- och rehabiliteringsplaner enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL, för personer med funktionshinder”.

Enligt regleringsbrevet för budgetåret 2001 har Socialstyrelsen regeringens uppdrag att redovisa på vilket sätt myndigheten har förstärkt och intensifierat sina rådgivnings- och informationsinsatser till kommuner och landsting om handläggningen av och modeller för individuella planer enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) och hälso- och sjukvårdslagen (HSL). Syftet är att fler kommuner och landsting skall upprätta sådana planer.

Denna undersökning, steg två i projektet, omfattar alltså även individuella habiliterings- och rehabiliteringsplaner enligt 3 b och 18 b §§ HSL. En av probleminventeringens¹ utgångspunkter var de syften som finns beskrivna i förarbetena till LSS, den enskildes möjlighet till inflytande och stöd i samordning. På motsvarande sätt är förarbetena till de lagändringar i HSL, som genomfördes i samband med handikappreformen 1994, vägledande för det fortsatta arbetet. I regeringens proposition Stöd och service till vissa funktionshindrade⁴ framhålls att ”den enskilde bör få rätt till en individuell plan för sin habilitering eller rehabilitering. Planen bör utgå från den enskildes egna mål, behov och intressen”.

Resultat från probleminventeringen, steg ett

Föregående undersökning, probleminventeringen, visade att individuell plan (IP) enligt LSS, rätt använd, ökar den enskildes och familjens inflytande över den egna tillvaron. Det framgick att individuella planer är värdefulla och innebär vinster även för handläggaren i hennes/hans arbete och troligen även för kommunföreträdare. Resultatet visade dock att det finns hinder för att en IP ska vara det verktyg för brukarens inflytande och självbestämmande som lagstiftningen avser. En del av problematiken kan härledas till oklarheter om vad en individuell plan anses vara, bland annat fanns det skillnader mellan brukares/företrädares tolkningar och de professionellas. Det fanns också oklarheter om vad brukarens inflytande bör omfatta och vad den samordnande funktionen kan in-

³ Socialstyrelsen. ”Individuell plan på den enskildes villkor. En probleminventering om individuell plan enligt LSS”. Underlagsrapport. (2000-00-075)

⁴ Regeringens proposition 1992/93:159 ”Stöd och service till vissa funktionshindrade”

nebära. Förutom att innebörden av IP var otydlig försvårades handläggares arbete av brist på stöd och tidsmässiga resurser. Tillgängliga resurser och ekonomiska ramar i stället för brukarens önskemål och behov påverkar också arbetet med IP.

Probleminventeringen visade att handläggarens förhållningssätt och möjligheter är centrala för ett gott resultat. Merparten av problem och hinder har sin motsvarighet i förutsättningar. Dessa är av både relationsmässig och av organisatorisk natur och kan sammanfattas på följande sätt: Förutsättning att genomföra en individuell planering av god kvalitet har den LSS-handläggare som är kompetent, motiverad, inser nyttan med en IP och har ett förhållningssätt som präglas av insikten att brukaren själv bäst känner sina önskemål och behov. Handläggaren behöver dessutom ha tid för arbetet och stöd för detta i organisationen. Hur planeringsprocess och dokumentation bör gå till styrs av brukarens olika skäl att begära en IP enligt LSS. För fylligare bakgrund hänvisas till den första rapporten.

Benämningar och definitioner i rapporten

På liknande sätt som i probleminventeringen, kommer fortsättningsvis begreppen ”brukare” att användas för den person som har en funktionsnedsättning och ”företrädare” för föräldrar och gode män. Angående IP enligt LSS står ”handläggare” alternativt ”samordnare” för den person som är brukaren behjälplig med IP oavsett om det gäller LSS-handläggare, kurator från Råd och Stöd enhet eller annan. ”Samordnare” används för den person som samordnar och upprättar brukarens individuella habiliterings- eller rehabiliteringsplan enligt HSL.

Både LSS och HSL

Probleminventeringen, steg ett, berörde endast planer enligt LSS. Nuvarande undersökning, steg två, omfattar även individuella habiliterings- och rehabiliteringsplaner enligt HSL. Granskningen av habiliterings- rehabiliteringsplaner är i denna undersökning i huvudsak kvantitativ och en fördjupning, liknande den som gjorts för IP enligt LSS, kommer att genomföras i arbetets nästa steg som sker under år 2001.

Definitioner av IP enligt LSS respektive individuella habiliterings- och rehabiliteringsplaner enligt HSL redovisas nedan.

Individuell plan enligt LSS

I 10 § LSS anges att:

”I samband med att insats enligt denna lag beviljas kan den enskilde begära att en individuell plan med beslutade och planerade insatser upprättas i samråd med honom. I planen skall även redovisas åtgärder som vidtas av andra än kommunen eller landstinget. Planen skall fortlöpande och minst en gång per år omprövas. Landsting och kommun skall underrätta varandra om upprättade planer.”

Individuell habiliterings- och rehabiliteringsplan enligt HSL

Lagtexten om individuella habiliterings- och rehabiliteringsplaner enligt 3 b och 18 b §§ HSL lyder:

"Habilitering eller rehabilitering samt tillhandahållande av hjälpmedel skall planeras i samverkan med den enskilde. Av planen skall planerade och beslutade insatser framgå."

Enligt propositionen⁵ framhålls att planen bör utgå från den enskildes egna mål, behov och intressen. Den bör omfatta olika behov som kan tillgodoses genom insatser från flera kompetensområden och genom flera verksamheter samt vara utformad så att den ger möjlighet till uppföljning, utvärdering och förändringar.

Perspektiv

Den föregående studien hade "brukarperspektivet" som utgångspunkt vilket i huvudsak var representerat av föräldrar till barn och ungdomar och andra företrädare. Att endast några få personer med eget funktionshinder deltog var en svaghet. Även i denna studie innebär "brukarperspektiv" att brukarna eller deras företrädare definierar innebörden av en individuell plan med kvalitet. Likaså är det brukarna/företrädarna som beskriver vilka faktorer som är avgörande för att en person eller en familj ska anse sig ha nytta av sin individuella planering och plan.

I ett utvecklingsarbete som syftar till förändring är det troligen väsentligt att förstå en företeelse ur olika perspektiv. Antagandet stärks av Wilhelmson⁶ som menar att utifrån vars och ens perspektiv, i relation till en verksamhet, är det vissa aspekter av fenomenet ifråga som kommer i förgrunden medan andra träder tillbaka eller inte alls framträder. Hon uttrycker det som att "var och en av oss har olika sanningar, om den gemensamma omvärlden". Förutom brukares eller deras företrädares synsätt belyser undersökningen därför även handläggares/samordnares, chefers och beslutsfattareshets perspektiv.

Förändring och förankring

Studiens metodval och genomförande utgår ifrån att det finns vissa faktorer som underlättar förändringar och förankring på olika nivåer. Arbetssättet individuell planering förväntas framöver användas i större utsträckning och komma fler till del. Därför kan användandet av IP sägas vara en sådan förändring. Nedanstående faktorer grundar sig på en modell för förändringsprocesser som, i samband med ett projekt kring förändring i offentlig verksamhet⁷, tagits fram av FUB:s forskningsstiftelse. Modellen bygger på erfarenheter från forskare⁸ som anser att förändringar i organisationer eller system är mycket svåra att uppnå om inte alla involverade parter stöder förändringsprocessen.

⁵ Regeringens proposition 1992/93:159 "Stöd och service till vissa funktionshindrade"

⁶ Wilhelmson, L. (2001). "Samtal för förändring av perspektiv" i Montgomery, H&Qvarsell, B.

"Perspektiv och förståelse. Att kunna se från olika håll. Carlsson. Stockholm.

⁷ Göransson, K. (2000). "Om alla är lika skulle det inte vara roligt. Samverkan mellan särskola och grundskola". ala, FUB:s forskningsstiftelse.

⁸ Andersson, B.L. /1993). The stages of systematic change. *Educational Leadership*, 51, s. 14-17.

O'Neil, J. (1993). Turning the system on its head. *Educational Leadership*, 51(1), s. 8-11.

Förändringsfaktorer:

- Förändringar med ”påbud uppifrån” har svårare att förankras och utvecklas än om målet för förändringarna och åtgärderna formuleras gemensamt
- Ju fler ”aktörer” på olika nivåer som deltar i förändringen desto större är chansen att förändringsarbetet förankras och utvecklas
- Ju fler ”aktörer” på olika nivåer som upplever en vinst med förändringarna desto större sannolikhet att de slår rot och blir varaktiga

Syfte och frågeställningar

Ett syfte är att visa vägar som underlättar användandet av individuell plan så att fler personer får nytta av arbetsmetoden. För habiliterings- och rehabiliteringsplaner gäller att beskriva nuläget, i huvudsak kvantitativt. Följande är de viktigaste frågeställningarna:

- Hur uppfattar brukare/företrädare respektive professionella innebörden av IP enligt LSS respektive individuella habiliterings- och rehabiliteringsplaner enligt HSL?
- Hur förhåller sig dessa planer till varandra och till andra förekommande planer? Exempel på goda erfarenheter, samband mellan planer och eventuella svårigheter.
- Vad utmärker en individuell plan av god kvalitet och vilka förutsättningar är viktiga för att en sådan ska komma tillstånd?
- Vilka tids-, kunskaps- och problemlösningssvinster innebär arbetssättet för brukare, tjänstemän respektive kommunföreträdare?
- Vilka faktorer underlättar respektive hindrar arbetet med rehabiliterings- och habiliteringsplaner enligt HSL?
- Finns det behov av förändring, förtydligande och/eller komplettering av lagstiftning?
- I vilken utsträckning förekommer individuella planer enligt LSS respektive individuella habiliterings- och rehabiliteringsplaner enligt HSL?

Metoder och tillvägagångssätt

För att kunna besvara frågeställningarna har flera delprojekt genomförts med delvis olika metoder, både kvalitativa och kvantitativa.

Intervjuer om goda erfarenheter

Intervjuerna inriktades på att ur olika perspektiv belysa viktiga faktorer och förutsättningar för välfungerande planeringsprocess och dokumentation. Vidare hur samordning mellan den enskildes olika planer fungerar samt om behov finns av förtydligande i styrdokument. Dessutom har avsikten varit att få information om hur IP enligt LSS respektive individuella habiliterings- och rehabiliteringsplaner enligt HSL uppfattades. Såväl förutsättningar för kontakten mellan brukaren/företrädaren och samordnaren som organisatoriska villkor har studerats. Delprojekten utgår från antagandet att om brukaren/företrädaren är nöjd och anser sig ha nytta av den individuella planen är förmodligen den person som upprättar och samordnar planen engagerad och motiverad att använda sig av arbetsmetoden individuell planering. Ytterligare ett led i antagandet är att om handläggarens chef inser nyttan med arbetssättet ser hon/han till att förutsättningar finns.

Genomförande

Kontakt med ”nöjda” brukare och företrädare har framför allt sökts via annonser i handikapporganisationernas tidningar. Cirka fyrtio personer, både brukare/företrädare och professionella hörde av sig. Utöver de brukare och företrädare som intervjuades hade ytterligare ca tio personer goda erfarenheter. Andra hade frågor kring rättigheter, skyldigheter, praktisk handläggning samt om definitioner av vad som är vad. En del beskrev sitt missnöje med att inte ha fått gehör för sina önskemål om en individuell plan eller att processen genomförts utan hänsyn till den enskilde. Av brukarna/företrädarna var det huvudsakligen föräldrar till barn och ungdomar som tog kontakt.

Få brukare som företräder sig själva har intervjuats. Trots upprepade försök att på olika sätt få kontakt med personer med eget funktionshinder som är nöjda med sin plan har endast två brukare intervjuats, varav en inte är helt nöjd. Brukarperspektivet representeras i huvudsak av föräldrar eller gode män, liksom i den tidigare probleminventeringen.

Urval

Bland de personer som hade goda erfarenheter av individuell plan gjordes ett medvetet val av intervjupersoner för att i undersökningen kunna belysa så olika erfarenheter som möjligt. Urvalskriterierna har varit: ålder, diagnos eller personkretstillhörighet, brukare hemmahörande i kommuner och landsting med sinsemellan olika förvaltnings/ nämndorganisationer samt brukare som för sin egen talan respektive företräds av annan person. För att kunna få exempel på hur planer kan samordnas har det också varit angeläget att få kontakt med brukare med planer från flera olika verksamheter. Olika anledningar till brukarens önskemål om IP (gäller LSS) till exempel behov av samordning och ökat inflytande för den enskilde, förändring alternativt problemlösning, eller framförhållning har varit ytterligare kriterier för urval. I intervjuerna är följande län representerade: Kalmar, Skåne, Stockholm, Värmland, Västerbotten, Västernorrland och Östergötland.

Brukare och företrädare

Två brukare och sju föräldrar alternativt gode män har intervjuats. Personerna med funktionsnedsättningar har olika grad och art av funktionshinder. I de exempel som gäller IP enligt LSS finns olika förvaltnings- och nämndorganisationer representerade. För att undvika identifiering av personerna är samtliga namn fingerade.

I översikten på följande sida redovisas de intervjuade brukarna/företrädarna. ”HSL-plan” innebär individuell habiliteringsplan för barn. Inga vuxna personer med habiliterings- alternativt rehabiliteringsplan har deltagit.

	Brukaren	Typ av plan/flera planer	Anledning till önskemål om IP	Personen företräds/för sin egen talan
1.	Sara 13 år, bor på liten ort	Har en HSL-plan – modell ISP sedan 8 år och en plan i skolan	Problem samt samordning	Företräds av föräldrarna
2.	Christer 18 år, bor i medelstor stad	Har en LSS-plan sedan knappt 1 år	Initialt: kaotisk situation Nu: framtidsplanering	Företräds av föräldrarna
3.	Katja 14 år, bor i medelstor stad	Har en LSS-plan sedan 4 år, åtgärdsprogram i skolan, habiliteringsplan samt boendeplan	Samordning samt önskan om förändring och utveckling	Företräds av föräldrarna
4.	Angelica 3 år, bor i storstad	Har sedan ca 2 år en HSL-plan		Företräds av föräldern
5.	Magnus 22 år, bor i större stad	Har en LSS-plan sedan 3 år	Framtidsplanering	Företräds av föräldrarna
6.	Margareta ca 40 år, bor i storstad	Har en LSS-plan sedan knappt 1 år, omvårdnadsplan i boendet	Ökat inflytande, speciellt i boendet	Företräds av god man (förälder)
7.	Björn ca 25 år, bor i medelstor stad	Haft en LSS-plan under ca halvår. Avslutad men återupptas vid behov	Planering av framtida boende	Företräds av god man (förälder)
8.	Patrik 30 år, bor i mindre stad	Har en LSS-plan, nyligen påbörjad	Problem, ökat inflytande ”vill leva mitt liv som jag själv vill”	Ingen företrädare
9.	Oskar ca 40 år, bor i storstad	Haft en LSS-plan under ca 1 år, haft ett uppehåll men kommer nu att fortsätta	Förändra en situation	Ingen företrädare vid planering, men en handledare är med som bisittare

Samordnare, chefer och beslutsfattare

I några fall har brukaren haft hjälp av mer än en person som upprättat och samordnat den individuella planen. Totalt har tolv samordnare inom kommun och landsting intervjuats. Intervjuer har även genomförts med deras respektive chefer, totalt åtta personer varav fem inom den kommunala verksamheten och tre från landstingen. För att belysa hur välkänt arbetssättet är på högre beslutsnivå har tre beslutsfattare på förvaltningsalternativt nämndnivå besvarat frågor per telefon. Totalt har trettiotvå intervjuer genomförts. Dessutom har projektledaren haft kontakt med några handikapporganisationers länsföreningar för att få deras syn på huvudmannens intresse i frågan.

Intervjuerna bandades och exempel på brukarnas planer, d.v.s. själva dokumentet samlades in. Huvudmännens skriftliga information om individuell plan samt policydokument alternativt verksamhetsplaner är exempel på ytterligare material som insamlats i samband med intervjuerna.

Handläggaren i fokus

Probleminventeringen visade att LSS-handläggarens förutsättningar och synsätt är avgörande för att brukaren eller företrädaren ska ha nytta av sin individuella plan. Därför har delprojektet "handläggaren i fokus" till uppgift att initiera och under en längre tid följa införandet av arbetssättet i en stadsdel där erfarenhet av individuella planer enligt LSS är liten. Delprojektet förväntas ge fördjupade kunskaper om vilka förutsättningar som är viktiga för att höja motivation och underlätta arbetet men även beskriva problem och frågor som rör lagstiftning. Två LSS-handläggare ska aktivt informera om och erbjuda IP till barnfamiljer och vuxna inom sitt reguljära arbete. Handläggarna och projektledaren har kontinuerliga kontakter som dokumenteras under arbetets gång. I syfte att skapa intresse och uppmärksamhet har ett seminarium om IP enligt LSS och projektet genomförts i stadsdelen dit chefstjänstemän och samarbetspartners i området inbjöds. Arbetet utgår från samma antaganden om förändringsfaktorer som i intervjustudien. Delprojektet är inte avslutat utan kommer att fortsätta under utvecklingsprojektets nästa steg.

Statistiskt underlag

Statistiska uppgifter om antalet IP enligt LSS samt individuella habiliterings- och rehabiliteringsplaner enligt HSL har samlats in. Landets kommuner respektive landsting har besvarat enkäter om i vilken utsträckning det upprättas individuella planer.

I kommunenkäten gavs en definition av IP enligt LSS (bilaga 2). Kommunerna ombads även att redovisa vilka andra planer för personer med LSS-insatser som förekommer. Utrymme lämnades också för ytterligare kommentarer. Tolv handläggare i olika kommuner besvarade en provenkät och därefter justerades enkätfrågorna. Tillförlitlighet, bortfall och eventuella mätfel kommenteras i samband med resultatredovisningen.

Landstingsenkäten inleddes med utdrag ur lagtext och förarbeten. Syftet med enkäten var att få en uppskattning av antal habiliterings- respektive rehabiliteringsplaner i procent av totala antalet patienter, uppdelade i fyra åldersgrupper, som fick habiliterings- eller rehabiliteringsinsatser under år 2000, redovisat per klinik/verksamhet.

Övriga kontakter

Diskussioner har förts med Handikappförbundens samarbetsorgan, HSO, i Skåne som under hösten 2000 startade ett utvecklingsarbete kring individuella planer enligt LSS. Projektledaren har medverkat i ett antal konferenser och utbildningstillfällen om individuella planer. Kontakt har också tagits med de danska och norska socialdepartementen som bedriver liknande aktiviteter kring individuella planer som Socialstyrelsen. Under arbetets gång har ledningsgruppen haft kontakt med Ingrid Söderström, Svenska Kommunförbundet och Margareta Liljeqvist från Landstingsförbundet för diskussion och avstämning bland annat angående kommun- respektive landstingsenkäten.

Referensgrupp

Referensgruppen (bilaga 1) har haft en aktivt handledande roll under projektets genomförande, lämnat skriftliga bidrag och tagit ställning till rapportens innehåll. Utöver de fem referensgruppsmöten som hållits under projektiden har medlemmarna i referensgruppen och projektledaren haft kontakt i specifika frågor.

Resultatredovisning

Resultatredovisningen baseras på det material som samlats in genom de olika metoderna. I de fall resultatet endast utgår från någon eller några av underlagen, och om det har betydelse för innehållet, anges vilken insamlingsmetod resultatet grundar sig på. På grund av skilda förutsättningar för undersökning av IP enligt LSS respektive individuella habiliterings- och rehabiliteringsplaner redovisas merparten av resultaten kring respektive individuella planer var för sig och på skilda sätt.

Redovisningen inleds med ett avsnitt om individuell plan enligt LSS och med intervjuresultatet som berör LSS. Beskrivningen av arbetsprocess och dokumentation, exemplifieras med fallbeskrivningarna och är utgångspunkt för den fortsatta redovisningen av planer enligt LSS. Därefter redovisas de resultat som hittills finns från ”handläggaren i fokus”. Resultatet av kommunenkäten angående hur många personer som har en individuell plan enligt LSS presenteras och sist i avsnittet om IP enligt LSS beskrivs viktiga förutsättningar för arbetet.

Resultatredovisningens andra del – individuella habiliterings- och rehabiliteringsplaner – inleds med två fallbeskrivningar baserade på intervjuer med föräldrar. För övrigt består avsnittet huvudsakligen av kvantitativa data från den enkät som samtliga landsting/motsvarande besvarat.

Ett gemensamt jämförande avsnitt för planer både enligt LSS och HSL avslutar resultatredovisningen.

Resultat

Individuell plan enligt LSS

Arbetsprocess och dokumentation – hur går det till?

Hur arbetsprocess och dokumentation kan gå till och vilka resultat arbetssättet kan ge – när det är som bäst – exemplifieras med berättelser från brukare/företrädare. De goda exemplen visar att individens behov, önskemål och anledning till att vilja ha en IP styr arbetsprocessens och planens utformning. Det finns inte en individuell planering eller plan som är den andra lik. Beskrivningen av individuell planering bygger i huvudsak på intervjupersonernas erfarenheter men även på erfarenheterna från delprojektet ”handläggaren i fokus”. Brukarna, företrädarna och handläggarna är samstämda i sina berättelser om vilka tillvägagångssätt som fört arbetet framåt och gett positiv effekt, d.v.s. vad ”rätt sätt” innebär.

Information och begäran

De intervjuade brukarna och företrädarna hade fått information på olika vägar. Enbart skriftlig information anser de inte vara tillräcklig, både skriftlig och muntlig är att föredra. Informationen når bäst fram om informatören kan förklara skillnaden mellan IP enligt LSS och andra planer och dessutom tror på arbetsmetoden. Att få snabb respons på sin begäran om IP är positivt. Några av brukarna, bland annat Oskar, tog särskilt upp detta. Oskar begärde en IP på grund av att han under en längre tid känt sig överkörd av boendepersonalen, ”andra bestämde åt mig hela tiden” och han fick inte gehör när han försökte protestera. Med hjälp av sin handledare (kontaktperson) skrev han ett brev till LSS-handläggaren. Han såg till att svaret ställdes till handledaren eftersom han var rädd för att boendepersonalen skulle få reda på att han begärt en IP.

Förberedelser och val av samordnare

”Nu finns det tid och energi över till annat”

Christer är snart vuxen och går individuellt program på gymnasiet. Han bor tillsammans med mamma, pappa och sina syskon. Christer ska snart ut och praktisera. Han är aktiv, kreativ och envis och har själv sett till att få den plats han önskat sig. Christer har varit syn- och hörselskadad sedan tidig ålder och blev helt blind för fyra år sedan. Han använder hörapparat och tecken i taktil form. Just nu tycker Christers mamma att det mesta är lugnt. Hon behöver inte hela tiden ha kontrollen utan litar på den person som samordnar Christers IP. Dessutom finns all planering och ansvarsfördelningen på papper. Christer kan i god tid vänja sig vid och planera inför höstens spännande skolbyte. Det känns även tryggt att sommarens aktiviteter är färdigplanerade. Förut har sommaren inneburit mycket oro då skolan är stängd och de flesta aktiviteter upphör, berättar hans mamma.

Före

Så här lugnt och tryggt har det inte alltid varit. Christers och familjens samhällskontakter bestod då och består nu av skolpersonal, personal på syn- och hörcentralen, SIH-konsulent, dövblind-konsulent, konsulent från Pedagogiska hörselvården, datatekniker, LSS-handläggare, kurator på Råd- och stöd- enheten, personal på centralt expertteam, ledsagare, kontaktperson och personal inom färdtjänst. Christers och familjens samhälleliga nätverk består av cirka tjugofem personer anställda inom tio olika verksamheter. Kontakterna var splittrade och innebar snarare en belastning än ett stöd. Föräldrarna ägnade i stort sett en deltid åt att få allt att fungera och att få alla att gå i samma riktning. Var och en gjorde sitt och viktiga behov och beslut ”föll mellan stolarna”. ”*Det var kaos*”, berättar Christers mamma och fortsätter: ”*Det tjafsades om pengar, om vem som skulle betala och någon person från kommunen sa att Christer är den dyraste person vi har i kommunen*”. Att slippa höra sådant och få hjälp med allt kaos, med samordning, var anledningen till att familjen begärde en individuell plan enligt LSS. Tipset fick de av läkaren i expertteamet. Någon information från kommunen minns inte Christers mamma att de fått, möjligen något papper alldeles i början av kontakten.

Efter

Knappt ett år efter att den individuella planeringen startat har mycket förändrats och kaos har förvandlats till en lugn och trygg situation. Personal från olika verksamheter har kontakt med varandra, bl.a. genom möten om t. ex. ekonomiska fördelningsfrågor och annat som Christer och hans föräldrar väljer att inte vara med på. ”*Kuratorn är med och för vår talan*”. Med hjälp av kuratorn på Råd- och stödenheten, samordnaren för Christers IP, slipper Christers mamma bli ”*hänvisad hit och dit och argumentera för vår sak och förklara varför*”. Numera använder Christer, hans föräldrar och kuratorn den individuella planeringen till att planera framåt. Christers mamma anser också att en samordnande person är en stor fördel för Christer senare i livet, när han ska sköta allt själv. Kuratorn också fått ny insikt och nya kunskaper genom samarbetet, tror mamman. ”*Från början visste hon inte så mycket, det är inte så lätt det får man förstå. Men nu tänker hon mer och mer utifrån Christers behov*”, tillägger mamman och ger ett exempel. Kuratorn skriver mötesprotokoll som hon först skickar till familjen för godkännande innan det distribueras till övriga deltagare. Christers mamma anser att ”*det är bra att vi får läsa och rätta först så att vi är överens om vad som beslutats*”. Efter senaste mötet kom kuratorn på att eftersom det är Christers plan bör han få mötesprotokollen på punktskrift, det skulle hon se till. ”*Det tyckte jag var jättebra för det hade jag inte haft en tanke på själv. Hon är en pärla*”, anser Christers mamma. Exemplet på kuratorns hantering av protokollet är några orsaker till varför familjen har ett grundmurat förtroende för ”sin samordnare”. Det enda Christers mamma inte är nöjd med är att LSS-handläggaren inte är med trots att hon är inbjuden. Processen och handläggningen skulle förenklas om LSS-handläggaren närvarade vid mötena.

”Jag har fått bättre insikt”

Detta menar Christers **samordnare**, kuratorn på råd- och stödenheten. Förutom de resultat mamman beskriver, och som även samordnaren upplevt, innebär arbetet med IP även klara fördelar för hennes arbete. Till exempel har hon blivit skickligare i att förstå och bedöma behov. Det har hon lärt sig i samarbetet med Christer och hans familj och av kontakten med de andra tolv brukare vars individuella planer hon samordnar.

Oftast är det inte några problem med att få de som inbjudits att komma, tvärtom. Det positiva gensvaret kan bero på den tydliga inbjudan som ingår i förberedelsearbetet. Sammanhanget, d.v.s. anledningen till individuella planeringen måste göras tydligt och likaså den inbjudna personens roll, d.v.s. varför brukaren önskar att just hon eller han ska delta. I samband med inbjudan berättar hon också vad IP innebär, att det är den enskildes plan och om ramarna för mötet samt att det kan tänkas bli aktuellt med uppföljande möten framöver. Hon tillägger att det är viktigt att *”de personer kommer som har mandat att fatta beslut eller har överblick”* för att mötet ska ge resultat.

Kuratoren anser att samordnarrollen innebär att informera, initiera, förbereda planeringsarbetet tillsammans med brukaren, sammankalla, vara mötesordförande och skriva protokoll. Som samordnare är hon också en person som brukaren och andra medverkande kan vända sig till med idéer och annat. Även om arbetet med IP tar mycket tid i anspråk i början spar det tid i längden genom att hon inte blir kontaktad lika ofta som tidigare.

Konklusion: Christers mamma och samordnare belyser hur bra samarbete mellan många personer från olika verksamheter kan fungera – om mötet är väl förberett av en kompetent person som familjen har förtroende för. Dock är arbetet ännu inte så effektivt som det skulle kunna vara då LSS-handläggaren inte medverkar på planeringsmötena.

Förberedelserna inför arbetet med IP visade sig vara en mycket viktig del främst för brukaren och företrädaren men även för övriga inbjudna och handläggaren. Det behövs tid för att den det berör tillsammans med samordnaren ska hinna fundera igenom hur nuvarande situation är och hur hon eller han skulle vilja ha det. Ofta inleddes kontakten med att brukaren, hans/hennes eventuella företrädare och handläggaren träffades för att gå igenom frågorna: varför, vad, vilka, när och hur.

Vem som är lämplig som samordnare av IP var oftast självklart. I de flesta fall fungerade LSS-handläggaren som en sådan,. Det fanns både praktiska, organisatoriska och relationsmässiga skäl till att brukaren i några fall önskade en annan person. Patrik, som är en av de intervjuade brukarna tycker inte att han blir respekterad eller får det stöd han behöver från LSS-handläggaren och försöker därför byta person. Trots det tror han på IP som ett bra sätt att själv kunna bestämma över sitt liv och hur han vill leva.

Beroende på syftet med planeringen föreslog samordnaren i de flesta fall *vilka* andra personer från olika verksamheter som behövde vara med. Brukaren/företrädaren tog ställning till förslagen och avgjorde utifrån eventuellt egna önskemål vilka som skulle bjudas in. ”För att saker ska hända” visade det sig betydelsefullt att personerna som inbjöds hade beslutsfunktion och/eller överblick. I stort sett samtliga brukare och samordnare upplevde inga problem med att få gehör och intresse från de inbjudna. Flera var överens med Christers samordnare om att goda förberedelser i form av tydlig inbjudan, där den tillfrågades roll klargjordes, var viktigt. Både brukare och samordnare beskrev också att deltagarnas motivationen växte ju längre de deltog.

Hur är det nu? (Kartläggning)

Att beskriva nuläget eller göra en ”kartläggning” görs ibland enbart av brukaren/ företrädaren och samordnaren. Men om situationen är sammansatt och komplicerad med många inblandade, som för Christer, kan det vara en fördel eller nödvändigt att fler personer ger sin syn på situationen, eventuella problem etc. Föräldrarna och gode männen med erfarenhet av att diskutera problem tillsammans med fler personer har bara haft

positiva upplevelser, mycket tack vare att brukarens perspektiv hela tiden varit i centrum. Alla intervjuade samordnare utom person uttryckte att deras främsta uppgift som mötesordförande var se till att brukarens situation var i fokus under hela mötestiden. När personal- och resursfrågor kom upp markerade de att dessa frågor hör hemma i andra forum.

”För att vara tydlig i att det är barnet och familjens möte brukar jag lägga upp det så att vi utgår från att följa barnets dygn, hur det ser ut, hur hon eller han har det etc. Då blir det tydligt” beskrev en av samordnarna.

Hur vill jag att det ska vara? (Mål)

Att formulera målsättningar, både på kort och lång sikt, är inte alldeles enkelt, enligt intervjupersonerna. Det kan ta tid och behövas flera möten för att få ordning och kunna prioritera, särskilt i situationer som är komplexa. I flertalet fall hade brukaren och samordnaren hjälpts åt. Personen själv eller företrädaren vet själv bäst vad hon eller han önskar och samordnaren och andra kan utifrån sin yrkeskunskap tillföra mycket. Flera intervjupersoner beskrev att tydliga mål underlättar användandet av IP, t.ex. som vägledning för personal i olika vardagliga sammanhang. Långsiktiga mål måste inte alla gånger vara så realistiska.

Visioner behövs också påminner en pappa: *”Att vi har vår vision inskriven i planen är ett sätt att tänka framåt även om det kanske i långa loppet aldrig kan bli så. LSS-handläggaren ifrågasatte oss inte fast hon kanske tyckte att vi var orealistiska, det var skönt.”*

Hur ska mina önskemål uppfyllas? (Metoder/insatser)

Med hjälp av de olika perspektiven, som de medverkande representerar, framkommer bra idéer och många nya lösningar ansåg intervjupersonerna. Det var vanligt att det var just de olika synsätten som gjorde att man kom vidare. Apropos den individuella planens syfte, att öka den enskildes inflytande över ”beslutade och planerade insatser”, uttalade en av de intervjuade cheferna att *”vi kan inte gå ut med budskapet att de får önska fritt det skulle kosta för mycket”*.

Övriga intervjupersoner uttryckte det rakt motsatta nämligen att när brukaren får mer inflytande innebär det snarare bättre resursutnyttjande och att familjer eller personer med funktionsnedsättningar sällan begär mer insatser än vad hon eller han är i behov av.

Är vi på rätt väg? (Uppföljning)

Intervjupersonerna beskrev att skälet till begäran om en individuell plan avgör hur ofta uppföljande möten behöver hållas. I början av planeringsprocessen och i de mer komplicerade planeringssituationerna förlades möten tätt med knappt en månad emellan. När det mest akuta fungerade, eller om det t.ex. handlade om framtidsplanering, träffades man mera sällan. Exempel på uppföljande frågor är: Hur har det gått? Har alla fullgjort sina åtaganden? Hur har det som sist bestämdes fungerat? Är det något som behöver förändras för att komma vidare?

Chefen på Katjas habilitering, vars berättelse följer nedan, definierar uppföljning som *”ett sätt att kolla av om man är på väg åt rätt håll”*. Man följer upp hur det har gått sedan sist och checkar av mot eventuella delmål. Brukare och samordnare beskrev att det var sällsynt att någon inte gjort det som personen åtagit sig. *”Det fungerade av sig självt”*, som en samordnare uttryckte det.

Här följer berättelsen om Katjas individuella plan.

Den belyser skillnaden på uppföljning och utvärdering. Föräldrarnas berättelse visar också hur Katjas olika planer används och förhåller sig till varandra.

”Vi har återerövrat vårt barn – det har varit vårt allt arbete vi lagt ner”

Katja trivs numera med livet, det är mamma och pappa övertygade om. Hon är en glad tjej som trivs i skolan och gärna busar med sina båda syskon och deras kompisar när hon kommer hem. Så har det inte alltid varit. Katja föddes med flera svåra funktionshinder som medfört att hon har stort behov av omvårdnad och kontinuerliga kontakter med sjukvården. I början av sitt liv vistades hon länge på sjukhus. Efteråt fick familjen en plats på ett elevhem (enligt dåvarande Omsorgslag). *”Det var ett svårt val men nödvändigt på grund av Katjas omfattande vårdbehov dygnet runt samt vår sviktande hälsa”*, berättar föräldrarna. De minns att en nära vän sa att *”det här är ett långdistanslopp – det gäller att inte ta ut sig i början”*. Det var ett klokt råd ansåg föräldrarna.

Före

Katja hade kontakt med många olika personer i sin vardag. Var och en tolkade Katjas beteende och signaler på olika sätt. Föräldrarna drar sig till minnes en händelse som handlar om just detta. Boendepersonalen ansåg att Katja var spänd på grund av spasticiteten och att hon behövde mer medicin. Men föräldrarna och skolan tolkade det som att Katja ville kommunicera, att hon var missnöjd och ville förmedla något. Personalen vidhöll sin uppfattning och man kom inte vidare. För att Katja skulle må bättre, bland annat genom att bli förstörd ansökte familjen om personlig assistans. Genom den insatsen skulle det vara möjligt för Katja att enbart ha några få personer omkring sig som förstod hennes signaler. Det blev avslag och därmed började föräldrarnas arbete med att få till en IP enligt LSS. *”Man är rättslös när man inte vet och därför började vi läsa på. Vi läste oss till att § 10 i LSS fanns, det var det ingen som berättat om.”*

Idag är LSS-handläggaren i kommunen, tillsammans med föräldrarna, ansvarig för Katjas IP. Personal på habiliteringen fungerar som samordnare. Ansvarer innebär att inför varje uppföljningsmöte samla in skriftliga rapporter från de verksamheter som Katja har kontakt med. För att Katja ska må så psykiskt och fysiskt bra som möjligt är familjens målsättning att få till en organisation runt Katja som bygger på få och nära relationer och som fungerar oberoende av personalbyten. Dessutom är målet att alla delar fungerar som en helhet även utan föräldrarnas kontroll och närvaro. (Katjas IP bilaga 3).

Förutom IP enligt LSS har Katja boendeplan, habiliteringsplan och en skolplan (åtgärdsprogram). Dessa planer anger mer i detalj hur personalen i respektive verksamhet ska arbeta för att uppnå målsättningen och behoven som formulerats i den individuella planen enligt LSS. *”Det här sättet att arbeta och få ihop alla delar har gjort att vi nu har fått grepp om begreppen, till exempel vad helhetssyn innebär i praktiken”*, förklarar Katjas pappa. *”Förr var det många delar runt Katja som levde var för sig – nu har de knutits ihop.”* Nu när mycket fungerar räcker det att planen följs upp två gånger om året. Då träffas de som berörs och går igenom vad som hänt, om det beslutade har fungerat och om eventuella förändringar.

Efter

"Vi har lagt ner mycket arbete för att det ska fungera mellan alla instanser och personer som finns runt oss." (Karta över Katjas samhällskontakter, bilaga 4) "För att lyckas har vi varit tvungna att vara pålästa och vara steget före i alla skeden." Med fyra års erfarenhet av IP bakom sig kan föräldrarna idag stolt summera och uppleva resultaten, för Katja, hennes syskon och sig själva. "Redan efter ett år började vi se effekt av arbetet." Nu, fyra år senare, ser föräldrarna hur mycket som har hänt. "Att Katja numera strålar av livsglädje och har fått en ny värdighet är den största vinsten. Hon blir förstådd och kommunicerar mycket mera och är en helt annan flicka. Vi har återerövat vårt föräldraskap och syskon-relationen har blivit mycket bättre." På boendet är hon i princip numera bara på nätterna.

Arbetet med IP har inneburit en stor avlastning. Nu kan föräldrarna lita på att andra tar ansvar och dessutom har antal möten och diskussioner kring Katjas tillvaro minskat betydligt. Ett exempel på den skriftliga planens funktion är att det fungerar mycket bra i skolan trots att Katja har bytt lärare flera gånger. Planeringsarbetet, överföringen och dokumentationen fungerar som skyddsnät. Katjas IP utvärderas en gång per år. Enligt föräldrarna visar utvärderingen, till skillnad från uppföljningarna, *"vart vi har nått – resultaten. Utvärdering har samma funktion som bokslutet på ett företag"*, förtydligar Katjas pappa. (Utvärdering av Katjas IP, bilaga 5) *"För att vi ska vara trygga med att allt fortsätter att fungera utan vår insats i organisationen är det viktigt att de ytterst ansvariga förstår värdet med IP. Där är vi inte ännu"*, avslutar föräldrarna sin berättelse.

"Nu vet jag vad 'brukaren i centrum' konkret innebär"

"Jag har ändrat mitt perspektiv helt och hållet." Det menar en av de två personerna på barnhabiliteringen som samordnar Katjas IP. De båda "habiliterarna" beskriver att största vinsten med arbetet är att se Katja idag. Hon är en helt annan flicka, glad och utåtriktad nu när hon blir förstådd. Det har uppnåtts med hjälp av att antalet personer runt henne minimeras och att personliga assistenter och andra har fått större förståelse och samarbetar bättre med hjälp av Katjas IP. Trots att administrationen runt Katjas IP är uppdelad på två personer inom habiliteringen och LSS-handläggaren i kommunen fungerar samordningen anser de båda samordnarna. Från början var inte allt så självklart. En av dem beskriver hur hon tvivlade och tänkte i början. *"Jag var osäker på vilken nytta det skulle göra, rädd för att göra fel, tyckte det ställdes stora krav på att kunna formulera sig, på innehållet och hur man skulle strukturera. Funderade också över det riktiga i att presentera familjen offentligt – på papper."*

Förutom att arbetet med IP har förändrat familjens situation har det också medfört vinster för samordnarna och andra professionella som medverkar. Ökad förståelse, den egna yrkesrollen blir tydligare, bland annat genom avgränsning gentemot andra inom landsting och kommun och "man ser att det är möjligt att förändra". Arbetssättet innebär också en hel del tidsvinster, till exempel färre kontakter mellan samordnare och familj i och med att "brukaren" är nöjd. *"Genom familjens utvärdering får jag bekräftelse på att ha gjort ett bra jobb"*, tillägger en av de båda samordnarna.

De betonar, på liknande sätt som Katjas föräldrar, att utvärdering är nödvändigt. Annars är det svårt att se vilken effekt och vilket värde i förhållande till målet arbetet haft menar de. De uppföljande mötena är mer till för att under resans gång "checka av delmålen", följa upp beslut och se om rätt kurs hålls eller om inriktningen behöver ändras.

En viktig förutsättning för att det ska bli så lyckat resultat som i Katjas fall är att alla medverkande förstår och följer familjens mål som finns inskrivet i planen. Om detta inte görs fyller IP ingen funktion. Då blir planen bara en pappersprodukt. Att beslutsfattande chefer inom kommun och försäkringskassa ännu inte visat något intresse är ett faktum som försvårar arbetet anser samordnarna.

Blev det som vi tänkt? (Utvärdering och revidering)

Endast en av de nio individuella planerna, Katjas, utvärderades regelbundet. Även probleminventeringen visade att utvärdering inte är vanligt förekommande, eller att det inte görs någon åtskillnad på utvärdering och uppföljning. De personer som samordnar Katjas plan menar att utvärdering visar vilken effekt och vilket värde det som genomförts haft för Katja och hennes familj i förhållande till deras mål, uppföljning och utvärdering utgör två olika nivåer. Utvärdering görs mer sällan än uppföljning, en gång per år i Katjas fall. Om utvärderingen visar att den individuella planeringen behöver fortsätta innebär utvärderingen både en slutfas och en början på en ny process, poängterade en av de intervjuade samordnarna. Om målet är nått, som Björns mamma beskriver här nedan, kanske den individuella planen avslutas – tills behov uppstår igen.

Björns individuella planering och situation är betydligt mindre komplicerad än Katjas.

Om anledningen till en relativt kortvarig och enkel individuell planering och varför hon har sådant förtroende för samordnaren berättar Björns mamma och gode man.

”LSS-handläggaren är en neutral person att lita på”

Sedan några år tillbaka har **Björn** en egen bostad i särskilt boende. Han trivs med det och även med sitt arbete som vaktmästare. Innan han flyttade gick han några år på folkhögskola. Björn har en utvecklingsstörning och en stomi (påse på magen) på grund av en medfödd tarmrubbning.

Men vägen till folkhögskolan var inte spikrak. Ann-Marie, Björns mamma och gode man, sökte men då Björn behövde assistans under sina studier, något hemkommunen måste betala, fick hon avslag. Kommunen ansåg att det var för dyrt. Ann-Marie som under en längre tid ”*jobbat aktivt med sig själv för att släppa taget om Björn*”, berättar att hon fullständigt föll ihop. Hon kontaktade LSS-handläggaren som föreslog Ann-Marie att överklaga och ”*dessutom hjälpte till att skriva*”. Begäran gick igenom och Björn kunde börja. Han studerade på folkhögskolan under två år och det gick så bra att Ann-Marie tillsammans med Björn började tänka på att det var dags att flytta hemifrån. För att få hjälp med det kontaktade Ann-Marie ånyo LSS-handläggaren, som hon fått förtroende för, som föreslog henne att för Björns räkning begära en individuell plan enligt LSS.

Ann-Marie, LSS-handläggaren och några personer till som handläggaren föreslog träffades för att planera inför Björns framtid. ”*Det som framför allt var bra när vi träffades första gången var att alla närvarande kunde fatta beslut inom sitt område, därför blev också mycket gjort på kort tid. Det var ingen som sa ”det kan jag inte säga något om*”. Efter ett halvår när samtliga träffades igen var boendet ordnat och en daglig verksamhet var på gång. Under tiden hade Björn och Ann-Marie deltagit i planeringen av det nybyggda boendet. Efter dessa två möten var arbetet med IP avslutat. ”*Det var korta, rejäla, kärnfulla träffar och inte för långdraget, det var också bra.*”

Ann-Marie beskriver vilken nytta hon haft och har av LSS-handläggaren. Genom kontakten har Ann-Marie sluppit ringa runt till olika instanser och fråga sig fram. Hon uppfattar också handläggaren som mycket strukturerad och realistisk i sin framförhållning om vad Björn behöver, *"hon var ute i god tid. Hon lovar inte för mycket utan går något inte att ordna ger hon ett rakt besked. Det är bra för då vet jag."* Ann-Marie har fullt förtroende för LSS-handläggaren och litar helt på att hon talar om när det är något Björn har rätt till. Likaså att handläggaren inte för vidare det Ann-Marie berättat i förtroende.

Den skriftliga planen – dokumentationen

Hur ska man kunna få in olika människors alla olika livssituationer i rutor och mallar? Det undrade en av de intervjuade samordnarna vilket illustrerar samtliga samordnares åsikter om det negativa i att använda likformiga mallar för arbetsprocess och dokumentation. En annan person menade att det egentligen är mycket bättre att bara börja och pröva, att praktisera och sedan "fylla på". Om handläggaren är ny eller osäker, kan det dock behövas några stolpar för minnet ansåg några.

Flertalet brukare/företrädare och samordnare tryckte på att det av planen ska framgå vem som gör och ansvar för vad, när det ska vara utfört och tidpunkt för uppföljning. De som hade erfarenhet av utvärdering påpekade också att tidpunkt för detta skulle skrivas in. Då det är brukarens plan valde flertalet samordnare att först skicka det renskrivna mötesprotokollet eller planen till brukaren för godkännande och eventuella ändringar.

"Viktigt att brukaren granskar så att det verkligen är familjens eller den enskildes mål och behov som finns med", ansåg en handläggare.

Först därefter får övriga personer, som brukaren bestämt, protokollet. En av vinsterna med det skriftliga dokumentet är att alla ser samma saker när det kommer på pränt. *"Det minskar risken för missförstånd och gör det lättare att prata om saken även vid andra tillfällen, utanför mötena"* tyckte en god man. Katjas föräldrar underströk att utan dokumentation är det omöjligt att följa upp och utvärdera effekten. Ytterligare värden som både brukare/företrädare och samordnare nämnt är att dokumentationen gör det möjligt att gå tillbaka och konstatera vad som har hänt, det ger perspektiv särskilt när det gått ett par år.

Några av handläggarna nämnde att de brukar vara noga med att förklara att planeringen och planen inte innebär beslut i sig utan kan utgöra underlag. Beslut som gäller insatser enligt LSS fattas i vederbörlig ordning. Detta för att brukaren inte ska få fel förväntningar. (Exempel på individuell plan enl. LSS, bilaga 6. Förslag till struktur för arbetsprocess, bilaga 7).

Skillnader mellan IP enligt LSS och andra planer

Av nedanstående berättelse framgår hur brukaren upplever skillnader mellan olika planer som rör den enskilde.

”Vi har fått bättre kontakt”

Märta, mamma och god man till **Margareta** som är 40 år och bor i en bostad med särskild service sedan ett antal år tillbaka, har inte så lång erfarenhet av IP enligt LSS, knappt ett år. Ändå har hon hunnit uppleva flera vinster och förändringar tack vare arbetssättet och den LSS-handläggare som är samordnare. *”Nu känns det tryggare och jag vet mer hur dom (personalen) tänker. Det gick lättare att framföra mina synpunkter utan att vara rädd för att det skulle bli sura miner med hjälp av samordnaren som höll i mötet.”*

Före

Det fanns en hel del som Märta inte tyckte fungerade i Margaretas boende. Bland annat var Margareta alldeles för mycket för sig själv. Märta tyckte inte heller att dottern fick tillräcklig hjälp med att sköta sin hygien. Hon framförde sina synpunkter på de planeringsmöten, ”habkonferenser”, som personalen inbjöd till men det var svårt.

Personalen tog det som direkta klagomål och avfärdade hennes önskemål, vanligen med att det inte fanns nog med resurser. *”Jag kom ingen vart och kände mig maktlös och besvärlig”*, berättar hon. Genom en annan anhörig fick hon höra talas om IP och vad det kunde användas till. Märta vände sig till LSS-handläggaren och begärde en individuell planering för att kunna påverka mer, bli lyssnad på och respekterad. Hon ville också få en bättre uppföljning av saker som bestämts. Vid första mötet gick man igenom hur samtliga såg på situationen och hur man skulle kunna gå vidare. Det uppföljande mötet ägnades åt hur det hade gått med det som beslutades senast och planering framöver.

Efter

Märta upplever stor skillnad på planeringsmötena på boendet och den individuella planeringen, mycket tack vare hur LSS-handläggaren leder mötet. Märta beskriver handläggaren som en utomstående och neutral person som ser till att stämningen är bra, fördelar ordet så att alla får säga sin mening och sammanfattar så att det blir tydligt vad som beslutats. En stor skillnad är *”att IP kommer från oss, det är vi som begär till skillnad från ’habkonferensen’ som mer är boendepersonalens möte och på deras initiativ. Där blev det lätt vi mot dom.”*

Fortfarande är en hel del olöst men hon har ändå upplevt flera vinster. Bland annat har dottern fått mer hjälp med hygien. *”Jag har också kunnat förklara varför jag varit orolig när Margareta inte haft någon kontaktperson på fredagsdanserna. Men efter att personalen berättat att de åker dit i gäng och beskrivit att Margareta har roligt har jag kunnat släppa det där med kontaktperson och känner mig numera trygg.”* Märta ser med tillförsikt fram emot kommande möten. *”Ju fler möten vi kommer att ha ju lättare tror jag det blir att ta upp känsliga saker.”*

Slutsatser

Enligt intervjupersonerna är individuell plan ett levande instrument som ska styras av den enskildes behov i olika livssituationer. IP ska användas flexibelt och följa de förändringar och svängningar som förekommer i människors livssituationer. Att samarbeta med hjälp av IP innebär ett strukturerat sätt utifrån brukarens syften och önskemål för att gemensamt ta reda på hur och om målen uppnåtts. Individuell planering utgör i sig ingen lösning men är ett strukturerat sätt att lösa problem, förändra situationer och skapa nödvändig framförhållning.

Speciellt värdefullt med en individuell plan är att:

- ❑ de olika aktörer som samverkar kring IP bidrar alla med sina olika kunskaper. Genom detta blir samordnarna ***skickligare att förstå och bedöma den enskildes samlade behov***. För de professionella aktörerna blir den egna yrkesrollen mer tydlig och andras insatser blir även de tydligare när de betraktas i ett sammanhang.
- ❑ deltagande aktörerna kan fatta beslut utifrån en gemensam överblick – ***processen blir snabb och flexibel***. I andra planer som boendeplan, habiliteringsplan osv. kan mer i detalj anges hur personalen i respektive verksamhet skall arbeta vidare för att uppnå målen i IP.
- ❑ ***tydliga mål kan formuleras*** – både kortsiktiga mål och mer långsiktiga visioner. Av planen ska tydligt framgå vem som gör vad, när det skall var klart och när uppföljning görs. IP innebär en avlastning för föräldrarna när ansvar tydliggörs och fördelas.
- ❑ ***uppföljning och utvärdering genomförs***, d.v.s. har det som bestämdes i planen genomförts och vilket värde har detta haft för den enskilde och hennes/hans familj. Dokumentation av plan och uppföljningen är nödvändig för att kunna gå tillbaka och konstatera vad som hänt – eller inte hänt!

Handläggaren i fokus – erfarenheter från en stadsdel

Probleminventeringen⁹ visade att LSS-handläggarens motivation och arbetsvillkor är centrala för att IP ska fungera tillfredställande. Tanken med delprojektet ”handläggaren i fokus” är därför att beskriva och förklara viktiga förutsättningar som bör gälla för att LSS-handläggarens arbete med IP ska underlättas. Delprojektet, som fortsätter under utvecklingsprojektets nästa steg, innebär att aktivt informera om och erbjuda IP till barnfamiljer och vuxna. Dessutom att under en längre tid följa hur positiva och negativa faktorer påverkar införandet av arbetssättet i en stadsdel där erfarenheterna av planer är ringa. Positivt stöd från kollegor, samarbetspartners och chef samt intresse och kunskap hos förvaltningsledning- och nämnd var några förutsättningar som probleminventeringen visade. Nedan redovisas vad som hänt inom delprojektet från oktober 2000 till februari 2001 ur handläggarnas perspektiv.

⁹ Socialstyrelsen. (2000). ”Individuell plan på den enskildes villkor. En probleminventering om individuell plan enligt LSS.” Underlagsrapport.

Stadsdelens förvaltningsorganisation

De två LSS-handläggare som deltar ansvarar för handläggning av LSS- och SoL-ärenden som rör barn respektive vuxna med funktionshinder. Förvaltningen är uppdelad på sju verksamhetsområden. Ett av dessa är Stödverksamheten vilken omfattar fem enheter varav den enhet som handläggaren för barn tillhör, Enheten för handikappomsorg 0–20 år, är en. LSS-handläggningen för vuxna ingår i en annan av förvaltningens verksamhetsområden, Enheten för vård och omsorg vuxna, som förutom handikappfrågor består av vård och omsorg för äldre, vuxna missbrukare samt stöd till personer med psykiska funktionshinder. Den chef som LSS-handläggaren för vuxna har ansvarar även för äldreomsorgen. De båda LSS-handläggarna arbetar på olika enheter och har olika chefer. Förvaltningen har en modifierad ”utförar/beställarmodell”. Handläggarna är beställare och har delegation på beslut som rör allt utom boende.

IP i stadsdelens verksamhetsplan

I stadsdelsnämndens verksamhetsplan för år 2001 finns en hel del skrivet om individens inflytande. Bland annat är ett av nämndens övergripande mål att ”Makten över vardagen ska ligga hos xxxxborna”. Dessutom har Enheten för handikappomsorg 0–20 år ett uttalat åtagande om IP: ”Berörda brukare skall erhålla information om möjligheten att ansöka om individuell plan enligt LSS”. Liknande åtagande har Enheten för handikappomsorg för vuxna. Genom olika insatser ska den funktionshindrade ges stöd i sin vardag vilket ska säkerställas ”genom en upprättad individuell plan”. Ledamöterna i stadsdelens handikappråd har varit pådrivande för att ovanstående skrivning skulle finnas med i verksamhetsplanen.

Alla med från början

Ett antagande är att intresse och engagemang ökar om de som berörs av en förändring, eller ett projekt, informeras och deltar aktivt i ett så tidigt skede som möjligt. Därför var det viktigt att tidigt förankra och diskutera arbetet med berörda. Innan arbetet påbörjades diskuterades projektets syfte med handikapprådets representanter. Tanken fick gehör och kontakt togs med handläggarnas chefer. Efter vissa svårigheter med tider träffades slutligen handläggarna, projektledaren samt en av de två cheferna, ”barnhandläggarens” chef. Efter en diskussion var chefen positiv till projektidén och informerade därefter stadsdelsdirektören som i sin tur gav klartecken att stadsdelen skulle medverka.

Samtal

Kontinuerliga samtal mellan handläggarna och projektledaren kring arbetet med IP har fokuserats på olika ämnen. Dessa har gällt handläggarnas reflexioner kring vad en IP är, hur processen går till, tidsåtgång, samarbete med andra, stöd från chefer, förankring och intresse hos huvudmannen och läget på arbetsplatsen. Handläggaren för vuxna var redan vid projektets start samordnare av en persons IP och ytterligare en individuell planering var aktualiserad. Den förstnämnda avsåg en vuxen persons alla livsområden och representanter för flera verksamheter var därför inblandade. Den andra planen initierades av personalen i en gruppbostad. ”Barnhandläggaren” har vid projektets start ingen pågående IP men erbjuder detta till en barnfamilj som, enligt utomstående, lever i kaos.

LSS-handläggaren för vuxna berättar

Den IP hon ansvarar för har pågått cirka ett och ett halvt år och gäller en vuxen kvinna som företräds av sin mamma. Initiativtagare var kuratorn på vuxenhabiliteringen och det

är också där mötena hålls. Brukaren,. Anledningen till kuratorns initiativ var mammans otrygga relation med personalen på dotterns dagliga verksamhet. LSS-handläggaren samordnar, sammankallar, skickar ut inbjudan till kommande möten och har inför dessa kontakt med mamman. Förutom detta ansvarar handläggaren för att protokollen/planen dokumenteras. Efter att ha skrivit mötesprotokoll kontrollerar hon med mamman att allt är rätt uppfattat innan det skickas ut till berörda. Kuratorn är ordförande på mötena som vanligen varar mellan en och en halv till två timmar. Förutom mamman, LSS-handläggaren och kuratorn deltar logoped, psykolog, arbetsterapeut – alla från vuxenhabiliteringen. Dessutom medverkar personal från den dagliga verksamheten och den personliga assistenten.

Planeringsmötena har hittills handlat om hur mamman respektive personalen uppfattar dotterns situation och hur hon mår. Från början gick åsikterna ordentligt isär – mamman ville att assistenten skulle finnas med under dagarna – men med tiden har ”parterna” närmats sig varandra och missförstånd har klarats upp. LSS-handläggaren tolkar det som att *”mamman numera har mycket större förtroende för och litar på personalen. De har mycket mer kontakt nu.”*

Mamman verkar tryggare nu

När handläggaren ser tillbaka konstaterar hon att hon det senaste halvåret tydligt börjat märka en positiv effekt. Det hade inte fungerat så bra som det gör idag om vi inte använt IP som arbetsmetod. Det handlar om att träffas på ett strukturerat sätt. Mamman har berättat att hon har vågat släppa kontrollen över sin dotter och att hon numera inbjuds till den dagliga verksamheten där hon känner sig välkommen. Mamman har också berättat att hon och personalen har börjat använda en kontaktbok. Mamman har bestämt att fortsätta med IP. Hennes dotter har insatser av olika slag och därför många kontakter som behöver samordnas. Dessutom vill hon börja leva sitt eget liv, börja jobba, men för att kunna det måste hon veta att dottern har det bra. Flera problem är olösta, till exempel finns inte den bostad som dottern behöver.

Värdefullt för mig – men inte helt problemfritt

”Problem som förut gick via mig som en förmedlande länk tas nu upp på mötena och de som är inblandade pratar direkt med varandra. Det som förut tog tid att diskutera på telefon blir nu lösta på mötet.”

Så ser handläggaren på de tidsvinster hon tycker att arbetssättet inneburit. Hon tror att även kuratorn sluppit många problemlösande kontakter. Hon vet att mammans träffar med kuratorn också är färre nu.

Den andra individuella planen har ännu inte påbörjats. *”Vi skulle haft ett möte i december men det blev inställt på grund av att tiden inte passade alla.”* Handläggaren ser problem med att hinna. *”Jag är fullbokad i januari och har ingen tid, så det måste bli i februari. Man måste ha tid att bry sig.”* LSS-handläggaren har en mycket pressad arbetssituation. Dagarna blir långa och att skriva mötesprotokoll till planen kan ibland kännas betungande. *”Usch – att skriva protokoll när man har så mycket annat som bara pockar på, det är svårt att prioritera. Jag tycker också att det är svårt att veta vad och hur utförligt jag ska skriva.”* Hon skulle gärna vilja informera mer aktivt om IP men inser att det är omöjligt att klara av flera individuella planer med den arbetsbelastning hon har nu.

LSS-handläggaren för barn berättar

Den IP som kan bli LSS-handläggarens första gäller en barnfamilj vars situation uppfattas som kaotisk av omgivningen. Alla tidigare möten har slutat i kaos och hon har funderat mycket över hur föräldrarna själva ska komma till tals. Hon föreslog föräldrarna att träffas på ett mer strukturerat sätt och förklarade vad en IP kan användas till. *"Eftersom jag inte har någon erfarenhet av att jobba med det här"* och för att situationen är svår att överblicka med många människor inblandade tillfrågade hon två personer med erfarenhet av nätverksarbete inom förvaltningen om de ville hålla i mötet. Så blev det. Handläggaren hade ingen aktiv roll men deltog för att hon kände familjen och för att lära sig arbetssättet. Frågan inför mötet var, vad är barnets bästa och hur kan de vuxna hjälpas åt för att åstadkomma detta. Syftet med mötet var samordning, prioritering och ansvarsfördelning. Inför mötet var läget att de professionella ansåg att barnet skulle må bra av att vara på ett korttidshem, men det tyckte inte föräldrarna. Tolv personer inklusive handläggaren och mötesledarna deltog. Följande hände:

Nätverksmötet som instrument för IP

Mötesordföranden höll mycket strikt i mötet. Den andra personen förde protokoll. Mötet inleddes med en presentation och en liten ceremoni där deltagarna uppmanades att blunda, luta sig tillbaka och tänka på *"hur tyckte och tänkte jag när jag var åtta år"*. Övningen syftade till att alla skulle ha klart för sig varför och för vems skull man träffades.

Handläggaren berättar vidare att *"ordföranden frågade pappan vad familjen vill ha hjälp med för att situationen ska bli så bra som möjligt. Utifrån pappans svar vände han sig till 'proffsen' och frågade var och en vad han/hon kunde hjälpa till med för att nå det familjen önskade. Genom att repetera det som sagts och skriva detta på blädderblock, som alla kunde se, checkade mötesledarna av att alla var med på tåget."*

Både föräldrarna och de övriga fick frågan *"är det så här du/ni menar?"* När någon av de professionella började ifrågasätta familjens önskemål avbröt ordföranden diskussionen.

Tankar efter mötet

"En stor vinst var att pappan fick prata till punkt och att föräldrarna kom till tals. Deras uppfattning att korttids inte var något för deras barn blev för första gången inte ifrågasatt", summerar LSS-handläggaren.

Hon konstaterar också att det är krävande att ensam hålla i ett möte med mycket folk. Man behöver vara två, en som håller i mötet och en som skriver och kontrollerar att allt är rätt uppfattat. Handläggaren ser nätverksmötet som en början till en plan. Hon menar att man inte behöver börja från *"A och sluta på Ö"* utan kan börja mitt i, huvudsaken är att hålla en struktur. *"Innan vi började med det här projektet tänkte jag att jag behöver ha något att hålla mig till för att komma igång men jag har kommit på att i och med att det är så olika situationer så kan man inte ha en mall, jag har börjat se det nu."* Mötet varade i nästan två timmar – enligt mötesledarna en alldeles för kort tid för ett möte med så komplicerade frågor och så många deltagare. Mötet genomfördes dessutom med hjälp av tolk.

Seminarium – ett sätt att förankra idéer

Redan innan projektet påbörjades hade förvaltningen på handikapprådets initiativ försökt att få till stånd ett seminarium om IP. Detta kom inte till stånd då intresset var för litet. Nu riktades därför en personlig inbjudan, både muntlig och skriftlig, till handikapprådet, tjänstemän inom förvaltningen samt samarbetspartners inom andra verksam-

heter som brukare kommer i kontakt med och som kan tänkas bli inbjudna till en brukares IP. (inbjudan bilaga 8).

18 personer deltog, fem representerade handikapprådet och övriga var professionella från olika verksamheter, bland annat barnomsorg, skola, daglig verksamhet, boende, barn- och ungdomshabilitering, biblioteket, enhetschef för psykiskt funktionshindrade. Seminariet innehöll diskussioner och information om vad IP är, hur den kan användas och hur arbetet kan gå till. IP får olika perspektiv belystes bland annat med hjälp av ett kortare rollspel. Seminariet avslutades med att deltagarna gemensamt reflekterade kring vinster med IP, för alla parter.

Funderingar kring organisation, lagstiftning och stödjande chefer

Handläggarna tror inte att den organisationsmodell som råder inom förvaltningen har någon avgörande betydelse för svårigheterna att genomföra IP. Snarare handlar det om att ha en chef som är *"genuint intresserad och har en vilja som hon eller han konkret visar"* genom att se till att handläggarna har praktiska och resursmässiga förutsättningar för arbetet. Men det faktum att handikappomsorgen ingår i *"allt det andra"* försvårar, anser LSS-handläggaren för vuxna. Vuxenhandläggarens chef har hittills inte deltagit i projektmötena. Handläggaren saknar hans/hennes stöd. Båda handläggarna önskar sig handledning. Arbetet innebär många svåra frågor att ta ställning till och handläggarna känner sig ofta ensamma i detta arbete. De funderar över om det går att upprätta en IP utan att det finns LSS insatser beviljade.

De anser att frågan i sig är ett motiv till att lyfta in rätten till IP i 9 § LSS. *"Det kan också vara ett sätt att göra arbetsmetoden synlig för beslutsfattare och det skulle vara en hjälp för oss handläggare"*, tillägger LSS-handläggaren för barn.

Nuläget

Våren 2001 är läget i delprojektet "Handläggaren i fokus" följande: LSS-handläggaren för barn har slutat sin tjänst och förvaltningen genomför en omorganisation, som bland annat innebär att handikappomsorgen samlas inom ett verksamhetsområde – Stödverksamheten. Detta är en förändring som handikapprådet länge arbetat för.

De båda handläggarna, en företrädare för handikapprådet, chefen för Stödverksamheten, en samordnare inom enheten samt projektledaren träffades i slutet av februari för att planera framåt. LSS-handläggarna gör återkommande enkätförfrågningar till brukarna om hur de ser på stödet förvaltningen ger. Det senaste resultatet visade på ett ökat missnöje, framför allt angående bemötande och inflytande, enligt LSS-handläggaren för barn. I det sammanhanget diskuterades hur arbetet med individuella planer kan förbättras och vad som behövs för att det förhållningssätt som individuell planering innebär ska kunna genomsyra hela organisationen. Under mötet diskuterade ett antal idéer om det fortsatta arbetet med IP. Inledningsvis ska handläggaren för vuxna och chefen för Stödverksamheten diskutera handläggarens arbetsvillkor.

Hur många har en individuell plan enligt LSS?

För att kartlägga hur många personer som har en individuell plan enligt LSS skickade Socialstyrelsen hösten 2000 ut en enkät (se bilaga 2) till samtliga kommuner.

Två frågor ställdes:

1. Hur många personer inom kommunen har en individuell plan enligt LSS den 1 november 2000?
2. Vilka andra planer, t ex boendeplan, omvårdnadsplan etc. upprättas för personer med LSS-insatser inom kommunen? (Ange typ av plan, ej antal.)

Uppgiftslämnarna ombads att fördela personer med IP efter personkretstillhörighet och ålder, dvs. barn/ungdomar respektive vuxna. Till vuxna räknades de som var 19 år och äldre.

I enkäten definierades individuell plan enligt nedanstående:

- ☐ planen upprättas på brukarens begäran enligt 10 § LSS,
- ☐ planeringsarbetet sker i samarbete mellan brukare och handläggare,
- ☐ planeringsarbetet och planen omfattar brukarens mål, planerade och beslutade insatser för att uppnå målet samt utvärdering eller datum för utvärdering,
- ☐ planen finns dokumenterad.

Knappt 2 400 personer har en individuell plan

Enkätundersökningen visar att 2 400 personer hade en individuell plan enligt LSS den 1 november 2000. Det är 5 procent av de cirka 45 500 personer som enligt den officiella statistiken från 1 juni 2000 hade insatser från kommunen¹⁰. Det är ingen skillnad i andel barn/ungdomar respektive vuxna som har en IP. Nedanstående tabell visar att de allra flesta, 85 procent, som har en IP tillhör personkrets 1. I förhållande till det totala antalet personer med LSS-insatser har personer i personkrets 2 den högsta andelen IP, 8 procent, men dessa planer svarar endast för 4 procent av det totala antalet IP. Personer i personkrets 3 har lägst andel IP i förhållande till hur många som har LSS-insatser, endast 3 procent. Av det totala antalet IP svarar personer i personkrets 3 endast för 12 procent.

Antal personer med individuell plan enligt LSS fördelade efter personkrets

Personkrets	Personer med IP		Personer med LSS-insatser		IP/LSS
	Antal	%	Antal	%	
1	2 028	84	35 716	79	6
2	88	4	1 065	2	8
3	282	12	8 747	19	3
Samtliga	2 398	100	45 528	100	5

Herrljunga, Högsby, Mora, Trollhättan, Ydre samt 7 stadsdelar i Göteborg har inte lämnat in uppgifter om individuell plan. Någon bortfallskomplettering har inte gjorts.

Barn och ungdomar svarar för en fjärdedel av planerna

Tre fjärdedelar av de som har en IP är vuxna, dvs. 19 år och äldre enligt vår definition. Barn och ungdom svarar för en fjärdedel av planerna. Samma förhållande mellan åldersgrupperna avspeglas i fördelningen av LSS-insatser från kommunerna.

¹⁰ Socialstyrelsen Statistik Socialtjänst 2001:2 Funktionshindrade personer – insatser 2000

Antal personer med individuell plan enligt LSS fördelade efter ålder

Ålder	Personer med IP		Personer med LSS-insatser		IP/LSS %
	Antal	%	Antal	%	
Barn	632	26	11 768	26	5
Vuxna	1 766	74	33 760	74	5
Samtliga	2 398	100	45 528	100	5

Herrljunga, Högsby, Mora, Trollhättan, Ydre samt 7 stadsdelar i Göteborg har inte lämnat in uppgifter om individuell plan. Någon bortfallskomplettering har inte gjorts.

Antal personer med individuell plan per län

Nedanstående tabell visar hur antalet personer med individuell plan är fördelade i olika län. Förhållandet mellan antal IP och antalet LSS-insatser framgår och här kan utläsas att Gotlands län svarar för förhållandevis störst andel planer, 20 procent, och Örebro län för minst andel planer, 2 procent, i förhållande till hur många som har LSS-insatser i respektive län. Av tabellen nedan framgår också hur många kommuner som ingår i respektive län och hur många av dessa kommuner som har rapporterat att de inte har några personer med IP. Av totalt 289 kommuner har 64 inte upprättat någon IP. Från fem kommuner saknas uppgift.

Antal personer med individuell plan enligt LSS per län

Län kommuner	Antal personer med IP	Antal personer med LSS -insatser	IP/LSS i %	Antal kommuner i länet	Antal i länet utan någon IP
Stockholms län	431	7074	6	26	2
Uppsala län	121	1668	7	6	2
Södermanlands län	51	1408	4	9	2
Östergötlands län	119	2464	5	13	2
Jönköpings län	100	1753	6	13	2
Kronobergs län	77	1066	7	8	1
Kalmar län	113	1277	9	12	1
Gotlands län	68	342	20	1	0
Blekinge län	30	829	4	5	0
Skåne län	201	5336	4	33	6
Hallands län	54	1229	4	6	0
Västra Götalands län	248	8020	3	49	15
Värmlands län	210	1594	13	16	2
Örebro län	34	1538	2	12	6
Västmanlands län	66	1353	5	11	3
Dalarnas län	139	1508	9	15	1
Gävleborgs län	124	1536	8	10	1
Västernorrlands län	58	1594	4	7	2
Jämtlands län	44	885	5	8	3
Västerbottens län	70	1695	4	15	8
Norrbottn	40	1585	3	14	5
Riket	2398	45754	5	289	64

Herrljunga, Högsby, Mora, Trollhättan, Ydre samt 7 stadsdelar i Göteborg har inte lämnat in uppgifter om individuell plan. Någon bortfallskomplettering har inte gjorts. De är inte inräknade i kolumnen som beskriver antal kommuner som inte har några individuella planer.

Av probleminventeringen framgick att drygt 1 900 personer hade en IP enligt LSS 1998. Samma år hade cirka 45 500 personer LSS-insatser från kommunerna. Uppgiften om individuell plan ingick i den officiella LSS-statistiken och frågan som ställdes var: Hur många har en individuell plan? Någon definition av individuell plan gjordes inte i samband med denna uppgiftsinhämtning. De olika årens resultat bör därför jämföras med försiktighet.

Tillförlitlighet

Uppgifterna har samlats in från kommuner med varierande organisationer och rutiner. I vissa kommuner är t ex ansvaret för insatser enligt LSS fördelat på olika nämnder, vilket kan leda till skilda tolkningar. De insamlade uppgifterna har granskats och rättats vid behov.

Bortfall och mätfel

Samtliga kommuner utom Herrljunga, Högsby, Mora, Trollhättan, Ydre samt 7 stadsdelar i Göteborg har besvarat enkäten, 284 av landets 289 kommuner. Någon skattning av hur många individuella planer som berörs av bortfallet har inte gjorts.

De statistiska uppgifterna om antalet personer med individuella planer 1998 har använts för kvalitetsgranskning av föreliggande insamling.

Enkätförfrågan har inte ställts till landstingens verksamheter för råd och stöd vilket kan innebära att det finns ett antal personer med en IP enligt LSS som inte finns redovisade i materialet. Det finns även en svaghet i jämförelsen mellan antalet personer med IP och antalet personer med LSS insatser. Den senare uppgiften gäller juni 2000 och den förra november 2000, d.v.s. en tidsdifferens på fem månader.

Av kommentarerna som uppgiftslämnarna bifogat, och även utifrån underhandskontakter med enskilda handläggare, har det framgått att en del uppgiftslämnare haft svårt att ange det exakta antalet planer. Orsaker har varit tidsbrist, att handläggaren varit nyanställd och därför inte kunnat bedöma ett korrekt antal, omorganisationer och nya data-system. Några har angivit att uppgifterna de lämnat är uppskattade. Trots ett omfattande försök att komma till rätta med detta kan felaktigheter fortfarande förekomma.

Uppmärksamma läsare kan notera att totalsummorna för LSS-insatser i de olika tabellerna inte stämmer överens. Differensen beror på att i länstabellen, som har ett något högre antal personer, har olika kommuner rapporterat att de givit insatser till en och samma person. Troligtvis kommer uppgifter om IP enligt LSS att ingå i den årliga officiella LSS-statistiken från och med år 2002. På så sätt kommer förändringen av användningen av IP att kunna följas och utvärderas.

Många andra planer inom kommunen

Som svar på enkätens andra fråga, om vilka andra planer som upprättas för personer med LSS insatser inom kommunen, angav 240 av de 284 kommuner som svarat att det upprättades andra planer för personer med LSS-insatser. MIP, min individuella plan, och MEP, min egen plan, är några av de 109 olika förkortningar och/eller benämningar på planer som angivits. Många av dessa är troligtvis olika begrepp för likartade planer men kan ändå vara en orsak till den förvirring som råder enligt flera kommentarer. Planer upprättas inom olika verksamheter: boende för barn respektive vuxna, korttidsverksamhet, daglig verksamhet, förskola, skola. Vidare finns planer för personlig assistans och planer inom psykiatrins olika verksamheter.

Framför allt inom psykiatriska verksamheter verkar det förekomma ett antal olika samverkansplaner för samarbete mellan kommun och landsting. "Individuell samverkansplan", "personlig vårdplan", "nätverksträff" är några exempel. Förvaltningsövergripande planer finns även för andra än personer med långvarig psykisk sjukdom. ISP, Individualiserade service program, är ett sådant exempel. Andra benämningar är "samarådsplan", "stöd och serviceplan" etc. Mest förekommande är olika benämningar på planer inom boende för vuxna. I avsnittet "Alla dessa planer", längre fram i rapporten, redovisas ytterligare resultat från enkätens andra fråga.

"Andra planer täcker behovet"

Ytterligare kommentarer har lämnats från 133 kommuner/kommundelar. Enligt en summarisk kategorisering handlar kommentarerna om att det finns många andra planer som täcker behovet och att brukare inte begär IP trots information. I flera kommuner är man på gång och ska öka sina aktiviteter avseende IP, till exempel: *"Här finns något gjort! Som kommer att göras!"*

Arbetet med IP har på några ställen legat nere på grund av omorganisation samt personal- och chefsbyten. Flera uppgiftslämnare önskar handledning, utbildning/fortbildning och exempel på informativt material. Några kommuner står i begrepp att starta kvalitetsarbeten med utgångspunkt från individuella planer, *"Vi är i startgroparna för ett kvalitetssäkringsarbete där IP kommer att finnas med"*.

De kommentarer som är vanligast förekommande handlar om att brukarnas behov IP förmodligen är täckt genom andra typer av planering och samverkan. Ett exempel på kommentar: *"Vi har mycket planering och uppföljning men vi har kanske ännu inte lärt oss att få brukarens uppdrag att upprätta IP och kalla det så. Men viktigast är ändå att planering finns och att den dokumenteras."*

Förutsättningar för arbetssättet

Utöver vad som redan belysts redovisas nedan ytterligare några aspekter på förutsättningar för individuell planering.

Information – ett måste

Förutsättningen för att brukare/företrädare ska kunna begära en IP är att de känner till att möjligheten finns. Ingen av kommunerna/stadsdelarna som omfattades av intervjuerna eller stadsdelen som representeras i "handläggaren i fokus" ger information till alla brukare, varken skriftlig eller muntlig.

Tids- och resursbrist samt handläggarnas arbetsbelastning är en förklaring till bristen på information. Ytterligare en orsak är handläggarens osäkerhet om vad IP innebär och hur arbetet går till. Det sistnämnda framkom också i kommunenkäten, från en av "handläggaren i fokus" samt från en av de intervjuade LSS-handläggarna. Intervjupersonen hade svårt att förklara skillnaden mellan IP enligt LSS och andra planer och nämnde att hon skulle vara mer motiverad om allt vore klarare och om hon fick fortbildning och handledning.

"Trots att vi informerar alla har ingen begärt en individuell plan" är ett exempel på kommentarer i enkäten. Det framgår inte av enkätsvaren på vilket sätt brukarna informeras. Alla brukare anser sig troligen inte behöva en IP enligt LSS, men osäkerheten om vad en IP är har naturligtvis betydelse för hur informationen ges. Fortbildning för handläggare är väsentlig för att IP ska få spridning.

Att vara företräd – av god man

Referensgruppen med flera har lyft fram IP som ett verktyg som kan underlätta för den gode mannen att utföra sitt uppdrag väl. Tanken med godmanskap är att det alltid ska finnas en legal företrädare när den enskilde brister i eller saknar rättslig handlingsförmåga. Den gode mannens uppdrag, som är ett lekmanuppdrag, är att hjälpa huvudmannen (den som har en god man) att bevaka rätt, att förvalta egendom samt att sörja för sin person.

Det finns inga preciserade krav på hur den gode mannen ska sköta sin syssla och inte heller vilken kompetens som behövs utöver att vara en "rättrådig, erfaren och allmänt lämplig person". För att fullgöra sitt uppdrag behöver gode mannen, förutom kunskap om samhällets service, vara väl förtrogen med huvudmannens önskemål och uppfattning om vad ett gott liv innebär för henne/honom samt bilda sig en uppfattning om personens situation och behov. I de fall en plan redan finns kan en nytillträdd god man snabbt få viktig kunskap som annars kan ta lång tid att skaffa. Alternativt kan gode mannen, om den enskilde så önskar, inledningsvis begära en IP för att bli insatt i sin huvudmans situation.

Riksförbundet för utvecklingsstörda barn, ungdomar och vuxna, FUB, startade hösten 2000 ett godman-projekt som riktar sig till gode män i samtliga län och erbjuder utbildning om godmanskap för personer med utvecklingsstörning. Individuell plan kommer att omnämnas som ett användbart verktyg när det gäller uppdraget att "sörja för person".

Ett exempel på att individuell plan uppmärksammas som redskap för gode män är att Linköpings kommun, via ett informationsblad i samband med årsredovisning till överförmyndaren, påpekade att god man är skyldig att informera sig om den enskildes individuella planer samt att följa upp dem och bevaka att de är aktuella.

Samordnarrollen är svår

Förtroende går som en röd tråd i brukarnas och företrädarnas berättelser och verkar vara en av de viktigaste förutsättningarna för att brukaren/företrädaren ska anse att planeringen och planen är deras och till nytta. Förutom det som belysts om samordnarens roll i avsnittet om arbetsprocessen ansåg några handläggare att det i funktionen även ingår att ha kontakt med de medverkande mellan mötena. Däremot är handläggaren inte ansvarig för att var och en som tagit på sig en uppgift fullgör sina åtaganden. Genom att i protokollet tydligt skriva in vem som ansvarar för vad "*blir det en press inför nästa möte, man känner sig skamsen om man inte gjort det man lovat. Det gäller både för mig och andra.*"

En fråga som bland andra referensgruppsdeltagarna tagit upp är att samordnarrollen och LSS-handläggarens roll som myndighetsutövare kan vara svåra att förena. Däremot har flertalet av handläggarna, bland annat Björns, inte ansett detta vara en svårighet. De ser att rollen som samordnare teoretiskt skulle kunna kollidera med funktionen som myndighetsutövare, men menar att man själv får ta ställning till om man är myndighetens representant eller främst brukarens stöd. Björns handläggare stöttar brukaren om det inte är helt galet ur myndighetsperspektiv, det är hennes sätt att jobba. Hon tillägger att hon inte kan strunta i att det finns vissa direktiv som hon måste följa men kan ändå ge den enskilde sitt stöd genom att hjälpa till att överklaga "*våra egna beslut*".

Samordnarfunktionen kan vara svår att inrymma i en renodlad funktion som biståndsbedömare. Särskilt i de fall då den "kurativa" funktionen, som synliggörs i och med det processinriktade arbetssätt som individuell planering medför, blir osynlig eller försvåras av otillräckliga resurser. Chefen för handikappenhetsen i den stadsdel där Margareta bor pekar på detta och har tagit upp det på förvaltningsnivå. I stadsdelens verksamhetsplan för år 2000 framgår att biståndsbedömarnas arbete utvecklats och blivit mer tidskrävande.

de och nätverksrelaterat. Ökade krav ställs på samarbete med andra enheter inom och utom stadsdelsförvaltningen i syfte att samordna resurser så att den enskildes behov tillgodoses på bästa sätt och av rätt instans.

Om handläggarens funktion också innefattar den beskrivna samordnarrollen kan detta innebära en komplicerad avgränsning gentemot landstingens ansvar för råd och stöd. En av de intervjuade LSS-handläggarna berör båda aspekterna: *”Planering och att prata med personen om hur hon eller han vill ha det är en kurativ uppgift, kanske för kuratorn på råd och stöd. Jag skulle gärna vilja ha den uppgiften men det går ju inte eftersom jag ska handlägga. Det ryms tyvärr inte i min uppgift”*, säger handläggaren.

Individuell plan sparar tid

Intervjupersonerna – samordnare, föräldrar och gode män har framhållit att individuell planering sparar tid. Den LSS-handläggare som ansvarar för Margaretas IP samordnar förutom Margaretas individuella plan tjugofem andra vuxna personers IP. Hon anser att det är ett bra arbetsredskap och att hon förstår brukarnas behov och hur hela deras tillvaro ser ut på ett helt annat sätt än tidigare.

Hon försöker informera om rätten till IP så ofta som möjligt, men när det är tidsbrist informerar hon och hennes kollegor automatiskt mindre, berättar hon. Trots att arbets sättet tar mycket tid i anspråk, särskilt i början innebär IP tidsvinster. Genom att brukaren är mer nöjd och har ett bättre grepp om sin situationen – och sina rättigheter – har handläggaren och hennes kollegor betydligt färre samtal och kontakter mellan mötena. Hon spar också tid genom att hon slipper åka runt och följa upp ärenden, även andra möten med personal kan sparas in. *”Dessutom slipper jag göra om saker i och med att det blir mer rätt från början”*, konstaterar LSS-handläggaren.

Organisatoriska förutsättningar – stöd, förankring och nytta för kommunen

Ovanstående belyser vikten av att det finns goda förutsättningar i organisationen för att handläggaren ska kunna arbeta med IP och fungera som samordnare. Enligt de intervjuade handläggarna och nästan samtliga chefer har handläggarens chef en viktig stöttande uppgift, bland annat i att se till att det finns resurser. Den handläggare som samordnade Margaretas plan har stöd från sin chef. Chefen visar det genom att hon genomfört en minskning av antal ärenden per handläggare som arbetar med vuxna från cirka 160 till nuvarande 70. Hon fortsätter att arbeta för förstärkning till enheten. Att ge tidsmässiga förutsättningar för handläggarnas arbete ser hon som en viktig del i sin roll som chef.

Förankring

Ett exempel på att ledningen är lyhörd är att enheten fått en ny tjänst som troligen kommer att underlätta det pressade arbetsläget, berättar en av de intervjuade handläggarna.

Samma handläggare tror att nämndledamöterna är intresserade av IP. Hon grundar det på att när hon redogör för ärenden som presidiet ska fatta beslut om får hon ofta frågan om en IP varit underlag för förslaget till beslut. *”Dom kanske inte riktigt vet vad en IP är men jag tror att dom vill veta om jag gjort allt jag kan för att få fram det reella behovet. Så tror jag att dom tänker.”*

Det finns exempel på att IP diskuterats på nämndnivå. En nämndordförande berättar att IP diskuterats i kvalitetssäkringssammanhang. Han ser IP som en förutsättning för att kunna utvärdera insatserna för den enskilda. Däremot finns arbetssättet inte nämnt i kommunens offentliga dokument och någon konkret strategi för hur arbetet ska utveck-

las inom kommunen finns inte heller. Arbetet har stannat upp på grund av pågående omorganisation inom förvaltningen.

I samma kommun, som också Björn bor i, arbetar FUB (Riksförbundet för utvecklingsstörda Barn, Ungdomar och Vuxna) intensivt för att IP skall bli känt bland familjer och enskilda. Ordföranden i den lokala FUB-föreningen tycker dock att det går trögt att få ansvariga på förvaltningen och i den politiska ledningen intresserade. Han har inte märkt något gensvar på de påtryckningar föreningen och andra handikapporganisationer har gjort och han är besviken på att förvaltningen inte ens producerat någon skriftlig information.

Av de 8 representerade kommunerna/stadsdelarna nämns IP endast i 2 förvaltnings verksamhetsplaner eller policydokument. I det ena fallet uttrycks att handikappheten under år 2001 ska arbeta för att informera och erbjuda individuell plan. Den andra förvaltning ingår i delprojektet "handläggaren i fokus".

Chefen för den LSS-handläggare som uttryckte stor osäkerhet i arbetet med IP anser att IP har sitt berättigande när många är inblandade, d.v.s. om anledningen är samordning, men anser inte att IP ska vara ett sätt för brukaren att klaga om hon eller han är missnöjd. Det är inte många personer med funktionshinder i kommunen som har begärt IP men skulle fler begära skulle inte att handläggarnas tid räcka till. Som avdelningschef för socialtjänsten och underställd socialdirektören kan han inte påminna sig att IP har diskuterats på förvaltningschefs- eller nämndnivå. IP finns inte heller omnämnt i kommunens måldokument. Han tror inte att politikerna känner till IP och skulle han lyfta frågan om mer resurser skulle han få ett nej. Han kan inte se några fördelar för kommunen med individuell planering.

Nytta för kommunen

Flertalet intervjuade har påtalat att kommunen kan ha nytta av de enskildas IP i sin planering, t.ex. vad gäller framtida behov av bostäder. I en kommun beräknas behovet idag efter ålder och personer från 21 års ålder ska kunna få en egen bostad. Nuvarande information ger enbart upplysning om kvantiteten. Brukarnas individuella planer, kan enligt handläggaren, däremot ge upplysningar om kvaliteter, vilket ger möjligheter till en individanpassad planering. LSS-handläggaren tror att kommunen på sikt spar pengar genom att på detta sätt göra rätt från början.

Några ansåg att den individuella planen även kan vara ett viktigt, generellt kvalitetsinstrument för kommunen. Enligt Katjas föräldrar, samordnare och deras chef förutsätter detta att de individuella planerna utvärderas. Ytterligare en enhetschef och en stadsdelsdirektör anser att de individuella planerna kan användas för att påtala brister som upptäcks. De anser att IP är ett sätt att kvalitetssäkra verksamheten.

Aspekt på förvaltningsstruktur

En viktig förutsättning för att arbetet med individuell planering ska utvecklas är hur den kommunala förvaltningsstrukturen ser ut anser några av intervjupersonerna och "handläggarna i fokus". De som tagit upp denna förutsättning, merparten av de professionella, anser att äldre- och handikappomsorg inte bör vara sammanslaget till en enhet. En LSS-handläggare menar att om de skulle vara under samma tak, som de tidigare var, skulle de funktionshindrade personernas behov komma i skymundan för äldreomsorgens krav.

Slutsatser

Knappt 2 400 personer har en individuell plan enligt LSS vilket är ca 5 procent av de cirka 45 500 personer som hade insatser från kommunen enligt LSS. I förhållandet till det totala antalet personer med LSS insatser har personer i personkrets 2 den högsta antalet IP. Personer i personkrets 3 har lägst antal IP. Tre fjärdedelar av de som har en IP är vuxna. Fördelningen över län visar på stora skillnader. Anledningen till de ovan beskrivna förhållandet kan vara:

- att ***det finns många andra planer i kommunerna*** som de som svarat anser ersätter IP. Det finns vidare viss förvirring vad olika planer står för. Kunskapen om möjligheten att få en IP verkar vara dåligt utbredd bland berörda personer med funktionshinder.
- att ***informationen inte alltid nått ut***. Ansvariga anger bl a hög arbetsbelastning, osäkerhet om vad IP innebär och skillnaden mellan IP och andra planer som en tänkbar förklaring. Den enskilde kan också sakna någon som företräder henne/honom och som vid behov kan ta initiativ till en IP. Det finns vidare en svårighet mellan samordnarrollen och LSS handläggarrollen som kan göra att LSS handläggare drar sig för att initiera IP
- att ***information och fortbildning*** till handläggare om vad IP innebär och vilket värde den kan ha är otillräcklig. Vidare saknas enligt uppgifter ofta både nödvändiga resurser och tidsmässiga förutsättningar.

Individuella habiliterings- och rehabiliteringsplaner

Individuella habiliterings- och rehabiliteringsplaner beskrivs i denna studie huvudsakligen utifrån kvantitativa data som inhämtats genom en enkät till landets 21 lands-ting/motsvarande. Underlag till övrigt resultat som presenteras i detta avsnitt består av intervjuer, konferensdiskussioner med professionella, ”övriga kontakter” samt rapporter som berör ämnet. En fördjupning med kvalitativa aspekter kommer att ske under projektets nästa steg.

På motsvarande sätt som i avsnittet om individuella planer enligt LSS exemplifierar berättelserna nedan vad arbetsprocessen med individuella habiliteringsplaner enligt 3 b § HSL kan innebära och vilka resultat arbetssättet kan ge.

Berättelserna bygger på intervjuer med två familjer och en samordnare (se intervjuöversikt i inledningen). Ingen vuxen person med individuell habiliterings- eller rehabiliteringsplan svarade på annonseringen efter brukare med goda erfarenheter av individuella planer.

Sara och Angelica

”I jämförelse med andra har vi det väldigt bra”

Det anser pappan till **Sara** 13 år. Sara bor med mamma, pappa och syskon. Hon trivs i skolan och föräldrarna är också mycket nöjda. Sara *”får ju styra sin dag väldigt mycket själv”*. När Sara mår bra är hon en pigg och nyfiken tjej. En höjdare är när hela familjen åker iväg med husvagnen berättar föräldrarna. *”Sara njuter i fulla drag av att sitta tillsammans med hela familjen och äta i förtältet, kika ut på björkarna och lyssna på lövens rasslande. Hon älskar campinglivet och blir så väl mottagen överallt.”* Saras skola ligger i en annan kommun och dit åker hon taxi varje dag. Det är viktigt att taxichauffören är kompetent och vet vikten av att snabbt komma till akuten när Sara får ett andningsstillestånd eller ett svårt epilepsianfall. Med i taxin finns också Saras assistent som enligt föräldrarna *”är fantastisk på att läsa av Sara”* vilket är nödvändigt då Sara snabbt kan bli dålig. När det är som värst kan hon under en månads tid ha 80 andningsstillestånd och 50 epilepsianfall. Trots Saras alla svårigheter och allt jobb som hennes funktionsnedsättningar innebär för föräldrarna är de mycket nöjda med många av de professionella i olika verksamheter som de har kontakt med. Speciellt LSS-handläggaren och förvaltningschefen i kommunen. Skol- och fritidspersonal är engagerade och ställer upp på flexibla lösningar. Taxitransporterna fungerar också mycket bra. Familjen har många kontakter som ska sys ihop för att Sara ska må bra och för att hennes vardag ska fungera. Förutom ett antal personer från den kommunala förvaltningen, skolan, fritidshemmet, taxi och assistenterna har de också kontakt med expertteam, barnhabilitering, olika barnkliniker, försäkringskassa med flera.

ISP – en modell

Familjen har lång erfarenhet av individuell planering, åtta år. Trots familjens många förvaltningsövergripande kontakter har de inte begärt en individuell plan enligt LSS utan valt att fortsätta med ISP (Individualiserade service program) och låta kuratorn på barnhabiliteringen samordna och ansvara för planeringen.

Det är mest praktiskt då familjens flesta kontakter är inom det medicinska området. *”Det skulle bli mer komplicerat om kommunen skulle ha ansvaret och därför har vi inte sökt plan enligt LSS.”* LSS-handläggaren är inte med på mötena. Istället får hon kontinuerlig information av föräldrarna om frågor som är aktuella. Förutom ISP-planen har Sara ett kortfattat åtgärdsprogram som mer i detalj beskriver hur skolan ska arbeta för att nå de mål som finns uppsatta i Saras ISP. Fler planer eller möten behövs inte anser föräldrarna, *”allt klaras av på våra ISP-möten”*.

”Det blir bara bättre med tiden”

Anledningen till att de nappade på habiliteringens förslag om ISP var att det saknades samordning mellan alla inblandade. På vägen har många problem löst sig. För ett tag sedan fungerade inte taxiresorna på grund av att kommunen där Saras skola ligger drog in assistansen under taxiresorna. Men det godtog varken föräldrarna eller hemkommunen vilket medförde att kommunen ordnade egen skolskjuts åt Sara. Efter att föräldrarna beskrivit hur skört Saras hälsotillstånd är har rektorn insett allvaret och numera fungerar det utmärkt.

Tidvis har planeringsmötena varit mindre bra. Alla har inte kommit, eller behövt gå i förtid och *”då känns det som vi inte är så viktiga”*. Föräldrarna och samordnaren var inte överens om hur ofta träffarna skulle vara och de diskuterade också hur många personer som behövde medverka. Föräldrarna förklarar att den person som håller i mötet och i planen måste man komma överens med och kunna lita på.

När föräldrarna ser tillbaka tycker de att de haft stor nytta av planeringsmöten för Sara. Bland annat hör alla samma saker samtidigt och samtliga bidrar oftast med något matnyttigt. Att så många kommer visar att de bryr sig, *bara det är ett stöd. ”Vi föräldrar slipper också föra över information från en till en annan och det gör att missuppfattningar kan minska, som det kan bli om förmedlingen hänger på oss, särskilt när det är svåra medicinska saker.”* Inte minst värdefullt är att föräldrarna har vunnit tid. Genom att alla berörda samlas på samma tid och plats har antalet möten minskat.

”ISP ger många vinster”

”Vi erbjuder inte alla familjer ISP”, berättar familjens samordnare på barnhabiliteringen. Det är lite slumpartat och kan delvis bero på vem av oss som är inkopplad. På den barnhabilitering dit Sara är knuten har man ett system med kontaktpersoner för så kallade ISP-team, och det är inte all personal som har den funktionen. Samordnaren anser att skillnaden mellan ISP och en individuell habiliteringsplan är att ISP inbegriper flera olika verksamheter utanför hälso- och sjukvården. Arbetssättet kan vara till nytta där det behövs samordning av många instanser från olika verksamheter. Hon ser det som att *”ISP utgår mer från familjens egna önskemål och behov än vad en vanlig habiliteringsplan gör”*.

Konklusion: Enligt föräldrarnas och samordnarens berättelser kan ISP ha likartad samordnande funktion som en individuell plan enligt LSS. Regeringen tar i propositionen *Från patient till medborgare*¹¹ upp frågan om habiliteringsplan som ersättning för IP enligt LSS och skriver ”Om den enskilde inte omfattas av LSS kan t.ex. habiliteringsplanen med dennes medgivande ges samma sammanhållande funktion.”

”Den trygga habiliteringsvärlden”

På habiliteringen förstår dom precis hur det känns och vi blir respekterade. Men utanför – i andra samhällskontakter – *”måste man fortfarande kämpa för rätten att vara annorlunda”*. Så ser Angelicas mamma på samhällets stöd. **Angelica** är en mycket glad, bestämd liten tjej på tre år som älskar musik och sitt dagis, där också lillasyster går. Angelica har en utvecklingsstörning och därför sökte mamman tidigt upp habiliteringen. Hon har kontakt med samtliga av habiliteringens professioner, men den direkta kontakten med Angelica sköts numera på dagtid och av förskolepersonalen. Angelicas mamma litar fullständigt på att stöd och åtgärder sätts in om det behövs. Hon behöver inte ligga i och kontrollera, hon är trygg.

¹¹ Regeringens proposition 1999/2000:79. ”Från patient till medborgare – en nationell handlingsplan för handikappolitiken”. Citat sid 126: ”Om den enskilde inte omfattas av LSS kan t.ex. habiliteringsplanen med dennes medgivande ges samma sammanhållande funktion.”

Habiliteringsplanen

Det började med att kuratorn berättade om att habiliteringen erbjöd alla föräldrar en planering för deras barn. Kuratorn beskrev planeringen som ett sätt att utifrån önskemål, komma till skott och prata om hur det praktiskt går till för att komma vidare. Angelicas mamma tackade ja och första gången hölls mötet i habiliteringens lokaler och hela teamet var med. Numera är mötena förlagda till förskolan och de som berörs träffas en gång/termin. Medverkar gör förskolechefen, Angelicas ”fröken”, personal från habiliteringen – de som är aktuella – och ibland även ansvarig från förvaltningen. *”Det är bra att den person som sitter på pengarna och beslutar är närvarande då kan man fatta beslut på plats.”*

Angelicas mamma tycker att planeringen är värdefull, inte minst tack vare kuratorn som är samordnare av habiliteringsplanen. *”Jag känner mig säker på att man ser Angelica, att det är en individuell bedömning som görs.”* Angelicas goda sidor och färdigheter uppmärksammas och det är dem man utgår från. En annan värdefull effekt är att det som bestäms också utförs. Planen är inte bara en vision menar Angelicas mamma, *”utan man ser att det fungerar. Det har jag svart på vitt på.”* Kravet på dokumentationen gör också att förskolepersonalen blir mer professionella tycker hon. Samordnaren (kuratorn) beskriver mamman på följande sätt: *”Hon är duktig på att ta folk. Hon frågar rätt frågor och hjälper till att sortera och prioritera. Man får alltid något med sig hem.”*

Konklusion: Angelicas mamma känner till att hon kan begära en individuell plan enligt LSS men anser att dotterns och hennes behov är tillgodosedda med hjälp av den individuella habiliteringsplanen – än så länge.

Aspekter på individuella habiliterings- och rehabiliteringsplaner

Enligt 3 b och 18 b §§ hälso- och sjukvårdslagen skall habilitering, rehabilitering och hjälpmedel planeras i samverkan med den enskilde, d.v.s. det finns en skyldighet för huvudmannen att erbjuda brukaren en individuell habiliterings- eller rehabiliteringsplan. Här redovisas några definitioner och aspekter som hör samman med arbetet med dessa planer.

Rehabilitering och individuella rehabiliteringsplaner

”Rehabilitering och habilitering inom hälso- och sjukvården står med andra ord för tidiga, samordnade och allsidiga insatser från olika kompetensområden och verksamheter som innebär att medicinska, psykologiska, pedagogiska, sociala och tekniska insatser kombineras utifrån den enskildes behov, förutsättningar och intressen.”

Definitionen är hämtad ur en skrift om rehabilitering som utgivits i samarbete mellan Socialstyrelsen, Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet¹².

¹² SoS-rapport 1993:10. ”Rehabilitering inom hälso- och sjukvården – för alla åldrar och diagnoser”. Socialstyrelsen, Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet.

I nästa avsnitt redovisas resultatet från landstingsenkäten men först refereras några erfarenheter från två studier som sätter förekomsten av rehabiliteringsplaner i relation till enskilda individer.

Hagnelöv¹³ ställde frågan om brukarens upplevda verklighet stämde överens med lagstiftningens intentioner angående re/habiliteringsverksamhet. Enkätstudien hade bland annat som syfte att belysa i vilken utsträckning individuella rehabiliteringsplaner upprättades. Det visade sig att enbart fyra av femtio personer blivit erbjudna en skriftlig rehabiliteringsplan.

Studien *”Trettio brukare om sin habilitering”* genomfördes som ett led i Socialstyrelsens uppföljning av de delar av 1994 års handikappreform som är kopplade till hälso- och sjukvårdslagen. Hur de trettio brukarna med hörselskada, multipel skleros, MS, eller reumatoid artrit, RA, upplevde sin rehabiliteringssituation beskrivs i tre underlagsrapporter¹⁴. En av slutsatserna i rapport nummer två var att den enskilde ”ofta saknar den individuella rehabiliteringsplan som hälso- och sjukvårdshuvudmannen enligt lag är skyldig att tillhandahålla”

Habilitering och individuella rehabiliteringsplaner

Enligt det policydokument om individuella rehabiliteringsplaner som Föreningen Sveriges Rehabiliteringschefer för barn- och ungdomshabiliteringar arbetat fram (bilaga 9) är en rehabiliteringsplan ett planeringsinstrument som syftar till:

- ❑ inflytande och delaktighet för familjen och med stigande ålder och mognad för
- ❑ barnet/den unge själv
- ❑ samordning utifrån barnets/den unges och familjens behov
- ❑ möjlighet till utvärdering.

Av dokumentet framgår att *”alla barn/ungdomar och familjer ska erbjudas en rehabiliteringsplan i ett tidigt skede, som fortlöpande följs upp, utvärderas och revideras.”*

Individualiserade serviceprogram – ISP

Saras föräldrar berättar om sina positiva erfarenheter av ISP – Individualiserade Service Program – vilket är en modell för individuell planering och som främst används inom barn- och vuxenhabilitering. ISP utvecklades ursprungligen av Olle Sjögren¹⁵ i början på 1990-talet och har bland annat den internationella handikappklassifikationen ICIDH som utgångspunkt. Grundtanken är att den enskilde har ett avgörande inflytande över hela arbetsprocessen och att planen omfattar insatser från de olika huvudmän och verksamheter som brukaren/familjen har kontakt med. Det vill säga mer än habilitering, rehabilitering och hjälpmedel. En av de intervjuade kuratorerna på barnhabilitering beskriver sin syn på skillnaderna mellan ISP och den ”vanliga” rehabiliteringsplanen som att ISP mer utgår från familjens önskemål och behov än vad rehabiliteringsplanen gör. Att ISP kan ha liknande förvaltningsövergripande funktion som individuell plan enligt LSS har även kommenterats i kommunenkäten. Användandet av ISP kanske kan förklara ett lågt antalet IP enligt LSS i samma område.

¹³ Hagnelöv, K. (1998). ”Överensstämmer lagstiftningens intentioner angående re/habiliteringsverksamhet med brukarens upplevda verklighet?” C-uppsats. Luleå Tekniska Universitet, Institutionen för hälsovetenskap.

¹⁴ Socialstyrelsen. ”Trettio brukare om sin rehabilitering (1997-19-3), Samhällets mål eller brukarens verklighet?” ”En fördjupningsstudie av Trettio brukare om sin rehabilitering” (1998-19-4) samt ”Dehabiliteringsprocessen” En avslutande studie av Trettio brukare om sin rehabilitering” (2000-19-08). Samtliga utgivna i Socialstyrelsens serie ”Stimulansbidrag för habilitering och rehabilitering”.

¹⁵ Sjögren, O. (1996). ”ISP Individualiserade Service Program. Del 1 och 2. Tryck”: Teko Nova AB.

Övriga synpunkter

I diskussionerna med tjugotvå barnhabiliteringskuratorer från nio län (hösten 2000) framkom både goda erfarenheter och svårigheter i arbetet med individuella habiliteringsplaner. Flertalet kuratorer ansåg att habiliteringsplanen var ett värdefullt instrument. Men avgörande för att familjen ska ha nytta av planen är personalens synsätt. Antingen ser man planen som ett arbetssätt som genomsyrar och vägleder allt arbete eller som något som läggs ovanpå allt annat. Vilket synsätt som blir rådande kan bland annat påverkas av huvudmannens direktiv. Endast kuratorer från en barn- och ungdomshabilitering ansåg att arbetssättet genomsyrade allt deras habiliteringsarbete och var en självklarhet inom verksamheten.

Föra sin egen talan

Tankar om att personen själv ska ha möjlighet att föra sin egen talan var anledningen till att en arbetsgrupp inom barn- och ungdomshabiliteringen i Västerbottens läns landsting, tillsammans med en referensgrupp bestående av unga vuxna med eget funktionshinder, startade ett utvecklingsarbete för att öka ungdomars delaktighet i deras egen individuella habiliteringsplanering. Från 13–14 års ålder erbjuds ungdomar ett eget kartläggande planeringssamtal.

Drygt femtio ungdomar med sinsemellan mycket varierande funktionsnedsättningar har haft planeringssamtal med personal från Skellefteå habiliteringsteam, som utarbetat och prövat metoden. Föräldrars och ungdomars långsiktiga mål stämmer väl överens och de är samstämda i ungdomarnas behov i stort. I ungdomarnas samtal med personalen framkommer ytterligare behov. De vill ha mer kunskap om funktionsnedsättningen för att kunna förklara sitt funktionshinder för kamrater. Detta har inte föräldrarna tagit upp. Ungdomar och föräldrar har också skilda tankar om hur ett idealt framtida boende ska se ut.

Metodiken har vidareutvecklats och dokumenterats i form av ”råd och anvisningar” till habiliteringspersonal som arbetar med ungdomar inom landstinget.

Inom habilitering för barn, ungdomar och vuxna i Uppsala län pågår ett arbete för att öka den enskildes delaktighet i planeringen genom att använda ISP-team. När brukare fått information om arbetssättet och tackat ja till erbjudandet sätts teamet samman. Arbetet startar med de frågor den enskilde är mest angelägna att ta itu med. Protokoll, som kan innehålla både kartläggning och löpande beslut struktureras på ett sådant sätt att personen ifråga känner igen och kan läsa eller avläsa det som avhandlats och dokumenterats. Vid behov används bildstöd, ljudband, film m.m. i stället för skriven text. När processen är mogen görs målformuleringar på längre sikt utifrån tidigare protokoll. Till dessa knyts de åtgärder som är tänkta att leda mot målet. På detta sätt växer brukarens individuella habiliteringsplan fram.

Landstingsenkäten

Bakgrund

I samband med uppföljningen av den generella delen av stimulansbidraget för habilitering och rehabilitering 1998 skickade Socialstyrelsen ut en fråga om individuella habiliterings- och rehabiliteringsplaner till samtliga landsting/motsvarande, då 26 till antalet. Enkätresultatet visade att man inom de flesta landsting upprättade någon form av individuella habiliterings- och rehabiliteringsplaner, dock inte för alla patient- eller diagnosgrupper. Då förekom de oftast inom habiliteringsverksamheterna (20 landsting) men också i relativt stor utsträckning inom rehabiliteringsmedicin (17 landsting), hör-

selvård (16 landsting), geriatrik (15 landsting) och synskadevård (14 landsting). Många landsting angav också att ett utvecklingsarbete pågick beträffande individuella planer, inklusive hjälpmedel.

Under 1999 genomförde Socialstyrelsen projektet Aktiv Uppföljning i Södra sjukvårdsregionen med temat barn och ungdomar. Projektet genomfördes i nära samverkan mellan Socialstyrelsens regionala tillsynsenhet i Malmö och Enheten för Aktiv uppföljning vid Socialstyrelsen i Stockholm. Ett delprojekt rörde habilitering och redovisades i en rapport som utgjorde en del av underlaget till projektrapporten. Undersökningen genomfördes genom enkäter och intervjuer vid besök på sammanlagt 20 enheter i fem orter, Halmstad, Malmö, Lund, Växjö och Karlskrona/Karlshamn (Blekingesjukhuset). På varje ort besöktes en barn- och ungdomshabiliteringsenhet, en logopedenhet, en pedagogisk hörselvårdsenhet samt en syncentral. Uppföljningen visade att habiliterings-/rehabiliteringsplaner enligt HSL togs fram konsekvent vid knappt hälften av de besökta enheterna och att ytterligare några enheter höll på att genomföra detta. Dessutom hade Region Skåne anvisningar om individuell plan som en del av innehållet i sin hjälpmedelshandbok. Socialstyrelsens regionala tillsynsenhet i Malmö kommer att om något år göra ytterligare en uppföljning för att se hur arbetet med individuella habiliterings- och rehabiliteringsplaner har utvecklats över tid.

Mot bakgrund av dessa undersökningar redovisas resultaten av den enkätundersökning som Socialstyrelsen genomfört i januari-februari 2001 i samtliga landsting/motsvarande. (Sammanställning av resultaten finns i bilaga 10.)

Resultatredovisning

Den nu aktuella undersökningen omfattade två frågor.

- ❑ *Den första* gällde om individuella habiliterings-/rehabiliteringsplaner överhuvudtaget genomförs inom den verksamhet/ enhet som tillfrågats och om ja, i vilken utsträckning, angivet i procent av det totala antalet personer som var i behov av habilitering, rehabilitering eller hjälpmedel inom verksamheten under år 2000.
- ❑ *Den andra* frågan gällde för vilka åldersgrupper man upprättade och genomförde individuella habiliterings- och rehabiliteringsplaner. I enkäten fanns också utrymme för förklaringar och kommentarer.

Landstingen har samordnat sina svar till Socialstyrelsen men varje klinik/enhet/ verksamhetsområde har svarat för den egna verksamheten. Resultatet är inte helt jämförbart med de tidigare undersökningarna eftersom en del omorganisationer skett i landstingen, bl.a. har Region Skåne och Västra Götalandsregionen bildats genom sammanslagning av flera mindre landsting. De flesta landsting och särskilt Stockholms läns landsting samt de nya regionerna Skåne och Västra Götaland har fler än en enhet, i vissa landsting upp till tio, inom samma verksamhetsområde, till exempel barn- och ungdomshabilitering eller medicinklinik. Detta gör att en statistisk absolut säkerhet i jämförelsen mellan landstingen är omöjlig. Det som kan utläsas i jämförelser mellan landstingen och mellan årets och tidigare uppföljningar är därför snarare tendenser beträffande beredskapen att upprätta och genomföra individuella habiliterings- och rehabiliteringsplaner enligt HSL.

Samtliga 21 landsting har svarat på enkäten. Av sammanställningen nedan framgår i vilken mån man inom någon av de nämnda verksamheterna i respektive landsting upprättar individuella habiliterings- eller rehabiliteringsplaner. Samtliga landsting/motsvarande upprättar individuella habiliterings-/rehabiliteringsplaner inom barn- och ungdomshabiliteringen och vuxenhabiliteringen. Från 20 landsting anges att individuella planer upprättas inom syncentraler. Uppgift saknas från Landstinget i Kalmar län. I landstinget Östergötland upprättas planer enbart på en av de två syncentraler som svarat.

Inom rehabiliteringsmedicin upprättar samtliga landsting utom ett (Jämtlands läns landsting) individuella planer. Inom hörcentral/pedagogisk hörselvård och vuxenpsykiatri upprättas planer i vardera 17 landsting och inom geriatriken i 16 landsting. I 15 landsting upprättas individuella planer inom neurologiområdet och samma sak gäller inom medicinklinikerna. I 14 landsting har man svarat individuella planer upprättas inom reumatolog- respektive ortopedklinikerna.

Verksamheter där landstingen upprättar individuella planer i mindre utsträckning är barnklinik och barnpsykiatri, där endast nio respektive sju landsting anger att man upprättar planer. Av kommentarerna att döma upprättas barnets planer inom barnhabiliteringen vilket kan innebära att barnklinikens och barnpsykiatrins insatser är delar av den samlade planen.

Vilka landsting som i någon mån upprättar individuella habiliterings- och rehabiliteringsplaner inom respektive verksamhetsområde framgår av tabellen nedan.

Observera att det hittills skrivna visar bara huruvida planer överhuvudtaget upprättas inom de angivna verksamheterna. Enkätsvaren ger utöver detta också en uppfattning om i vilken grad planer upprättas för respektive målgrupp, angivet i procent av alla personer som hade habiliterings- eller rehabiliteringsinsatser inom verksamheten under år 2000. Det finns stora skillnader mellan landstingen och framförallt mellan olika verksamhetsområden. Samma sak gäller för vilka åldersgrupper individuella habiliterings-/rehabiliteringsplaner upprättas.

Individuella habiliterings- och rehabiliteringsplaner enligt HSL.

Sammanställning av landstingens enkätsvar beträffande olika verksamhetsområden.

	Barn- och ungdoms- habilitering	Vuxen- habilitering	Rehabili- terings- medicin	Syncentral	Hörcentral /ped. hörselvård	Neurologisk klinik	Reuma- tologisk klinik	Barnklinik	Ortoped- klinik	Medicin- klinik	Geriatrisk klinik	Barn- psykiatrisk klinik	Vuxen- psykiatrisk klinik
Stockholms läns landsting	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Landstinget i Uppsala län	X	X	X	X	X	X	X	0	X	0	X	0	0
Landstinget Sörmland	X	X	X	X	X	X	X	0	X	X	X	0	X
Landstinget i Östergötland	X	X	X	X	X	X	X	0	X	X	X	X	X
Landstinget i Jönköpings län	X	X	X	X	X	-	X	X	0	X	X	-	X
Landstinget Kronoberg	X	X	X	X	X	X	-	-	-	-	X	-	-
Landstinget i Kalmar län	X	X	X	-	X	X	X	-	X	X	X	-	X
Landstinget Blekinge	X	X	X	X	X	X	X	-	X	-	-	0	X
Landstinget Halland	X	X	X	X	X	X	-	X	X	X	X	-	X
Landstinget i Värmland	X	X	X	X	X	X	X	X	0	X	-	X	X
Örebro läns landsting	X	X	X	X	X	X	X	0	X	X	X	0	X
Landstinget Västmanland	X	X	X	X	X	X	-	X	0	X	X	0	X
Landstinget Dalarna	X	X	X	X	X	X	0	0	X	-	X	0	X
Landstinget Gävleborg	X	X	X	X	X	-	-	X	X	-	-	-	0
Landstinget Västernorrland	X	X	X	X	X	-	0	X	X	X	X	X	X
Jämtlands läns landsting	X	X	0	X	0	-	0	-	0	-	-	-	-
Västerbottens läns landsting	X	X	X	X	-	X	X	0	X	X	X	X	X
Norrbottnens läns landsting	X	X	X	X	X	-	X	X	0	X	0	X	X
Västra Götalandsregionen	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	0	X
Region Skåne	X	X	X	X	0	0	X	0	X	X	X	X	X
Gotlands kommun	X	X	X	X	0	X	X	0	0	X	X	0	X
Totalt	21	21	20	20	17	15	14	9	14	15	16	7	17

X = Individuella planer upprättas

0= Individuella planer upprättas inte

- = Inget svar

Omfattning och åldersgrupper

Uppgiftslämnarna ombads att uppskatta omfattningen av individuella planer utifrån fyra intervall 0–25 procent, 25–50 procent, 50–75 procent och 75–100 procent. Vissa landsting/motsvarande har lämnat uppgifter från upp till tio enheter av samma typ av verksamhet, t.ex. medicinkliniker eller barn- och ungdomshabilitering. Redovisningen utgår från respektive enhets svar inom de olika landstingen. Stockholms läns landsting har lämnat uppgifterna med en generell kommentar om att uppgifterna avser verksamheten inom Handikapp och Habilitering. Däremot saknas uppgift om den sjukhusanslutna rehabiliteringen.

Beträffande **barn- och ungdomshabiliteringen** har 12 verksamheter angivit omfattningen av upprättade planer i det översta intervallet, sex enheter anger det nedersta och övriga däremellan. En enhet inom Landstinget i Östergötland har preciserat sig till 40 procent och kommenterat att man avser mer omfattande dokument som beskriver övergripande mål, delmål medel/metod samt uppföljning – utvärdering. Man tillägger att det givetvis finns en planering för varje individs rehabilitering, men att endast de som har många olika insatser har en omfattande rehabiliteringsplan. Liknande kommentarer kommer från fler av de övriga verksamheterna. Av barn med många kontaktytor, nyskadade barn och barn med kroniska sjukdomar har i stort sett alla en individuell rehabiliteringsplan.

De åldersgrupper som anges är i de allra flesta verksamheterna 0–6 och 7–18 år. Inom några verksamheter har man valt en annan övre gräns, 19 år i Gävle och Dalarna, 20 år i Norrbotten och Gotland, 21 år i Uppsala, Jönköping, och Värmland och 23 år i Västernorrland.

Inom **vuxenhabiliteringen** har 10 verksamheter angivit omfattningen av individuella planer inom det översta intervallet, 11 inom det lägsta intervallet, och övriga i de två mellersta. Västerbottens läns landsting kommenterar att vuxenhabilitering inte finns som sammanhållen enhet men att vuxenhabilitering i första ledet är primärvårdens ansvar och att man där inte upprättar individuella planer. Gotlands sjukvårdsförvaltning anger att merparten av nya patienter har en rehabiliteringsplan.

I de allra flesta verksamheterna anges åldersgrupperna inom vuxenhabiliteringen till 19–65 år. 13 verksamheter upprättar planer för personer som är över 65 år och i Halland och Värmland har man en nedre gräns för planer inom vuxenhabiliteringen på 16 år.

Rehabiliteringsmedicin är ett område där de flesta landsting har svarat att individuella rehabiliteringsplaner upprättas. 24 av de trettitvå verksamheterna har angivit omfattningen till intervallet 75–100 procent. 5 verksamheter har angivit att man upprättar individuella planer för 50–75 procent av de personer som behöver rehabilitering. Endast ett landsting, Stockholm, har uppgett intervallet 25–50 procent. Rehabiliteringsmedicin i Norrbotten upprättade planer för 0–25 procent av dem som fick rehabiliteringsinsatser under år 2000.

Beträffande åldersgrupperna har 27 verksamheter angivit personer i arbetsför ålder, 19–65 år. Fem verksamheter uppger 7–18 år och 9 verksamheter att man upprättar planer för personer som är över 65 år inom det rehabiliteringsmedicinska området. Enligt en kommentar från Uppsala finns ingen absolut åldersgräns, men det är få patienter som är under 19 eller över 65 år, och i sådana fall gäller det vanligen ryggmärgsskador.

Som ovan beskrivits upprättas individuella habiliterings-/rehabiliteringsplaner för **syncentralernas** målgrupp inom samtliga landsting. Omfattningen anges av de flesta verksamheter (15), till 0–25 procent, tre uppger 25–50 procent och lika många till 75–100 procent. Många kommentarer har givits när det gäller upprättandet av planer inom synområdet. Från Sörmland berättas bland annat att man påbörjat arbetet med planer under år 2000, varför antalet nu successivt ökar. Från den syncentral i Östergötland där

man svarat ja på frågan om individuella rehabiliteringsplaner framhåller man att alla besökare får en plan, men att utförliga rehabiliteringsplaner endast upprättas för omkring 25 procent av patienterna. Den syncentral i Östergötland, där man svarat nej, kommenterar att man alltid gör en kartläggning och att allt habiliterings- och rehabiliteringsarbete genomförs i samråd med patienten, vilket dokumenteras i journalen. Från Västmanland, där syncentralen ingår i handikappcentrum, framhåller man också att habilitering och rehabilitering alltid utgår från patientens behov i samråd med denne eller dennes föräldrar. Planerade och överenskomna insatser har hittills dokumenterats i journalen men inte under rubriken habiliterings-/rehabiliteringsplan och inte alltid med tidsbegränsning. Från Landstinget i Jönköpings län framhåller man att man visserligen upprättar planer men inte bokstavligt i lagens mening. Man önskar hjälp från Socialstyrelsen med modeller för uppföljning, utvärdering och förändring. (Se vidare i bilaga 10.)

Åldersgrupperna för vilka individuella planer upprättas inom synområdet anges i omkring hälften av verksamheterna till att omfatta alla åldrar. Samtliga syncentraler har angivit gruppen 19–65 år. De flesta syncentralerna anger också att man upprättar planer för grupperna 0–6 och 7–18 år. Av kommentaren från Gotland, där man inte upprättar planer för barn och ungdomar på syncentralen, framgår att man just nu genomför en översyn för att förbättra samarbetet med andra instanser beträffande de små barnen. Beträffande äldre personer, över 65 år har endast enstaka insatser gjorts men man har noterat att den gruppen behöver mer insatser på grund av en aktivare livsföring.

Bland de verksamheter som upprättar individuella habiliterings-/rehabiliteringsplaner inom området **hörcentral/pedagogisk hörselvård** anger 13 att man upprättade planer för 75–100 procent av de personer som hade rehabiliteringsinsatser under år 2000, åtta verksamheter anger intervallet 50–75 procent, sju anger 25–50 procent och 6 verksamheter anger 0–25 procent. Bland kommentarerna kan nämnas att Landstinget i Uppsala län beskriver att det finns inskrivet i verksamhetsplanen för både syn- och hörcentralen att arbetet med individuella rehabiliteringsplaner ska utvidgas. Från Östergötland kommenteras att det procenttal som anges, 50–70 procent, inte gäller alla som har hörapparat utan enbart de som remitteras till kurator för en sammantagen behovsbedömning. En hörcentral i Dalarna, som har svarat att man inte upprättar planer, uppger att man i de flesta fall gör en muntlig rehabiliteringsplan/överenskommelse mellan audionom och patient, men att den inte dokumenteras på ett överskådligt sätt. (Se vidare bilaga 10.)

De flesta verksamheter anger att alla åldersgrupper finns med. Inom landsting/ motsvarande där det finns många verksamheter inom hörselområdet kan någon eller några av dem begränsa upprättandet av planer till de lägre åldersgrupperna.

Beträffande **neurologklinikerna** anger fem verksamheter att man upprättar planer för 75–100 procent av målgruppen, fyra uppskattar 0–25 procent och övriga fördelas inom det mellersta intervallet. Från Uppsala har vi fått kommentaren att det finns en relativt stor patientgrupp där omfattande planer inte är aktuella. Från Örebro kommenteras att planer görs för alla patienter med kvarstående neurologiskt funktionshinder. Upprättandet av planer genomförs på olika sätt, t.ex. i samband med ronder, teamkonferenser i samråd med och ofta tillsammans med patient och anhöriga. I Östergötland ingår neurologisk mottagning i geriatriken.

15 verksamheter anger åldersgrupperna 19–65 år och 12 anger över 65 som målgrupp för upprättande av planer inom neurologin. Från Kalmar uppges att också åldersgruppen 7–18 år har varit aktuell. På Sahlgrenska universitetssjukhuset tar man emot personer från 16 års ålder inom neurologikliniken.

De olika **reumatologiska klinikerna** uppger att omfattningen av individuella rehabiliteringsplaner är ungefär lika stor inom alla intervallen, dock flest (6 av 14) inom området 75–100 procent. I Östergötland får alla patienter en plan efter behov av åtgärd, enligt kommentaren. Man tillägger dock att inte alla behov är kända vilket förklaras med läkarbrist. Av en kommentar från Jönköping framgår att varje yrkeskategori gör en rehabiliteringsplan i samråd med patienten. Dessa planer redovisas och en gemensam planering upprättas muntligt i teamet.

Åldersgrupperna anges med få undantag ligga inom intervallet 19–över 65 år. Från två verksamheter anges också åldersgruppen 7–18 år, på Sahlgrenska sjukhuset från 16 år.

Som tidigare nämnts hör **barnklinikerna** till de verksamhetsområden som i mindre grad upprättar individuella planer. Bland dem som svarat ja anger endast två verksamheter att man upprättar individuella planer för 75–100 procent av dem som under år 2000 hade habiliteringsinsatser. Övriga verksamheter ligger på 0–25 eller 25–50 procent.

På **ortopedklinikerna** upprättas inte individuella rehabiliteringsplaner i någon hög grad. Där det görs är det dock vanligt att man anger omfattningen till 75–100 procent. Kommentarer visar att det i något fall där man har svarat nej i stället finns en kombination av vårdplan och individuell plan, i vissa fall används vårdprogram som inte är på individnivå, på någon klinik anger man individuell vårdplanering vilken innefattar rehabilitering under vårdtiden. En ortopedklinik i Östergötland kommenterar att de individuella rehabiliteringsplaner man upprättar ofta gäller patienter med speciella handikapp, barn som är inskrivna i barn- och ungdomshabilitering eller vuxna, som har LSS-insatser. Man tillägger att man tyvärr i stort sett aldrig i rimlig tid kan fullfölja planerna. På Gotland finns ingen rehabiliteringsinstans för ortopediska åkommor för närvarande. Om behov finns remitteras därför äldre patienter till äldrehabilitering och barn till barnhabiliteringsklinik. Från Sahlgrenska universitetssjukhuset anges att när det förekommer individuella rehabiliteringsplaner inom ortopedikliniken handlar det om hjälpmedelsfrågor.

Åldersgrupperna är till stor del personer över 65 år men även många inom arbetsför ålder, 19–65 år. Åtta verksamheter anger gruppen 7–18 år och inom sju verksamheter är de små barnen också aktuella.

Av svaren som rör **medicinkliniker** framgår att diagnosområdena varierar mycket. Här är följaktligen kommentarerna mer upplysande än själva antalet planer uttryckt i procent. Av kommentarerna framgår att i Uppsala rehabiliteras strokepatienter efter det akuta stadiet inom neurocentrums rehabiliteringsklinik. I Sörmland finns det huvudsakligen hjärtpatienter på medicinkliniken. Dessa följer ett vårdprogram med individuell anpassning. Övrig rehabilitering sker på rehabiliteringskliniken. Östergötland kommenterar att medicin och geriatrik är en gemensam klinik med två vårdavdelningar. Där anges att man upprättar individuella rehabiliteringsplaner för 75–100 procent av dem som hade insatser under år 2000. En verksamhet i Värmland upprättar planer för t.ex. någon enstaka MS-patient. Från en annan klinik i Värmland uppges att man inom medicinkliniken tar hand om bl.a. neurologisk och geriatrisk rehabilitering, men att inte alla patienter behöver rehabiliteringsplaner. En verksamhet i Örebro läns landsting kommenterar att planering ofta sker för att underlätta överflyttning till nästa vårdinstans och som en överrapportering mellan olika personalkategorier. Man tillägger att patientens tillstånd sällan medger längre planering utan man får se hur det är just nu och avvakta utvecklingen.

Samtliga verksamheter inom medicinområdet har angivit att rehabiliteringsplaner upprättas för åldersgrupperna 19–65 år och däröver.

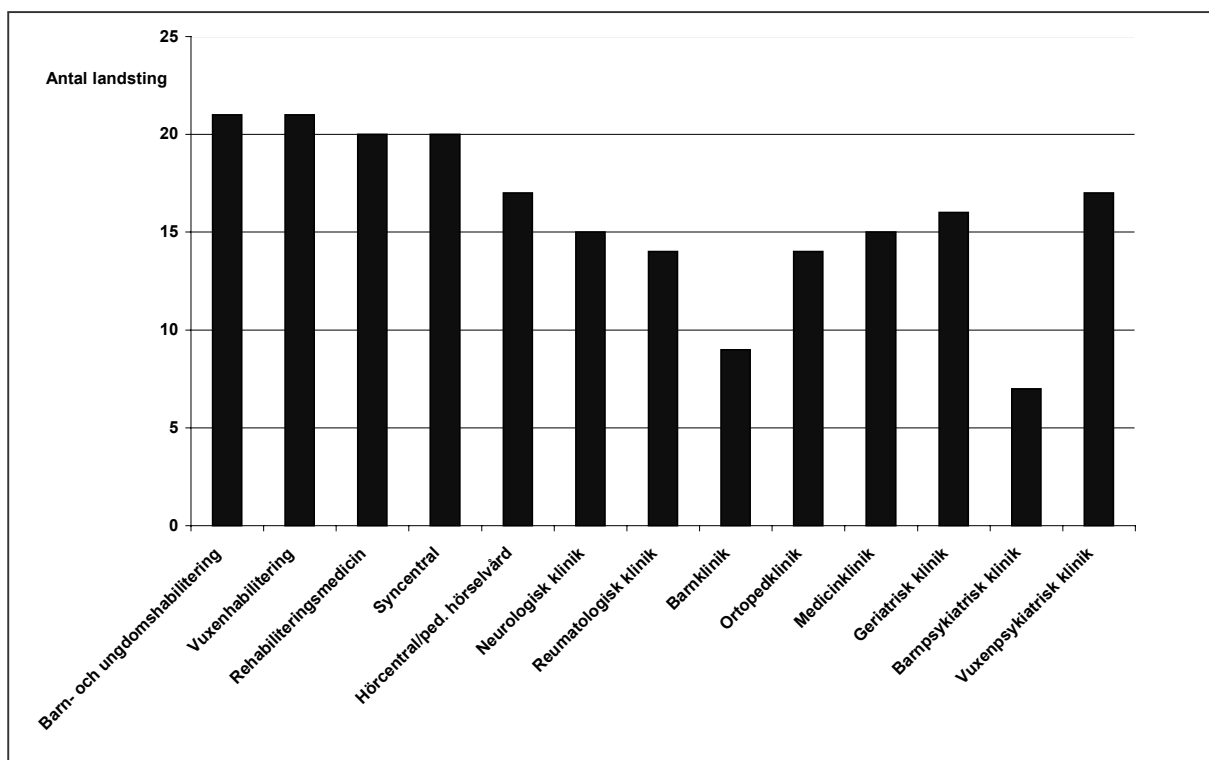
16 landsting upprättar individuella rehabiliteringsplaner för patienter inom **geriatriken**. 23 av de 33 verksamheter som har svarat uppger att planer upprättas för 75–100 procent av målgruppen. Geriatriken är, jämte rehabiliteringsmedicin, därmed det verksamhetsområde där upprättandet av planer är vanligast förekommande över landet. Övriga geriatrika verksamheter anger ungefär lika delar inom de övriga intervallen. En klinik i Landstinget i Jönköpings län deltar i ett kvalitetsprojekt i Landstingsförbundets regi, där ett av målen är att engagera patienterna i sina egna rehabiliteringsplaner. Detta har dock visat sig svårt på grund av patienternas akuta hjärnskada eller demens. Från en verksamhet i Örebro läns landsting kommenteras att man inte helt kan svara för strokepatienterna eftersom de ofta tas om hand inom neurologin. Från Östergötland beskrivs att neurologmottagningen ingår i geriatriken och deltar när andra vårdgivare/försäkringskassa upprättar rehabiliteringsplaner.

De åldersgrupper som anges är naturligt nog i samtliga fall över 65 år men även till stor del gruppen 19–65 år. Från Stockholms läns landsting uppger man att man inom hospicevården omhändertar patienter från 18 år och uppåt. Jönköping exemplifierar de yngre patienterna som personer med MS och stroke. Från en klinik i Västernorrland beskrivs att geriatriken också är ansvarig för dagrehabiliteringsverksamhet med en stor del patienter i yrkesverksam ålder, främst neurologipatienter.

Barnpsykiatrin upprättar individuella habiliteringsplaner för sin målgrupp i relativt liten utsträckning. De verksamheter som gör detta har i de allra flesta fall uppgivit omfattningen till det lägsta intervallet. I Norrbotten har dock en verksamhet angivit att man upprättar planer för 75–100 procent och en annan i samma landsting för 50–75 procent av dem som behöver detta. Från övriga barnpsykiatriska verksamheter, liksom beträffande barnklinikerna, framkommer i flera av kommentarerna att ansvaret för de individuella planerna ligger inom barn- och ungdomshabiliteringen. Från Landstinget Västmanland beskrivs att Barn- och ungdomspsykiatri tyvärr inte har några patienter som omfattas av habiliteringsplaner. Förklaringen är att man inte tidigare arbetat med habilitering utan endast med akut och specialiserad barn- och ungdomspsykiatri. Man tillägger att habiliteringstänkandet nu kommer in alltmer och att man därmed också gör särskilda planer. Dalarna, som svarat nej på frågan om huruvida planer upprättas, beskriver att man upprättar planer som är individuella, där planerade och beslutade insatser ingår, och att detta görs tillsammans med patienten och hans familj. Man grundar sig dock inte på 3 b § HSL utan på 2 a § HSL och på patientjournalen.

De flesta verksamheterna har svarat att man upprättar individuella planer för både åldersgruppen 0–6 och 7–18 år. Sju verksamheter har dock angivit att man inte upprättar planer för de yngsta.

Vuxenpsykiatrin är till skillnad från barnpsykiatri ett verksamhetsområde där man i mycket hög grad upprättar individuella rehabiliteringsplaner. Här anges också i många fall, 11, att man upprättar planer i omfattningen 75–100 procent. Åtta verksamheter uppger omfattningen till 50–75 procent. Övriga fördelas mellan de två lägre intervallen. I kommentarerna från de olika verksamheterna diskuteras begreppet individuell rehabiliteringsplan och jämförs med individuell samordnad vårdplan, vårdplanering m.fl. Man diskuterar också en del journaltekniska frågor och från en verksamhet förklarar man varför man bara kan svara med en grov uppskattning. Man saknar ett datoriserat uppföljningssystem. Av journalen kan dock utläsas vilken bedömning och åtgärd man har kommit fram till. I Västernorrland har man satt likhetstecken mellan rehabiliteringsplaner och vårdplaner. Från Västerbotten anges att rehabiliteringsplaner upprättas av kommunens psykiatrisamordnare i samarbete med psykiatriska kliniken (LSS, boende, råd och stöd, kontaktperson m.m.). Från Gotland uppges att två av de sex personer inom verksamhetsområdet som fått planer har fått LSS-planer, men att åtgärden inte har kommit igång.



Antal landsting som upprättar individuella habiliterings- och rehabiliteringsplaner enligt HSL inom olika verksamhetsområden

Annan klinik – vilken?

I enkäten fanns utrymme för att ange annan klinik än de föreslagna, där upprättande av individuella habiliterings-/rehabiliteringsplaner kan förekomma. Landstingen har här angivit kliniker/verksamheter som närsjukhusvård, paramedicinsk enhet, kardiologklinik/hjärtcentrum (planer upprättas för 75–100 procent av målgruppen), distriktsvård/primärvård (75–100 procent), urolog, ögonklinik och familjeläkarverksamhet. Vidare anges diabetesvård, allmänkirurgisk klinik, centrum för hjälpmedel (för 75–100 procent av målgruppen), äldre psykiatrisk klinik, psykos- och rehabiliteringsverksamhet, autismcentrum, lungmedicinsk klinik, sjukgymnastik/arbetsterapi/logopedverksamhet, kirurgi samt handkirurgi.

Inom några av de angivna verksamheterna upprättas dock inga planer, t.ex. inom smärt- och rehabiliteringscentrum, kirurgi, rättspsykiatri, onkologi. Från en paramedicinsk enhet förklaras att verksamheten inte själv upprättar planer, utan detta sker på de kliniker man servar, t.ex. medicinklinik eller geriatrik, medan man från en annan paramedicinsk verksamhet svarar att man upprättar planer för 75–100 procent av sin målgrupp. En beroendeklinik i Örebro upprättar planer för 75–100 procent, från samma typ av verksamhet på ett annat ställe (Uppsala) har ingen uppgift om planer lämnats. Här varierar svaren följaktligen mycket även mellan enheter/kliniken inom samma verksamhetsområde.

En viss variation återfinns givetvis också beträffande åldersgrupperna i svaren om annan klinik. Så kan man t.ex. se att handkirurgin i Region Skåne, paramedicinsk verksamhet i Sörmland och centrum för hjälpmedel i Örebro, som alla upprättar individuella rehabiliteringsplaner för 75–100 procent av sin målgrupp, anger att alla åldersgrupper är representerade. I övriga verksamheter där man svarat ja på frågan upprättas planer i de flesta fall för personer i åldersgruppen 19–65 år och däröver.

Slutsatser

En försiktig slutsats är att det skett en ökning av antalet habiliterings-/rehabiliteringsplaner inom olika verksamheter mellan uppföljningen 1998 och den nu aktuella.

Av de 26 landstingen 1998, vilka samtliga svarade på frågan om habiliterings- och rehabiliteringsplaner, hade sju inga planer inom barn- och ungdomshabiliteringen. Detta kan jämföras med att samtliga 21 landsting i årets enkät uppger att det upprättades planer inom barn- och ungdomshabiliteringen.

År 1998 hade tio av landstingen inte upprättat planer inom rehabiliteringsmedicin, inom hörselvården saknade 11 landsting planer, inom geriatriken 12 och inom syncentralerna 13 individuella habiliterings-/rehabiliteringsplaner. Landsting som enligt årets enkät inte upprättade individuella habiliterings- eller rehabiliteringsplaner enligt HSL var beträffande rehabiliteringsmedicin ett, hörselvården fyra och geriatriken fem. Inom syncentralsområdet svarade samtliga landsting utom ett att man upprättade individuella habiliterings- och rehabiliteringsplaner under år 2000.

Socialstyrelsen har möjlighet att i projektets nästa steg gå tillbaka till enskilda uppgiftslämnare för att i en mer kvalitativ form fördjupa den kunskap som har förmedlats genom enkätsvaren.

LSS och HSL – Gemensamma frågor och jämförelser

Merparten av skillnader mellan individuella planer enligt LSS och HSL har belysts i föregående avsnitt. Nedan diskuteras vad som är gemensamt för dem respektive vad som skiljer dem åt.

Individens plan – eller personalens?

Mycket är gemensamt för IP enligt LSS och habiliterings- och rehabiliteringsplaner enligt HSL, till exempel arbetsprocessen. Mötesordförandens förmåga att behålla fokus på brukarens behov och önskemål samt vikten av brukarens förtroende är avgörande för ett gott resultat. Tillvägagångssättet liknar den problemlösande metod som används inom nätverksarbete, familjerådslag m.m. Det strukturerade arbetssättet är i sig egentligen enkelt men kräver tid, resurser, kompetens och ”rätt” förhållningssätt i båda fallen. Det som skiljer är bland annat att IP enligt LSS är en rättighet för den enskilde och omfattar ett bredare fält av insatser än habiliterings- och rehabiliteringsplaner enligt HSL, som däremot är en skyldighet för sjukvårdshuvudmannen. Flera av intervjupersonerna, och andra, har uttryckt att det viktigaste för brukaren/företrädaren kanske inte är enligt vilken lagstiftning planen upprättas utan att planeringen leder till förändring och att brukaren uppfattar att den individuella planeringen leder till ”min” plan – inte verksamhetens.

Vad är utmärkande för en IP som är individens? Och hur skiljer den sig från en planering som enligt brukarens mening är verksamhetens eller enhetens? Dessa frågor har besvarats av intervjupersonerna och diskuterats på konferenser samt inom referensgrup-

pen. En sammanställning resulterade i nedanstående kännetecken för att brukaren ska anse planen som ”min” respektive när planen inte är ”min” utan utgår från verksamhetens perspektiv.

Sammanställning av synpunkter på skillnader mellan individens och verksamhetens/personalens planering och plan

Individens/”min” plan	Verksamhetens/personalens plan
☐ Unik ☐ Mitt initiativ ☐ Syftet är tydligt vid inbjudan ☐ Planeringen berör endast det jag vill planera. Kan omfatta hela livssituationen eller delar därav ☐ IP styrs av mina intressen, önskemål/ mål ☐ Syftar till större inflytande över min situation ☐ Jag styr vilka som inbjuds ☐ Jag avgör vad som är viktigt ☐ Innehållet i dokumentet/planen används och är vägledande i mina vardagssituationer ☐ Jag väljer den jag har förtroende för att upprätta planen ☐ Min plan förändras efter mina behov ☐ Jag har tillräcklig kunskap för att ha ett reellt inflytande ☐ Planen godkänns av mig ☐ Min plan följs upp och <i>utvärderas</i> ☐ Jag vet vem som har ansvaret för insatsen ☐ Samordnaren låter det ta den tid som krävs för att tolka mig	☐ Inte unik, mall används vid upprättande ☐ Personal bjuder in utan individens medverkan ☐ Verksamheten definierar vad som skall planeras ☐ IP styrs av personalens behov och befintliga resurser (helt eller delvis) ☐ Verksamheten styr vilka som deltar ☐ Utgår från riktlinjer – ur ett organisatoriskt perspektiv ☐ ”Så här brukar vi göra” (rutiner) ☐ Verksamheten styr vem som upprättar planen ☐ Planen revideras vid vissa förutbestämda tidpunkter

Några intervjukommentarer till individens plan

”En sån här plan tror jag är bra för jag får bestämma själv om mitt liv. Viktigt att ha många omkring sig som fattar det”, ansåg Patrik, en av de intervjuade brukarna.

En verksamhetschef: Verksamhetens plan känner man igen på innehållet, vad som tas upp, med vilket fokus och språkbruket. Ibland kan jag härleda det till vilken yrkesfunktion som varit mötesordförande.

Utbildning och fortbildning efterfrågas

Resultaten från undersökningens samtliga delprojekt visar att efterfrågan på utbildning, fortbildning, handledning och vägledande material är stor både från personal som arbetar med IP enligt LSS och de som upprättar individuella habiliterings- och rehabiliter-

ingsplaner enligt HSL. Bland annat önskas utbildning i generella problemlösningsmetoder, tvärfackligt samarbete och fortbildning i att ställa problemlösande frågor som gäller vardagen. Kommentarer från landstingsenkäten påvisar önskemål om modeller för arbetsprocess, uppföljning, utvärdering och förändring. Liknande önskemål framkommer av kommentarerna i kommunenkäten. En av de chefer som intervjuats poängterade att individuell planering handlar mer om attityder, värderingar och innebörden av ett nytt förhållningssätt än att lära sig en teknik.

Önskemål om förtydliganden i lagen

Personal från både kommun och landsting hade tankar och synpunkter på lagtext, konsekvenser i LSS, otydligheter och i vilken utsträckning lag och förarbeten ger tillräcklig vägledning. Merparten av kommentarerna berörde 10 § LSS.

På samma sätt som redovisades i probleminventeringen¹⁶ har många i den här undersökningen påpekat att lagstiftningen är otillräcklig. Brukarens möjlighet att begära en plan inträder först när hon eller han första gången beviljas en insats enligt lagen. Detta kan leda till att planeringen inte fungerar som underlag utan enbart bekräftar redan fattade beslut vilket gör att nyttan av IP minskar. Detta tema var vanligast av alla synpunkter på utformningen av bestämmelserna om IP enligt LSS. Flera av de som hade liknande synpunkter ansåg också att detta är ett motiv för att föra in individuell plan som en särskild insats enligt 9 § LSS. Det skulle ge ytterligare en vinst, nämligen den att IP i så fall skulle vara överklagningsbart genom förvaltningsbesvär.

En av handläggarna ansåg att en konsekvens av nuvarande ordning är att 10 § LSS hänger i luften. Hon menade att det enbart beror på den enskilde handläggarens intresse och förmåga om brukaren skall få en användbar IP enligt LSS. Övriga synpunkter som framkommit är att det behöver framgå att IP enligt LSS är en övergripande plan och att syfte och tillvägagångssätt behöver förtydligas angående skrivningen att landsting och kommun ska underrätta varandra om respektive planer.

En annan synpunkt från de intervjuade samordnarna berörde skillnader mellan LSS och HSL vad gäller begreppen ”uppföljning”, ”utvärdering” och ”omprövning”. Man önskade ett förtydligande i LSS av de två sistnämnda begreppen så att vikten av utvärdering blir tydligt även i LSS.

Alla dessa planer

Flera kommentarer i både landstings- och kommunenkäten visar att mängden begrepp och planer skapar förvirring. Av kommentarerna i landstingsenkäten framgår att begreppet individuell rehabiliteringsplan diskuteras och jämförs med bl.a. individuell samordnad vårdplan, vårdplanering etc. I Västernorrland betyder rehabiliteringsplan och vårdplan samma sak. Kommentarna i kommunenkäten handlade framför allt om skillnaden mellan IP enligt LSS och alla andra planer, däribland även individuella habiliterings- och rehabiliteringsplaner.

Ett exempel får illustrera vad flera kommenterat:

”Det är inte lätt för den funktionshindrade att förstå meningen med alla dessa planer och så till sist då en plan över alla planer, enligt LSS. Det är bra med IP för personer som är missnöjda eller där det inte fungerar så bra. Kanske är behovet lika stort för handläggaren?”

¹⁶ Socialstyrelsen (2000). ”Individuell plan på den enskildes villkor. En probleminventering om individuell plan enligt LSS”.

En sammanfattning baserad på resultaten av intervjuerna, enkätsvaren, ”handläggaren i fokus” och ”övriga kontakter” kan möjligen göra skillnaden mellan individuell plan enligt LSS och brukarens eventuella andra planer tydligare.

När brukaren är nöjd med tillvaron eller när andra planer, till exempel individuell habiliterings- eller rehabiliteringsplan, fungerar tillfredsställande anser kanske brukaren att IP enligt LSS inte behövs. Men i de fall brukaren:

- ❑ inte anser att den plan som finns är ”min” plan, eller om
- ❑ det behövs en mer övergripande planering, eller om brukaren
- ❑ är missnöjd och inte anser att hon/han får respekt för sina behov och önskemål, eller
- ❑ när det finns problem i kontakten med verksamhetens personal och brukaren behöver en person utifrån, eller
- ❑ när hon/han anser att inget händer, att man inte kommer vidare, ”står stilla” och ”sitter fast i gyttja” kan IP enligt LSS genomförd på ”rätt sätt” fylla en stor funktion.

Trots att drygt en tredjedel av de 109 benämningarna på planer inleds med ”individuell” alternativt ”personlig” innebär det inte automatiskt att brukaren bedömer planen som ”min”. Det krävs mer, vilket framgår av avsnittet ”individens plan”. Resultatet i sin helhet visar att det är behov av samordning, bristande inflytande, problem, missnöje och oklarheter som är de vanligaste orsakerna till att brukare som tillhör LSS’ personkrets begär en individuell plan enligt LSS.

Planer inom psykiatrin

I Svenska Kommunförbundets promemoria om inventering och uppsökande verksamhet för personer med psykiska funktionshinder¹⁷ används begreppet individuell plan. Den individuella planen beskrivs som ett personligt och målinriktat planeringsinstrument som fortlöpande ska följas upp och eventuellt revideras. En kommun som besvarat kommunenkäten uppger att *”psykiskt funktionshindrade som har personligt ombud eller rehabombud har en IP enligt SoL”* (Socialtjänstlagen).

Planer inom förskola och skola

De planer som upprättas för barn och unga inom förskolans och skolans område har också många olika benämningar och begrepp. ”Individuella handlingsplaner” är vanligt förekommande i förskolan och ”åtgärdsprogram” är det begrepp som används i skollagstiftningen¹⁸, dock inte för förskoleklassen som inte är egen skolform. Det är rektorns ansvar att se till att ett åtgärdsprogram utarbetas om en elev behöver särskilda stödåtgärder. Skolpersonalen skall erbjuda eleven och elevens vårdnadshavare att delta när åtgärdsprogram upprättas. Vanliga begrepp inom särskolan är ”individuella utvecklingsplaner” och ”individuella målprogram”. Mer om individuell planering i förskolan respektive skolan finns att läsa i två handböcker som Statens Institut för Handikappfrågor i skolan producerat¹⁹.

¹⁷ Svenska Kommunförbundet (1998). ”Inventering och uppsökande verksamhet för att planera insatser för personer med psykiska funktionshinder”. Promemoria. Stencil.

¹⁸ SFS 1998:747, Grundskoleförordningen 5 kap 1 §.

¹⁹ Stenhammar, A-M (red). (2000). ”Individuell planering för förskolebarnet” och ”Individuell planering för eleven i skolan”. Statens Institut för Handikappfrågor i skolan.

Hur samordnas alla planer?

Regeringen påpekar²⁰ att det inte är tillräckligt för den enskilde att de olika planerna fungerar var för sig. Samspelet dem emellan måste fungera. Detta exemplifieras bland annat med att om barnet/den unge tillhör LSS personkrets och har en IP enligt LSS är det viktigt att barnets åtgärdsprogram i skolan samordnas med hennes eller hans IP enligt LSS. Hur olika planer på bästa sätt kan samordnas och samspela visar några av fallbeskrivningarna. Katja har förutom IP enligt LSS tre planer; boendeplan, habiliteringsplan och en skolplan (åtgärdsprogram). LSS-planen är överordnad och som sådan fungerar den som ett verktyg för att helheten i Katjas och familjens tillvaro ska bibehållas och förbättras när så behövs. Katjas tre övriga planer visar detaljerat hur personalen inom varje verksamhet ska arbeta, utifrån de mål som familjen har dokumenterat i Katjas IP enligt LSS. Även Sara har två olika planer förutom den ISP som omfattar både landstings- och kommunala insatser. De samordnas på samma sätt som Katjas olika planer. En av de intervjuade samordnarna med erfarenhet både av att samordna planer enligt LSS och att upprätta individuella habiliteringsplaner ansåg att målen i ”LSS-planen” styr och är utgångspunkt för allt det andra arbetet.

I Danmark och Norge

I två av våra nordiska grannländer pågår likartade arbeten som Socialstyrelsens projekt kring Individuella planer. Delar av den två år gamla danska Serviceloven, som riktar sig till personer med funktionshinder, ska utvärderas bland annat bestämmelsen om Individuell plan. Utvärderingen kommer bland annat att granska i vilken utsträckning planerna ingår i kommunernas och landstingens planering för insatser inom handikappområdet. Utvärderingen startade i januari i år och kommer att pågå drygt ett år framåt.

Inom det norska Sosial- og helsedepartementet utarbetas för närvarande en föreskrift om individuella planer inom hälso- och sjukvårdsområdet, kommun och landsting. Denna ska träda i kraft 1 juli 2001. Materialet innehåller bland annat ett resonemang om att arbetssättet kan medföra kostnadseffektivitet för kommun och landsting på lång sikt, även om arbetet med individuella planer initialt kan medföra ökade kostnader.

²⁰ Regeringens proposition ”Från patient till medborgare” (1999/2000:79)

Diskussion

Undersökningen som haft utgångspunkt i brukarperspektivet har syftat till att underlätta arbetet med "individuell planering och dokumentation" så att fler brukare får nytta av en individuell plan utifrån sina behov och på sina villkor. Undersökningens resultat har till stora delar bekräftat och i vissa fall fördjupat kunskapen om de förutsättningar och hinder som framgick av den tidigare probleminventeringen, steg ett i Socialstyrelsens projekt "Individuell plan på den enskildes villkor".

Probleminventeringen omfattade endast individuella planer enligt LSS medan denna undersökning även innefattar individuella habiliterings- och rehabiliteringsplaner enligt HSL. Detta har inneburit skilda utgångspunkter för undersökningen av de olika planerna, bland annat metodologiskt. Både kvalitativa och kvantitativa metoder har använts i studien av IP enligt LSS. Resultaten som berör individuella habiliterings- och rehabiliteringsplaner enligt HSL baseras huvudsakligen på kvantitativa data.

Materialet är inte tillräckligt omfattande för att det ska gå att dra några generella slutsatser, men överensstämmelsen mellan probleminventeringen och resultaten från denna undersökningens olika delstudier bör uppmuntra till fortsatt utvecklingsarbetet kring individuella planer.

Endast två av de nio intervjuade personerna i denna undersökning har en egen funktionsnedsättning. Dessa personers utsagor stämmer dock väl överens med övrigas uppfattningar. I det fortsatta arbetet bör fler personer med funktionsnedsättningar delta/intervjuas. I den fortsatta diskussionen används begreppet "*brukare*" som synonym både för personer med funktionshinder, föräldrar och gode män.

Viss ökning av antalet individuella planer

Enkätsvaren visar att det skett en viss ökning de senare åren av både IP enligt LSS och av individuella habiliterings- och rehabiliteringsplaner enligt HSL. Till exempel saknade sju landsting av 26 planer inom barn- och ungdomshabilitering 1998, medan samtliga landsting hade planer inom området 2000. Även enkätkommentarerna visade att landstingen/motsvarande är i färd med att utveckla arbetet med individuella planer inom vissa verksamheter. Medvetenheten om skyldigheten att upprätta individuella habiliterings-/rehabiliteringsplaner tycks ha ökat under de senare åren.

Individuella planer upprättas i mindre utsträckning inom barnkliniker och inom barnpsykiatri, där endast nio respektive sju landsting anger att de upprättar planer. Av kommentarerna framgår att barnens planer upprättas inom barnhabiliteringen. Om det innebär att barnkliniken och barnpsykiatriens insatser är delar av en samlad planering för barnet är fråga som bör belysas i projektets nästa steg.

Den första november 2000 hade ca 2 400 personer en IP enligt LSS, de allra flesta av dessa personer tillhör personkrets 1. De 2 400 personerna utgör 5 procent av det totala antalet personer med LSS-insatser från kommunen. Vid jämförelse med antalet personer som hade IP 1998 tycks en ökning ha skett. De olika årens resultat bör dock jämföras med försiktighet på grund av olika förutsättningar vid insamlingen. Att det kan tyda på en reell ökning stärks av att det var färre kommuner år 2000 som uppgav att de inte medverkat till att upprätta någon plan.

Nyanställda handläggare hade svårigheter att hitta uppgifter om antalet IP enligt LSS inom sitt område när de skulle besvara enkäten. Frågan är om detta är ett tecken på att IP ännu inte används. IP är ett instrument som borde underlätta för en nyanställd att snabbt sätta sig in i personens situation. Många uppgiftslämnare kommenterade, att en låg frekvens av IP enligt LSS berodde på förekomst av andra planer som täcker samma behov. Denna förklaring behöver inte innebära att detta stämmer ur ett brukarperspektiv.

Planernas kvalitet

En av undersökningens huvudfrågor har varit att ta reda på vad som utmärker en individuell planering och en plan av god kvalitet. Individuell planering är inget arbetssätt som förändrar alla situationer i önskvärd riktning eller löser alla problem. Resultatet visar dock att arbetssättet kan vara ett värdefullt verktyg för brukarens inflytande och självbestämmande om processen styrs av den enskildes behov och önskemål. Speciellt om arbetssättet genomsyrar allt arbete som rör brukarens livssituation. Individuell planering handlar om bemötande och förhållningssätt, som flera uttryckte det. I likhet med probleminventeringens resultat har det framgått att det är brukarens skäl till att begära en IP enligt LSS som visar vad processen och dokumentationen i praktiken kommer att innebära.

En ambition i undersökningen har varit att spegla ett arbetssätt med utgångspunkt i två olika lagstiftningar, LSS respektive HSL. Undersökningsresultaten har långtifrån heltäckande besvarat frågan hur dessa förhåller sig till varandra - det finns både skillnader och likheter. Likheterna finns framförallt i vad som utmärker en god arbetsprocess och dokumentation så att individen uppfattar planen som sin.

Vinster – när det är som bäst

De vinster med IP enligt LSS som framkom i probleminventeringen har bekräftats i denna undersökning och omfattar i stort även det som framkommit angående individuella habiliterings- och rehabiliteringsplaner enligt HSL. Resultaten visar att brukaren får ökat inflytande och självbestämmande, insatser som överensstämmer med den enskildes önskemål och behov, delat samordningsansvar, trygghet genom att veta vem som gör och ansvarar för vad samt möjlighet att i god tid planera framåt. Förutsättningen är att arbetsprocessen genomförs på ”rätt sätt”.

Inflytande

Samtliga intervjuade brukare, utom **Patrik**, beskriver att de genom individuell planering har fått ökat inflytande och kan styra mer själva. Reellt inflytande och möjligheter att påverka faktorer som rör den egna livssituationen leder till självtillit, förmåga att hantera och lösa problem och ett ökat välbefinnande. Ett tydligt exempel på detta är **Katjas** föräldrar som i sina utvärderingar klart anger att IP enligt LSS banat väg för ökad livskvalitet för Katja, syskonen och dem själva.

Antonovsky (1991) anser att när en människa upplever en känsla av sammanhang, ”KASAM”, finns förutsättningar för att personen ska klara av omfattande påfrestningar. Känsla av sammanhang får man då tillvaron är begriplig, hanterlig och påverkbar. ”Empowerment” är ett annat begrepp som förekommer i samband med utvecklings- och förändringsfrågor. Starrin (2000) beskriver att begreppet empowerment omfattar aktiviteter som ökar människors kontroll över sina liv – både inre och yttre förhållanden. Han refererar till ett antal författares definitioner av begreppet t.ex. ”I allmänhet refererar empowerment till varje process som gör det möjligt för människor att äga sina liv”

och ”Empowerment är den process som gör det möjligt för individer att bestämma över sina egna villkor och nå självbestämmande”. Med utgångspunkt från dessa definitioner skulle individuell planering, rätt använd, kunna vara ett av flera verktyg i en sådan process.

Samverkan och samordning

Både brukare och samordnare som intervjuats har gett rikligt med exempel på att individuell planering och dokumentation underlättar samordning av insatser och samverkan mellan olika verksamheter, även när brukaren har flera olika planer.

Med samverkan avser Boklund²¹ ett antal personer som samarbetar kring vissa frågor och tillsammans utformar insatser genom att var och en bidrar med sin del. En förutsättning för samverkan är enligt Boklund att det finns acceptans i organisationen, att yrkesgrupperna anser att de har något eget, yrkesspecifikt, att bidra med samt att deltagarna är klara över såväl målsättning som metoder för sin samverkan. Hennes definition stämmer väl överens med intervjupersonernas berättelser, både brukares och professionellas.

Kerstin Wigzell har som särskild utredare nyligen lämnat ett betänkande där samverkansproblem mellan kommunernas vård och omsorg och landstingens hälso- och sjukvård beskrivs och analyseras²². Utredningen pekar på att brister i samverkan mellan huvudmän, vårdnivåer och vårdgivare och i samordning av insatser särskilt medför svårigheter för familjer med funktionshindrade barn och ungdomar. Föräldrarna blir ofta samordnare och informationsbärare mellan vårdnivåer och vårdgivare. Utredaren övervägde förslaget att inrätta en funktion med samordningsansvar för den enskildes samlade vårdbehov men avstod därför att det redan finns ett antal befintliga funktioner eller ”stödförmer” för detta ändamål. Individuell plan enligt LSS och individuella habiliterings- och rehabiliteringsplaner enligt HSL är två sådana ”stödförmer”. Utredaren menar att en individuell plan kan utgöra ett konkret och strukturerat hjälpmedel för samordning och för att brukaren ska få ökat inflytande och självbestämmande över den egna tillvaron. Utredaren föreslår i stället en särskild lag som innebär att ett landsting och de kommuner som ingår i landstinget får bilda en gemensam nämnd inom vård- och omsorgsområdet.

Vinster även för de professionella

Samordnarna och ”handläggaren i fokus” beskriver på olika sätt vilka yrkesmässiga vinster de fått genom individuell planering tillsammans med den enskilde och/eller familjen. Förutom att, som några uttrycker det, ha tillägnat sig ett annat perspektiv som gör att de ser brukarens situation och sin egen roll på ett helt annat sätt än tidigare, har samarbetet gett ökad kompetens och tidsvinster. Samordnarna, flertalet chefer samt beslutsfattare på förvaltnings- och nämndnivå inom kommuner/stadsdelar ansåg att kommunen kan ha nytta av enskildas IP enligt LSS i sin planering inför framtida behov av kommunens insatser och i kommunens kvalitetssäkringsarbete.

²¹ Boklund, A. (1995). ”Olikheter som berikar? – möjligheter och hinder i samarbetet mellan socialtjänstens äldre- och handikappomsorg, barnomsorg samt individ- och familjeomsorg”. Avhandling i socialt arbete. Socialhögskolan rapport nr 71 – 1995.

²² SOU 2000:114. ”Samverkan. Om gemensamma nämnder på vård- och omsorgsområdet, m.m.” Betänkande av Samverkansutredningen.

Förutsättningar för kvalitet

Resultaten från intervjuerna, enkäterna och ”handläggaren i fokus” bekräftar och förtydligar att de förutsättningar som probleminventeringen visade är väsentliga för att IP ska vara till nytta och utvecklas. Förutsättningarna kan delas upp i två kategorier. En kategori kan relateras till aspekter på relationen och samarbetet mellan brukare och samordnare. Här berörs både planer enligt LSS och HSL. Den andra kategorin handlar om förutsättningar som rör organisation och resurser för att handläggaren ska kunna utföra ett kvalitativt gott arbete. Undersökningens resultat kring denna kategorin rör enbart planer enligt LSS.

Relation och samarbete

Samtliga intervjuade brukare och samordnare har på olika sätt understrukit att ett förtroendefullt samarbete mellan dem är en mycket viktig – om inte den viktigaste, förutsättningen för en lyckad planeringsprocess. Det handlar om förhållningssätt. Detta bekräftas också av den person som inte var nöjd med sin LSS-handläggare. Han vill byta men trots försök har han ännu inte lyckats. Några av brukarna hade tidigare varit mindre nöjda med den person som ansvarade för planeringen, men när de fick en annan samordnare förbättrades resultaten av planeringsarbetet. En viktig faktor för en god relation mellan parterna är, enligt samstämda brukare och samordnare, mötesordförandens förmåga att hela tiden ha brukarens perspektiv i fokus och att hålla undan verksamhetens problem och resursdiskussioner. En annan viktig förutsättning för ett gott samarbete är att de mål, önskemål och behov som föräldrar och brukare framför inte ifrågasätts.

Organisatoriska förutsättningar

Tidsmässiga resurser och arbetsgivarens intresse och stöd är organisatoriska förutsättningar för att LSS-handläggaren ska kunna fungera som samordnare och upprätta individuella planer enligt LSS för alla som så önskar. Några av de intervjuade samordnarna ansåg att de hade stöd från chef och förvaltning vilket visades genom förstärkta resurser samt erbjudande om fortbildning och handledning.

Intervjuerna har speglat goda exempel. Brukarna, alla utom en person, har varit nöjda och deras handläggare har varit motiverade. Trots handläggarnas engagemang och insikt om värdet av IP var det ingen av dem som informerade eller erbjöd alla berörda brukare en IP. Som förklaring hänvisade samtliga till en pressad arbetssituation och tidsbrist. Några (två) kände sig även osäkra på vad IP enligt LSS innebär och tyckte därför att det var svårt att informera.

En av flera tänkbara orsaker till ovanstående svårigheter kan vara att LSS-handläggarens ”kurativa” funktion är otydlig eller osynlig och att den har svårt att rymmas i en renodlad biståndsbedömarfunktion. Om LSS-handläggarens yrkesfunktion inte har definierats, och om beslutsfattare på förvaltnings- och nämndnivå är okunniga om vad IP innebär kan det vara svårt för handläggaren att visa att individuell planering av god kvalitet är ett processinriktat arbetssätt som kräver tid, framför allt i början av samordnarens och brukarens kontakt.

Fortbildning och handledning

Förutom de nämnda förutsättningarna behöver den person som informerar om och samordnar den individuella planeringen enligt LSS och HSL ha kunskap och kompetens om arbetssättet. Samtliga delprojekt, inte minst kommentarerna i de båda enkäterna visade att det finns stor efterfrågan på utbildning, fortbildning och i viss mån även av modeller för arbetsprocessen vid individuell planering.

Utvärdering visar kvalitetsnivå

För att få svar på om de uppställda målen uppnåtts och om arbetet gett förväntat resultat krävs utvärdering enligt en familj, samordnare och några chefer som intervjuats. Dessa personer menar att om den delen saknas kan det innebära att processen inte fullföljs eller att den får mindre effekt. Utan dokumenterad utvärdering blir det svårare att påvisa och komma tillrätta med brister i stödet till familjen eller den enskilde. Endast en av de nio individuella planerna hade utvärderats.

Inte på "rätt sätt"

Jarhag (2000) är kritisk till individuell plan enligt LSS och har synpunkter på den praktiska användningen. I förarbetena till LSS anges de bärande principerna men Jarhag har i sin forskning visat att i praktiken regleras användningen av individuell plan till behov av insatser och service samt samordning. Han påpekar att det finns en risk för ett objektiviserande synsätt och att den funktionshinderade personens eget deltagande kraftigt reduceras om instrumentet används snävt.

Planer enligt socialtjänstlagen saknas

Personer som inte omfattas av LSS och inte heller har kontakt med habilitering/rehabilitering saknar det stöd som en individuell planering och plan kan utgöra. Det kan beröra barn, ungdomar och vuxna med DAMP/ADHD och liknande diagnoser. Krav på samverkan mellan olika verksamheter vid insatser till enskilda finns förutom i LSS och HSL även i socialtjänstlagen (SoL). Enligt SoL skall planering utformas tillsammans med den det berör men det finns inget krav på dokumentation. Frågan har uppmärksammats av Utredningen om bemötande av äldre som i slutbetänkandet²³ föreslog att den enskilde skulle kunna begära en individuell plan med beslutade och planerade insatser inom socialtjänsten. Enligt förslaget skulle regleringen tas in i socialtjänstlagen. Förslaget har inte lett till någon ändring i lagen.

Slutsatser

Ökat inflytande och självbestämmande, delat samordningsansvar och möjlighet att i god tid planera framåt är några av de resultat en väl genomförd individuell planering kan ge. Handläggarens motivation, kompetens och förutsättningar för att arbeta på "rätt sätt" är centrala för att de brukare som önskar ska få en individuell plan av god kvalitet. Med "rätt sätt" menas bland annat att samordnaren respekterar den enskildes önskemål, inflytande och självbestämmande över arbetsprocessen, upprättandet och användningen av dokumentet. Behovet av utbildning, fortbildning och vägledande information om arbetssättet både inom landsting och kommuner är stort. Det framgår också att enbart kompetenshöjande aktiviteter räcker inte för att fler brukare än idag ska få en individuell plan enligt LSS. Det måste också finnas organisatoriska förutsättningar för LSS-handläggaren att arbeta på det processinriktade sätt som en individuell planering och dokumentation utförd på "rätt sätt" kräver.

En del av de professionellt verksamma inom kommuner/stadsdelar ansåg att IP enligt LSS även kan vara värdefull för kommunens framtidsplanering och kvalitetssäkringsarbete. En av de förankringsfaktorer som varit utgångspunkt i undersökningen är att: "Ju fler 'aktörer' som upplever en vinst med förändringar desto större sannolikhet har de att slå rot och bli varaktiga".

²³ SOU 1997:170. "Bemötande av äldre". (Omnämns i Betänkandet av Samverkansutredningen)

Fortsatt arbete

Med hittills vunna kunskaper kring IP fortsätter Socialstyrelsen projektet ”Individuell plan på den enskildes villkor” inom nedanstående fyra områden:

Fördjupning

Vad utmärker en individuell habiliterings- och rehabiliteringsplan av god kvalitet? Denna fråga skall belysas med utgångspunkt i det kvantitativa materialet om HSL-planer.

Förtydligande

De frågeställningar som aktualiserats rörande lagstiftningen kring individuella planer skall utredas och vid behov kommer förslag om förtydliganden att utarbetas.

Förankring

För att arbetssättet individuell planering skall få genomslag måste det vara förankrat på alla nivåer. Flera aktiviteter planeras som konkret kan påvisa värdet av individuell planering för kommuner/stadsdelar. Delprojektet ”handläggaren i fokus” fortsätter och kan eventuellt vara ”modell” även för förankring på förvaltnings- och nämndnivå.

Föra ut och sprida kunskap

Utifrån det informations- och utbildningsbehov som framkommit avser Socialstyrelsen att tillsammans med intresserade handikapporganisationer, kommuner, landsting och länsstyrelser föra ut, diskutera och testa de kunskaper projektet hittills givit.

Referenser

Andersson, B.L. (1993). The stages of systemativ change. *Educational Leadership*, 51, s.14-17.

Antonovsky, A. (1991). "Hälsans mysterium". Stockholm: Natur och Kultur.

Boklund, A. (1995). "Olikheter som berikar? – möjligheter och hinder i samarbetet mellan socialtjänstens äldre- och handikappomsorg, barnomsorg samt individ- och familjeomsorg". Avhandling i socialt arbete. Stockholm: Socialhögskolan rapport nr 71 – 1995.

Göransson, K. (2000). "Om alla är lika skulle det inte vara roligt. Samverkan mellan särskola och grundskola". Stockholm: ala, FUB:s forskningsstiftelse.

Hagelöv, K. (1998). "Överensstämmer lagstiftningens intentioner angående re/habiliteringsverksamhet med brukarens upplevda verklighet?" C-uppsats. Luleå Tekniska Universitet, Institutionen för hälsovetenskap.

Jarhag, S. (2000). "Individuell plan/planering – ett instrument för frigörelse eller kontroll?" Abstract till dokumentation från konferensen "Funktionshinder. Visioner och verklighet i ett nytt årtusende. En konferens ur brukarperspektiv, verksamhetsperspektiv och samhällsperspektiv". Uppsala 28–29 sept. 2000.

O'Neil, J. (1993). Turning the system on its head. *Educational Leadership*, 51(1), s. 8-11.

Regeringens proposition 1992/93:159 "Stöd och service till vissa funktionshindrade"

Regeringens proposition 1999/2000:79. "Från patient till medborgare – en nationell handlingsplan för handikappolitiken".

Socialstyrelsen. Rapport (1998-19-:4). "Samhällets mål eller brukarens verklighet? En fördjupningsstudie av Trettio brukare om sin rehabilitering." Utgiven i Socialstyrelsens serie "Stimulansbidrag för rehabilitering och rehabilitering".

Socialstyrelsen. (2000). "Individuell plan på den enskildes villkor. En probleminventering om Individuell plan enligt LSS". Underlagsrapport.

SoS-rapport 1993:10. "Rehabilitering inom hälso- och sjukvården – för alla åldrar och diagnoser". Socialstyrelsen, Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet.

SOU 2000:114. "Samverkan. Om gemensamma nämnder på vård- och omsorgsområdet, m.m.". Betänkande av Samverkansutredningen.

Stenhammar, A-M (red). (2000). "Individuell planering för förskolebarnet" och "Individuell planering för eleven i skolan". Statens Institut för Handikappfrågor i skolan.

Starrin, B. (2000). "Empowerment och funktionshinder". I: Brusén, P., Hydén, L-C. "Ett liv som andra. Livsvillkor för personer med funktionshinder". Lund: Studentlitteratur.

Svenska Kommunförbundet (1998). "Inventering och uppsökande verksamhet för att planera insatser för personer med psykiska funktionshinder". Promemoria. Stencil.

Whilhelmson, L. (2001). "Samtal för förändring av perspektiv" i Montgomery, H& Qvarsell, B. "Perspektiv och förståelse. Att kunna se från olika håll". Stockholm: Carlsson.

Övrigt material från kommuner och landsting:

Verksamhetsplaner

Policydokument

Organisationsplaner

Informationsbroschyrer

Checklistor och mallar för dokumentation

Exempel på Individuella planer

Bilagor

1. Referensgruppen.....	69
2. Kommunenkäten	71
3. Katjas individuella plan.....	73
4. Katjas karta.....	74
5. Katjas utvärdering	75
6. Exempel på individuell plan enligt LSS.....	76
7. Förslag till struktur för arbetsprocess.....	77
8. Seminarieinbjudan.....	79
9. Policydokument individuella habiliteringsplaner.....	81
10. Svar på landstingsenkäten	85

Referensgrupp

Gunilla Andersson
Rinkeby stadsdelsförvaltning

Eva Hersler
RBU, Riksförbundet för Rörelsehindrade Barn och Ungdomar

RosMarie Karlsson
Handikapp enheten, Norrköpings kommun

Roger Lindahl
NHR, Neurologiskt Handikappades Riksförbund

Anita Melin
Länsstyrelsen i Kalmar län

Annika Nyström Karlsson
FUB, Riksförbundet för Utvecklingsstörda Barn, Ungdomar och Vuxna

Hillevi Penton
Habiliteringscenter Hornstull för vuxna, Stockholm

Margareta Wallin
Barn- och ungdomshabiliteringen, Uppsala

Helene Wirandi
Länsstyrelsen i Stockholms län

Pär Ödman
RFA, Riksföreningen Autism

Fr.o.m. februari 2001 har referensgruppen förstärkts med
Birgitta Larsson
Landstinget Västmanland



Individuell plan enligt LSS

I 10 § LSS anges att:

”I samband med att insats enligt denna lag beviljas kan den enskilde begära att en individuell plan med beslutade och planerade insatser upprättas i samråd med honom. I planen skall även redovisas åtgärder som vidtas av andra än kommunen eller landstinget. Planen skall fortlöpande och minst en gång per år omprövas. Landsting och kommun skall underrätta varandra om upprättade planer.”

Rätt använd är individuell plan enligt LSS ett sätt för enskilda och familjer att få ökat inflytande över den egna tillvaron. Även handläggare och beslutsfattare har i sitt arbete nytta av att brukare begär och får en plan upprättad. Detta visar den kartläggning som Socialstyrelsen genomförde under våren 2000. För den som är intresserad finns rapporten ”Individuell plan på den enskildes villkor” att hämta från Socialstyrelsens hemsida www.sos.se.

Socialstyrelsen fortsätter nu ett utvecklingsarbete för att öka användandet och nyttan av individuella planer. För att på sikt kunna utvärdera detta arbete och få kunskap om antalet planer ökar behöver Socialstyrelsen kunskap om hur många brukare i landets kommuner som för närvarande har en individuell plan enligt LSS. Därför är vi tack-samma för att få svar på frågorna på nästa sida.

Var vänlig texta

Kommun	
Uppgiftslämnare	
Adress	
Postadress	
E-post	
Telefon	Faxnr

Vi önskar att få in enkätsvaret **senast den 30 november 2000**.

Svaret skickas till: Socialstyrelsen
Att. Kajsa Mulder
106 30 Stockholm

Individuell plan

Enligt LSS och dess förarbeten innebär en individuell plan enligt 10 § LSS att:

- planen upprättas på brukarens begäran enligt 10 § LSS
- planeringsarbetet sker i samarbete mellan brukare och handläggare
- planeringsarbetet och planen omfattar brukarens mål, planerade och beslutade insatser för att uppnå målet samt utvärdering eller datum för utvärdering
- planen finns dokumenterad

1. Hur många personer inom din kommun/kommundel eller motsvarande har en individuell plan enligt LSS den 1 november 2000:

Fördela personer med individuell plan på personkrets och på barn och ungdomar respektive vuxna

	Barn och unga födda 1981 eller senare	Vuxna födda före 1981
Personkrets 1		
Personkrets 2		
Personkrets 3		
Totalt		

2. Vilka andra planer, t ex boendeplan, omvårdnadsplan etc., upprättas för personer med LSS-insatser inom kommunen /stadsdelen? (Ange "typ" av plan, ej antal).....

.....

.....

.....

Ytterligare kommentarer:

.....

.....

.....

Har du frågor kan du vända dig till:

Ann-Marie Stenhammar tel: 070-768 02 47, e-post: ann-marie@stenhammar.se
Ulla Clevnert tel: 08-555 531 04, e-post: ulla.clevnert@sos.se

Tack för er medverkan!

Katjas Individuell plan enligt LSS

Följande plan ska delges ansvariga för:

- Bostad med särskild service för barn och ungdomar
- Barn- och ungdomshabiliteringen
- Skolan
- Försäkringskassan

Följande insatser är för närvarande pågående för Katja

- Disponerar plats vid bostad med särskild service för barn och ungdomar
- Går i särskolans träningsklass vid xxxxx skolan
- Insatser via barn- och ungdomshabiliteringen
- Råd och stöd
- Personlig assistans enligt LSS

Övriga beslutade planer som ingår i Katjas Individuella plan enligt LSS:

- Individuell habiliteringsplan
- Individuell boendeplan
- Individuell skolplan

Delmål som beslutats vid IP för Katja utifrån familjens olika behovsområden. (Nedan följer två exempel på innehållet i planen)

Familjen

Att det skapas en organisation runt flickan och familjen som fungerar oavsett om föräldrarna är närvarande eller ej (slipper kontroll). Organisationen ska bygga på så få och nära relationer som möjligt för Katja (lilla gruppens princip).

Beslut (metod): Före mars 2000 träffar föräldrarna representanter från kommunen, habiliteringen och försäkringskassan för att hitta en lösning på Katjas behov av heltäckande assistans. xxxx ansvarar för att sammankalla.

Hälsa

Att de personer som arbetar med Katja har tillräckliga kunskaper så att hennes fysiska och psykiska hälsa säkerställs. Beslut: Att habiliteringen erbjuder och samordnar utbildning för nyanställd personlig assistent samt även erbjuder boende personal detta. Tidsplan: vid behov. Ansvarig: kurator på habiliteringen.

(Ytterligare fem rubriker finns i Katjas plan. För varje område anges beslut, ansvarig och när det beslutade ska vara genomfört.)

Underskrift:

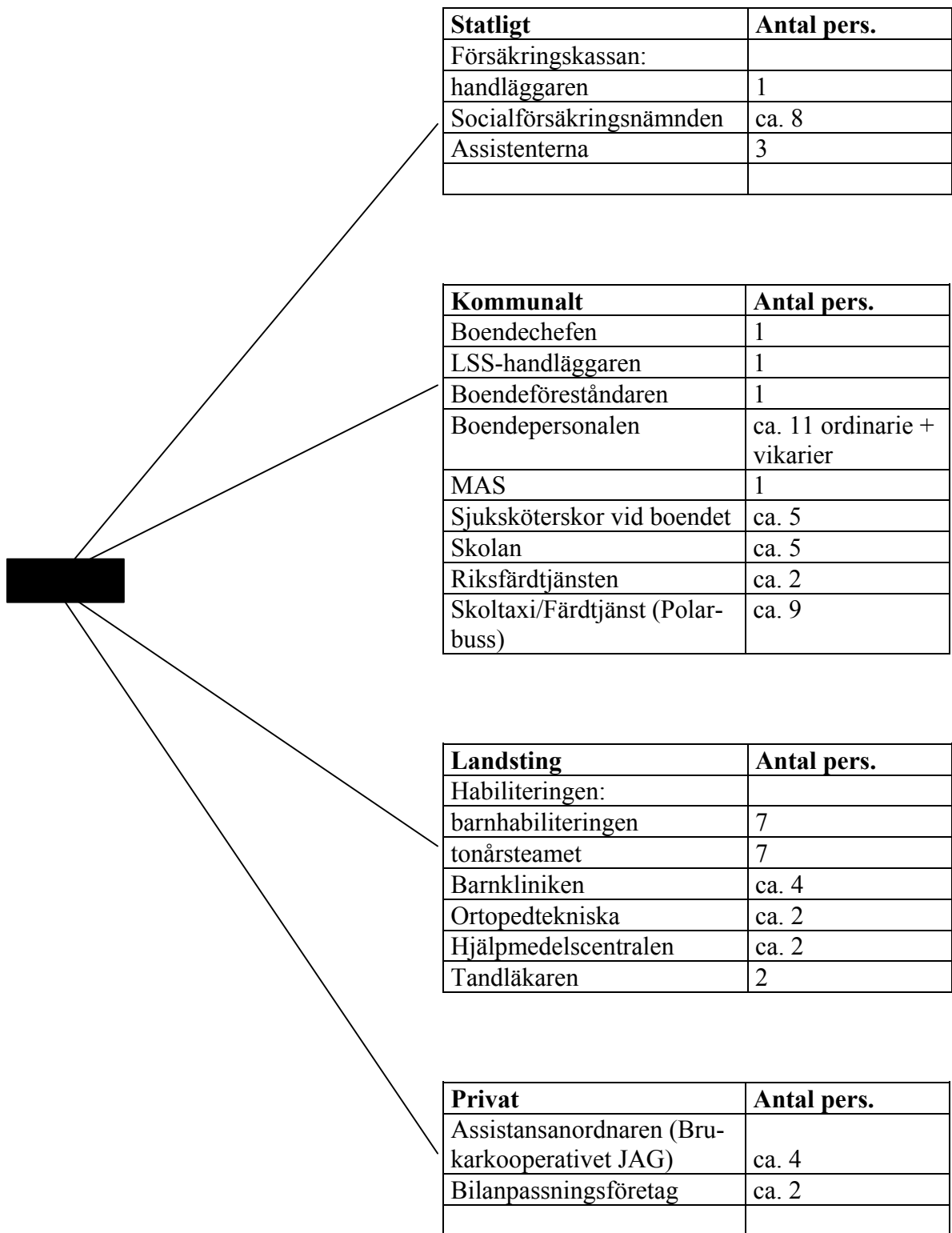
(Planen avslutas med underskrift av föräldrarna samt LSS-konsulenten som ansvarig för planen)

Uppföljning

(Uppföljande möten hålls två gånger per år, eller vid behov. Vilka personer som kallas till varje möte beror på den aktuella situationen.)

Bilaga 4

Katjas karta



Utvärdering av Katjas Individuella plan enligt LSS

Planen utvärderas 1 gång / år. (Nedanstående är exempel på en av flera utvärderingar)

Sammanfattning

1. Har beslutet genomförts?

I stort sett förutom träffen med representanter från kommunen och försäkringskassan för att hitta lösningar på Katjas behov av heltäckande assistans skjutits fram då försök att rekrytera deltiden pågått. Boendeplanen har inte kunnat uppdateras/revideras p.g.a. den förestående förändringen och omorganisationen.

2a Har familjens behov tillgodosetts?

Ja.

2b Har Katjas behov tillgodosetts?

Ja, i stort sett. Den ej fulltäckande assistansen har medfört att delar av planen inte fungerat optimalt alla gånger.

2c Nya önskemål, behov och förväntningar? (utdrag ur)

Förväntningar på ett gott samarbete med habiliteringens tonårsteam. Förväntningar på ett gott samarbete med boendepersonalen på xxxx, att vi ser varandra som en resurs. Det finns behov av att rätta ut frågetecken och farhågor som vi har kring det nya boendets struktur/organisation.

3. På vilket sätt har planen inneburit förändringar för er föräldrar? För Katja? Har hennes situation förändrats?

Mer arbete men också större delaktighet, inflytande, kontroll, självbestämmande och möjligheter att påverka. Vi är trygga i förvisningen om att Katja får sina behov tillgodosedda. Dokumentationen är a och o och fungerar bra. Såväl familjekänslan som vår föräldraroll är stärkt. Varaktighet och kontinuitet i de insatser som ges. Större välmående och trygghet i vardagen. Katja mår bra av att ha få personer omkring sig som känner henne väl vilket leder till ökat självbestämmande. Hon är för det mesta glad och hennes nutritionsstatus är god. Hon kommunicerar mer och ger mycket mer ögonkontakt. Katjas värde och värdighet har stärkts och kontakten med syskonen har ytterligare förstärkts och utvecklats. Katja har fått ny klasslärare och nya assistenter under året som gått. Katja har övergått till habiliteringens tonårsteam. Katja har framför allt övergått till att bli en riktig tonårstjej genom att uttrycka trots och egen vilja!

4. Har planen gett möjlighet till ökat inflytande enligt LSS intentioner?

Ja, inom samtliga områden.

5. Har samordningen fungerat?

Ja. De ansvariga för respektive område i planen liksom föräldrarna har skött samordningen bra.

6. Finns behov av ny reviderad plan?

Ja, men med bibehållen struktur.

7. Har tidsplanen fungerat?

Ja.

Finns det några kritiska punkter vad gäller förslag till åtgärder?

Nej.

8. Har ni upplevt att ni varit delaktiga i planens beslut?

Ja, absolut.

9. Har något hindrat respektive underlättat verkställigheten av de beslutade åtgärderna?

Rekryteringen av assistans på deltid. Uppdatering/revidering av boendeplanen har ej kunnat ske pga den förestående förändringen och omorganisationen.

(Föräldrarnas underskrifter)

Bilaga 6

Exempel på Individuell plan enligt LSS

Individuell plan för:

Maria

Datum:

1/8 2000

Närvarande:

Maria, Marias föräldrar och syster, Marias LSS-handläggare
yrkesvalslärare i Marias gymnasium

Anledning till IP enligt LSS:

Framtidsplanering

Marias mål

Om tre år:

bor jag i egen lägenhet med kompisar jag tycker om

arbetar jag på café

är jag bra på att dansa

Delmål (ex):

Före sommaren 2000:

har Maria praktiserat på ett café eller mindre lunchrestaurang och har kontakt med någon eller några kamrater som planerar att flytta hemifrån inom några år.

har Maria börjat på danskurs tillsammans med sin ledsagare

Hur ska målen nås?(ex)

Praktikplatser inventeras, både inom och utanför
daglig verksamhet
(etc.)

Vem ansvarar och när utfört?

Yrkesvalsläraren, före
årskiftet

Vi ses nästa gång den.....

Planen godkännes av:

.....
.....
.....

Planen nedtecknad av:

.....

INDIVIDUELL PLANERING FÖR

Namn:.....
 Närvarande:.....
 Datum:.....
 Anledningen till planering (syftet).....

Hur är det nu? (nuläget/kartläggning)	Hur vill jag att det ska vara? (mål)	Hur ska mina mål uppnås? (metoder)	Är vi på rätt väg? Hur går det? (Genomförande/ upp- följning)	Blev det som jag tänkt? Hur gå vidare? (Utvärdering/revidering)
(positivt först)	På kort och lång sikt	Ange: *Vem ansvarar för vad *När vara utfört *När följa upp respekti- ve utvärdera		

Planen godkännts av:.....
 Planen upprättad av/samordnare:.....
 Vem/vilka får ta del av planen:.....

Personlig inbjudan till

GREPP OM TILLVARON GENOM PLANERING

Ett seminarium om nyttan med individuell plan enligt LSS

Torsdagen den 18 januari 2001 klockan 10.00 – 15.00

Lokal: xxxxxxxx

De flesta av oss mår troligen bra när vi lever i ett begripligt sammanhang där ”jag” har möjlighet att själv påverka ”min” livssituation i den riktning ”jag” önskar. Befinner jag mig i en situation där ”jag” är beroende av personal och professionella från många olika verksamheter för att få ”min” tillvaro att fungera är det inte alla gånger lätt att få sammanhanget begripligt och hanterbart. En inte ovanlig situation för många barn, ungdomar och vuxna med funktionshinder.

Även för dig som professionell, som en av många i en familjs eller funktionshindrad persons liv kan sammanhanget kanske ibland kännas oöverskådligt, problematiskt, svårhanterligt och till och med obegripligt. Ni är många inblandade och frågor som: vad ”min” roll är eller vem ansvarar för vad är inte ovanliga. Att arbeta via individuell planering kan förändra en kaotisk situation, innebära samordning, lösa problem eller vara ett sätt att i god tid vara förberedd inför förändringar.

Syftet med seminariet är att diskutera nyttan och vinsterna med arbetsmetoden ”individuell planering”, i första hand för familjen/den vuxne men också för Dig i din yrkesfunktion. Bland annat finns det många samordnings- och tidsvinster att göra. Anledningen till att just du personligen inbjuds till detta seminarium är att du kommer i kontakt med familjer eller vuxna personer med funktionshinder.

Inom handikappomsorgen på xxxx stadsdelsförvaltning kommer informationen om Individuell plan enligt LSS § 10 att intensifieras, dels för att vi tror på arbetssättet och dels för att vi för närvarande medverkar i ett utvecklingsprojekt om individuella planer som Socialstyrelsen driver. Troligen kommer vår informationssatsning på sikt innebära att fler ”brukare” än idag begär en individuell plan vilket kan innebära att ”brukaren” vill att du eller annan från din verksamhet ska medverka i planeringsarbetet.

På seminariet kommer vi bl.a. att ta upp:

- Vad en individuell plan enligt LSS – och andra planer – är
- Syfte och arbetsmetoder, vinster och förutsättningar

- Samarbete i stadsdelen genom individuella planer

Seminariet är kostnadsfritt och du bjuds på kaffe och lunch.

Om du får förhinder är vi tacksamma om du hör av dig till oss.

Varmt välkommen!

Handläggare xxxx

Handläggare xxxx

Handikappomsorgen vuxna Handikappomsorgen barn/ungdom



Föreningen Sveriges Habiliteringschefer

Rikstäckande nätverk för barn- och ungdomshabiliteringen i Sverige. Grundad 1994
(reviderad maj 2000)

POLICYDOKUMENT ANTAGET VID ÅRSMÖTE 2000 05 11.

Delaktighet i habiliteringsarbetet – individuella habiliteringsplaner.

1. Bakgrund och definitioner.

Lagstiftningens krav.

I regeringens proposition 1992/93:159 om stöd och service till vissa funktionshindrade tillkom begreppet individuell plan. Bestämmelser om individuell plan fanns såväl i Hälso- och sjukvårdslagen, HSL, § 3b, som i Lag om stöd och service, LSS § 10.

I HSL § 3b anges att habilitering och rehabilitering samt tillhandahållande av hjälpmedel skall planeras i samverkan med den enskilde. Av planen skall planerade och beslutade insatser framgå.

I specialmotiveringarna anges särskilda krav på den individuella planen (bil 1 s 121) ”Planen bör utgå från den enskildes egna mål, behov och intressen. Den bör omfatta olika behov som kan tillgodoses genom insatser från flera kompetensområden och genom flera verksamheter. Då insatserna ges genom flera verksamheter bör det inom var och en av verksamheterna upprättas en plan över olika åtgärder, som med den enskildes eller vårdnadshavarens medgivande kan utväxlas mellan de verksamheter som ger habilitering och rehabilitering. Under förutsättning att den enskilde eller vårdnadshavaren begär det, bör en plan kunna överlämnas till kommunen som bas för kommunernas sociala, psykologiska och pedagogiska stödåtgärder. Planerna bör vara utformade så att de ger möjlighet till uppföljning, utvärdering och förändringar”.

För de som tillhör personkretsen för LSS, anges i § 10 ”att i samband med att insatser enligt denna lag beviljas, kan den enskilde begära att en individuell plan med beslutade och planerade insatser upprättas i samråd med honom. I planen skall även redovisas åtgärder som vidtas av andra än kommunen eller landstinget. Planen skall fortlöpande och minst en gång om året omprövas. Landstinget och kommunen bör underrätta varandra om upprättade planer”.

Inom barn- och ungdomshabiliteringen bör vi sålunda regelmässigt upprätta habiliteringsplaner enligt HSL i samråd med den enskilde. Dessa planer kan utväxlas mellan verksamheter och även i förekommande fall ingå i en LSS-

plan om den enskilde begär detta. För den särskilda insatsen rådgivning och annat personligt stöd § 9.1 LSS, som i de flesta landsting tillhandahålls av barn- och ungdomshabiliteringen, gäller bestämmelserna i LSS § 10, d v s att en plan skall upprättas om den enskilde begär detta i samband med att en insats beviljas. Det innebär att om den enskilde begär skall barn- och ungdomshabiliteringen vara behjälplig i att upprätta en LSS-plan i samråd med den enskilde och övriga berörda verksamheter inklusive kommunen.

Kraven på LSS-planen och HSL-planen överensstämmer på många punkter. Skillnaderna är att LSS-planen omfattar alla stödinsatser, inte enbart habilitering, rehabilitering och hjälpmedel, att LSS-planen ingår i en rättighetslagstiftning för att tillförsäkra den enskilde inflytande medan HSL-planer förutsätts ske regelmässigt som en del av sjukvårdshuvudmannens skyldigheter samt att LSS-planen skall utformas så att den kan följas upp och omprövas medan kraven på HSL-planen är att den också skall kunna utvärderas.

Olika planer och samverkan

Begreppet individuell plan används också i andra sammanhang t ex i skriften Individuell planering för eleven i skolan, som utgavs av Statens Institut för Handikappfrågor i skolan 1998, när man benämner planering som görs för elever med behov av särskilda stödåtgärder. Det används då synonymt med åtgärdsprogram som är det begrepp som finns i skollagstiftningen. Individuella utvecklingsplaner och individuella utbildningsplaner är andra benämningar som används inom förskola och skola.

Individualiserade serviceprogram, ISP. Denna modell utformades av fil dr Olle Sjögren innan begreppet individuell plan tillkom i lagstiftningen. Syftet med modellen är att skapa ett arbetssätt där personen med funktionshinder och dennes familj bildar basen istället för att utgå från de olika huvudmän och verksamheter som ger stöd och service. Modellens kartläggning och dokumentation bygger på Kanada/Quebecs förslag till en revision av ICIDH, som också omfattar omgivningsfaktorers inverkan på handikappsituationen. Modellen har i förenklad form fått stor betydelse för utvecklingen av individuell planering inom svensk barnhabilitering och arbetssättet rekommenderas.

I regeringens proposition 1999/2000:79 betonas vikten av att upprätta individuella planer och att arbetet samordnas med olika nivåer och huvudmän. Om t ex skolan upprättar ett åtgärdsprogram eller sjukvården en behandlingsplan är det viktigt att den ingår i LSS-planen eller samordnas med den på ett annat sätt. Om den enskilde inte omfattas av LSS förelås att habiliteringsplanen med den enskildes medgivande ges samma sammanhållande funktion.

I detta policydokument utgår vi från kraven i HSL § 3b, för att ange vilka gemensamma grundläggande krav som bör ställas på de individuella habiliteringsplaner som upprättas inom landstingens barn- och ungdomshabiliteringar.

2. Syftet med individuella habiliteringsplaner

Habiliteringsplanen är ett planeringsinstrument som syftar till

- inflytande och delaktighet för familjen och med stigande ålder och mognad för barnet / den unge själv
- samordning utifrån barnets / den unges och familjens behov
- möjlighet till utvärdering

Att habiliteringsplaner konsekvent upprättas bidrar till att fördjupa och säkra kvaliteten i habiliteringsarbetet. Alla barn/ungdomar och familjer ska erbjudas en habiliteringsplan i ett tidigt skede, som fortlöpande följs upp, utvärderas och revideras.

3. Process

Att göra habiliteringsplan är en del av habiliteringsprocessen.

Följande delar ingår i denna process.

Förberedelse är en viktig grund för inflytande och innehåller bl a förklaring av syfte med planeringen, möjlighet för familjen att välja kontaktperson och att tänka igenom sina behov och önskemål om förändring.

Kartläggning/behovsinventering utgår från barnets/den unges personliga situation och levnadsvanor. Olika former av checklistor kan användas för att kartlägga behov, intressen och önskemål om förändring. Som en grund för systematisk kartläggning rekommenderas WHO:s internationella klassifikation. ICIDH-2 (pågår fältprovningar)

Habiliteringsplanen ska innehålla

- Prioriterade utvecklingsområden utifrån barnets/den unges och familjens behov
- Mål som är utvärderingsbara och kopplade till utvecklings-/behovsområdena
- Övergripande planering, övergripande åtgärder
- Ansvariga
- Tid för uppföljning och utvärdering

Familjen skall ges möjlighet att göra ändringar innan den fastställs.

Habiliteringsplanen skall förvaras på ett särskilt ställe i journalen.

Planeringen skall samordnas med andra planer/andra verksamheter om ungdomen respektive familj så önskar.

Genomförande av habiliteringsplanen

Genomförandet kan kräva ytterligare utredning och analys i teamet internt och tillsammans med familjen och/eller andra intressenter för att göra mer detaljerade handlingsplaner.

Varje medarbetare utför sin del av planen utifrån sin kompetens. Det skall finnas en koppling mellan planen och den yrkesspecifika dokumentationen.

Uppföljning och utvärdering

Viktiga frågor vid utvärderingen är

- Har vi gjort det som bestämts? Om inte vad beror detta på?
- Vad har åtgärderna lett till?
- Har målen nåtts helt eller delvis?
- Har det skett någon förändring som vi inte förutsett?
- Har vi gjort något som inte står i planen?

Arbetsgrupp: Carina Folkesson, Västerbotten
Gunilla Bryntesson, Södra Älvsborg
Gun Harplinger, Halland
Gunnar Sanner, Värmland

Sammanställning av landstingens svar på Socialstyrelsens enkät

beträffande upprättandet av individuella habiliterings-
och/eller rehabiliteringsplaner enligt HSL
redovisade per landsting och verksamhetsområde

Landsting/region

AB	Stockholms läns landsting
C	Landstinget i Uppsala län
D	Landstinget Sörmland
E	Landstinget i Östergötland
F	Landstinget i Jönköpings län
G	Landstinget Kronoberg
H	Landstinget i Kalmar län
K	Landstinget Blekinge
N	Landstinget Halland
S	Landstinget i Värmland
T	Örebro läns landsting
U	Landstinget Västmanland
W	Landstinget Dalarna
X	Landstinget Gävleborg
Y	Landstinget Västernorrland
Z	Jämtlands läns landsting
AC	Västerbottens läns landsting
BD	Norrbottens läns landsting
OPR	Västra Götalandsregionen
LM	Region Skåne
I	Gotlands kommun

I tabellerna redovisas rapporterade uppgifter från samtliga kliniker/enheter inom samma verksamhetsområde. Uppgifterna från en del landsting omfattar därför flera rader.

Barn- och ungdomshabilitering

1. Inom vilka kliniker/enheter upprättas individuella habiliterings- och/eller rehabiliteringsplaner?

2. För vilka åldersgrupper upprättas dessa planer inom resp. klinik/enhet?

Om Ja, andel i procent av totala antalet patienter som fick hab/rehab-insatser år 2000							Åldersgrupper					
	Nej	Ja	0-25%	25 -50%	50 - 75%	75 - 100%	Kommentar	0 - 6	7 - 18	19 - 65	över 65	Kommentar
							Barn- och ungdomshab samt vuxenhabiliteringsplaner avser verksamheten inom Handikapp & Rehabilitering. Siffrorna för den sjukhusanslutna rehabiliteringen har vi tyvärr inte.	X	X			Se kommentar fråga 1.
AB		X			X			X	X			
C		X				X		X	X 1)			1) 7-21
D		X		X				X	X			
E		X		X 1)			1) ca 40%	X	X			
							Med hab.planer avses här mer omfattande dokument som beskriver övergripande mål, delmål, medel/metod samt uppföljning - utvärdering. Givetvis finns en planering för varje individs rehabilitering, men alla har inte en omfattande hab.plan. Endast de som har många olika insatser.					
E		X		X				X	X			
F		X		X				X	X	X 1)		1) 19-21
G		X				X		X	X	X 1)		1) inom Autismcentrum
H		X			X			X	X			
K		X		X				X	X			
							Vårdprogram (plan) finns generellt för alla vanligare tillstånd, som nya leder, höftfrakturer, andra frakturer, axel, knäoperationer etc. Individuella justeringar av program görs. Samordnad vårdplanering, SUP, görs i alla fall där så behövs.					(Ej ifyllt)
N		X		X			De angivna procenttalen är uppskattningar. Fr o m 2001 kommer samma mall för habiliteringsplan att användas inom hela Handikappförvaltningen dit Barn- och vuxenhabilitering, Syncentral och Hörselvård hör.	X	X			
S		X				X		X	X	X 1)		1) 19-21 år
T		X			X			X	X	X		Barn- och ungdomshabiliteringen har barn och ungdomar upp till 21 - 22 år och för dessa upprättas individuella hab.planer
							Somatiska kliniker: "Trots de förarbeten som redovisas är det svårt att tolka vad som avses med 'individuella rehabiliteringsplaner'. Redovisningen från de somatiska klinikerna avser den planering som dokumenteras i den ordinarie journalen. Någon formaliserad plan som dokumenteras i ett särskilt formulär och som lämnas till patienten användes ej." Av de barn på rehabiliteringsklinikerna som är i behov av rehabiliteringsåtgärder har i stort sett alla individuella planer. Detta gäller främst barn med kroniska sjukdomar och nyskadade barn.					
U		X	X					X	X	X		

Barn- och ungdomshabilitering

Om Ja, andel i procent av totala antalet patienter som fick hab/rehab-insatser år 2000

	Om Ja, andel i procent av totala antalet patienter som fick hab/rehab-insatser år 2000						Kommentar	Åldersgrupper				Kommentar
	Nej	Ja	0-25%	25-50%	50-75%	75-100%		0-6	7-18	19-65	över 65	
W		X				X		X	X	X		tom 19 år
							Tre olika verksamheteschefer har svarat 1) Hab.planer erbjuds och ges oftast till barn och ungdomar med många kontaktytor.	X	X			Erbjuder insatser till barn och ungdomar 0 - 19 år
X		X	X 1)									
X		X		X								
X		X				X						
Y		X				X	Alla har fått erbjudande om individuella planer	X	X			
Y		X			X		50-75% avser antalet hab.planer upprättade år 2000, ett flertal (75-100%) barn har hab.planer gjorda 1999 som ej hunnit förnyas.	X	X	X 1)		1) åldersintervallet är 19-23 år
Y		X				X		X	X			
Z		X			X			X	X			
AC		X				X		X	X			
AC		X				X		X	X			
AC		X				X		X	X			
AC		X				X		X	X			
BD		X			X			X	X			
BD		X			X			X	X	X		Upp till 20 år
BD		X				X		X	X			
BD		X			X			X	X	X		20 år
BD		X	X					X	X			
OPR		X		X				X	X			
OPR							Sedan 1/9 -00 ligger allt primärt ansvar för barn & ungdomshabiliteringen på Handikappförvaltningen. Och därmed ansvaret för individuella habiliteringsplaner					
LM		X	X					X	X			
LM		X	X					X	X			
LM		X	X					X	X			
LM		X		X				X	X			
LM		X		X				X	X			
LM		X		X				X	X			
LM		X		X				X	X			
LM		X		X				X	X			
LM		X			X			X	X			

Barn- och ungdomshabilitering

Om Ja, andel i procent av totala antalet patienter som fick hab/rehab-insatser år 2000										Åldersgrupper				
	Nej	Ja	0-25%	25-50%	50-75%	75-100%	Kommentar			0-6	7-18	19-65	över 65	Kommentar
I		X			X 1)		Blankett för habiliteringsplan har använts endast under senaste åren. För flera barn/ungdomar finns habiliteringsplanering i journalen. För en del barn/ungdomar har habiliteringen varit delaktig i LSS-individuella planering. 1) 51%			X	X	X 2)		2) Barn 0 - 20 år

1. Inom vilka kliniker/enheter upprättas individuella habiliterings- och/eller rehabiliteringsplaner?

Aldersgrupper

Om Ja, andel i procent av totala antalet patienter som fick hab/rehab-insatser år 2000							Åldersgrupper					
	Nej	Ja	0-25%	25 -50%	50 - 75%	75 - 100%	Kommentar	0 - 6	7 - 18	19 - 65	över 65	Kommentar
AB		X			X		Barn- och ungdomshab samt vuxenhabiliteringsplaner avser verksamheten inom Handikapp & Habilitering. Siffrorna för den sjukhusanslutna rehabiliteringen har vi tyvärr inte.			X		Se kommentar fråga 1.
C		X				X				X	X	
D		X			X					X		
E		X				X				X	X	
F		X		X						X	X	
G		X		X						X		
H		X			X					X		
K		X		X						X	X	
N		X		X					X 1)	X		1) 16-18
S		X				X			X 2)	X	X	2) 16-18
T		X	X							X		
U		X	X							X		
W		X				X				X	X	Åldersgräns för vuxenhab är under 2000 från 20 år
X		X		X						X		
Y		X				X	Alla har fått erbjudande om individuella planer			X		För närvarande har vuxenhab inte någon patient över 65 år.
Y		X				X				X		
Y		X		X						X	X	
Y		X	X							X		
Z		X				X			X	X		
AC							Vuxenhabilitering som sammanhållen enhet finns inte. Vuxenhab i första ledet är primärvårdens ansvar och där upprättas inte individuella planer.					
AC		X	X							X		
BD							En individuell planering, med omprövning görs för vissa råd och stödinsatser enl HSL samt för de enstaka rehabiliteringsinsatser som vi utför. Rehabiliteringsansvaret ligger på primärvården. (%-markering saknas)					
BD		X					(%-markering saknas)					(Åldersgruppsmarkering saknas)
BD		X				X				X	X	
BD		X	X							X		

Vuxenhabilitering

Om Ja, andel i procent av totala antalet patienter som fick hab/rehab-insatser år 2000										Åldersgrupper				
	Nej	Ja	0-25%	25 -50%	50 - 75%	75 - 100%	Kommentar			0 - 6	7 - 18	19 - 65	över 65	Kommentar
BD		X	X									X	X	
OPR		X	X									X	X	
OPR		X				X					X	X		
OPR		X				X						X		
LM		X	X									X		
LM		X	X									X		
LM		X	X									X		
LM		X		X									X	
I		X	X				Merparten av de nya patienterna har habiliteringsplan. Procentsatsen är uppskattad då ingen riktig mätning har genomförts.					X	X	

Rehabiliteringsmedicin

1. Inom vilka kliniker/enheter upprättas individuella habiliterings- och/eller rehabiliteringsplaner?

2. För vilka åldersgrupper upprättas dessa planer inom resp. klinik/enhet?

Om Ja, andel i procent av totala antalet patienter som fick hab/rehab-insatser år 2000							Åldersgrupper					
	Nej	Ja	0-25%	25 -50%	50 - 75%	75 - 100%	Kommentar	0 - 6	7 - 18	19 - 65	över 65	Kommentar
AB		X		X			Barn- och ungdomshab samt vuxenhabiliteringsplaner avser verksamheten inom Handikapp & Habilitering. Siffrorna för den sjukhusanslutna habiliteringen har vi tyvärr inte.					(Uppgift saknas) Se kommentar fråga 1.
C		X			X				X 2)	X	X 2)	2) Någon absolut åldersgräns tillämpas ej men få pat är under 19 eller över 65 och har då vanligen ryggmärgsskador.
D		X				X				X	X	
D		X			X					X		
E		X				X				X		
F		X			X				X	X	X	
G		X				X						
H		X			X					X	X	
K		X			X					X	X	
N		X				X				X		
S		X				X				X		
T		X				X				X		
U		X				X				X		
W		X				X				X		
X		X				X	Svaret gäller endast för rehabiliteringsmedicin. Alla utom de vi enbart träffar på mottagningen (och en del av dem) "får" skriftliga planer.			X		
Y		X				X				X		
Z	X											
AC		X				X						
AC		X				X	1) Specialiteterna rehabiliteringsmedicin, neurologi, reumatologi, intern medicin och geriatrik ingår i medicin/geriatriska kliniken.			X	X	
AC		X				X						
BD		X					(%-markering saknas)					(Åldersgruppsmarkering saknas)
BD		X	X							X		
BD		X				X				X		

Rehabiliteringsmedicin

Om Ja, andel i procent av totala antalet patienter som fick hab/rehab-insatser år 2000							Åldersgrupper				Kommentar
	Nej	Ja	0-25%	25-50%	50-75%	75-100%	0-6	7-18	19-65	över 65	
OPR		X				X			X		
OPR		X				X			X		
OPR		X				X			X		2) Rehabiliteringskliniken Borås = Geriatrik + Rehabiliteringsmedicin + Vuxenhabilitering + Strokevård. På alla patienter i behov av planering enl ovan utförs detta. Hur många % av totala antalet ineliggande detta är går ej att svara på. Säkertligen minst 75%. Ingen separat registrering av detta.
OPR		X				X			X		
OPR		X				X			X		
LM		X				X		X	X	X	
LM		X				X		X	X	X	
LM		X				X		X	X	X	
LM		X				X			X		
LM		X				X			X 1)		1) 15 - 65 år
I		X				X			X		Med rehab.medicin avses neurorehab öppenvård för ca 19 - 65 år

Syncentral

1. Inom vilka kliniker/enheter upprättas individuella habiliterings- och/eller rehabiliteringsplaner?

2. För vilka åldersgrupper upprättas dessa planer inom resp. klinik/enhet?

Om Ja, andel i procent av totala antalet patienter som fick hab/rehab-insatser år 2000							Åldersgrupper					
	Nej	Ja	0-25%	25 -50%	50 - 75%	75 - 100%	Kommentar	0 - 6	7 - 18	19 - 65	över 65	Kommentar
AB		X		X			Barn- och ungdomshab samt vuxenhabiliteringsplaner avser verksamheten inom Handikapp & Habilitering. Siffrorna för den sjukhusanslutna habiliteringen har vi tyvärr inte.					(Uppgift saknas) Se kommentar fråga 1.
C		X	X					X	X	X		
D		X	X				En successiv ökning av andelen patienter med individuella planer sker då alla nytillkomna erbjuds denna möjlighet. Arbetet med dessa planer påbörjades under år 2000.	X 1)	X 1)	X 2)	X 3)	1) Har varit mycket få nya ärenden under år 2000. 2) (75%) 3) (25%)
E		X	X				År 2000 hade vi 191 nybesök (totalt 1.720 besök), varav 7 barn/ungodmar, 21 vuxna i yrkesverksam ålder, 61 pensionärer över 65 år och 102 över 80 år. För alla görs en plan men än så länge görs ca 25% utförliga rehabplaner för våra patienter.	X	X	X	X	Vi håller på med att i ett nationellt kvalitetsarbete på syn-centralerna utforma standarder för rehabplaner för samtliga grupper
E	X						Vi genomför alltid en kartläggning och allt habiliterings- och rehabiliteringsarbete görs i samråd med patienten, vilket dokumenteras i journalen.					
F		X	X				Rehabplaner upprättas, men ej bokstavligt enligt lagens mening. Vi önska hjälp från Socialstyrelsen med modeller för uppföljning, och utvärdering och förändring.	X				Planer upprättas men inte till 100% enl lagens mening för 7-18, 19-65, över 65. Tacksam för medverkan från Socialstyrelsen med modeller för uppföljning, utvärdering och förändring.
G		X	X							X		
H												
K		X				X		X 1)	X 2)	X 3)	X	1) oftast i samråd med habilitering, SIH eller barnomsorg 2) oftast i samråd med habilitering, skola och SIH 3) oftast i samråd med FK, AMI, AMI:syn, arbetsgivare
N		X	X					X				
S		X			X				X	X	X	Informell plan tas fram i anslutning till "kartläggning". Följer dock inte normerna med skriftliga avtal utan använder muntlig överenskommelse.
T		X	X					X	X			
U		X	X				I Handikappcentrum ingår Syncentralen. Syncentralens hab/ rehab utgår alltid från patientens egna behov, i samråd med denne eller dennes föräldrar. Planerade och överenskomna insatser har hittills dokumenterats i journalhandling. Dock inte under rubriken hab/rehabplan och inte alltid med tidsbegänsning. Under 2000 har Syncentralen därför tagit fram ett separat dokument för habiliteringsplan; hittills har dokumentet använts till fem brukare av 99.	X	X	X	X	

Syncentral

Om Ja, andel i procent av totala antalet patienter som fick hab/rehab-insatser år 2000							Åldersgrupper				Kommentar
	Nej	Ja	0-25%	25-50%	50-75%	75-100%	0-6	7-18	19-65	över 65	
w		X	X				X	X	X	X	Förekommer inom alla åldersgrupper om än i varierande och begränsad omfattning.
x		X		X					X	X	
y		X			X		X 2)	X 2)	X 3)	X 4)	2) Barnteam arbetar med gruppen 0-19 år utan tilläggshandikapp. Arbeta med att skriva planer pågår. I teamet ingår kurator, synpedagog, ögonläkare och ortoptist (samt SIH-konsulent). Familjerna har inte tillgång till psykolog, sjukgymnast eller arbetsterapeut på Syncentralen. 3) under 2000 standardiserat material för gruppen yrkesverk-samma. 4) alla erbjuds (i aktiv ålder, allmäntillståndet avgör) fastlagda insatser för gruppen som t.ex gruppinformation, optiker/synpedagog-besök, rehabiliteringskurs på folkhögskola, återbesök vid behov.
z		X	X						X		
ac											
ac		X		X					X		
bd		X				X	X	X	X	X	
opr	X										Ögonkliniken hänvisar till syncentralen
opr		X	X				X	X	X		
opr		X					X	X	X	X	Kan inte uppge %
opr		X				X	X	X	X	X	
lm		X	X				X	X	X	X	Reh.planer för pers m grav synnedläggning och där en längre tids rehabilitering blir aktuell
lm		X	X				X	X	X	X	Diabetespat.
lm		X	X						X	X	
i		X	X						X		För barn 0-6 år pågår just nu en översyn som avser att för-bättra samarbetet med andra instanser. När det gäller de över 65 år har endast enstaka insatser gjorts, men man har noterat att den gruppen behöver mer insatser pga en aktivare livsföring.

Hörcentral/ped. hörselvård

1. Inom vilka kliniker/enheter upprättas individuella habiliterings- och/eller rehabiliteringsplaner?

2. För vilka åldersgrupper upprättas dessa planer inom resp. klinik/enhet?

Om Ja, andel i procent av totala antalet patienter som fick hab/rehab-insatser år 2000								Åldersgrupper				
	Nej	Ja	0-25%	25-50%	50-75%	75-100%	Kommentar	0 - 6	7 - 18	19 - 65	över 65	Kommentar
AB		X	X				Barn- och ungdomshab samt vuxenhabiliteringsplaner avser verksamheten inom Handikapp & Rehabilitering. Siffrorna för den sjukhusanslutna habiliteringen har vi tyvärr inte.					(Uppgift saknas) Se kommentar fråga 1.
C		X	X				Både Syn- och hörcentralen har i sina verksamhetsplaner inskivet att utvidga arbetet med individuella planer.	X	X	X	X	
D		X	X				För övriga är hab/rehabplaner under uppbyggnad tillsammans med Nyköping och Eskilstuna	X	X			
D	X						Planerat starta under år 2001 under förutsättning att personal-situationen lösts					
D		X		X			En successiv ökning av andelen patienter med individuella planer sker då alla nytillkomna erbuds denna möjlighet. Arbetet med dessa planer påbörjades under år 2000.	X 4)	5)	X 6)	7)	4) >50%) 5) Skolan och hörselläkarna har huvudansvaret här. 6) 25-50%) 7) Nytillkomna i dessa åldrar har endast varit på förinformation om hörapparat.
E		X			X		Antalet pat. gäller 50-70% av dem som av audionom/doktor remitteras till kurator för en sammantagen behovsbedömning alltså inte 50-75% av alla som erhåller hörapparat.					Hörselskadade i yrkesverksam ålder m sammantagen problematik arbete-varldag. Patienter m besvärande tinnitus. Gravyt hörselskadade i samverkan med Tolkcentralen.
E		X	X				Enkätsvaren gäller för hela landstinget	X		X		
F		X			X		Ped. hörselvård är organisatoriskt skilt från Hörcentralen. Ped. hörselvård tillhör Habiliteringscentrum och är en länsresurs. Hörcentralerna tillhör resp Öronklinik i länet.	X	X	X	X	
G		X		X				X	X			Ped. Hörselvården upprättar planer för alla barn
H		X	X					X	X	X	X	
K		X		X				X	X	X	X	
N		X		X				X	X			Huvudsakligen 0 - 6
S		X				X		X	X	X	X	
T		X				X		X	X	X	X	
T		X				X				X	X	
U		X				X		X	X	X	X	
W	X						I de flesta fall görs en muntlig rehabplan/överenskommelse upp mellan audionom och patient. En brist är att den ej alltid dokumenteras på ett överskådligt sätt. I journalen finns tillgång till sökordet rehabiliteringsplan, men detta används ej i särskilt stor omfattning. I dag gör olika audionomer olika. Vi har ej fastställt hur rutinen skall se ut.					Kan ej svara på denna fråga.

Hörcentral/ped. hörselvård

Om Ja, andel i procent av totala antalet patienter som fick hab/rehab-insatser år 2000							Åldersgrupper				Kommentar
	Nej	Ja	0-25%	25-50%	50-75%	75-100%	0-6	7-18	19-65	över 65	
W		X			X				X		Av pat. I åldersgruppen 19-65 år görs rehabplaner i 75-100% av fallen. När det gäller pat över 65 år sker rehabplaneringen ej individuellt.
X		X				X	X	X	X	X	
X		X		X				X	X	X	
Y		X				X	X	X	X	X	För åldersgruppen 0-18 år upprättas plan av Landstingets Hörselvård i Härnösand samt för de patienter som remitteras från Hörcentralen för ytterligare rehab.insatser hos ped.hörselvården.
Y	X										
Y		X			X		X	X	X	X	Hörapparatutprovning
Z	X										Har ett individuellt muntligt upplägg av rehabinsatser i sam- verkan med pat. (ingen skriftlig)
AC											Individuella habiliterings-/rehabiliteringsplaner kommer att införas fr o m 010201 (Kommentar från Skellefteå)
AC		X			X		X	X	X	X	Vad gäller hörselhabilitering (ped.hörselvård)
AC		X			X		X	X	X	X	Se Handikappförv.
AC		X			X		X	X	X	X	Se Handikappförv.
AC		X			X	X	X	X	X	X	Se Handikappförv.
BD		X	X						X	X	
BD		X				X	X	X	X	X	
OPR		X					X	X			Alla barn erhåller hab.plan. Inom vuxensidan pågår ett arbete med att ta fram en <u>formell</u> rehabplan dvs skriftlig.
OPR		X				X	X	X	X	X	
OPR		X				X	X	X	X	X	
OPR	X										
OPR		X		X			X	X	X	X	Ett antal av pat. Har lätt hörselnedsättning vilka icke kräver rehab.plan.
LM	X										Medicinsk och ped. hörselvård ligger i olika org inom Reg Skåne. Ped. Hörselvård ligger inom Hörsel- och Dövcentralen, Hab.- och hjälpmedelsförvaltningen.
LM	X										
LM	X										
LM		X		X			X	X			

Hörcentral/ped. hörselvård

Om Ja, andel i procent av totala antalet patienter som fick hab/rehab-insatser år 2000								Åldersgrupper						
	Nej	Ja	0-25%	25 -50%	50 - 75%	75 - 100%	Kommentar	0 - 6	7 - 18	19 - 65	över 65		Kommentar	
LM		X				X		X	X	X	X			
LM		X				X				X	X			
LM		X				X				X	X			
I	X						Ingen ped.hörselvård finns							

Neurologisk klinik

1. Inom vilka kliniker/enheter upprättas individuella habiliterings- och/eller rehabiliteringsplaner?

2. För vilka åldersgrupper upprättas dessa planer inom resp. klinik/enhet?

[illegible]

Neurologisk klinik

Om Ja, andel i procent av totala antalet patienter som fick hab/rehab-insatser år 2000							Åldersgrupper					
	Nej	Ja	0-25%	25 -50%	50 - 75%	75 - 100%	Kommentar	0 - 6	7 - 18	19 - 65	över 65	Kommentar
OPR		X			X		1) Innefattas i internmedicinskt verksamhetsområde	X	X	X	X	
OPR							Ingår i medicinkliniken					
OPR		X			X		Rehabplaner ingår i varje läkar- och sjuksköterskebesök i <u>öppen vård</u> samt i <u>alla de slutenvårdsfall</u> , där inte patienten skrivs ut till annan vårdgivare i slutenvård.			X 6)	X	6) Gränsen för barnsjukvård går vid 16, varför vi tar över för de vuxna (från 16 år)
LM	X											
LM		X		X						X		
LM		X			X					X	X	
LM		X			X						X	
I		X				X				X	X	

Reumatologisk klinik

1. Inom vilka kliniker/enheter upprättas individuella habiliterings- och/eller rehabiliteringsplaner?

2. För vilka åldersgrupper upprättas dessa planer inom resp. klinik/enhet?

[illegible]

Reumatologisk klinik

Om Ja, andel i procent av totala antalet patienter som fick hab/rehab-insatser år 2000								Aldersgrupper						
	Nej	Ja	0-25%	25 -50%	50 - 75%	75 - 100%	Kommentar	0 - 6	7 - 18	19 - 65	över 65		Kommentar	
OPR		X		X						X				
OPR		X			X		1) Innefattas i internmedicinskt verksamhetsområde	X	X	X	X			
OPR							Ingår i medicinkliniken							
OPR	X													
OPR		X			X		Skattad, osäker siffra		X 7)	X	X	7) från 16 års ålder		
LM		X		X					X					
LM		X		X						X				
LM		X			X					X				
LM		X				X					X			
LM		X				X					X			
I		X	X							X	X			

Barnklinik

1. Inom vilka kliniker/enheter upprättas individuella habiliterings- och/eller rehabiliteringsplaner?

2. För vilka åldersgrupper upprättas dessa planer inom resp. klinik/enhet?

Om Ja, andel i procent av totala antalet patienter som fick hab/rehab-insatser år 2000								Åldersgrupper				
	Nej	Ja	0-25%	25-50%	50-75%	75-100%	Kommentar	0 - 6	7 - 18	19 - 65	över 65	Kommentar
AB		X	X				Barn- och ungdomshab samt vuxenhabiliteringsplaner avser verksamheten inom Handikapp & Habilitering. Siffrorna för den sjukhusanslutna habiliteringen har vi tyvärr inte.					(Uppgift saknas) Se kommentar fråga 1.
C	X							X	X			
D	X						Aktuella barn handläggs av Barnhabiliteringen					
E	X											
F	X 1)	X 2)	X 2)				1) Värnamo 2) Ryhov. Enstaka fall - förutom habiliteringsomslutna som görs av hab.personal	X 1)	X 1)			1) Ryhov. Alla barn med psyko/el motoriska handikapp handläggs via barnhabiliteringsmottagningen (dr Jan Arvidsson) eller barn- och ungdomskliniker, Ryhov, Jönköping. Samma gäller t ex diabetesbarn och reuma-barn.
G												
H												
K												
N		X		X				X	X			
S		X	X					X	X			
T	X						Däremot individuella behandlingsplaner vid kronisk sjukdom och vid ex. långa vårdavdelningsvistelser.					
U		X				X		X	X			
W	X						Vi på Barnkliniken upprättar ingen hab.plan däremot initierar vi att habiliteringen upprättar hab.plan. Vi har även en egen planering för barnet vad betr barnmedicin.					
X		X					Omöjligt ange procentsiffror! Om man vidgar frågeställningen till vårdplaner (individuella) så görs detta i utsträckning 25 - 99% beroende av pat.gruppen.					
Y		X	X				Få patienter, de flesta hamnar inom hab.	X	X			
Z												
AC	X						Sker på Habiliteringen					
AC	X						Barn med habiliteringsbehov sköts via barn- och ungdomshabilitering. Vid barnmedicinska sjukdomstillstånd sker samverkan mellan barn- och ungdomsmedicin och habilitering					
BD	X											
BD		X				X		X	X			

Barnklinik

Om Ja, andel i procent av totala antalet patienter som fick hab/rehab-insatser år 2000										Åldersgrupper				
	Nej	Ja	0-25%	25 -50%	50 - 75%	75 - 100%	Kommentar			0 - 6	7 - 18	19 - 65	över 65	Kommentar
OPR		X				X				X	X			
OPR		X	X							X	X			
LM	X													
LM	X													
LM	X													
LM	X													
I	X						Barn- och ungdomskliniken har mycket tätt samarbete med Barn- och Ungdomshabiliteringen, Birka på Gotland. Patienter i behov av individuella habiliterings- och/eller rehabiliteringsplaner handläggs så gott som uteslutande på Birka.							

Ortopedklinik

1. Inom vilka kliniker/enheter upprättas individuella habiliterings- och/eller rehabiliteringsplaner?

2. För vilka åldersgrupper upprättas dessa planer inom resp. klinik/enhet?

Om Ja, andel i procent av totala antalet patienter som fick hab/rehab-insatser år 2000							Åldersgrupper					
	Nej	Ja	0-25%	25 -50%	50 - 75%	75 - 100%	Kommentar	0 - 6	7 - 18	19 - 65	över 65	Kommentar
AB		X	X				Barn- och ungdomshab samt vuxenhabiliteringsplaner avser verksamheten inom Handikapp & Habilitering. Siffrorna för den sjukhusanslutna rehabiliteringen har vi tyvärr inte.					(Uppgift saknas) Se kommentar fråga 1.
C		X				X						Ingen uppgift
D		X	X		X 1)		1) Gäller för patienter som genomgår höft- eller knä-arthroplastik samt även för enstaka del av äldre patienter med höftfrakturer.			X	X	
E	X											
E		X			X		Vanligtvis postoperativa program, en kombination av vårdprogram + individuell plan. Pat som ej opereras hänvisas vanl till primärvård.	X	X	X	X	
E		X		X			Det gäller de patienter med speciella handikapp som är inskrivna i BUH eller LSS för vuxna. Således görs en plan för nära hälften av dessa som remitteras till ortoped. Ej formaliserat utan bara som en journaltext och info till förälder/anhörig. Tyvärr kan vi i stort sett aldrig i rimlig tid fullfölja planerna.	X	X	X		Ganska sällsynt för vuxengruppen.
F	X						Skriftliga rehabplaner finns och hålls aktuella utifrån diagnosgrupper (ex. prg, vårdprogram) dock inte på individnivå.					
G												
H		X		X				X	X	X	X	
K		X				X	(75 - 95%) Vi registrerar inte planer på vår klinik. Under senare år har man arbetat med obruten vårdkedja för inläggande patienter, där planering efter sjukhusvistelsen sköts på ett strukturerat sätt med kommun och primärvård. Detta uppfattar vi som en rehabiliteringsplan. Detta görs för samtliga patienter som förväntas ha kontakt med kommun eller distriktsvård efter sjukhusvistelsen.			X	X	De flesta av patienterna är pensionärer. Rehabiliteringsplaner görs ofta på kroniskt sjuka patienter, ibland i samband med Försäkringskassan. Här rör det sig sannolikt oftare om patienter i arbetsför ålder, däribland patienter med ryggbesvär bl a.
N		X	X			X 1)	1) Ortopedpatienter slutenvård			X	X	
N		X				X	Rehabiliteringsplan utformas i samverkan mellan slutenvård/ primärvård/sjukgymnast/arbeterapeut			X	X	
S	X						Ortopedläkare deltar regelbundet som konsult inom barn- och ungdomshabilitering och kan konsulteras av vuxenhabilitering					

Ortopedklinik

Om Ja, andel i procent av totala antalet patienter som fick hab/rehab-insatser år 2000								Åldersgrupper						
	Nej	Ja	0-25%	25-50%	50-75%	75-100%	Kommentar	0-6	7-18	19-65	över 65	Kommentar		
T	X						För alla patienter på ortopedkliniken göres en individuell vårdplanering vilken innefattar rehabilitering under vårdtiden.							
T		X				X			X	X	X			
T		X			X					X	X			
U	X													
W		X	X								X			
X		X	X				IVP (individuell vårdplanering)				X			
Y		X	X							X	X			
Y	X						Sköts från rehab							
Z	X													
AC		X					Har svårt att ange för kron. sjukd.gruppen			X	X			
AC		X				X	Individuella rehab.planer görs för alla patienter som skadar sig t.ex vid frakturer	X	X	X	X			
AC		X	X							X	X			
BD	X													
BD	X													
OPR	X													
OPR	X													
OPR	X													
OPR	X													
OPR	X													
OPR	X													
OPR		X		X			Avser framför allt hjälpmedel		X	X	X			
OPR		X			X					X	X			
LM	X						Hab.planer utarb. av habsg. för alla barn m CP i regionen (Skåne-Blekinge)							
LM	X													
LM	X													
LM		X	X					X	X					
LM		X	X					X	X					
LM		X			X			X	X	X	X			
LM		X				X				X	X			
I	X						Om behov finns remitteras pat över 65 till äldre rehab klinik, barn till barnhab.klinik. För pat 20 - 65 år finns på Gotland ingen rehabinstans för ortopediska åkommor för närvarande.							

Medicinklinik

1. Inom vilka kliniker/enheter upprättas individuella habiliterings- och/eller rehabiliteringsplaner?

2. För vilka åldersgrupper upprättas dessa planer inom resp. klinik/enhet?

Om Ja, andel i procent av totala antalet patienter som fick hab/rehab-insatser år 2000							Åldersgrupper					
	Nej	Ja	0-25%	25 -50%	50 - 75%	75 - 100%	Kommentar	0 - 6	7 - 18	19 - 65	över 65	Kommentar
AB		X	X				Barn- och ungdomshab samt vuxenhabiliteringsplaner avser verksamheten inom Handikapp & Rehabilitering. Siffrorna för den sjukhusanslutna rehabiliteringen har vi tyvärr inte.					(Uppgift saknas) Se kommentar fråga 1.
C	X						Efter akutvård för stroke på Medicincentrum (i medeltal 8 dagar) rehabiliteras patienten på rehabkliniken inom neurocentrum (patienter i arbetsför ålder) eller på länsgeriatriska kliniken.					Ingen uppgift
D		X		X		X 2)	2) avser vårdplatsområde 1			X	X	
D	X						För medicinkliniken gäller att pat. följer vårdprogram med indiv. anpassning vilket betyder att detta huvudsakligen är hjärtpatienter, övrig rehab eller på rehabkliniken.					
D		X	X							X	X	
E		X	X				Vi upprättar mycket få habiliteringsplaner för pat. med dialys, kronisk njursjukdom eller stroke.			X		Mycket litet antal
E		X				X	Medicin och geriatrik är en gemensam klinik med två vårdavdelningar, medicinavd. 17 vpl, rehabavd. 12 vpl			X	X	
E	X											
F		X	X				I huvudsak neurologpatienter, men även andra patient- grupper t ex stroke (allm.medicin), hjärtsvikt, lungsjukdom, njursjukdom som bedöms av sjukgymnast och arbetsterapeut.			X	X	Huvuddelen av patienterna är i åldrarna mellan 55 och 75 år.
G												
H		X		X						X	X	
K												
N		X			X		Via f.a. rehab.slussen eller via paramed			X	X	
N	X											
S		X			X					X	X	
S		X	X				Enstaka patienter med ex.vis MS			X		
S		X		X 3)			Medicinklin bedriver neuro + reuma + ger.rehab 3) alla behöver ej rehabplaner			X	X	
S		X	X				Rehabiliteringsplaner upprättas för vissa patienter på kliniken, framför allt på geriatriksektionen. Dokumentationen sker i omvårdnadsjournalen.				X	
S		X			X					X	X	

Medicinklinik

[illegible]

Medicinklinik

Om Ja, andel i procent av totala antalet patienter som fick hab/rehab-insatser år 2000										Åldersgrupper									
	Nej	Ja	0-25%	25 -50%	50 - 75%	75 - 100%	Kommentar			0 - 6	7 - 18	19 - 65	över 65	Kommentar					
LM	X																		
LM		X	X									X							
LM		X	X										X						
LM		X		X									X						
LM		X		X										(Uppgift saknas)					
I		X	X									X	X						

Geriatrisk klinik

1. Inom vilka kliniker/enheter upprättas individuella habiliterings- och/eller rehabiliteringsplaner?

2. För vilka åldersgrupper upprättas dessa planer inom resp. klinik/enhet?

[illegible]

Geriatrisk klinik

Om Ja, andel i procent av totala antalet patienter som fick hab/rehab-insatser år 2000							Åldersgrupper					
	Nej	Ja	0-25%	25 -50%	50 - 75%	75 - 100%	Kommentar	0 - 6	7 - 18	19 - 65	över 65	Kommentar
Y		X				X						
Y		X				X	i princip 100%			X	X	Ger.klin är ansvarig för dagrehab-verks med stor andel pat i yrkesverksam ålder, främst m neurol. sjukd.
Z												
AC		X				X					X	
AC		X				X				X	X	
BD	X											
OPR		X		X							X	
OPR		X				X					X	
OPR		X				X	På alla patienter i behov av planering enl ovan utförs detta. Hur många % av totala antalet ineliggande detta är går ej att svara på. Säkerligen minst 75%. Ingen separat registrering av detta.			X	X	
OPR		X			X		Patienterna rehabiliteras enligt vårdprogram för stroke- och höftfrakturpatienter. Från kliniken initieras vårdplanering för att tillsammans med patient och primärvård/kommunal sjukvård planera för vidare rehabilitering efter sjukhusvistelsen. Nödvändig avrapportering sker skriftligt till nästa rehabiliteringsinstans.				X	
OPR		X				X				X	X	
OPR		X				X					X	
OPR		X				X				X	X	I enstaka fall för pat <65 år. 5% av pat. av yngre än 65 år.
LM		X				X				X	X	
LM		X				X				X	X	
LM		X				X					X	
I		X				X					X	

Barnpsykiatrisk klinik

1. Inom vilka kliniker/enheter upprättas individuella habiliterings- och/eller rehabiliteringsplaner?

2. För vilka åldersgrupper upprättas dessa planer inom resp. klinik/enhet?

Om Ja, andel i procent av totala antalet patienter som fick hab/rehab-insatser år 2000							Åldersgrupper					
	Nej	Ja	0-25%	25 -50%	50 - 75%	75 - 100%	Kommentar	0 - 6	7 - 18	19 - 65	över 65	Kommentar
							Barn- och ungdomshab samt vuxenhabiliteringsplaner avser verksamheten inom Handikapp & Habilitering. Siffrorna för den sjukhusanslutna habiliteringen har vi tyvärr inte.					(Uppgift saknas) Se kommentar fråga 1.
AB		X	X									
C	X											
D	X						Vårdplaner upprättas innehållande aktuella problemområden och åtaganden som vidtages för att bearbeta dessa	X	X			
D	X											
D	X											
E	X											
E		X	X					X	X			
F												
G												
H												
K												
N												
S		X		X				X	X			
T	X											
U	X						BuP har inga patienter som omfattas av Rehab- eller habiliteringsplaner. Barn- och ungdomspsykiatri har tyvärr inga habiliteringsplaner. Detta beror på att vi inte tidigare jobbat med habilitering utan endast med akut och specialiserad barn- och ungdomspsykiatri. Habiliteringstänkande kommer dock in mer nu och vi måste kanske göra särskilda planer.					
W	X						Vi gör alltid vårdplanering tillsammans med familjen och planeringen journalförs. För specifika vårdepisoder t.ex inom slutenvård och dagvård görs särskilda skriftliga vårdplaner "individuella hab- och/eller rehab.planer" även om "planerade och beslutade insatser" framgår och de är framtagna tillsammans med patienten och hans/hennes familj. Vi grundar oss på §2a HSL och patienjournalagen ("utformas och genomförs i samråd med patienten")	X	X			
X												
Y		X	X				Plan har endast gjorts för ett barn, i samarbete med barnhab.		X			

Barnpsykiatrisk klinik

**Om Ja, andel i procent av totala antalet
patienter som fick hab/rehab-insatser år 2000**

Aldersgrupper

[illegible]

Vuxenpsykiatrisk klinik

1. Inom vilka kliniker/enheter upprättas individuella habiliterings- och/eller rehabiliteringsplaner?

2. För vilka åldersgrupper upprättas dessa planer inom resp. klinik/enhet?

Om Ja, andel i procent av totala antalet patienter som fick hab/rehab-insatser år 2000							Åldersgrupper					
	Nej	Ja	0-25%	25 - 50%	50 - 75%	75 - 100%	Kommentar	0 - 6	7 - 18	19 - 65	över 65	Kommentar
AB		X	X				Barn- och ungdomshab samt vuxenhabiliteringsplaner avser verksamheten inom Handikapp & Habilitering. Siffrorna för den sjukhusanslutna habiliteringen har vi tyvärr inte.					(Uppgift saknas) Se kommentar fråga 1.
c	X						Endast som del av ord. vård-/beh.plan			X 3)	X	3) <65
D		X				X	Individuella vårdplaner finns på alla patienter, inte alltid på speciellt blad, men behovsinventering och mål för vården finns alltid dokumenterad i journalen.	X	X			
D		X		X			De patienter som kan hänföras till målgruppen psykiskt funktionshindrade, pga psykosdiagnos har alltid en individuell samordnad vårdplan. Övriga pat. ur det allmänpsykiatriska spektrat har i lägre grad sådana planer.			X	X	
D		X			X		Uppgifterna från klinikens olika enheter varierar något, men uppskattningsvis 50-75%			X		
E		X		X						X		
F		X				X				X	X 1)	1) Få
G												
H		X			X					X		
K												
N		X			X					X		
N	X											
S		X			X					X	X	
T		X	X							X		
T		X				X				X		
T		X				X				X	X	
T		X			X					X	X	
U		X			X		Ett datoriserat uppföljningssystem saknas och innebär att förekomsten av behandlingsplaner grundar sig på en grov uppskattning." För de flesta patienter finns idag 'bedömning och åtgärd' i journal efter de första besöken. Dock sällan entydlig och separat behandlingsplan som är lätt identifierbar i journalen genom sökord i kanten och där patienten har kopia. När det görs en rehabiliteringsplan i samverkan med försäkringskassan är det tydligare både för patienten och i journalens text." "...rehabilitering och habilitering ingår i vårdplan som dokumenteras i journalen och alla kompetensers kunskap tas tillvara och erbjuds vid behov till patienten." "Vi har inte separata rehabiliteringsplaner utan löpande behandlingsplan i journalföringen."	X	X	X		Mellan barnpsykiatri och vuxenpsykiatri finns ett avtal som säger att patienter från 17 år kan tas emot inom vuxenpsykiatri om det är en för BUP ny kontakt och man bedömer att kontakten blir flerårig.

Vuxenpsykiatrisk klinik

Om Ja, andel i procent av totala antalet patienter som fick hab/rehab-insatser år 2000							Åldersgrupper					
	Nej	Ja	0-25%	25-50%	50-75%	75-100%	Kommentar	0 - 6	7 - 18	19 - 65	över 65	Kommentar
W		X				X			X	X	X	Enstaka ärenden under 18 år eftersom vi i samråd med barn- och ungdomspsykiatri tillämpar flytande åldersgräns från 16 år på basen av patientens behov.
X	X											
Y		X				X	Likhetstecken har satts mellan rehabiliteringsplaner och vårdplaner			X	X	
Z												
AC		X		X			Habiliterings-/rehabiliteringsplanering ingår som del i den allmänna vårdplaneringen när så är aktuellt. Ambitionen är att skriva individuella vårdplaner skall finnas för alla patienter med pågående behandling. Vårdplanering finns för närvarande för 25 - 50% av patienterna - alla åldersgrupper (18 år o äldre).			X	X	
AC		X	X				Rehabiliteringsplaner upprättas av kommunens psykiatrisamordnare i samarbete med psyk.klin (LSS insatser, boenderåd och stöd, kontaktperson etc)			X		
AC		X			X					X	X	
BD		X				X				X	X	
BD		X				X				X	X	
BD		X			X					X	X	
OPR	X						Har behandlingsplaner.					
OPR		X			X		Kan fortfarande vara olika utformade - samordning pågår		X 5)	X	X	5) enstaka
							Vi har en metod att beskriva pats behov & önskan, att vara delaktig & vem som skall utföra åtgärden. Vi har ingen metod att följa upp hur många vi gjort eller % av totala antalet.					
OPR		X								X		
OPR		X	X							X		
OPR	X											
OPR		X				X				X		
LM		X	X							X	X	
LM		X	X							X		
LM		X	X							X		
LM		X		X						X		
LM		X				X				X		
LM		X				X				X		
I		X				X	Två pat. på rehabavd Piren har under år 2000 beviljats stöd enligt LSS			X		Sex patienter. Av dessa sex har 2 beviljats stöd enl LSS, men åtgärden har ej kommit igång.

Annan klinik

1. Inom vilka kliniker/enheter upprättas individuella habiliterings- och/eller rehabiliteringsplaner?

2. För vilka åldersgrupper upprättas dessa planer inom resp. klinik/enhet?

Om Ja, andel i procent av totala antalet patienter som fick hab/rehab-insatser år 2000							Åldersgrupper					
	Nej	Ja	0-25%	25 -50%	50 - 75%	75 - 100%	Kommentar	0 - 6	7 - 18	19 - 65	över 65	Kommentar
c		X				X	Folke Bernadottehemmet är en regionhabilitering. Här upprättas individuella planer för dem som vi har primäransvar för. De flesta som är på FBH får dock sin plan upprättad vid den länshabilitering man tillhör. Vid Sveriges barnkliniker upprättas HoSplaner undantagsvis. Långtidsplanering förekommer för många barn men ej under namnet "HoS plan".					Ingen uppgift
c		X	X				Psykos- och rehabklinik. Arbetet med att upprätta särskilda rehab.planer kommer att intensifieras under 2001. Vi gör också individuella planer tillsammans med den enskilde och andra inblandade aktörer. Dessa planer är också en form av "rehabplan".			X		
c		X				X	Äldre psyk.klinik. Individuella rehabplaner upprättas för alla nyinskrivna patienter. Teamet har fn 15 pat inskrivna med pågående rehabilitering.			X	X	
c	X						Beroendeklinik.					Ingen uppgift
D							Onkologisk klinik. För varje patient som vårdas på onkologplats och som behöver hjälp i hemmet görs en planering inför hemgång. Kontakt tas med kommunen, vid behov med kurator, sjukgymnast och arbetsterapeut. Mer omfattande habiliteringsprogram (rehab.) görs ej.			X	X	
D		X				X	Paramedicin. Det ingår i vårt arbete och i dokumentation	X	X	X	X	Sker i samordning med övriga på de kliniker vi jobbar.
D		X		X			Autismcenter. Barn, ungdomar och vuxna med störningar inom autismspektrat inkl. asperger syndrym	X	X	X	X	
E		X			X		Närsjukhusvården			X	X	
E	X						Paramedicinsk enhet. Vår enhet upprättar ej rehab.planer för enskild patient, utan detta sker på de kliniker vi servar, ex: LAH kkllinik (geriatrik), medicinklinik etc. Vi ingår där i de team som tillsammans med pat. tar fram planerna.					
E		X		X			Smärt- o Rehab Centrum.			X		
E		X				X	Kardiologklinik. I stort sett alla patienter efter hjärtinfarkt, by-passoperation eller PTCA får en individuell rehabiliteringsplan. I rehab.plan ingår bl a fys.träningsprogram, hjärtskola, rökavvänjning, psyk.stöd, kontakt med försäkringskassan om nödvändigt, uppföljning på mottagning för att se att vårdprogrammets mål nås.			X	X	Alla patienter erbjuds delta.
E	X						GE-kliniken					

Annan klinik

Om Ja, andel i procent av totala antalet patienter som fick hab/rehab-insatser år 2000							Åldersgrupper				Kommentar
	Nej	Ja	0-25%	25-50%	50-75%	75-100%	0-6	7-18	19-65	över 65	
H		X	X						X	X	
T		X				X	X	X	X	X	
T		X				X		X	X	X	
T	X										
U	X										
U	X										
U											
U	X										
Y	X										
BD		X				X			X	X	
BD		X				X			X	X	
BD		X		X							(Åldersgrupper saknas)
BD		X	X						X	X	
OPR		X				X			X	X	
OPR		X				X				X	
OPR		X				X			X	X	
LM	X										
LM	X										
LM		X			X				X	X	
LM	X										
LM	X										
LM	X										
LM	X										
LM		X				X	X	X	X	X	