

Individuell plan på den enskildes villkor

Slutrapport

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 91-7201-634-5
Artikelnr: 2002-123-24

Tryck: KopieCenter, Stockholm, februari, 2002

Förord

Detta är slutrapporten i Socialstyrelsens utvecklings- och informationsprojekt "Individuell plan på den enskildes villkor". Socialstyrelsen har haft ett regeringsuppdrag att förstärka och intensifiera sina rådgivnings- och informationsinsatser till huvudmännen angående individuella planer enligt LSS och individuella habiliterings- och rehabiliteringsplaner enligt HSL. Allt i syfte att fler personer än idag ska få tillgång till en individuell plan. Projektet har bedrivits i tre steg. Det sista steget samt slutsatser beskrivs i denna slutrapport.

Vi hoppas att de tre delrapporterna ska utgöra ett praktiskt stöd och en vägledning i arbetet med individuella planer enligt båda lagstiftningarna. Rapporterna vänder sig till alla som är berörda av frågan nämligen samordnare av den enskildes plan, brukare och eventuella företrädare för dessa, brukarorganisationer samt till chefer och beslutsfattare i kommuner och landsting.

Sammanfattningsvis har projektet visat – tydligare ju längre arbetet fortskridit – hur väsentlig den enskildes egen medverkan är i planering, utformning och genomförande av olika insatser. Individuell plan framstår som ett mycket värdefullt verktyg för den enskildes överblick, känsla av sammanhang och inflytande över sin livssituation. De professionella aktörerna blir skickligare i att förstå och bedöma behov och samarbetet blir mer effektivt. För detta krävs dock ett nytänkande och organisationer som främjar kontinuitet i insatserna samt ett samarbete präglad av ömsesidighet mellan personal och den enskilde. Individuell plan skulle kunna användas oftare men för det fordras ett förändrat arbetssätt och en bred förankring. Forsknings- och utvecklingsinsatser behöver inriktas på konsekvenserna av en på sikt förändrad maktbalans mellan brukare och professionella.

För arbetet och sammanställningen av rapporten har Socialstyrelsens enhet för handikappfrågor anlitat *Ann-Marie Stenhammar*, extern utredare. En referensgrupp har följt hela projektet liksom representanter från Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet. Ledningsgruppen från Socialstyrelsen har bestått av *Ulla Clevnert* (projektansvarig) och *Peter Brusén*, vid enheten för handikappfrågor. *Christina Rörby* vid enheten för medicinsk kvalitetsutveckling har sedan augusti 2001 ersatts av *Birgitta Larsson*.

Januari 2002

Peter Brusén
Enhetschef
Enheten för handikappfrågor

Mats Ribacke
Enhetschef
Enheten för medicinsk
kvalitetsutveckling

Innehåll

<i>Förord</i>	3
<i>Sammanfattning</i>	7
<i>Inledning</i>	11
Projekt i tre steg.....	11
Utgångspunkter	13
Steg tre.....	16
<i>Individuella habiliterings- och rehabiliteringsplaner enligt HSL</i>	18
Metod	18
Resultat.....	19
Vinster med planeringssamarbetet	24
Svaga punkter	25
Utveckling på gång.....	28
<i>Förankring av individuell plan enligt LSS</i>	29
Seminarier	29
Förankring – några exempel.....	32
Länsstyrelsernas roll.....	34
<i>Analys, slutsatser och förslag</i>	35
Förändrat förhållningssätt.....	35
Förankring	36
Vad visar projektresultaten?.....	37
Slutsatser	42
Förslag och forskningsfrågor.....	43
<i>Referenser</i>	46
<i>Bilagor</i>	49

Sammanfattning

Den här rapporten sammanfattar resultatet av Socialstyrelsens projekt *Individuell plan på den enskildes villkor*. Syftet med projektet är att underlätta användandet av individuella planer enligt LSS och individuella habiliterings- och rehabiliteringsplaner enligt HSL. Målet är att fler personer än idag ska få nytta av en individuell plan på sina villkor.

Projektet har bedrivits i tre steg. I det första steget inventerades orsaker till att individuell plan enligt 10 § LSS inte fått det genomslag som kunde förväntas. Det andra steget fokuserade på vad som krävs för att underlätta användandet av arbetsmetoden ”individuell planering”. Projektet vidgades då till att även omfatta individuella habiliterings- och rehabiliteringsplaner enligt 3 b och 18 b §§ hälso- och sjukvårdslagen, HSL.

Tredje steget har dels inriktats på att beskriva vad som utmärker väl fungerande individuella habiliterings- och rehabiliteringsplaner enligt HSL, dels har ett förankringsarbete kring individuell plan enligt LSS påbörjats. Dessa två delprojekt redovisas inledningsvis i denna rapport.

För att det ska bli lättare att sprida information om individuell plan enligt LSS har projektet utarbetat en informationstext som det står brukarorganisationer och professionella fritt att använda i sin helhet eller i valda delar, allt efter behov. Informationen, som även är översatt till lättläst svenska av Centrum för lättläst, finns i bilaga 2.

Projektet *Individuell plan på den enskildes villkor* har utgått från de handikappolitiska principerna om inflytande, självbestämmande och delaktighet. De resultat som redovisas i rapporten, bygger på resultat från flera delprojekt som genomförts med delvis olika metoder, både kvalitativa och kvantitativa.

Ökat inflytande och självbestämmande

Projektet har visat att:

individuell plan enligt LSS och individuell habiliterings- och rehabiliteringsplan enligt HSL, väl genomförda och rätt använda, ökar den enskildes inflytande och självbestämmande. Individuell plan enligt LSS ger ett tydligare samordningsansvar och bättre förutsättning för förändring och problemlösning.

En individuell plan är ett bra verktyg för den enskilde att få inflytande, överblick och för att själv kunna bestämma över sin tillvaro. Genom ett processinriktat arbetssätt där brukaren aktivt deltar i planeringsprocessens alla delar blir brukaren och anhöriga motiverade, kunniga och trygga. Detta förutsätter att brukarens önskemål eller mål inte ifrågasätts som orealistiska och att arbetssättet används som ett levande verktyg för att ge brukaren inflytande i enlighet med lagstiftarens mening. Om inte, riskerar individuell

plan att bli en formalistisk och statisk metod som snarare motverkar än ökar den enskildes känsla av sammanhang och kontroll över sin situation. Eventuella negativa konsekvenser för brukaren hänger framför allt samman med hur planeringen, genomförandet och dokumentationen görs. Resultaten visar att samordnarens (tjänstemannens/personalens) förhållningssätt och förutsättningar i form av resurser, organisation, kunskap m.m. är centrala för att ett gott resultat ska uppnås.

Resultaten visar också att användandet av individuella habiliterings- och rehabiliteringsplaner enligt HSL är ett bra instrument för att skapa helhet i habiliteringen/rehabiliteringen. Planen gör det lättare att beskriva vad som ska göras, att genomföra detta och att utvärdera vad som har uppnåtts.

Respekt för brukarens mål avgör träffsäkerheten

Det mest centrala, men också det mest kritiska steget vid individuell planering, har visat sig vara formulering av och respekt för den enskildes mål. Det är framför allt vid målformuleringen som brukaren utövar sitt inflytande. För att målen ska vara verkningsfulla måste de vara brukarens egna, av värde för den enskilde, motiverande, positiva, tydliga och mätbara.

Bidrar till verksamhetsutveckling

Projektet har visat att:

individuell planering kan inledningsvis vara tidskrävande, men kan på sikt innebära betydande vinster. Alla parter har därför nytta av att fler individuella planer upprättas – på den enskildes villkor.

Brukarens ökade inflytande och självbestämmande ger också vinster för de professionella aktörerna. Det krävs ett vidgat och fördjupat samarbete med brukarna för att deras *grundläggande behov* och inte enbart deras efterfrågan av befintliga resurser och insatser ska kunna tillgodoses. Det förutsätter dock en organisation som inte motverkar, utan främjar kontinuitet och fungerande samverkan. Samordnaren behöver stöd från en ledning som inser att arbetssättet kräver tid. Ett gott resultat av planeringen förutsätter en samordnare som är motiverad, inser nyttan med arbetssättet och är kunnig och kompetent. Arbetssättet kan då bidra till att kvalitetsarbete och utveckling av kvalitetsstandarder underlättas. Ytterligare vinster för de professionella är:

- ökad skicklighet i att förstå och bedöma brukarens behov,
- tidsvinster genom färre möten, bättre kunskap, undvikande av dubbelarbete och tidskrävande missförstånd,
- effektivare samarbete med andra professionella aktörer,
- förbättrad samordning av egna insatser samt bättre fungerande samverkan mellan olika organisationer och myndigheter,
- bättre underlag för planering för framtida behov kan innebära mindre behov av akuta insatser,
- ett medel i uppföljning och utvärdering.

Trots detta används individuell plan sällan

Projektet har visat att:

ännu åtta år efter Handikappreformen är individuell plan enligt LSS okänd. Liksom habiliterings- och rehabiliteringsplaner enligt HSL är individuella planer enligt LSS outnyttjade – även om en viss ökning har skett.

För att kunskapen om och användandet av individuell plan enligt LSS ska öka krävs förändringar av aktörer på såväl individ-, verksamhets- som på beslutsfattande lokal och på nationell nivå. Ju fler ”aktörer” på olika nivåer som deltar i förändringen desto större chans att arbetssättet förankras, används och utvecklas. Detta gäller även individuell habiliterings- och rehabiliteringsplan enligt HSL. Enligt resultatet:

- känner många brukare inte till möjligheten att begära en individuell plan enligt LSS. Både skriftlig och muntlig information saknas ofta,
- saknar samordnare ofta kunskap, tid och organisatoriska förutsättningar för att informera om och arbeta med individuella planer,
- kan det vara svårt för handläggare i kommunen att i arbetet med individuell plan enligt LSS samtidigt ha en myndighetsutövande och en stödjande roll,
- råder det oklarheter om skillnader mellan olika planer som den enskilde kan ha och hur de kan relateras till eller samordnas med varandra,
- finns det oklarheter kring innebörden av habiliterings- eller rehabiliteringsplaner enligt HSL i förhållande till andra planer inom hälso- och sjukvårdsområdet. Kunskap om skyldigheten att upprätta sådana planer tycks ha ökat något under senare år. Ett visst utvecklingsarbete har kommit igång inom vissa områden,
- är det inte självklart att individuella rehabiliteringsplaner enligt HSL dokumenteras i en separat plan som brukaren har sitt exemplar av. Att en sådan plan finns är väsentligt för att den enskilde själv ska kunna vara delaktig i arbetsprocessen.

Det har även visat sig att personer som har funktionshinder men som *inte omfattas* av LSS och inte heller får habilitering eller rehabilitering saknar de möjligheter som individuell planering och plan enligt LSS eller HSL kan ge. I rapporten föreslås därför att det lagförslag som tidigare framlagts (SOU 1997:170) om en bestämmelse i SoL om individuell plan genomförs.

Förändrat arbetssätt och bred förankring behövs

Projektet har visat att:

för att individuell plan enligt LSS ska bli ett värdefullt verktyg för den enskilde och användas i större utsträckning behöver kunskap om metoden och dess fördelar förankras hos aktörer på flera nivåer samtidigt. Metoden kräver ett nytt förhållningssätt och ett systematiskt förankringsarbete.

Arbetsättet individuell planering kräver ett nytänkande

Handläggare, beslutsfattare och brukarföreträdare menar samtliga att det utöver tid och stöd av insiktsfulla chefer och ändamålsenliga organisationer, behövs ett nytänkande. Behovet av kunskap kring arbetsättet gäller alla aktörer på samtliga nivåer. Arbetsättet kan kräva nya organisationsformer som på ett mer ändamålsenligt sätt tillgodoser ett arbete tillsammans med brukaren. För handläggare kan arbetet med individuell plan enligt LSS innebära en delvis förändrad yrkesroll och tillföra en ny syn på arbetet – en effekt av ett mer jämbördigt samarbete mellan professionella och brukare. Arbetsättet som används vid individuell planering är ytterst en fråga om bemötande.

Länsstyrelserna kan påverka utvecklingen

Regelbunden uppföljning av arbetsättet kan göras i tillsynen. I samband med rådgivning kan ”goda exempel” spridas. Att anordna informations- och utbildningstillfällen och initiera samverkan mellan organisationer och kommuner är ytterligare exempel på hur länsstyrelserna kan påverka utvecklingen.

Forskning och utvecklingsarbete

Ett informations- och utvecklingsarbete kring användningen av individuella planer behövs både på individ-, tjänstemanna- och politisk nivå. Detta är ett ansvar för huvudmännen och ett engagemang för brukarorganisationerna. Metodkunskap om processinriktat arbetsätt behöver införas i kursplaner för aktuella högskoleutbildningar där detta inte finns. Definitionen av och syftet med individuell plan enligt LSS behöver förtydligas i nationella styrdokument såsom 10 § LSS och i lokala styrdokument.

Vidare behövs t.ex. forskning kring innebörden för berörda aktörer av en förändrad maktbalans när brukarens röst och behov får ett starkare genomslag. Ett annat forskningsområde skulle kunna vara hur samverkansproblematiken mellan olika myndigheter påverkas av att individuella planer enligt LSS används i ökad utsträckning.

Inledning

Projekt i tre steg

Steg ett och två

Under våren 2000 initierade och genomförde Socialstyrelsen en probleminventering¹ för att ta reda på varför individuell plan enligt 10 § LSS inte har fått den genomslagskraft som kunde förväntas. Probleminventeringen var det första steget i utvecklingsarbetet, som syftar till att fler personer än idag ska kunna få nytta av en individuell plan. Steg två som avslutades våren 2001² vidgades till att omfatta både individuella planer enligt LSS och individuella habiliterings- och rehabiliteringsplaner enligt 3 b och 18 b §§ hälso- och sjukvårdslagen, HSL. Socialstyrelsen hade då fått regeringens uppdrag³ 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 LSS och HSL (i syfte att fler kommuner och landsting skall upprätta sådana planer).

Projektets steg två fokuserades på förutsättningar för att underlätta användningen av arbetsmetoden ”individuell planering” och bestod av flera delprojekt utförda med delvis olika metoder, både kvalitativa och kvantitativa. Resultaten från steg ett och två bygger på seminarier, kvalitativa intervjuer, en deltagande observationsstudie, två enkätundersökningar; en till landets kommuner och en till landstingen. Dessutom granskades bl.a. enskildas individuella planer enligt LSS respektive HSL, samt verksamhetsplaner och måldokument i kommuner och landsting.

Steg tre och slutrapportering

Arbetet under hösten 2001 (steg tre) har utifrån de tidigare resultaten haft två inriktningar; dels att *fördjupa* kunskapen om vad som utmärker god kvalitet i individuella habiliterings- och rehabiliteringsplaner enligt HSL, dels att inleda en *förankringsprocess* för att användandet av individuell plan enligt LSS ska öka. På samma sätt som tidigare är brukarperspektivet utgångspunkt, men i genomförandet omfattas både den enskildes och de professionellas perspektiv.

Denna slutrapport innehåller en kort sammanfattning av vad som hittills framkommit under de två första stegen och en redovisning av resultaten från steg tre. Rapporten avslutas med en analys av hela projektarbetet samt förslag till fortsatt utvecklingsarbete och forskningsfrågor.

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

² Socialstyrelsen (2001). *Individuell plan på den enskildes villkor. Del 2. Planer enligt LSS och HSL i praktiken*. Underlagsrapport (2001-123-29).

³ Enligt myndighetens regleringsbrev för budgetåret 2001.

Resultat från projektets steg ett och två

Individuell plan enligt LSS, väl genomförd och rätt använd, är ett bra instrument för ökat inflytande och självbestämmande för brukaren, för delat samordningsansvar, för förändring och problemlösning eller för att i god tid planera framåt. Dessutom visar resultaten:

- att samordnarens förhållningssätt och förutsättningar är centrala för ett gott resultat,
- att antalet personer med individuell plan enligt LSS har ökat under senare år, men att frekvensen fortfarande är låg (5 procent),
- att arbetssättet kan medföra yrkesmässiga vinster för samordnaren. Det kan ge ökad förståelse och kunskap om den enskildes behov vilket ger bättre resultat, tidsvinster, bättre framförhållning och ”feed-back” på arbetsinsatserna,
- att arbetssättet även är värdefullt för kommunens framtidsplanering och kvalitetsarbete.

Anledningar till att så få personer har en individuell plan enligt LSS är:

- att brukare inte känner till möjligheten, det saknas skriftlig och muntlig information,
- att samordnare saknar kunskap, tid och organisatoriska förutsättningar för att informera om och arbeta med enskildas individuella planer,
- att det fortfarande råder oklarheter om skillnader mellan olika planer som den enskilde kan ha och hur dessa kan relateras till eller samordnas med varandra,
- att det kan vara svårt för handläggare i kommunen att i arbetet med individuell plan enligt LSS samtidigt hantera en myndighetsutövande och en stödjande roll.

Dessutom har det visat sig att personer som har funktionshinder, men som inte omfattas av LSS⁴ och inte heller får habilitering eller rehabilitering, saknar de möjligheter som individuell planering och plan enligt LSS eller HSL kan ge. Det kan t.ex. beröra personer med DAMP/ADHD och liknande diagnoser.

Resultaten har också visat att det skett en viss ökning av individuella habiliterings- och rehabiliteringsplaner enligt HSL jämfört med 1998.

Sammanfattning

Ett gott resultat av planeringen ur brukarens perspektiv förutsätter en samordnare som är motiverad och inser nyttan med arbetssättet, är kunnig och kompetent och har ett förhållningssätt som präglas av insikten att brukaren själv bäst känner sina önskemål och behov. Dessutom behöver samordnaren ha tid, skicklighet i ett processinriktat arbetssätt och stöd i organisationen.

⁴De som har rätt till insatser enligt LSS är: 1. personer med utvecklingsstörning, autism eller autismliknande tillstånd eller 2. personer med betydande och bestående begåvningsmässigt funktionshinder efter hjärnskada i vuxen ålder föranledd av yttre våld eller kroppslig sjukdom eller 3. personer med andra varaktiga fysiska eller psykiska funktionshinder som uppenbart inte beror på normalt åldrande, om de är stora och förorsakar betydande svårigheter i den dagliga livsföringen och därmed ett omfattande behov av stöd och service.

Detta förutsätter i sin tur en ändamålsenlig organisation där ledningen förstår att arbetssättet till en början kräver tid och stöd. För fylligare bakgrund hänvisas till de båda första rapporterna^{1,2}.

Utgångspunkter

Lagstiftarens syften

De handikappolitiska principerna om inflytande, självbestämmande, tillgänglighet, delaktighet, kontinuitet och helhetssyn ligger till grund för den individuella planen. Projektet har utgått från de syften lagstiftaren haft med individuell plan enligt LSS vilka kort kan beskrivas som den enskildes möjlighet till *inflytande* och *stöd i samordning* och som finns beskrivna i propositionen till LSS⁵. På motsvarande sätt har förarbetena⁵ till lagändringarna i HSL, som genomfördes i samband med handikappreformen 1994, varit vägledande. Där framhålls att ”den enskilde bör få rätt till en individuell plan för sin habilitering eller rehabilitering”.

I båda lagstiftningarna poängteras att det är den enskildes egna mål, behov och intressen som bör vara utgångspunkten i den individuella planeringen.

En tolkning av principerna om kontinuitet och helhetssyn är att den enskildes inflytande över den egna situationen ökar när hon eller han får en överblick och när insatser samordnas. Av propositionen framgår att det är individens uppfattning om behov av samverkan mellan olika yrkesutövare och verksamheter som avgör om samverkan med hjälp av den enskildes individuella plan enligt LSS ska ske. Principen om delaktighet används i det här sammanhanget i bemärkelsen att den enskilde eller företrädaren är en medverkande part i arbetet med planeringen och dokumentationen.

Begrepp och definitioner

På liknande sätt som i de två första underlagsrapporterna i projektet, används här begreppen ”den enskilde” alternativt ”brukare” för den person som har en funktionsnedsättning och ”företrädare” för vårdnadshavare och gode män. Med ”samordnare” avses den person, oavsett organisationstillhörighet, som hjälper brukaren att samordna och upprätta en individuell plan enligt LSS, alternativt en individuell habiliterings- eller rehabiliteringsplan enligt HSL.

Då projektet rör både individuella planer enligt HSL och LSS behöver dessa olika planer definieras. Det behövs även en precisering av begreppen ”rehabilitering” respektive ”habilitering”.

Rehabilitering

Rehabilitering (re = åter, habilis = duglig) kan beskrivas som att återanpassa till tidigare liv och verksamhet genom en process och en uppsättning av åt-

⁵ Regeringens proposition 1992/93:159, *Stöd och service till vissa funktionshindrade*.

gärder⁶. Enligt regeringens proposition 1992/93:159 avses med rehabilitering att

...vid nedsättning eller förlust av någon funktion efter skada/sjukdom, genom planerade och från flera områden sammansatta åtgärder, allsidigt främja att den enskilde återvinner bästa möjliga funktionsförmåga samt psykiskt och fysiskt välbefinnande.

I förhållande till andra närliggande områden inom hälso- och sjukvården kan rehabilitering beskrivas som att genom samverkan av olika insatser och med en gemensam målsättning bidra till en ökad livskvalitet. Ett viktigt kännetecken är att det alltid finns förhoppning om viss förbättring av brukarens funktion/funktioner även om den kan vara tillfällig, beroende på en viss sjukdoms normala förlopp. Ett annat kännetecken på rehabilitering är att arbetet nästan alltid sker i samarbete mellan brukaren, närstående och olika personal inom olika vårdområden (Socialstyrelsen 1997:3; 1998:4).

Habilitering

Till skillnad från rehabiliteringsverksamhet vänder sig barn- och ungdomshabilitering och vuxenhabilitering till personer med medfödda eller tidigt förvärvade funktionsnedsättningar (habilitera = göra skicklig). På motsvarande sätt som för personer i behov av rehabilitering har också habiliteringens "kunder" behov av olika kompetenser som samverkar.

Habilitering enligt regeringens proposition 1992/93:159 Stöd och service till vissa funktionshindrade är att

...vid nedsättning eller förlust av någon funktion efter medfödd eller tidigt förvärvad skada/sjukdom genom planerade och från fler kompetensområden sammansatta åtgärder, allsidigt främja utveckling av bästa möjliga funktionsförmåga samt psykiskt och fysiskt välbefinnande hos den enskilde.

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."

I propositionen 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. Lagstiftaren menar att

...då insatserna ges genom flera verksamheter bör det inom var och en av verksamheterna upprättas en plan över olika åtgärder, som med den enskil-

⁶ Socialstyrelsen (2000). *Om rehabiliteringsprocessen – innebörd och tillämpning*. Rapport. Artikelnummer 2000-19-04.

des eller vårdnadshavarens medgivande kan utväxlas mellan de verksamheter som ger habilitering eller rehabilitering.

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.”*

Enligt propositionen ska den enskilde genom den individuella planen enligt LSS kunna ges inflytande och överblick över när olika insatser skall komma ifråga. Planen bör utformas så att den ger möjlighet till uppföljning och förändring och, om brukaren så önskar, ha en sammanhållande funktion mellan olika kompetens- och verksamhetsområden.

Projektresultaten har ytterligare preciserat vad individuell plan enligt LSS innebär. Individuell plan är ett processinriktat arbetssätt, ett verktyg, som dels består av planeringsprocessen, som till sin karaktär är praktisk och problemlösande, dels planen, dokumentet, som innehåller vad som planerats och beslutats. Planen kan omfatta allt från en enskild företeelse till att gälla den enskildes hela livssituation, dvs. vara övergripande. Det är brukarens skäl till att begära en individuell plan enligt LSS som avgör tillvägagångssättet vid planeringsprocessen samt innehåll och utformning av planen. Brukarens skäl anger med andra ord ”vad”, ”vem”, ”vilka”, ”hur”, ”hur länge”, ”när” och ”var”. Till skillnad från andra planer kan den individuella planen enligt LSS användas av den enskilde i olika situationer oavsett verksamhetsgränser.

Individuella planer enligt båda lagstiftningarna

Kraven på de individuella planerna enligt LSS och HSL överensstämmer på många punkter. Giltigt för båda är bl.a. begreppets två komponenter (planering och plan) samt att utgångspunkten bör vara den enskildes önskemål, behov och intressen. Enligt föreningen Sveriges Habiliteringschefer⁷ är skillnaderna att ”HSL-planen” enbart omfattar habilitering, rehabilitering och hjälpmedel medan ”LSS-planen” vid behov kan inbegripa allt som rör den enskildes livssituation. En annan skillnad är att ”LSS-planen” ingår i en rättighetslagstiftning vilket innebär att brukaren själv tar initiativ till att begära en plan när hon eller han anser sig behöva det medan huvudmannen är skyldig att regelmässigt erbjuda ”HSL-planen”.

⁷ Policydokument antaget vid årsmöte 2000, Föreningen Sveriges Habiliteringschefer. Finns som bilaga nr 9 i projektrapport nr 2: Socialstyrelsen (2001). *Individuell plan på den enskildes villkor. Del 2. Planer enligt LSS och HSL i praktiken*. Underlagsrapport (2001-123-29).

Samverkan – samordning – samarbete

Ett huvudsyfte med individuell plan enligt LSS och HSL är att planen ska kunna vara ett *samarbetsredskap* för fungerande *samverkan* mellan olika kompetensområden, nivåer och huvudmän så att den enskilde genom att ha överblick och en helhetsbild får ökat inflytande. Avsikten är även att den enskilde ska kunna bli avlastad ansvaret att *samordna* alla kontakter och insatser. Där det i denna rapport behövs distinktioner mellan de tre begreppen används nedanstående resonemang.

Enligt Lindqvist (1998) är ”samarbete” och ”samordning” mer långtgående än ”samverkan”. Lindqvist hänvisar till Rogers & Whetten (1981) som anser att ”samverkan” tillåter organisationerna att behålla sina ursprungliga mål och aktiviteter medan ”samordning” förutsätter gemensamma formella regler och att mål och aktiviteter utformas gemensamt. Samordning innebär också att organisationsprinciper påverkas. Boklund (1995) diskuterar innebörden av ”praktiskt samarbete” mellan ett antal personer kring vissa konkreta frågor. Hon menar att deltagarna tillsammans utformar en insats genom att var och en bidrar med sin del. Samtidigt bibehåller varje yrkesgrupp sitt ansvarsområde som avgränsat. Fridolf⁸ poängterar vikten av gemensamma värderingar och samsyn. En rangordning utifrån begreppens styrka kan se ut så här:

- Samverka – handla eller fungera gemensamt för visst syfte; gäller ofta organisationer. Dessa bibehåller sina respektive mål.
- Samordna – huvudmän koordinerar sina olika verksamheter och resurser för ett gemensamt syfte. Regler och mål utformas gemensamt.
- Samarbete – arbete som bedrivs av två eller flera tillsammans med gemensamt syfte; gäller ofta individer.

Steg tre

Projektets tredje och avslutande steg består av två delar; dels en fördjupningsstudie om individuella habiliterings- och rehabiliteringsplaner enligt HSL och dels aktiviteter för att förankra och påverka så att användandet av individuella planer enligt LSS ökar.

Individuella habiliterings- och rehabiliteringsplaner enligt HSL

Här belyses några aspekter på kvalitet i individuella habiliterings- och rehabiliteringsplaner enligt HSL. Detta är en fortsättning på och fördjupning av den landstingsenkät som besvarades i december 2000 och redovisades i föregående underlagsrapport⁹. Enligt enkäten upprättar samtliga landsting/motsvarande individuella habiliteringsplaner inom barn- och ungdomshabiliteringar. De två exempel på individuella habiliteringsplaner som in-

⁸ Fridolf, M. (1999) i: Socialstyrelsen följer upp och utvärderar 2000:5.

⁹ Resultatet av landstingsenkäten finns som bilaga nr 10 i projektrapport nr 2: Socialstyrelsen (2001). *Individuell plan på den enskildes villkor. Del 2. Planer enligt LSS och HSL i praktiken*. Underlagsrapport (2001-123-29).

gick i projektets steg två berörde barn. Denna delstudie av individuella habiliterings- och rehabiliteringsplaner har inriktats på vuxna, och i huvudsak på rehabilitering.

Utöver ovanstående genomför Socialstyrelsens Hälso- och sjukvårdsavdelning, Enheten för medicinsk kvalitetsutveckling (EMK), under hösten 2001 och våren 2002 ett antal seminarier och regionala konferenser. Målgrupper är professionella inom landstingsverksamheter där man arbetar, alternativt bör arbeta, med individuella habiliterings- och rehabiliteringsplaner enligt HSL.

Förankring av individuell plan enligt LSS

En förutsättning för att individuell plan enligt LSS ska få genomslag är enligt projektresultatet att arbets sättet förankras på alla berörda nivåer dvs. hos brukare, samordnare och beslutsfattare. Information, kunskap och diskussion om vad individuell plan innebär är viktiga delar i förankringsprocessen. Därför har olika aktiviteter som bl.a. syftar till informations spridning och kompetensutveckling genomförts under hösten 2001.

Broschyrtext

I många kommuner saknas skriftlig information om vad en individuell plan enligt LSS är och kan användas till. För att påverka förankringen av arbets sättet har projektets referensgrupp utarbetat en informationstext i form av en broschyr. Det står brukarorganisationer, samordnare, förvaltningar m.fl. fritt att använda hela eller delar av texten. Den finns som bilaga (2) i denna slutrapport samt på Socialstyrelsens hemsida, (www.sos.se). Texten finns även i en lättläst version som översatts av Centrum för lättläst.

Individuella habiliterings- och rehabiliteringsplaner enligt HSL

Inriktningen på den här delstudien är att visa hur individuella habiliterings- och framför allt rehabiliteringsplaner enligt HSL underlättar brukarens delaktighet i den egna habiliteringen eller rehabiliteringen. Principerna inflytande, självbestämmande och delaktighet är utgångspunkter i studien.

Sammanfattning

Landstingsenkäten (se projektrapport del 2¹⁰) visar att kunskapen om skyldigheten att upprätta individuella habiliterings- eller rehabiliteringsplaner tycks ha ökat under senare år. Enkätresultatet pekar också på att ett visst utvecklingsarbete har kommit igång inom vissa områden. Resultatet som redovisas i det här avsnittet bekräftar detta, men visar också att det fortfarande finns en hel del oklarheter kring innebörden av habiliterings- eller rehabiliteringsplaner i förhållande till andra planer inom hälso- och sjukvårdsområdet. Intervjuad personal som använder arbetssättet har däremot inga svårigheter att beskriva skillnaderna.

När brukaren inbjuds att aktivt delta i samtliga steg i habiliterings- eller rehabiliteringsprocessen blir brukaren och anhöriga motiverade, kunniga om sitt eget tillstånd och trygga. Speciellt när brukarens önskemål eller mål inte ifrågasätts som orealistiska. Det positiva förstärks ytterligare om brukaren har en skriftlig plan med vad som planerats och beslutats, något som idag saknas. Några av brukarna som inte hade något eget skriftligt dokument kände inte till att det hade upprättats en plan. Att planeringen dokumenteras i en särskild plan är även en förutsättning för att arbetssättet ska kunna bidra till förbättrad samverkan mellan olika verksamheter som brukaren har kontakt med. För personalen innebär arbetssättet ett förändrat förhållningssätt, ökad skicklighet i behovsbedömning och en ökad samsyn mellan olika personalkategorier i teamet.

Metod

För att få mer och fördjupad information kring kommentarer i landstingsenkäten kontaktades ett antal av de kliniker/habiliteringar som besvarat enkäten. Via klinikerna förmedlades kontakt med sju brukare som har intervjuats, fyra kvinnor och tre män i åldrarna trettiotvå till sjuttiofem år. En av dessa, som skadades svårt i tioårsåldern, har haft kontakt med vuxenhabiliteringen i cirka tio år. En annan person har diagnosen stroke, tre har MS – multipel scleros – och två av de intervjuade har grava synskador. Brukarna

¹⁰ Socialstyrelsen. *Individuell plan på den enskildes villkor. Del 2. Planer enligt LSS och HSL i praktiken*. Artikelnr 2001-123-29.

hade haft kontakt med rehabiliteringsenheterna mellan ett och sju år vid intervjutillfället. Enheterna fanns inom områdena geriatrik, medicin, neurologi och synskadevård. Personal som hjälpte till att förmedla kontakten mellan intervjuaren och brukaren valde ut vilka som skulle tillfrågas. Ett av kriterierna var att brukaren enligt personalens uppfattning skulle ha positiv erfarenhet av rehabiliteringsplanering. Brukaren skulle också ha haft kontakt med verksamheten minst ett halvår.

Även brukarens kontaktperson/samordnare av rehabiliteringsplaneringen på berörd klinik/habilitering intervjuades. Personalen hade genomgående positiva erfarenheter av arbetssättet. Utöver de sju brukarna intervjuades också nio anställda inom olika verksamheter. Intervjupersonerna bodde/arbetade i Uppsala, Västernorrlands, Stockholms, Östergötlands och Örebro län.

Dessutom telefonintervjuades sjutton anställda vid olika kliniker. Urvalet gjordes utifrån kommentarer i landstingsenkäten¹¹ som bedömdes beröra principerna ”inflytande, självbestämmande och delaktighet”. Mer preciserat syftade telefonintervjuerna till att få ytterligare information om på vilket sätt brukare är delaktiga i rehabiliteringsplaneringen och om planeringen dokumenteras i form av en särskild plan. I resultatet används ”brukare” när sammanhanget handlar om den enskildes/anhörigas perspektiv och ”patient” då perspektivet är personalens.

Resultat

Många olika planer

Resultatet visar att det finns oklarheter om vad individuella habiliterings- och rehabiliteringsplaner är i förhållande till andra individinriktade planer som ”individuella behandlingsplaner”, ”vårdplaner”, ”medicinska behandlingsplaner” eller ”omvårdnadsplaner”. Personalen som intervjuats, och som själva hade erfarenhet av arbetssättet, hade dock inga svårigheter att förklara skillnaderna. Enligt dessa är t.ex. en vårdplan mest till för sjukvårdens egen planering:

Vårdplan ... är också mer till för vår planering medan rehabplanen är personens egen plan.

Personal på en klinik beskrev skillnaden i utvecklingstermer. Tidigare hade man kallat all planering för vårdplanering. Numera eftersträvar man större delaktighet från brukaren själv genom att tillsammans med henne eller honom göra en mer personlig planering. Så försöker man t.ex. snäva in det som gäller just den aktuella individen och uttrycka sig mer vardagligt. Flera, men inte alla, poängterade också att patienten och eventuellt anhörig räknas in i teamet och att rehabiliteringsplanen är ett instrument som hjälper till att skapa helhet i rehabiliteringen.

¹¹ Socialstyrelsen. *Individuell plan på den enskildes villkor. Del 2. Planer enligt LSS och HSL i praktiken*. Artikelnr 2001-123-29.

Personalen definierade begreppet ”rehabiliteringsplan” genom att beskriva arbetsprocessen. Först går de tillsammans med patienten igenom eller testar hur behoven ser ut. Om arbetet redan är påbörjat fortsätter de med den rehabiliteringsplanering patienten redan har. I annat fall börjar de från början med en ny. Problemet eller problemen ringas in och med detta som utgångspunkt formuleras patientens mål. Planeringen ska innehålla mål som styr ”vad, hur, när och vem”.

ISP – en modell för planering och dokumentation

En av de intervjuade brukarna har i sin kontakt med vuxenhabiliteringen en plan enligt modellen ISP – Individualiserade Service Program¹² (i fortsättningen kallad ISP-plan). Brukaren och hennes kontaktperson har arbetat med planen tillsammans i cirka fyra år. Hennes ISP team, som hon själv valt, består av de människor som står henne närmast; de på vuxenhabilitering, personliga assistenter och mamman. Beroende på hur den aktuella situationen ser ut förändras teamet. Personal från olika verksamheter kan komma till medan andra kanske inte längre behövs.

Vi bollar idéer mellan varandra – alla kan ha olika åsikter och det är bra. Viktigt att själv kunna säga ifrån och viktigt att man anger skäl för vad man tycker. Den största nyttan är att gruppen backar upp mig så jag blir stärkt i självförtroendet.

För närvarande planeras bl.a. arbetssituationen, personlig assistans och träningen på vuxenhabiliteringen. Enligt brukarens kontaktperson är skillnaden mellan en plan som är brukarens egen och andra planer bl.a. att brukarens plan tydliggör vilka frågor som hon eller han själv tycker är viktigast. Vad som i detalj behöver göras kan därefter beskrivas i olika verksamhetsinriktade planer.

Planeringsprocess och planen – när det är som bäst

Bedömning av behov

Kontakten mellan rehabiliteringspersonalen och brukaren inleds med att kliniken får en remiss. Enligt rehabiliteringspersonalen som intervjuats är remisserna ofta knapphändiga. Personalen måste därför först bedöma om de kan göra något för patienten. Därefter tar man reda på vad patienten själv tänker om sin situation och vad hon eller han vill uppnå, varpå teamet gör en samlad bedömning och man återkommer till patienten. Redan från början får patienten det här arbetssättet beskrivet för sig.

¹² ISP är en modell för individuell planering som främst används inom barn- och vuxenhabilitering. ISP utvecklades ursprungligen av Olle Sjögren i början på 1990-talet. Grundtanken är att den enskilde har ett avgörande inflytande över hela arbetsprocessen och att planen omfattar de olika huvudmän och verksamheter som brukaren/familjen har kontakt med. Det vill säga planeringen sträcker sig utanför habilitering, rehabilitering och hjälpmedel. Det förekommer att modellen används för att upprätta individuella planer enligt LSS.

En personal:

När en ny patient kommer hit pratar vi igenom vad patienten önskar av vistelsen och vad hon eller han själv tror är möjligt.

En brukare:

De satte sig ner och tillsammans med oss gick igenom och frågade vad jag själv trodde att jag skulle kunna uppnå och vad jag själv ville med min rehabilitering.

Mål – det finns inga orealistiska önskemål

Hur personalen förhåller sig till patientens önskemål och hur dessa formuleras i dokumentationen är centralt för resultatet. Enligt personalen är det viktigt att skilja på ”huvudmål och delmål”. Huvudmålet utgår alltid från det patienten själv önskar och uttrycker. Flera av personalen definierar huvudmål som ett långsiktigt mål som anger inriktningen. Det är:

... patientens egen formulering och dessutom ”motivatorn” för patienten. Jag kan inte bestämma vad patientens mål är.

Delmål beskrevs som mätbara, realistiska enligt de professionellas bedömning. Delmålen ska beskriva vad som är möjligt att uppnå på kort sikt. En av brukarna berättade att när han i början av sin rehabiliteringsperiod blev tillfrågad om sitt mål så svarade han:

Jag vill bli så bra som möjligt så fort som möjligt, kunna gå helt själv inom ett år.

Ett år senare formulerade han själv om sitt mål:

Jag vill gå utan käpp, få bättre funktion i armen så att jag kan använda handen till enklare grepp. Ska också sjunga i kör igen.

En annan brukare beskrev nästan exakt detsamma, dvs. att han själv efter en tid formulerade om, konkretiserade och verklighetsanpassade sin målsättning. Flera brukare och anhöriga ansåg att de genom att hela tiden vara delaktiga i de olika faserna i rehabiliteringsprocessen får erfarenhet och kunskap som gör att de blir allt bättre på att bedöma sitt eget tillstånd.

Det finns inga orealistiska önskemål konstaterar intervjuade brukare, deras anhöriga och även flertalet av personalen. Ingen kan ta ifrån brukaren/patienten det egna önskemålet. Flera av personalen tillade att det är patienten som ”äger” sin rehabilitering och därför själv måste fatta beslut om vad hon eller han vill uppnå. Då brukare och personal ser på en situation på olika sätt kan inte personalen tala om för brukaren att hennes/hans mål för närvarande är för högt ställda, att målen måste verklighetsanpassas. Personen med en ISP-plan har som sitt främsta mål att kunna gå igen. Många av hennes önskemål har uppnåtts under åren, men än kan hon inte gå. Trots detta uppskattar hon att hon inte har stött på motstånd – *att ingen har sagt emot mig* – när det gäller målet. Hon är övertygad om att alla i hennes team arbetar mot samma mål – hennes eget.

Personalen på två av de sex rehabiliteringsenheterna som berördes av intervjuerna ansåg att det är mycket viktigt att relatera aktiviteterna/ åtgärderna till målet eller målen. Detta är ett sätt att göra det tydligt för patienten varför ”vi gör det vi gör”. Patientens motivation, och därmed också delaktigheten i den egna rehabiliteringsprocessen stärks därigenom.

Uppföljning och utvärdering

Sista steget i rehabiliteringsplaneringskedjan är att följa upp och så småningom utvärdera vad som har uppnåtts. En av brukarna berättade att han snart skulle ha ett nytt planeringssamtal för att utvärdera hur långt han nått i förhållande till sina målsättningar. Eventuellt skulle man ändra och sätta nya delmål inför nästa rehabiliteringsperiod. Beskrivningen visade att han var väl insatt och aktivt deltog i händelseförloppet.

Förberedd

Om patienterna redan före första mötet hade haft möjlighet att förbereda sig med hjälp av några frågor var det lättare för patienterna att delta aktivt. Detta konstaterade personal. De patienter som fått förberedelsefrågor tog snabbare ansvar för sin egen situation.

Det behövs en skriftlig plan

Endast två av de sju brukarnas planering fanns dokumenterad i en separat rehabiliteringsplan eller i ett speciellt ISP-dokument. I övrigt skedde dokumentationen i patientjournalen. Brukarna och även anhöriga sade att de skulle ha haft nytta av respektive skulle ha behövt skriftlig dokumentation av det man kommit överens om och av vad som hänt över tid. Dokumentation är ett gott stöd för minnet. Den hjälper brukaren att gå tillbaka och se sin egen roll i processen.

Jag kan titta tillbaka på vad jag själv och min fru har åstadkommit.

Personen som hade en ISP-plan berättade att hon själv har sina protokoll som hon också har godkänt. Vid nästa möte kontrolleras att det som står i planen är utfört. Hon tyckte det var tryggt att ha papper att gå tillbaka till ”när man som jag lätt glömmer vad som är sagt”.

En brukare vars maka skrivit dagböcker har haft stor nytta av anteckningarna. Makarna har tillsammans kunnat se tillbaka och konstatera att mycket hade hänt på kort tid. Det har varit värdefullt ibland när allt känts tungt. Dessutom hade deras anteckningar varit till nytta för en granne som drabbats av detsamma som brukaren. Genom anteckningarna hade grannen och hans familj fått värdefull information om hur händelseförloppet kan se ut och var på så sätt förberedda.

Personalen på den enda rehabiliteringskliniken som dokumenterade planeringen i form av en separat rehabiliteringsplan beskrev planen som ett kontrakt, en behandlingsöverenskommelse mellan patienten och behandlande personal vad gäller mål, delmål och åtgärder. Patienten godkänner planen genom sin underskrift och har själv sin egen dokumenterade plan. En kopia finns i journalen. Nedanstående är ett exempel på en sådan plan.

Exempel på rubriker och innehåll i en rehabiliteringsplan

Datum: xxx

Upprättad av: xxx

Deltagare: patienten, anhörig, ”planansvarig”, arbetsterapeut, sjukgymnast

Ansvarig läkare: xxx

Diagnos: hjärnblödning med efterföljande svaghet i höger arm och ben

Resurser: X, är mycket motiverad att träna, är uthållig, har stöd av frun, har redan en anpassad hemmiljö och är i övrigt frisk.

Problem: försämrad balans när han går. Ingen eller liten funktion i höger arm/hand. Svårt att klara trappor och påklädning av ytterkläder. Är spastisk i höger arm/hand.

Övergripande mål (patientens mål): Kunna gå längre sträckor själv och använda min höger hand som jag önskar.

Delmål: Att klara trapporna i hemmet. Uppnå tillräcklig balans för att gå med käpp. Klara av att hålla ett lättare grepp kring större föremål, t.ex. tandkrämstuv. (För varje delmål anges tidpunkt när målet ska vara uppnått.)

Åtgärder/ansvarig: Trappträning – ansvarig patient och sjukgymnast

Träning av balans och gång – ansvarig patient och sjukgymnast. Minskad spasticitet samt träning av höger arm och hand – patient och arbetsterapeut.

Träna påklädning av ytterkläder – ansvar patient och arbetsterapeut.

Uppföljning: datum, och vilka personer som ansvarar och deltar

Kopior: Kopia av planen ska patienten, deltagarna samt hemrehabiliteringen ha.

Signatur: av patient och ansvarig för planen

Språket

Kontaktpersonen till brukaren med en ISP-plan är förutom mötesordförande även den som dokumenterar. En viktig förutsättning för att det ska bli brukarens plan är, enligt kontaktpersonen, att det är brukarens eget språk eller sätt att uttrycka sig som används. Ett sätt är att hitta ord som är centrala för brukaren och utgå från dessa.

Om den som dokumenterar går igenom anteckningarna i anslutning till mötet tillsammans med den det gäller ökar förutsättningarna för att språket blir hennes eller hans¹³.

¹³Det visar ett projekt (Adelsten Iversen & Einan, 2000) som syftar till att utveckla hur brukaren, i det här fallet den vuxne med utvecklingsstörning, ska kunna ha en central plats i sin egen planering. Nio personer har deltagit i en studiecirkel i Bodö kommun, nordnorge, om hur personer med utvecklingsstörning ska kunna förmedla egna önskemål och behov. Bl. a. har nätverkskartläggning använts för att personen via den ska kunna välja (peka ut) vem de önskar att ha med i sitt ISP-team.

Vinster med planeringssamarbetet

Flera intervjuade brukare, anhöriga och personal beskrev de samarbetsvinster arbetet med rehabiliteringsplanering ger. Några exempel:

Brukarna

En av brukarna beskrev att resultatet av samarbetet med en person i teamet var att han själv kände sig motiverad och kunnig. Personalen arbetade på ett sådant sätt att han själv såg framstegen från vecka till vecka. Han poängterade också hur viktigt det hade varit att personen i fråga hade förklarat bakgrunden till varför han skulle träna på ett visst sätt:

Då kunde jag och min fru förstå och själva omsätta vissa saker. Det gav mig motivation att fortsätta. Vi hade ett väldigt bra samarbete.

Flera av brukarna (fem av sju) med liknande erfarenheter av gott samarbete talar om en känsla av trygghet och kontroll över den egna situationen. Måkan till en av brukarna:

Att jobba ihop och vara med i teamet ger en helhet både när det gäller kropp och själ, även för mig som hustru.

Personalen

Arbetsättet har även haft positiva effekter vad gäller personalens kompetens och interna samarbete i teamet. Arbetet har inneburit att:

- personalen har blivit skickligare i att bedöma behov;
- diskussionerna i teamet har utvecklats, blivit mer strukturerade;
- samsynen på det gemensamma arbetet har underlättats;
- personalen får ett kvalitetsdokument i patientens plan (gäller den rehabiliteringsenhet som dokumenterar i separata planer).

Apropå ökad kompetens och samsyn berättade en personal med mycket positiv erfarenhet av nära samarbete med patienten att:

I början var det väldigt jobbigt och tog tid tyckte jag att ha med patienterna i arbetet och i uppföljningen. Nu, efter att ha jobbat på det här sättet, skulle jag inte kunna jobba annorlunda.

Personen som citeras arbetar på den rehabiliteringsenhet som har skriftliga rehabiliteringsplaner. Några av de andra beskriver på liknande sätt att det i början kändes tungt och omständligt men att arbetsättet mognar fram.

Samarbete i team

Fem av de sju brukarna upplevde att de ingick i teamet. "Vårt team" var ett uttryck fyra av dem använde. Enligt ett projekt om rehabiliteringsprocessens innebörd och tillämpning (Socialstyrelsen, 2000) arbetar all medicinsk rehabilitering i landet i team. Däremot finns det skilda uppfattningar om vilka

som betraktas som medlemmar i teamet. I de flesta fall inräknas brukaren, i några även brukarens familj.

Förändrat förhållningssätt

Sett ur personalens perspektiv

Personalen som intervjuats och några av de som kontaktades i de uppföljande telefonsamtalen ansåg att arbetssättet leder till ett förändrat förhållningssätt – ”att inte tala om för honom eller henne hur det ska vara och kännas”. I stället ska behandlarens insatser utgå från det patienten själv berättar. Liknande erfarenheter har projektledarna i det norska projektet som i studiecirkelform söker stärka och stödja personer med utvecklingsstörning i att uttrycka sina behov (Adelsten Iversen & Einan, 2000). Projektledarna ansåg att samarbetet mellan brukare och fackpersoner lärt dem mycket om förutsättningarna som behövs för att

... ge ifrån oss kontrollen och inte vara leverantörer av problemställningar och lösningar.

Sett ur brukarens perspektiv

Brukaren med ISP-plan beskriver sin upplevelse av samarbetet med kontaktpersonen. Hon beskriver sig själv som ”intensiv men med ganska dåligt självförtroende”. Hon blir lätt splittrad och har därför ibland svårt att ta ställning och välja. Hon tycker att kontaktpersonen därför kompletterar henne på ett bra sätt. Kontaktpersonen är ”diplomat, klartänkt och kompetent och rackar inte ner på någon”. Vidare upplever brukaren kontaktpersonen som objektiv med förmåga att se saker utan skygglappar, ärlig och rak samt lugn och konsekvent. Hon lyssnar och är följsam på vad brukaren tycker är viktigt här och nu. Brukaren anser dessutom att kontaktpersonen hjälpt henne med att inte lämna ut sig själv för mycket, att hålla på sin integritet.

Svaga punkter

Brukaren ingen självklar samarbetspartner

Två av brukarna upplevde sig inte som delaktiga i planeringen av rehabiliteringen. De, och några av de andra, har inte heller varit medvetna om att en rehabiliteringsplanering hade gjorts. Uppföljningssamtalen visade att det inte är självklart att brukaren är delaktig i processens samtliga steg. Ett vanligt tillvägagångssätt verkade vara att brukaren självklart deltar vid det första steget i planeringen, vid utredningstillfället. Däremot var hon eller han inte en självklar samarbetspartner i den fortsatta planeringsprocessen. Det samma konstateras i en kartläggning om rehabilitering i Region Skåne (Edholm, 2001). Kartläggningen visar att det långtifrån är självklart att personalen alltid samråder med brukaren om hennes eller hans rehabiliteringsplan.

Följande citat från två personer belyser flera professionellas inställning:

Om vårdtagaren är med vid varje tillfälle tar det för lång tid och vi har inte resurser till detta.

Jag har alltid haft en plan med mitt arbete men det tar tid att utveckla ett arbetssätt där patienten är fullt delaktig, möter ibland på patrull, att lämna över "makten".

Skriftlig plan saknas

Endast två av de sju brukarna hade en skriftlig plan. Det är ännu inte självklart med skriftlig dokumentation i form av en separat plan som är brukarens egen. Detta framgår förutom av intervjuerna också av de skriftliga kommentarerna i landstingsenkäten samt av de uppföljande telefonsamtalen.

En av brukarna, som för övrigt var mycket nöjd med samarbetet med personalen, beklagade att han inte fått papper på vad som planerats och beslutats. Han skulle ha behövt något att gå tillbaka till och ha som stöd för minnet. En annan tyckte att det skulle ha känts tryggt att ha svart på vitt på vad som var planerat.

Att dokumentera det planerade och beslutade i en plan är uttryck för ett nytt synsätt som tar tid att slå igenom, ansåg en av personalen. På den klinik där hon arbetar hade man ännu inte kommit dithän men diskussioner pågick. Att skriftlig planering saknas kan innebära att patienten inte är införstådd i och inte ser sin egen roll i rehabiliteringen. *Patientens egen målsättning försvinner*, som en person uttryckte det. Andra trodde att många patienter nog inte är medvetna om att en rehabiliteringsplanering har gjorts eftersom de saknar ett "kvitto". Som exempel på att dokumentet är viktigt beskrev en personal att när en skriftlig rehabiliteringsplan upprättas i samverkan med försäkringskassan så blir planeringen tydligare både för patienten och för personalen.

En kommentar från de uppföljande samtalen visar att alla inte självklart anser att en skriftlig plan behövs:

Tidigare hade vi en rad där patienten skulle signera men det blev för omständligt och hans inte med, det var bara byråkratiskt. Vi vet att vi har vårdtagarens mandat, vi har så mycket kontakt med dem.

Inte ett instrument för samordning och samverkan

I ett projekt om rehabiliteringsprocesser (Socialstyrelsen, 2000) konstateras att frågan om samverkan är det stora problemet inom rehabilitering. Avsaknad av dokumenterade planer gör det också svårare att använda planen som ett samverkande instrument (Hagnelöv, 2000).

Massor av kontakter, miljoner frågor men inga svar

En av brukarna har kontakt med följande personer/verksamheter: Kommunens biståndshandläggare, arbetsterapeut, distriktsläkare och sjukgymnast på vårdcentralen, hjälpmedelscentral, färdtjänsthandläggare och samordnare, ögonläkare, neurologer på två olika kliniker, specialisttandläkare, försäkringskassa, personal på syncentral, hand- och plastikkirurg samt hemin-

struktör. Hon var osäker på om hon kom ihåg alla. Bristen på samordning och samarbete mellan dessa personer och verksamheter upplevde brukaren som det svåraste. Det kändes otruggt och oklart och hon saknade svar på många frågor:

Jag måste ta reda på allt själv – både vad sjukdomen innebär, vad som kommer att hända och vad jag har rätt till.

I stället för att ta reda på och hålla ordning på allt, skulle hon vilja använda sina krafter till att förbättra sin hälsa och inte alltför snabbt försämrats i sin sjukdom. Hon önskar också få hjälp på ett sådant sätt att hon slipper lämna ut sig totalt. *Jag behöver hjälp att inte tala om allt för alla.*

Förutom den person som hade en ISP-plan och hennes kontaktperson var det ingen av de intervjuade – varken brukarna eller personalen – som kunde se hur en rehabiliteringsplan skulle kunna användas som ett samverkande dokument över verksamhetsgränserna inom hälso- och sjukvården. I studien ”Rehabiliteringsprocessen för personer med psykiska funktionshinder” (Socialstyrelsen, 2001) konstateras att arbetssättet måste vara förankrat hos all personal i berörda organisationer för att en individuell planering ska fungera som ett samverkansinstrument.

På några av intervjupersonernas arbetsplatser pågår diskussioner om rehabiliteringsplanering och hur metoden ska kunna användas för att främja samverkan. Samma personer konstaterade att det är komplicerat att upprätta rutiner för hur patientens planering ska kunna fungera som stöd i en sammanhängande rehabiliteringsprocess.

Individuella planer i Norge

Ett huvudsyfte med den norska föreskriften om rätten till individuella planer för patienter som har behov av långvariga och samordnade hälsotjänster, som trädde i kraft i juni 2001¹⁴, är att stärka samverkan mellan olika verksamheter och institutioner som brukaren kan komma i kontakt med. Patientens mål ska vara utgångspunkt för värdering av vilka insatser som är aktuella. I det vägledningsmaterial¹⁵ som har tagits fram i samband med föreskriften konkretiseras innebörden av att insatserna ska präglas av helhet, vara koordinerade och individuellt anpassade. Bl.a. poängteras att det inte är tillräckligt att planen beskriver alla nödvändiga tjänster, de olika tjänsterna måste också praktiskt koordineras så att de bildar en helhet för brukaren.

¹⁴ Forskrift: *Individuelle planer*. Utgiven av det norska Sosial- og helsedepartementet i juni 2001. Föreskrifterna gäller individuella planer som ska utarbetas efter bestämmelser i de norska lagar som berör kommunhälsovården, specialisthälsovården och den psykiska hälsosvården. Enligt föreskriften har patienter med behov av långvariga och samordnade (koordinerte) hälsotjänster rätt att få en individuell plan upprättat åt sig.

¹⁵ *Veileder for individuell plan 2001*. Norska Sosial- og helsedepartementet.

Utveckling på gång

Resultatet av denna studie visar att det finns intresse och att det pågår arbete för att utveckla tillämpningen av individuella habiliterings- och rehabiliteringsplaner enligt HSL.

Personal på en av klinikerna där det redan idag finns ett välutvecklat samarbete med patienterna arbetar nu för att bli ännu mer precisa och konkreta. De vill göra rehabiliteringsprocessen begripligare för patient och anhörig. De vill också förbättra rehabiliteringsplaneringen för att underlätta för båda parter att mäta och värdera om man gemensamt har uppnått patientens rehabiliteringsmål.

Arbete med att utveckla dokumentation av rehabiliteringsarbetet pågår. På hörcentraler, syncentraler och neurologkliniker m.fl. utvecklas dokumentationssystem för rehabiliteringsplanering. Detta är också en del i ett nationellt kvalitetsutvecklingsprogram, inom synområdet: "Nationella standarder som utvärderingsinstrument vid syncentraler i Sverige" (Hjälpmiddelsinstitutet, 2000).

Personal på en syncentral efterfrågar stöd i form av modeller för hur dokumentationen ska utformas så att uppföljning och utvärdering underlättas. Man vill utarbeta ett databaserat system. Det påpekas att systemet bör vara administrativt enkelt för att fungera tidsmässigt.

Resultaten från ett projekt¹⁶ som syftar till att förkorta väntetider och förtydliga ansvarsfördelning mellan bas- respektive specialistrehabilitering påvisar brister i samarbetet mellan den som är i behov av rehabilitering och de professionella. I projektet föreslås därför bl.a. att rutiner skapas som omfattar

... rehabiliteringsplan enligt hälso- och sjukvårdslagen, som förutsätter patientens aktiva medverkan och skapas i dialogform .

Förslagen har förelagts hälso- och sjukvårdsdelegationen i länet som beslutat att representanter för rehabilitering och primärvård gemensamt ska utarbeta förslag utifrån rapportens slutsatser¹⁷.

¹⁶ Landstinget Västernorrland. *Rehabiliteringsplan – en möjlighet att dra åt samma håll*. Rapport nr 56, 2000.

¹⁷ Utdrag ur protokoll fört vid hälso- och sjukvårdsdelegationens sammanträde 2001-08-28, Landstinget Västernorrland.

Förankring av individuell plan enligt LSS

Sammanfattning

För att individuell plan enligt LSS ska bli ett värdefullt verktyg för den enskilde och tillämpas i större utsträckning måste kunskap om metoden och dess fördelar förankras hos alla parter. Arbetet med individuell planering och plan är visserligen tidskrävande inledningsvis, men kan på sikt innebära betydande vinster. Alla parter har nytta av att fler individuella planer upprättas. Detta har diskuterats med drygt hundra handläggare, beslutsfattare och brukarföreträdare vid olika seminarier i fem län. Tidsbrist och ständiga omorganisationer samt mindre ändamålsenliga organisationsformer lägger hinder i vägen.

Handläggare, beslutsfattare och brukarföreträdare menade samtliga att utöver tid och stöd av insiktsfulla chefer och goda organisationer behövs ett nytänkande. För handläggare innebär arbetet med individuella planer delvis en ny yrkesroll. Att samarbeta på ett jämbördigt sätt är ytterst en fråga om bemötande. Länsstyrelserna har en viktig påverkansroll. Regelbunden uppföljning av arbets sättet i samband med tillsyn, att aktivt sprida ”goda exempel”, anordna utbildning och att medverka till samverkan mellan organisationer och kommuner är några exempel på vad länsstyrelserna anser att de kan göra för att påverka utvecklingen.

Under hösten 2001 har den del av projektet som rör individuell plan enligt LSS inriktats på att förankra arbets sättet. Tidigare resultat har visat att för att förankring ska vara framgångsrik bör aktiviteter riktas till samtliga berörda: brukare, samordnare/handläggare, chefer och politiker.

Seminarier

Seminarier har arrangerats i samarbete mellan Socialstyrelsens projekt, Svenska kommunförbundets länsavdelningar och länsstyrelserna i Östergötlands, Kalmar, Sörmlands, Örebro samt Värmlands län. I varje län genomförs två seminarier riktade till länens kommuner. Det första vänder sig till LSS-handläggare eller andra personer som är/kan komma att bli samordnare av en persons individuella plan enligt LSS. Målgrupper för det andra seminariet är beslutsfattare som chefstjänstemän och kommunala nämndordförande samt brukarorganisationer. Vid några seminarier har representant för FoU-enheter deltagit för att eventuellt följa upp utvecklingsfrågor som aktualiserats. Fyra seminarier riktade till handläggare har genomförts och ett till beslutsfattare och brukarorganisationer. Resterande äger rum i början av 2002.

Syfte och tillvägagångssätt

Syftet med seminarierna är att skapa intresse för individuell plan enligt LSS genom information och diskussioner om projektets resultat och om innebörden och nyttan av arbetsmetoden. På handläggarseminarierna diskuteras även vinster med arbetssättet samt hinder och förutsättningar för genomförande av individuell planering. Handläggarseminarierna dokumenteras och dokumentationen och den skriftliga utvärderingen som görs ligger till grund för seminarium nummer två, det som vänder sig till beslutsfattare och brukarföreträdare.

Resultat

Hittills har drygt hundra handläggare/samordnare deltagit. Merparten av deltagarna är kommunanställda, andra kommer från landstingens habiliteringar. Nitton personer deltog vid seminariet för chefs- och brukarorganisationer. Seminarierna har bekräftat socialstyrelseprojektets resultat beträffande vinster, förutsättningar och svårigheter i samband med att arbetsmetoden introduceras men de har också gett fördjupade kunskaper.

Här redovisas enbart sådant som inte framkommit tidigare. Angående t.ex. vinster för brukarna, hänvisas läsaren till projektets två tidigare rapporter¹⁸.

Vinster

Att det processinriktade arbetssättet individuell planering inledningsvis är tidskrävande, såväl för nybörjare som vid varje ny enskild kontakt, har styrkts av seminariedeltagarna. Men de som har erfarenhet påpekar att arbetssättet på sikt innebär betydande tidsvinster.

Några exempel:

- bättre kunskap om behov innebär att tidskrävande missförstånd undviks,
- ”nöjd kund” kräver mindre kontakt,
- med en tydlig plan blir brukaren mindre beroende av handläggaren,
- ett möte kan räcka där det tidigare fordrats flera,
- samarbete, samordning och samverkan mellan verksamheter och myndigheter underlättas, handläggare får snabbt ett fungerande nätverk,
- dubbelarbete undviks.

Värdet av att brukarens önskemål och behov är drivande kraft i stället för att olika insatser är utgångspunkt poängterades också: ”*Brukarens mål är ett redskap för att pricka rätt*” som en person uttryckte det.

Såväl handläggare/samordnare som deltagare vid beslutsfattare-/ brukarorganisationsseminariet påpekar att även kommunerna har nytta av att fler individuella planer upprättas. Dels får kommunen ett kvalitativt bra planeringsunderlag, dels kan kostsamma akuta insatser undvikas. Företrädare för en kommun där förhållandevis många brukare har en individuell plan hade upplevt samordningsvinster för kommunen. Även kommunens uppsökande

¹⁸ Socialstyrelsen (2000). *Individuell plan på den enskildes villkor. En probleminventering om individuell plan enligt LSS*. Underlagsrapport (2000-00-075).

¹⁸ Socialstyrelsen (2001). *Individuell plan på den enskildes villkor. Del 2. Planer enligt LSS och HSL i praktiken*. Underlagsrapport (2001-123-29).

ansvar hade förtydligats genom arbetssättet. En annan deltagare på chefs-/brukarorganisationsseminariet beskrev att tidigare ”oroliga och tidskrävande ärenden” stabiliserats och att brukare med anhöriga verkar känna en ny trygghet vilket visades genom att de hörde av sig mer sällan. En representant för Norrköpings kommun framhöll att antalet begärda insatser minskar och därmed också kostnaderna, ett resultat av ökad kunskap och insikt.

Förutsättningar och hinder enligt handläggare

Enligt seminariediskussionerna och utvärderingssvaren är *kunskap* om individuell planering och plan en av de allra viktigaste förutsättningarna för att arbetssättet ska användas i större utsträckning. Behovet av kunskap gäller för samtliga ”parter” – brukare, handläggare, chefer och politiker – annars är det svårt att uppnå ett jämbördigt samarbete. Kunskap hos brukare kan också skapa efterfrågan, vilket påverkar utvecklingen. Om chefer och beslutsfattare är väl insatta i arbetssättet ökar deras förståelse, vilket gör att de ger det stöd som behövs, menade handläggare. Många ansåg att just förståelse saknades idag.

Tid är en annan viktig förutsättning. Om tid saknas blir den en hindrande faktor för att aktivt informera ”alla” och för att arbeta processinriktat. Ändamålsenliga *organisationsformer* och, inte minst, så få *omorganisationer* som möjligt angavs också som mycket väsentligt för att kunna arbeta med individuell planering. Flera nämnde organisationsfaktorn som ett hinder. Exempel var beställare-/utförarmodeller där brukaren och handläggaren endast har kontakt vid utredning. Flera nämnde också förvaltningsorganisationer med sammanslagen handikapp- och äldreomsorg som hindrande faktorer för arbetet.

En förutsättning som tydliggjordes under seminarierna och som framgick av utvärderingarna är *”min egen inställning”*, dvs. handläggarens attityd, sätt att förhålla sig och möta den enskilde och de anhöriga. Förhållandevis många tog upp detta som en mycket viktig förutsättning för att individuell plan ska fungera tillfredsställande. Det poängterades också att språkbruket i dokumentationen/planen är betydelsefullt. Språket kan signalera distans eller närhet. Några menade att ett nytänkande krävs och att arbetet med individuell planering delvis innebär att lära sig en ny roll. Till det behövs inte alltid eller enbart ökade resurser. Några citat från de skriftliga utvärderingarna:

Jag tänker att jag egentligen kan göra väldigt mycket om jag själv ändrar mitt tankesätt och min inställning till IP och till brukare.

Nu har jag förstått att det här handlar om mer än en metod – om etik.

Jag behöver mer kunskap för att aldrig p.g.a. osäkerhet iklä mig professionell kostym och glömma ödmjukhet – bli säker i att vara osäker.

Har fått med mig att det inte handlar om att formulera blanketter utan att använda personens eget mål som verktyg.

Förutsättningar och hinder enligt chefer, politiker och brukarföreträdare

Brukarföreträdare och beslutsfattare ansåg att lagstiftningens utformning ställer alltför stora krav på brukarna att själva ta initiativet för att få en individuell plan, särskilt mot bakgrund av bristande kommunal information om rätten att begära en individuell plan.

En del av deltagarna vid detta seminarium poängterade på liknande sätt som handläggarna att det behövs förstärkta resurser för att hantera den ökade arbetsbelastningen som arbetet med fler individuella planer medför. Andra menade att det inte bara är frågan om ökade resurser, det handlar också om osäkerhet hos handläggarna inför en förändrad arbetsroll. Av handläggaren krävs mer än tidigare såväl organisationsmässigt som kurativt och pedagogiskt. Detta uttrycktes som ökad professionalism. Representanter från brukarorganisationer poängterade att individuella planer ytterst är en fråga om bemötande. Det måste skapas en positiv inställning bland chefer och politiker för att utveckla arbetet i denna riktning.

Praktik behövs

Enligt handläggarnas utvärderingar anser flertalet att de behöver ökad kunskap, handledning och mer praktisk tillämpning för att känna sig säkra i arbetet med individuell planering. Bl.a. föreslogs nätverk kollegor emellan, handledning i grupp och återkommande tema- och uppföljningsdagar över kommungränser. Några önskade mer detaljerad hjälp, andra tryckte på att det handlar om egen praktisk erfarenhet. Ett exempel på det sistnämnda:

Övning ger färdighet, jag måste komma in i ett annat tänkesätt vilket sker med erfarenhet.

Förankring – några exempel

Norrköping

Norrköpings kommun driver ett utvecklingsarbete kring individuell plan. Under hösten har Socialstyrelsens projekt samarbetat med kommunens handikapphet i detta arbete. Få personer i kommunen har idag en individuell plan enligt LSS, ett faktum som enheten vill förändra. Under 2002 informeras och erbjuds alla ungdomar i åldern 17 till 20 år med personkretstillhörighet en individuell plan enligt LSS. Cirka femtio ungdomar är aktuella. Handikappheten har som ett första steg valt att vända sig till ungdomar eftersom de står inför stora förändringar i livet.

Utvecklingsprojektet har två syften. Det ena är ungdomarnas rätt till eget inflytande och överblick över sina liv, vilket en individuell plan kan bidra till. Det andra är att konkret visa på vilket sätt individuell plan kan fungera som hjälpmedel för kommunens övergripande planerings- och kvalitetsarbete. Personalen vid handikappheten är övertygade om att enskilda individuella planer kan vara ett stort stöd för kommunens planering för framtida behov av insatser både på lång och kort sikt.

Individuella planer underlättar kommunens planeringsansvar

Individuell plan kan vara till stor nytta, exempelvis i samordnande syfte, för dem som har behov av flera insatser med flera aktörer inblandade från t.ex. skola, fritidshem, försäkringskassa m.fl. I Norrköpings kommun finns ett antal barn i åldrarna åtta till elva år med mycket svåra och omfattande funktionshinder. Barnen och deras närstående har stort behov av att insatser och olika stödformer samordnas. Föräldrarna driver därför nu ett projekt med EU-stöd, där de vill pröva att med barnens individuella planer som grund planera och skapa ett väl fungerande individuellt korttids- och boendestöd för barnen. Något sådant har kommunen ännu inte lyckats få fram. Föräldrarna undersöker t.ex. om barnen kan använda sina personliga assistenter på korttidshemmet för att begränsa antalet inblandade personer runt barnen. Den kvalitet och trygghet som detta skulle innebära kan, enligt handikappheten, ge samordningsvinster för kommunen.

Inför intensifieringen av arbetet med individuella planer har berörda handläggare fått viss utbildning och handledning, delvis i samarbete med projektledaren för Socialstyrelsens projekt. Under handledningen har handläggarna påbörjat en kom-ihåg-lista som ska hjälpa dem att behålla fokus på den enskilde (bil. 3). Handikappheten informerar nu ungdomarna och närstående både muntligt och skriftligt med hjälp av informationsmaterial som handläggare på enheten tagit fram. Olika tänkbara samarbetspartners har också informerats.

HSO i Skåne

Utbildning och fortbildning efterfrågas och behövs. Ett exempel på en intressant fortbildningsform är den del av HSO Skånes pågående projekt ”LSS – På brukarnas villkor” som handlar om att utveckla metodik och påverka användandet av individuella planer enligt LSS. En arbetsgrupp bestående av handläggare från fyra kommuner träffas regelbundet tillsammans med projektledare och resurspersoner. De diskuterar och stöttar varandra i att komma igång och utveckla arbetet med individuella planer, en sorts kollegial fortbildning och handledning. Arbetet har tidvis bromsats upp på grund av att deltagare av en eller annan anledning har bytts ut, t.ex. att handläggare slutat sina tjänster, omorganisationer i kommunerna etc. Under år 2002 kommer HSO Skåne att anordna ett seminarium riktat till kommunernas handläggare och att producera informationsmaterial riktat till brukare.

Handläggaren i fokus

I socialstyrelseprojektets andra rapport¹⁹ redovisades delprojektet ”Handläggaren i fokus”. Under den tid som delprojektet har varit igång (från våren 2000 till hösten 2001) har den berörda förvaltningen på kort tid genomgått flera omorganisationer. Detta har bl.a. inneburit att handläggarnas arbetsbörda har ökat, någon har slutat och andra har tillkommit, vilket troligen bidragit till att den planerade informationssatsningen på individuella planer till allmänheten gång på gång stannat av. Detta trots att handläggare, enhets-

¹⁹ Socialstyrelsen (2001). *Individuell plan på den enskildes villkor. Del 2. Planer enligt LSS och HSL i praktiken*. Underlagsrapport (2001-123-29).

chef och handikapprådet är mycket intresserade av att utveckla arbetet med individuella planer enligt LSS.

Länsstyrelsernas roll

Socialstyrelsen har frågat landets länsstyrelser hur de i sin rådgivnings- och tillsynsverksamhet kan stimulera och medverka till att individuell plan enligt LSS används i större utsträckning än idag. Svaren visar att frågor kring arbetsmetoden vanligen tas upp i samband med kommuntillsyn, verksamhetstillsyn och/eller vid enskild tillsyn. Individuell plan aktualiseras också i samband med rådgivnings- och informationssamtal med enskilda, vid handläggartreffar med LSS-handläggare m.fl. och vid länsstyrelsernas kontakter med handikapporganisationerna. Några länsstyrelser behandlar också frågan vid utbildningar för LSS-handläggare. Västra Götaland har i en rapport (1996:14) redovisat ett projekt om individuell plan som gjordes tillsammans med några kommuner 1996. Rapporten är fortfarande efterfrågad och finns tillgänglig i ett nytryck.

Hur länsstyrelserna kan påverka

Att sprida erfarenheter mellan kommuner är ett exempel på vad länsstyrelserna kan göra för att fler personer med funktionshinder ska få tillgång till en individuell plan. Länsstyrelserna avser att fortsätta driva frågan i samband med tillsynsaktiviteter och vid informations- och rådgivningssamtal med enskilda och handläggare. Några anser att arbetet för att påverka skulle kunna göras på ett mer systematiskt sätt, t.ex. genom regelbunden uppföljning av antal individuella planer. Länsstyrelserna skulle även kunna stödja samverkan mellan organisationer och kommuner och till att sprida ”goda exempel”. Att anordna seminarier för handläggare i samband med verksamhetstillsyn är ett förslag. Ett annat som nämns är informations- och utbildningstillfällen för handläggarna.

Länsstyrelserna bekräftar och föreslår

Enkätsvaren bekräftar vad Socialstyrelsens projekt påvisat som orsaker till den låga frekvensen av individuella planer. Enligt länsstyrelserna är många handläggare osäkra på vad en individuell plan är, både i sig och i förhållande till andra planer. Länsstyrelserna möter också handläggare som har svårt att se nyttan med individuell plan. Enligt enkätsvaren behöver även vinsterna med arbetsmetoden för handläggarens yrkesroll lyftas fram utöver värdet för brukarna. Någon föreslår att denna kunskap kan förstärkas genom ett Meddelandeblad från Socialstyrelsen. Man anser också att möjligheten till individuell plan behöver medvetandegöras hos lokala och länsvisa samverkansorgan.

Analys, slutsatser och förslag

I det här avsnittet analyseras utvecklingsprojektets hela resultat, dvs. del 1, 2 och 3 av *Individuell plan på den enskildes villkor*, med fokus på brukarens inflytande, självbestämmande och delaktighet. Analysen belyser några områden av betydelse för att fler barn, ungdomar och vuxna än idag ska erbjudas och få nytta av en individuell plan enligt LSS och/eller individuell habiliterings- eller rehabiliteringsplan enligt HSL.

Förändrat förhållningsätt

Att leva i ett begripligt sammanhang med möjlighet att själv påverka och kontrollera sin situation i den riktning man önskar är väsentligt för de flesta och varje individs rätt. Denna grundläggande värdering genomsytrade handikappreformen (SOU 1991:46) och ledde bl.a. till att möjligheten att begära en individuell plan enligt LSS infördes för personer som har rätt till stöd och service enligt samma lag. Med samma syfte reglerades skyldigheten för sjukvårdshuvudmännen att tillsammans med den enskilde upprätta en habiliterings- eller rehabiliteringsplan enligt HSL som ska omfatta den enskildes behov av habilitering, rehabilitering eller hjälpmedel och hur dessa behov ska tillgodoses. I praktiken, dvs. när barn, ungdomar och vuxna med funktionsnedsättningar behöver stöd och service för att leva ett självständigt liv, blir det mer komplicerat än i teorin. Detta gäller i hög grad för förankringen av individuell plan enligt LSS som nu funnits i åtta år, men som enbart ett fåtal känner till eller använder sig av.

Enligt handikapputredningen²⁰ är rätten till självbestämmande i den egna situationen och möjligheten till inflytande helt avgörande för enskildas livskvalitet. Att samarbeta med brukaren om dennes individuella plan där hennes eller hans vilja och behov styr är en fråga om hur experter, och organisationer, förhåller sig till de handikappolitiska principerna. Förhållningsättet betonades också starkt i bemötandeutredningen²¹. Utredaren beskriver expertrollen som att experten ska veta vilken hjälp som finns att erbjuda, föreslå alternativ, förklara vad alternativen innebär och sedan överlämna åt den enskilde att ta ställning och själv bestämma och ta ansvar för valet.

KASAM – känsla av sammanhang

En fråga som sociologen Aron Antonovsky, m.fl. (Antonovsky, 1991; Rydén & Stenström, 1994) har försökt besvara är: Vad är det som gör att en del människor som utsätts för stora psykiska påfrestningar ändå klarar av dem

²⁰ SOU 1990:19. *Handikapp och välfärd*.

²¹ SOU 1999:21. *Lindqvists nia – nio vägar att utveckla bemötande av personer med funktionshinder*. Slutbetänkande av Utredningen om bemötande av personer med funktionshinder.

och förblir friska medan andra går under och blir sjuka? För att få svar har Antonovsky utgått från begreppet ”salutogenes”, dvs. den eller de faktorer som framkallar eller orsakar hälsa. Han har funnit att de människor som lever i ett begripligt sammanhang, med lagom anpassade krav och med möjlighet att påverka sin situation är de som bäst lyckas bemästra svåra situationer. För att klara av stora påfrestningar fordras enligt Antonovsky att individen ska förstå vad det handlar om, ha resurser att hantera situationen och ha en känsla av meningsfullhet och sammanhang. Antonovskys resonemang om KASAM, känsla av sammanhang, är en utgångspunkt för analysen. Utöver KASAM finns ett antal teorier som alla hävdar att reellt inflytande och möjligheter att påverka leder till självtillit, förmåga att hantera och lösa problem och till ökad livskvalitet. Ett annat begrepp som idag är aktuellt inom ett antal olika områden är *Empowerment*. Enligt Starrin (1997) som diskuterar begreppet är konsekvensen av att människor betraktas som subjekt i stället för objekt att de anses kapabla att själva styra och kontrollera sina liv. Om brukaren får beslutsunderlag av experten och därefter själv kan ta ställning till hur ”jag” vill ha det är det ett sätt att praktisera KASAM så att ett negativt beroende minskar och ett positivt oberoende, dvs. inflytande och självbestämmande, ökar.

Förankring

Att omsätta och förankra arbetet med individuell plan i praktiken förutsätter en förändringsprocess som involverar flera olika aktörer med skilda funktioner och på olika nivåer. Projektets andra steg²² baserades bl.a. på nedanstående faktorer som kan underlätta förändring och förankring på skilda plan. Dessa faktorer utgör också utgångspunkt för analysen.

- Förändringar med ”påbud uppifrån” har svårare att förankras och utvecklas om inte målet för förändringarna och åtgärderna formuleras gemensamt av berörda ”aktörer”.
- Ju fler ”aktörer” på olika nivåer som deltar i förändringen desto större möjlighet att förändringsarbetet förankras och utvecklas.
- Ju fler ”aktörer” på olika nivåer som upplever en vinst med förändringarna desto större sannolikhet att förändringarna blir varaktiga.

Modellen som faktorerna hämtats ifrån har tagits fram av FUB:s forskningsstiftelse ala²³ i samband med ett projekt kring förändring i offentlig verksamhet²⁴. Den bygger på erfarenheter från forskare²⁵ som anser att föränd-

²² Socialstyrelsen (2001). *Individuell plan på den enskildes villkor. Del 2. Planer enligt LSS och HSL i praktiken*. Underlagsrapport (2001-123-29).

²³ ala, Anpassning till Liv och Arbeta är en forskargrupp, knuten till Riksförbundet för utvecklingsstörda barn, ungdomar och vuxna (FUB).

²⁴ Göransson, K. m.fl. (2000). *Om alla är lika skulle det inte vara roligt. Samverkan mellan särskola och grundskola*. ala, FUB:s forskningsstiftelse.

²⁵ Andersson, B.L. (1993). The stages of systemativ change. *Educational Leadership*, 51, s. 14 -17. O'Neil, J. (1993). Turning the system on its head. *Educational Leadership*, 51(1), s. 8 -11.

ringar i organisationer eller system är mycket svåra att uppnå om inte alla involverade parter stöder förändringsprocessen.

Vad visar projektresultaten?

Här nedan presenteras vad vi idag *vet*, *inte vet* respektive *inte har undersökt*. Utifrån analysen ges förslag på vad som behöver göras, förändras och/eller forskas på. Där inte annat anges omfattar analysen såväl individuell plan enligt LSS som habiliterings- och rehabiliteringsplan enligt HSL.

Individuell plan är ett fungerande verktyg för inflytande

Detta *vet vi*, under förutsättning att det sker på den enskildes villkor.

- *Vi vet* att det förutsätter att planeringsprocessen och dokumentation sker på ett sådant sätt att personen uppfattar den som sin egen.
- Vidare krävs att den individuella planen följer de förändringar som sker i den enskildes eller familjens vardag och livssituation och att planen används i de situationer som brukaren och/eller familjen önskar.
- ”Rätt sätt”, dvs. på brukarens villkor, innebär ett samarbete där samordnaren av planen och eventuellt andra professionella utifrån sina yrkeskunskaper ger brukaren underlag så att hon eller han kan fatta beslut utifrån sina behov och önskemål.
- För den professionelle handlar arbetet med planer enligt HSL och LSS om att förhålla sig så att brukarens egna önskemål och behov är i fokus och inte ifrågasätts.

En kort sammanställning av tillvägagångssättet för planering på brukarens villkor beskrivs i bilaga (4).

Individuell plan på den enskildes villkor innebär ett samarbete, präglat av ömsesidighet mellan parterna som bör utmärkas av:

- att alla är med från början och inte ställs inför att ta ställning till färdiga förslag,
- att alla inblandade har lika möjligheter att förbereda sig,
- att samtliga deltagare är klara över syftet med samarbetet,
- att var och en har en tydlig uppgift och något att bidra med.

Ytterligare en faktor av betydelse för att planen ska bli den enskildes och tjäna sitt syfte är hur mötesresultaten dokumenteras. Det är brukarens språkbruk eller sätt att uttrycka sig som ska användas. För att planen ska komma till användning ska dokumentationen utformas på ett sådant sätt att alla deltagare känner igen det som gemensamt planerats och beslutats.

Kritiska steg i processen

En kritisk punkt i planeringsprocessen är utvärderingen. Saknas den, vilket ofta är fallet, är det svårt att få en uppfattning om effekten och kvaliteten i den fastställda planen. Det försvårar i sin tur användandet och möjligheten att komma vidare. En annan svag punkt som särskilt gäller individuella re-

habiliteringsplaner enligt HSL är att det verkar vara vanligt att planeringen inte dokumenteras i en särskild plan, utan enbart i journalen. Detta kan vara en orsak till att brukaren inte alltid är medveten om att en rehabiliteringsplan har upprättats.

Bristande tillämpning kan få negativa konsekvenser

Vi vet att det finns en risk för att brukarens behov och önskemål inte styr processen och dokumentationen om man använder ett stelbent och i förväg formaliserat arbetssätt. Brukarens inflytande kan då minska i stället för att öka. Behov och önskemål blir osynliga eller feltolkas och brukaren kan känna sig tvungen att acceptera förslag till insatser, utformning av insatser eller lösningar som hon eller han inte önskar. Om de professionella inte arbetar processinriktat och med brukarens behov och önskemål i fokus, finns det risk för att planen används alltför bokstavigt. Inget annat än det som står i planen genomförs.

Mål – mest centralt men också svårast

Det mest centrala men också det mest kritiska steget i planeringen är formulering av den enskildes kortsiktiga och långsiktiga mål. Det är framför allt vid målformuleringen som brukaren utövar sitt inflytande. När det sker på "rätt sätt" samarbetar samordnaren och den enskilde så att hennes eller hans önskemål och behov blir tydliga och styrande för hela planeringsprocessen. Brukaren kan behöva samordnarens stöd med att formulera sina behov och önskemål. Det krävs att samordnaren har kunskap, är lyhörd och kan se att arbetssättet kan innebära en ny yrkesroll i förhållande till brukaren. Om inte detta förhållningssätt används finns risken att mål formuleras som snarare är verksamhetens än individens och att dessa mål egentligen inte leder fram till det som brukaren önskar uppnå.

Motsvarande har Rivano-Fischer och Tuvfesson (1997) kommit fram till i arbetet med utvärdering av rehabiliteringsprocesser. Författarna konstaterar att frågor till brukaren om hennes eller hans målsättning ställer stora krav på frågeställaren/samordnaren. I bästa fall uppfattas det som en inbjudan till att aktivt delta i den egna rehabiliteringsprocessen. I sämsta fall kan frågorna om mål upplevas som övermäktiga krav. Författarna pekar också på att om den enskilde uttrycker sig oklart eller enligt personalen har för vidlyftiga eller "orealistiska" önskemål har samordnarna en benägenhet att ta över målformuleringen och, i all välmening, skapa en rehabiliteringsplan utifrån professionella kunskaper och erfarenheter. När detta sker kommer den enskilde att med stor sannolikhet använda undvikande strategier och ge upp sina egna intressen (Lenéer Axelson & Thylefors, 1996). Rivano-Fischer & Tuvfesson hänvisar till ett antal forskare i sin sammanfattning av vilka krav som bör ställas på mål och målformulering för att de ska vara verkningsfulla i rehabiliterings- eller andra förändringsprocesser. Några krav på mål är att de bör vara:

- relevanta och motiverande,
- patientens egna,
- av värde för patienten,
- positivt definierade,
- konkreta,

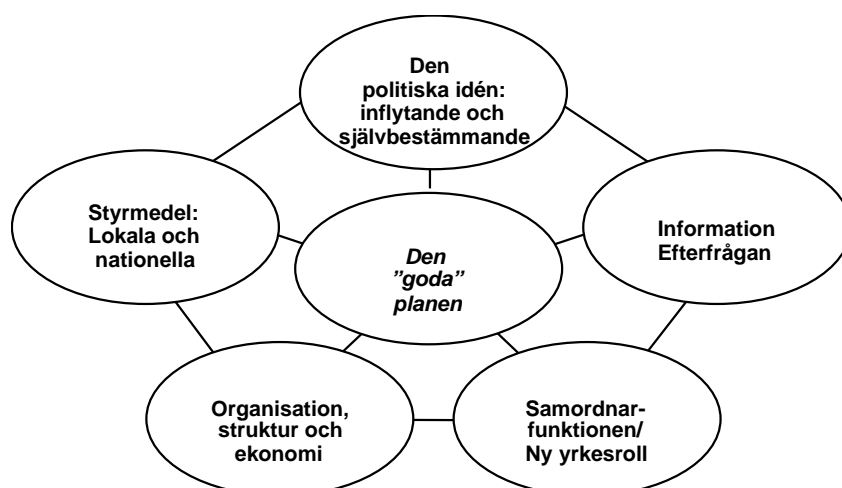
- tydliga och förståeliga för alla samt
- mätbara.

Jarhag (2001) vars avhandling bl.a. belyser effekten för brukaren av individuell plan enligt LSS pekar på liknande kritiska punkter och negativa konsekvenser som här har beskrivits.

Förutsättningar för förankring och utveckling

Idag vet vi att arbetet med att förankra och tillämpa individuell plan enligt båda lagstiftningarna i praktiken sätter igång en förändringsprocess som involverar olika aktörer med skilda funktioner och som befinner sig på olika nivåer, t.ex. individ-, verksamhets- och beslutsfattande nivå..

Illustrationen nedan visar de påverkande faktorer som är styrande, både var för sig och i förhållande till varandra, för att genomförandet och förankringen ska lyckas. Samtliga områden utgår från den ”goda planen”, dvs. den planering och plan som genomförs och används på brukarens villkor. Det är förmodligen samma faktorer som påverkar förankringen av arbetssättet oavsett om det är individuella planer enligt LSS eller habiliterings- eller rehabiliteringsplaner enligt HSL. När det finns skillnader i förutsättningar för planer enligt LSS respektive HSL anges detta.



Idén om ökat inflytande och självbestämmande går att uppfylla
 Samhällets handikappolitiska principer om inflytande, självbestämmande, tillgänglighet, delaktighet, kontinuitet och helhetssyn ligger fast och individuella planer, särskilt enligt LSS, omnämns som ett av flera verktyg för att uppfylla målen. Resultaten har visat att detta också är möjligt om individuell plan genomförs och används på den enskildes villkor. Den vikt som regeringen lägger vid att ”goda” individuella planer kommer fler till del har än en gång poängterats genom det regeringsuppdrag Socialstyrelsen haft och som ligger till grund för denna rapport.

Lokala och nationella styrmedel behövs

Exempel på effektiva påverkansfaktorer är att individuell plan tydligt anges i styrdokument på lokal och nationell nivå. Ett annat styrmedel är att resurser tillförs vid behov. Att metodkunskap om processinriktat arbetssätt införs i kursplaner för aktuella högskoleutbildningar är ytterligare ett exempel på hur beslutsfattare kan förtydliga vikten av att arbetet med individuell plan utvecklas.

Vi vet att det råder tveksamheter om skillnader mellan individuella habiliterings- och rehabiliteringsplaner och andra planer inom hälso- och sjukvårdsområdet. Dessutom *vet vi* att förekomsten i kommuner och landsting av många olika planer på olika nivåer är ett av flera skäl till att individuell plan enligt LSS och också rehabiliteringsplan enligt HSL fortfarande är okända och outnyttjade. Förankringen skulle underlättas av att det i *lokala* styrdokument t.ex. verksamhetsplaner, samarbetsavtal etc. tydligt framgår vad individuell plan enligt LSS respektive habiliterings- och rehabiliteringsplaner enligt HSL är i förhållande till andra mer verksamhetsanknutna planer.

Vi vet att den *lagstiftning* som finns om individuell plan enligt LSS lämnar utrymme för tolkningar. Att formuleringen inte är så precis och detaljerad ger å ena sidan förutsättningar för att arbetet ska kunna styras av den enskildes behov och önsknings. Å andra sidan saknas därmed konkret vägledning, vilket påverkar förankringen av reformen.

Några exempel på oklarheter i formuleringen i 10 § LSS som försvårar arbetet:

- ”*i samband med att en insats enligt denna lag beviljas...*”: Denna skrivning, som förutsätter att personen ska ha bedömts ingå i personkretsen, försvårar att planeringsprocessen tar sin början redan då brukaren framför sina behov och önskemål.
- ”*kan den enskilde begära...*”: Formuleringen är inte tillräcklig för att tydliggöra vikten av att huvudmannen regelmässigt informerar om möjligheten till individuell plan enligt LSS – en orsak till att arbetssättet är okänt.
- ”*Landsting och kommun skall underrätta varandra om upprättade planer*”: Detta har lett till att planer utväxlas utan att den enskilde blivit tillfrågad.
- I och med att det visat sig att utvärderingar ofta saknas behöver begreppet ”*utvärdering*” finnas med i lagtexten. Det sätt som det uttrycks på i HSL skulle även kunna användas i LSS.

En fråga som ännu inte är löst är att de personer som har funktionshinder, men som inte omfattas av LSS och inte heller får habilitering eller rehabilitering saknar de möjligheter som individuell planering och plan enligt LSS eller HSL kan ge.

Hur viktig är organisationsform, struktur och ekonomi?

Vi vet inte i vilken utsträckning kommunernas nämnd- och förvaltningsorganisationer och ekonomiska förutsättningar har betydelse för förankringen av individuell planering enligt LSS. Det har dock visat sig att ständiga om-

organisationer och mindre ändamålsenliga organisationsformer lägger hinder i vägen. *Vi tror* att det finns organisationsfaktorer som påverkar handläggarens möjligheter att arbeta på den enskildes villkor och som även inverkar på de lojalitetskonflikter handläggaren kan hamna i enligt projektets probleminventering (se rapport del 1). Lundqvist (1988) pekar på vikten av strukturella förhållanden som gör det möjligt för handläggare att arbeta enligt samhällets humanistiska värden.

I några kommuner där arbetet håller på att utvecklas har man tillsatt extra tjänster vilket underlättat utvecklingen. Kommunens organisation kan också vara betydelsefull för eventuella förändringar som ett ökat brukarinflytande medför. Om landstingens organisation har betydelse för att ”goda” habiliterings- eller rehabiliteringsplaner enligt HSL ska upprättas *har inte undersökts*.

Samordnarrollen – en yrkesroll i förändring

Vi vet att individuell planering och dokumentation som sker på brukarens villkor ställer nya krav och *vi tror* att det delvis innebär en ny roll för den som samordnar den enskildes plan och för andra professionella som blir involverade i planeringsprocessen. Brukarens ansvar för att uttrycka sina behov, önskemål och mål ökar. Samordnaren ska t.ex. fungera som mötesordförande, ibland för många personer. Hon eller han behöver ha kompetens för att arbeta processinriktat och kunskap om vad en individuell plan är. *Vi vet* också att skicklighet och integritet krävs av den kommunanställda LSS-handläggaren för att hantera de dubbla lojaliteter som kan uppstå i en situation där hon eller han både har en stödjande och en myndighetsutövande roll. Än så länge finns för lite samlad erfarenhet för att kunna ha en uppfattning om huruvida det är möjligt att i en samarbetssituation förena beskrivna lojalitetskonflikt med ett ökat brukarinflytande.

Vi vet också att när det processinriktade arbetssättet används på ”rätt sätt” medför det ett antal yrkesmässiga vinster för samordnaren. Hon eller han ökar sin skicklighet i att förstå och bedöma den enskildes behov vilket leder till att behovet tillgodoses på ett bättre sätt och att tid sparas på sikt. Den egna yrkesrollen blir tydligare i förhållande till andra professionella aktörer och förståelsen för andras insatser ökar. Detta leder till att samarbetet mellan yrkesgrupper, alternativt samverkan mellan verksamheter, underlättas och effektiviseras vilket också ger tidsvinster för samordnaren. Liknande slutsatser har Bergendahl (2000) kommit fram till i sina studier av hur habiliteringssjukgymnastens roll förändras när individuell planering enligt ISP-modellen används.

Information och efterfrågan – nödvändigt för förändring

Vi vet att endast fem procent av de barn, ungdomar och vuxna med funktionsnedsättningar som kan begära en individuell plan enligt LSS, 45 500 personer i november 2000, hade en sådan vid denna tidpunkt. Frånvaron av information eller otydlig sådan är troligen den huvudsakliga orsaken till att rätten att begära individuell plan fortfarande är okänd för många. Bland de kommuner som projektet har haft kontakt med är det få som har ett skriftligt material som särskilt informerar om vad en individuell plan är. Även den muntliga informationen brister. Många LSS-handläggare anser att de på

grund av tidsbrist och arbetsbelastning inte kan informera alla. En vanlig kommentar är att tiden inte skulle räcka till för alla som då skulle begära en plan.

Tydlig information till fler brukare leder troligen till ökad efterfrågan. Ökad efterfrågan tydliggör resursbehov, vilket i sin tur skulle kunna leda till att handläggaren ges mer tid och att fler brukare därigenom får tillgång till en individuell plan. Och motsatsen – ju mindre information, desto lägre efterfrågan och desto svårare för handläggaren att påvisa behovet av tid och resurser. Vilka effekter en massiv informationsatsning inom t.ex. en kommun skulle kunna få är *ännu inte undersökt*. Norrköpings kommun har påbörjat ett sådant arbete.

Vad *vi inte känner* till är om det finns andra skäl till att brukare inte begär en individuell plan enligt LSS än informationsbrist och att brukaren inte anser sig ha behov av en individuell plan.

Informationsbrist tycks också råda angående planer enligt HSL. I de fall de upprättas är det inte självklart att brukaren är delaktig eller ens medveten om detta. Per definition kan planen inte anses vara en individuell habiliterings- eller rehabiliteringsplan enligt HSL om brukaren inte är delaktig i processen. Då är det något annat. Några som har intervjuats om sin rehabiliteringsplan kände inte till att det upprättats en sådan för deras räkning. Endast två av sju verksamheter hade rutiner för dokumentation av brukarens plan i ett särskilt dokument.

Individuell planering är enligt svaren på landstingsenkäten (se rapport del 2) mer utvecklat inom barn- och ungdomshabilitering än inom rehabiliteringsområdet. Underlaget är inte tillräckligt omfattande för att det ska gå att dra generella slutsatser av resultatet. Tendenserna pekar dock på ett stort behov av fortsatt utvecklingsarbete framför allt kring individuella rehabiliteringsplaner enligt HSL.

Slutsatser

Individuell plan är ett verktyg för den enskilde att få inflytande, överblick och att själv få bestämma över sin tillvaro. Förutsättningen är att arbetssättet används så att det blir det dynamiska och levande verktyg för brukarens inflytande och samordning som var lagstiftarens mening. Om inte, riskerar individuell plan att bli en formalistisk och statisk metod som snarare motverkar än ökar den enskildes känsla av sammanhang och kontroll över sin situation. Eventuella negativa konsekvenser för brukaren hänger framför allt samman med hur planeringen och dokumentationen genomförs.

Att arbetet genomförs på brukarens villkor innebär för den samordnande tjänstemannen en delvis förändrad yrkesroll, en effekt av ett mer jämbördigt samarbete mellan professionella och brukare.

Förutom att arbetssättet kan ge brukaren ökat inflytande och självbestämmande, delat samordningsansvar och möjlighet att i god tid planera framåt vinner också de professionella aktörerna på att använda verktyget. Några vinster är ökad skicklighet i att förstå och bedöma brukarens behov, tidsvinster samt effektivare samarbete med andra professionella aktörer, förbättrad samordning av insatser samt bättre fungerande samverkan mellan

olika organisationer och myndigheter. Det förutsätter dock organisationsformer och strukturer som främjar, och inte motverkar, kontinuitet och fungerande samverkan, samordning och samarbete.

Trots att åtta år har gått sedan individuell plan enligt LSS introducerades är den fortfarande okänd och outnyttjad av de flesta, även om en viss ökning skett. Detta gäller även planer enligt HSL. För att användandet av individuell plan enligt LSS samt individuell habiliterings- och rehabiliteringsplan enligt HSL ska öka krävs förändringar inom olika områden och av olika aktörer på såväl individ-, verksamhets- som på beslutsfattande lokal respektive nationell nivå. Det fortsatta arbetet bör vägledas av principen att ju fler "aktörer" på olika nivåer som deltar i förändringen desto större chans har arbetssättet att förankras, användas och utvecklas.

Förslag och forskningsfrågor

För att arbetssättet individuell plan ska förankras och utvecklas behöver bland annat följande genomföras:

På individnivå

Brukaren och eventuell företrädare behöver ha både skriftlig och muntlig information samt kunskap om arbetssättet. Detta är ett ansvar för huvudmännen och ett engagemang för brukarorganisationerna.

Handläggare och annan personal som kan komma att bli samordnare av en brukares planer behöver kunskap samt utveckla sin skicklighet i processinriktat arbete. Ytterst viktigt är att LSS-handläggaren och andra berörda aktivt informerar om möjligheterna till individuell plan enligt LSS och att personal inom hälso- och sjukvården tydligt erbjuder brukaren att vara delaktig i sin egen habiliterings- eller rehabiliteringsplanering enligt HSL och att planeringen dokumenteras i en särskild plan, varav brukaren får ett eget exemplar.

På verksamhets- respektive organisationsnivå

Brukarorganisationer behöver sprida information till sina medlemmar. Ett särskilt angeläget utvecklingsområde är metoder som underlättar delaktighet för personer som själva har svårt att föra sin talan. Det sistnämnda är även ett viktigt ansvarsområde för den *professionella organisationen* som dessutom behöver producera och sprida begriplig och tydlig skriftlig information.

Att anordna utbildning och fortbildning och ge möjligheter till handledning, inte minst kring utvärderingsfrågor, är ytterligare uppgifter för den professionella organisationen. Ett annat område som behöver vidareutvecklas är frågan om hur olika planer som samma individ kan ha ska kunna användas på ett så ändamålsenligt sätt som möjligt i förhållande till varandra.

På beslutsfattande lokal, regional respektive nationell nivå

Samtliga nivåer behöver arbeta för att metodkunskap om processinriktat arbetssätt införs i kursplaner för aktuella högskoleutbildningar där det inte finns samt att metodutveckling och kompetenshöjande insatser genomförs.

Den *lokala nivån* kan behöva se över och bedöma om organisationsstrukturerna i kommunen är ändamålsenliga och underlättar arbetet med individuella planer enligt LSS och i förlängningen om organisationen ger den enskilde möjlighet till inflytande och delaktighet. Detta gäller även frågan om LSS-handläggarnas dubbla lojaliteter, dvs. om perspektiven är förenliga.

Länsstyrelserna behöver utöka sina informationsinsatser till kommunens handläggare och tjänstemän. I sin tillsyn bör länsstyrelserna och Socialstyrelsens regionala tillsynsenheter för hälso- och sjukvården granska och stödja kvaliteten i de individuella planerna. Viktiga kvalitetsfrågor är att granska om upprättade planer är individens och inte verksamhetens samt om utvärdering genomförs.

Definition av och syftet med individuell plan enligt LSS behöver förtydligas i styrdokument. På den *lokala nivån* kan det t.ex. vara aktuellt i verksamhetsplaner, årsredovisningar, måldokument och samarbetsavtal. På den *nationella nivån* behöver lagstiftning förtydligas. Det mest angelägna är att 10 § i LSS förtydligas på de punkter som nämns på sidan 40.

Utöver ovanstående behövs en komplettering i socialtjänstlagen (SoL) för de personer som inte kan begära en individuell plan enligt LSS eller få en habiliterings- eller rehabiliteringsplan enligt HSL. Med stöd av föreliggande projektresultat föreslås att det lagförslag som tidigare framlagts (SOU 1997:170) om att ta in en bestämmelse i SoL om individuell plan genomförs.

Forskningsfrågor

Förutom ovanstående förslag till olika aktörer på skilda nivåer har resultatet aktualiserat några frågor för forskning. Med utgångspunkt från det inledande resonemanget om KASAM, känsla av sammanhang, som förklarar vikten av den enskildes självbestämmande kan förmodas att ett ökat brukarinflytande troligen ställer krav på nya okonventionella lösningar. Detta för att en förändrad maktbalans mellan brukare och professionella ska vara möjlig. Dahlberg & Vedung (2001) belyser olika tänkbara motiv till den pågående brukarorienteringen inom offentliga verksamheter som de har noterat. Ett motiv är ökad makt för den enskilde i förhållande till professionella organisationer då syftet med offentliga tjänster just är att tillfredsställa brukarnas önskemål och behov. Även Hugemark (1998) diskuterar ett ökat brukarinflytande på bekostnad av det professionella inflytandet utifrån assistansreformen. Jarhag (2001) pekar också på maktperspektivet och hänvisar till forskning som visar att själva brukardeltagandet bidrar till att sudda ut traditionella gränser mellan de som ger och de som tar emot stöd och service. Jarhag uppmanar också att forskning om funktionshinder i högre grad än idag måste utgå från brukarnas egna frågeställningar, inte från det professionella perspektivet. Individuell plan är en av flera metoder för detta ändamål

Här lämnas några förslag på angelägna forskningsfrågor:

- Vad utmärker de traditioner som råder idag mellan de som ger och de som tar emot stöd och service? Vad krävs av brukare och organisationer för att förändra dessa?
- Finns viljan att realisera den politiska ambitionen om ökat brukarinflytande och självbestämmande, eller finns det ett passivt motstånd inom

professionella organisationer? Vad finns det i så fall för orsaker till detta?

- Medför ett ökat nyttjande av individuella planer enligt LSS och HSL att brukarinflytandet ökar och att en förändrad maktbalans mellan brukare och professionella uppstår? Vad innebär det i så fall
 - för brukarna? För de professionella? För samspelet mellan dem?
 - för kommunens organisation och struktur?
 - för resursfördelning?
 - för kvalitet?
- Finns det idag beredskap inför de konsekvenser förändringar i maktbalansen skulle kunna medföra?
- Finns det andra skäl till att brukare inte begär en individuell plan enligt LSS än informationsbrist och att den enskilde inte har behov av en individuell plan? Är individuell plan, ur brukares perspektiv, ett effektivt verktyg för att få mer makt över sin egen situation?
- Vilken innebörd får ett ökat inflytande och självbestämmande för brukaren?
- Vilka andra verktyg än individuell plan finns för att stärka brukarens inflytande?
- Kan ett ökat användande av individuella planer enligt LSS påverka den generella samverkansproblematik mellan myndigheter som finns idag? Finns det i så fall ett samhällsekonomiskt intresse, av att fler brukare begär och har en individuell plan, t.ex. i form av samordningsvinster?

Referenser

Adelsten Iversen, N. & Einan, S. (2001) *Individuell Service Plan – ISP*. Ett utvecklingsprojekt vid vuxenhabiliteringen, Nordland Sentralsykehus, Norge. Projektrapport.

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

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

Bergendahl, S. (2000) *Om sjukgymnastens yrkesroll och den brukarorienterade arbetsmodellen ISP-Individualiserade Service Program* Linköpings universitet, Institutionen för tema sociologi. Uppsats.

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

Dahlberg, M. & Vedung, E. (2001) *Demokrati och brukarutvärdering*. Lund: Studentlitteratur.

Edholm, C. (2001) *Patientens chans – en förbättrad rehabilitering i Skåne. Karläggning av hälso- och sjukvårdsverksamheter*, Region Skåne. Rapport. Regionkontoret Region Skåne. Inom projektet: Samordnad rehabilitering i Skåne.

Forsberg, E. & Starrin, B. (1997) *Frigörande Kraft. Empowerment som modell i skola, omsorg och arbetsliv*. Stockholm: Gothia.

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

Hagnelöv, K. (2000) *Överensstämmer lagstiftningens intentioner angående re/habiliteringsverksamhet med brukarens upplevda verklighet?* Luleå Tekniska Universitet, Institutionen för hälsovetenskap. C-uppsats.

Hjälpmiddelsinstitutet (2000) *Nationella standarder som utvärderingsinstrument vid syncentralerna*. Rapport nr 201 i serien; Stimulansbidrag för kompetensutveckling inom hjälpmedelsverksamheten.

Hugemark, A. (1998) *Motstridiga tendenser i handikappomsorgen – professionalism versus personlig assistans*. I: Lindqvist, R.(red). Organisation och välfärdsstat. Lund: Studentlitteratur.

Jarhag, S. (2001) *Planering eller frigörelse? En studie om bemyndigande*. Lunds universitet, Socialhögskolan. Avhandling.

Krän, K. & Wallin, K. *Äldre synskadade personers vardag efter rehabiliteringsinsatser*. Projektrapport år 2000. Syncentralen, Vrinnevisjukhuset, Norrköping.

Landstinget Västernorrland. *Rehabiliteringsplan – en möjlighet att dra åt samma håll*. Rapport nr 56, 2000.

Lenéer Axelson, B. & Thylefors, I. (1996) *Om konflikter. Hemma och på jobbet*. Falkenberg: Natur och Kultur.

Lundqvist, L. (1998) *Demokratins väktare*. Lund: Studentlitteratur.

Länsstyrelsen i Göteborg och Bohus län (1996:14) *Individuell plan enligt 10 § LSS. Erfarenheter från Göteborg av att göra individuella planer enligt arbetsmodellen i Socialstyrelsens rapport 1995:1*. Rapport.

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

Proposition 1992/93:159 *Stöd och service till vissa funktionshindrade*.

Rivano-Fischer, M. & Tufvesson, B. & Olsson, B. (1997) *Karakterisering och utvärdering av rehabiliteringsprocesser*. Rapport Rehabcentrum Lund.

Rydén, O. & Stenström, U. (1994) *Hälsopsykologi. Psykologiska aspekter på hälsa och sjukdom*. Stockholm: Bonniers.

Socialstyrelsen (1997) *Trettio brukare om sin rehabilitering*. Rapport i serien: Stimulansbidrag för habilitering och rehabilitering. Artikelnummer 1997-19-3.

Socialstyrelsen (1998) *Samhällets mål eller brukarens verklighet? En fördjupningsstudie av Trettio brukare om sin rehabilitering*. Rapport i serien: Stimulansbidrag för habilitering och rehabilitering. Artikelnummer 1998-19-4.

Socialstyrelsen följer upp och utvärderar 2000:5. ”Lönsam samverkan för individ och samhälle. Samverkan inom rehabiliteringsområdet.”

Socialstyrelsen (2000) *Om rehabiliteringsprocessen – innebörd och tillämpning*. Rapport i serien: Stimulansbidrag för habilitering och rehabilitering. Artikelnummer 2000-19-04.

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

Socialstyrelsen (2001) *Individuell plan på den enskildes villkor. Del 2. Planer enligt LSS och HSL i praktiken*. Underlagsrapport (2001-123-29).

Socialstyrelsen (2001) *Rehabiliteringsprocessen för personer med psykiska funktionshinder. Intervjuer med individer och aktörer i sju områden*. Rapport i serien: Samverkan inom rehabiliteringsområdet.

Sosial- og helsedepartementet i Norge (2001) *Individuelle planer*. Forskrift.

Sosial- og helsedepartementet i Norge (2001) *Veileder for individuell plan 2001*.

SOU 1990:19 *Handikapp och välfärd*.

SOU 1999:21 *Lindqvists nia – nio vägar att utveckla bemötande av personer med funktionshinder*. Slutbetänkande av Utredningen om bemötande av personer med funktionshinder.

Bilaga 1

Deltagare i referensgrupp angående Individuell plan enligt LSS och HSL

Ingrid Desougi	Socialstyrelsens regionala tillsynsenhet i Stockholm
Christina Edholm	Regionkontoret, Region Skåne
Eva Hersler/Lena Olson	Riksförbundet för Rörelsehindrade Barn och Ungdomar, RBU
RosMarie Karlsson	Handikappenheten, Norrköpings kommun
Birgitta Larsson	Socialstyrelsen, Enheten för medicinsk kvalitetsutveckling
Sonja Lindh	Neurologiskt handikappades riksförbund, NHR
Annika Nyström Karlsson	Riksförbundet för utvecklingsstörda Barn, Ungdomar och Vuxna, FUB
Hillevi Penton	Vuxenhabiliteringscenter Hornstull, Stockholm
Margareta Wallin	Barn- och ungdomshabiliteringen, Uppsala
Helene Wirandi	Länsstyrelsen i Stockholms län
Ragnar Olinder	Föreningen Autism, RFA
Karin Öhrner	Handikappenheten, Järfälla kommun
Ulla Clevnert	Socialstyrelsen, Enheten för handikappfrågor, projektansvarig
Ann-Marie Stenhammar	utredare, projektledare

Bilaga 2

”Bruksanvisning” för Individuell plan enligt LSS – ett sätt för dig att påverka din situation

Denna bilaga innehåller en informationstext, om individuell plan enligt LSS. Informationstexten kan användas i sin helhet eller i valda delar, allt efter behov. På sista sidan finns det plats att fylla i till vem den enskilde kan vända sig för mer information och för att begära en plan.

Bilagan innehåller även en lättläst version av texten. Texten är bearbetad av Centrum för lättläst. Denna text bör användas som den är, både när det gäller valet av formuleringar och radernas längd. Texterna finns också på Socialstyrelsens hemsida (www.sos.se).

Individuell plan – LSS

Ett sätt för dig att påverka din situation

Vad är en individuell plan?

Du som har rätt att få insatser enligt LSS (lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade) har rätt att begära och få en individuell plan. En individuell plan består av två delar: dels av planeringsmöten där du tillsammans med andra diskuterar och planerar vad och på vilket sätt du vill förändra din situation, och dels av det dokument som blir resultatet.



En individuell plan kan du ha nytta av när ...

- du tycker att andra bestämmer för mycket och du själv för lite om det du tycker är viktigt i ditt eget eller i familjens liv.
- du i god tid vill planera inför en liten eller stor förändring i ditt liv: om du vill göra något nytt på din fritid, om du är på väg att flytta hemifrån eller något annat som är viktigt för dig.
- du kanske vill prova nya arbetsuppgifter, byta arbetsplats eller ändra på något där du bor, men inte tycker att någon lyssnar utan bara hänvisar till andra.
- du vill att de du har kontakt med för ditt funktionshinder ska samarbeta bättre så att du får mer tid över för andra saker – till exempel ”bara” leva som andra.

I alla dessa situationer kan en individuell plan ge dig möjligheter att bestämma mer – ha mer inflytande – över ditt liv och din vardag.

Vem vänder du dig till om du vill ha en plan?

Om du anser att du behöver en individuell plan vänder du dig till den myndighet i kommunen eller

i landstinget som beslutar om LSS-insatser och begär muntligt eller skriftligt en plan enligt 10§ LSS.

Du kan själv bestämma:

- vem som ska ansvara för att upprätta planen.
- vem eller vilka som ska bjudas in till planeringsmötena.
- vilka av dina behov eller önskemål som är viktigast att uppfylla ”just nu”.

Hur går det till?

Förberedelser

Förbered det första mötet med hjälp av den som du vill ska ansvara för din individuella plan.

Tillsammans kan ni gå igenom:

- vad du vill använda planen till.
- vem eller vilka du vill ska vara med vid planeringsmötet/mötena.
- om du vill tala själv eller om du vill att någon annan ska hjälpa dig med det.
- hur inbjudan ska se ut. De som bjuds in ska veta att mötet handlar om *din* individuella plan och dina önskemål. De behöver veta varför du vill ha en plan. Då kan de förbereda sig och ta reda på saker före mötet som du kan ha nytta av. I inbjudan ska också tid, plats och hur länge mötet varar finnas med. Det är den per-

son som du vill ska ansvara för din plan som skriver och skickar ut inbjudan.

Första mötet

Mötet bör handla om:

- hur du har det nu – vad som är bra och vad du eventuellt vill ändra på.
- hur du vill förändra din situation (dina mål).
- vad som behövs för att det ska bli som du vill ha det, när det ska göras och vem som ansvarar för vad.
- nästa möte och vilka som ska vara med då. Hur ofta ni träffas beror på varför du begärt en individuell plan.

Nästa möte

Nästa möte kan handla om att följa upp hur det har gått med det ni kommit överens om. Hur snart ni ska träffas igen beror på vad din planering handlar om.

Exempel på frågor som ni kan ta upp på mötet: Har det gått som planerat hittills? Har du kommit närmare ditt/dina mål? Har alla gjort det som de åtog sig att göra? Har det inträffat något sen sist som gör att planerna behöver förändras?

Vad har arbetet resulterat i och hur gå vidare?

Vid den tidpunkt då dina önskemål eller behov enligt planen ska vara uppfyllda träffas ni för att ta reda på och värdera hur det har gått. Den som

du har utsett som ansvarig för din plan ser också till att arbetet utvärderas.

Exempel på frågor att svara på: Blev det som du önskade? Om inte, vad beror det på? Har du kunnat bestämma så mycket du önskat? Har något fungerat bättre eller sämre än väntat? Varför? Är du nöjd med resultatet eller vill du gå vidare? Är det i så fall något eller några mål som du vill ändra på?

Din individuella plan

Det som planeras och beslutas vid planeringsmötena och resultaten av det som genomförs skrivs ned och blir din plan, ditt dokument. Den person som hjälper dig att upprätta planen är ansvarig för att detta skrivs ned. Din plan är unik och liknar ingen annans. Men några viktiga punkter bör alltid skrivas ned i planen:

- anledningen till planeringen
- dina önskemål och mål
- datum när planen skrivs
- vilka som är med vid planeringsmötena
- vem som ska göra vad och när det ska vara klart
- tidpunkt för uppföljning och utvärdering
- vem/vilka du tycker ska ha ett exemplar av din plan
- din underskrift när du godkänt innehållet i planen
- underskrift av den som ansvarar för planen.

Vill du veta mer om individuell plan enligt LSS? Ta då kontakt med (fylls i lokalt):

Namn

Telefon/e-post

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

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

Individuell plan

Lättläst



Vad är en individuell plan?

Du har rätt till en individuell plan om du har rätt till hjälp enligt LSS, lagen om stöd och service till funktionshindrade.

En individuell plan talar om vilken hjälp du ska få och hur du ska kunna leva den närmaste tiden.

En individuell plan är ett sätt för dig att bestämma mer över ditt liv och din vardag.

En individuell plan består av två delar.
Dels skriver du eller någon annan ner vad du vill göra.
Dels har du möten med andra som kan hjälpa dig med det du vill göra.

När är det bra med en individuell plan?

En individuell plan kan hjälpa dig om du tycker att andra bestämmer för mycket och du själv för lite om det som är viktigt i ditt liv.
En individuell plan kan hjälpa dig om du ska ändra på något i ditt liv, till exempel att börja göra något nytt på din fritid eller att flytta hemifrån.

En individuell plan kan hjälpa dig om du vill prova på att arbeta med något nytt eller börja arbeta på ett nytt ställe.

Du kan få hjälp med att ändra på något där du bor.

En individuell plan kan hjälpa dig om du tycker att ingen lyssnar på vad du vill.

En individuell plan kan vara bra om du vill att personal och andra som hjälper dig ska samarbeta bättre.

Hur gör du för att få en individuell plan?

Du säger till din LSS-handläggare att du vill ha en individuell plan. Du väljer någon som ska hjälpa dig med att skriva din individuella plan. Ni ska prata om vad du vill göra. Ni ska bestämma vem som ska vara med på mötena som ni ska ha. Du bestämmer om du ska prata själv på mötena eller om du vill ha hjälp med det.

Den person som hjälper dig ska skicka ut en inbjudan till de andra som ni har bestämt ska vara med. I den inbjudan ska det stå att du vill ha en individuell plan. De som blir inbjudna måste få veta varför du vill ha en plan. Då kan de ta reda på saker som du kan ha nytta av och berätta om dem på mötet.

I inbjudan ska det stå när och var mötet ska vara och hur länge det ska hålla på.

Första mötet

På det första mötet ska ni prata om hur du har det nu. Du ska berätta vad som är bra och vad du vill ändra på. Ni ska bestämma vad ni ska göra för att det ska bli som du vill ha det. Ni ska tänka efter hur lång tid det kommer att ta. Ni ska bestämma vem som ska göra vad och när det ska göras. Ni ska bestämma när ni ska ha nästa möte och vilka som ska vara med då.

Nästa möte

På nästa möte ska ni prata om vad som har hänt efter det första mötet. Alla som har gjort någonting som ni bestämde på det första mötet ska berätta hur det har gått. Ni ska prata om hur allt har fungerat.

Om det behövs kan ni ha flera möten.

Hur har det gått?

På första mötet bestämmer ni hur lång tid det ska ta för att göra klart din individuella plan. När det har gått så lång tid ska ni träffas igen. Då ska ni prata om hur din plan har fungerat.

Du ska berätta om det blev som du ville. Ni ska prata om vad som gick bra och vad som var dåligt. Du ska bestämma om du är nöjd eller om du vill ändra på något. Du kanske har fått andra idéer om vad du vill göra. Du ska berätta om du tycker att du fick bestämma så mycket som du ville.

Hur ska din plan se ut?

Den person som hjälper dig med din plan ska skriva ner vad ni säger på alla möten. Det är viktigt att allt skrivs ner och sparas. Då vet ni säkert efteråt vad ni har sagt och bestämt, och du kan visa planen för andra.

Din plan behöver inte se ut som någon annans plan,
men några viktiga saker ska alltid skrivas ner.

Det ska stå varför du vill ha en plan
och vad du längtar efter och vill göra.

Det ska stå vilken dag personen som hjälper dig
börjar skriva planen.

Det ska stå vilka som är med på mötena.

Det ska stå vem som ska göra vad
och när det ska vara klart.

Det ska stå hur lång tid det ska ta
innan allt är klart.

När den tiden har gått ska ni ha ett möte
och prata om hur din plan har fungerat.

Det ska stå vem eller vilka
som du tycker ska läsa din plan.

Du ska skriva ditt namn på planen
när det står som du vill.

Den som hjälper dig med din plan
ska också skriva sitt namn på planen.

Vill du veta mer?

Om du vill veta mer om hur det går till
att få en individuell plan

kan du ringa eller skriva till

.....

.....



*Denna text är omskriven till lättläst
av Helena Löfgren, Centrum för lättläst*

Bilaga 3

Kom-ihåg-lista för handläggare/samordnare

Kom ihåg:

- att det är anledningen till att brukaren vill ha en Individuell plan som ska styra hur planen ska se ut och vilka som ska vara med, hur man ska komma fram till lösning, när och var mötena ska vara,
- att det är ”brukarens” egen plan och att målet inte måste vara verklighetsanpassat,
- att ge akt på din egen rädsla för att personens mål är ”orealistiska”,
- att skilja på ”långsiktiga ” och ”kortsiktiga” mål,
- att ett tips är: Tänk dig att det är en anhörigs plan ni gör ...
- att om många deltar i mötet – föreslå att ni är två som håller i trådarna,
- att skriva anteckningar på blädderblock under mötet så att alla ser och kan godkänna vad som noterats.
- osv.

Bilaga 4

Planering på brukarens villkor innebär:

- att ta reda på hur det är nu
- att ta reda på hur det borde vara – formulera mål; dels konkreta och kortsiktiga, dels långsiktiga mål
- planera och bestämma hur man når målen – bestämma vem som gör vad och när det ska vara utfört
- under genomförandet följa upp hur det fungerar – och vid behov ändra
- efter en tid värdera om effekten blev som planerat – om målen uppnåtts
- vid behov revidera planen och ta reda på hur det är nu, etc.

Inledningsvis behöver ofta brukaren och den person som brukaren föreslagit som samordnare av sin plan träffas och ”förplanera” utifrån skälen till att den enskilde vill ha en individuell plan enligt LSS. Anledningen styr resten av processen dvs: *vilka* som behöver vara med, *vad* som är viktigt att ta upp just nu, *hur* – vilka insatser eller åtgärder som behövs och hur de ska utformas, *när* det beslutade ska vara genomfört och *när* och *hur ofta* man ska träffas samt *var* planeringsmötet/mötena ska äga rum. Brukarens behov och önskemål styr också på liknande sätt individuell habiliterings- och rehabiliteringsplanering.

Om den individuella planen enligt LSS blir *övergripande* och spänner över många livsområden som är aktuella för den enskilde eller enbart omfattar *en specifik situation i vardagen* beror också på anledningen till att brukaren önskar en individuell plan. Om individuell plan enligt LSS har ett överblickande och samordnande syfte bör den vara tillräckligt innehållsrik och nyanserad så att en helhet skapas mellan den individuella planen och andra verksamhetsanknutna planer som den enskilde kan ha, t.ex. en habiliterings- eller rehabiliteringsplan.

Den enskildes mål på kort och lång sikt, liksom planering och fattade beslut *dokumenteras* i brukarens individuella plan på ett sådant sätt att hon eller han känner igen innehållet som ”sitt”. Av planen bör följande framgå:

- syftet med planeringen,
- vem som gör och ansvarar för vad,
- tidpunkt för genomförande,
- tid för uppföljning och utvärdering och
- vilka som får ta del av planen.

Dessutom bör det framgå, om det är relevant för syftet, vilka andra planer den enskilde har. Brukaren godkänner genom sin underskrift. Även den som har samordningsansvaret skriver under.