



FoU SJUHÄRAD
VÄLFÄRD

Individuell plan enligt SoL och HSL

Till nytta för brukarna?

Sara Esbjörnson
Anders Hagqvist



RAPPORT NR 29, 2013
ISBN 978-91-85025-25-1

Redigering
PIA MATTZON, FoU SJUHÄRAD VÄLFÄRD

Tryck
RESPONSTRYCK, NOVEMBER 2013

Individuell plan enligt SoL och HSL

Till nytta för brukarna?

FoU Sjukhärad Vålfärd | Slutrapport

Författare

Sara Esbjörnson

Anders Hagqvist

© Författarna

Mångfaldigande och spridande av innehållet i denna rapport
– helt eller delvis – är förbjudet utan medgivande av författarna.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

FoU Sjuhärad Velfärd | Rapport nr 29, 2013

Sammanfattning.....	7
Inledning.....	11
Bakgrund	13
Västra Götaland – en kort beskrivning	17
Individuella planer i övriga Norden	18
Vold Hansens syn på individuella planer i Norge.....	19
Syfte.....	23
Målgrupp och avgränsning.....	23
Procedur och metod	25
Projektorganisation	25
Intervjuer	27
Brukarenkät	28
Granskning av upprättade planer	29
Metoddiskussion	30
Resultat	33
Intervjuer	33
Brukarenkät	39
Granskning av upprättade planer	43
Diskussion.....	51
Innehåll i en samordnad individuell plan.....	51
Övergripande ansvar – huvudman eller koordinator.....	53
Planering och aktörer	54
När ska en samordnad individuell plan upprättas?	56
Samtycke – till vad?	57
Brukarmedverkan – delaktighet och inflytande.....	58
Gemensam planering eller förhandling?	60
Lokala överenskommelser, brukarfokus och samverkan	60
Förslag vid fortsatt utvecklingsarbete med SIP.....	65
Bilagor	68

Sammanfattning

När en person har behov av insatser från både kommuner och landsting samt behov av att insatserna samordnas ska de två huvudmännen i enlighet med aktuell lagstiftning, gemensamt och tillsammans med den enskilde, planera de insatser som behövs. Förutsatt att den enskilde inte motsätter sig det ska planeringen resultera i en individuell plan enligt SoL¹ eller HSL², vilket är synonymt med begreppet *samordnad individuell plan*, som förkortas SIP. Huvudmännen ska även upprätta avtal med varandra om hur samverkan ska ske på regional, delregional och lokal nivå, samt utarbeta rutiner för planeringen på lokal nivå.

Under våren 2013 fick FoU Sjuhärad Välfärd i uppdrag att genomföra en begränsad kartläggning i Västra Götalands län av hur SIP tillämpas för personer med psykisk funktionsnedsättning. Avsikten med kartläggningen var inte kontrollerande utan för lärande och fortsatt utveckling av planering för den enskildes bästa. Kartläggningen utgick från frågeställningarna vad görs, hur görs det och vad borde göras?

Kartläggningen visade att det i Västra Götaland dels finns en regional överenskommelse om samarbete och samordning av insatser till personer med psykisk funktionsnedsättning mellan kommunerna och Västra Götalandsregionen och dels överenskommelser på delregional nivå. På lokal nivå i länet har överenskommelser slutits eller aktualiserats på flera håll, men på några håll saknas gällande överenskommelser om samverkan och gemensam planering.

I rapporten beskrivs lagstiftning, definitionen av SIP, hur motsvarande planering sker i Norden samt den norske forskaren Gunnar Vold Hansen teorier kring gemensam planering. Resultaten bygger på tre delstudier som pågick parallellt och som kompletterade varandra. Den ena delstudien byggde på tolv intervjuer med verksamhetsföreträdare, den andra delstudien byggde på enkäter till brukare, varav 26 besvarades och i den tredje delstudien granskades 19 upprättade och avidentifierade SIP:ar. En styrgrupp, en referensgrupp med verksamhetsföreträdare från kommuner

¹ Socialtjänstlagen

² Hälso- och sjukvårdslagen

och öppenspsykiatri samt en referensgrupp med brukarföreträdare följde kartläggningen.

Resultaten från intervjuerna visade bland annat att flertalet kartlagda verksamheter sedan lång tid har samarbetat kring enskilda, men att formella överenskommelser ofta saknades. På andra håll genomfördes inte alltid gemensamma planeringar, trots upprättade överenskommelser och behov av samordning kring den enskilde. En del verksamheter utgick från planer de redan upprättat inom den egna verksamheten och lät andra verksamheter ta vid där de själva slutat. Det verkar dock som om de verksamheter som arbetade utifrån rekommendationer kring SIP eller med planering enligt Vård- och stödsamordning, hade implementerat ett nytt sätt att arbeta. Istället för att arbeta vidare på redan befintliga planer använde de SIP för ett nytt avstamp, de började gemensamt om från början för att se vad verksamheterna kunde göra för den enskilde. Det nya arbetssättet verkade medföra att både den gemensamma planeringen och den enskildes medbestämmande blev bättre. De flesta intervjuade ansåg att avsikten med gemensam planering både var att organisera/samordna insatser mellan verksamheter och att få en hög grad av brukarinflytande. Samtidigt framkom att de flesta i praktiken huvudsakligen hade en organisatorisk betoning.

I enkäterna framkom att majoriteten av respondenterna upplevde att de både hade haft nytta av planen, att de fick komma till tals under mötet och att de haft inflytande över vad som bestämdes. Brukarmedverkan verkade dock vara högre än brukarinflytande. Resultaten tyder på att SIP har en funktion att fylla, men att den trots det inte alltid uppfyller den enskildes upplevda behov.

De planer som upprättas efter en gemensam planering följer ofta en lokalt vedertagen mall. Av granskade SIP:ar framkom samtidigt att flertalet mallar inte uppfyllde de kriterier som kan ställas för att en SIP ska räknas som väl utformad. I några SIP:ar framgick inte vem planen avsåg. Några saknade information om datum och/eller vilka som varit närvarande vid upprättandet av planen. Många planer saknade anteckning om, eller plats för, brukarens medgivande till de olika aktörerna att utbyta information. Samtliga planer innehöll någon form av målformulering, men få hade

tydligt mätbara delmål uppställda. I allmänhet innehöll SIP:arna information om planerade insatser, men få förtydligade vilka insatser den enskilde önskade.

Huvudaktörer i gemensam planering var i allmänhet den enskilde, kommunens socialpsykiatri samt psykiatrisk öppen- eller slutenvård. God man deltog ofta och ibland anhöriga. Andra berörda som till exempel Försäkringskassan, bjöds in vid behov. De tre delstudierna visade på samma resultat; att primärvården sällan deltog aktivt i gemensam samordnad planering. Enkäterna och granskade SIP:ar kunde inte visa om primärvården hade valt att inte delta eller om de inte bjudits in till planeringen. Däremot konstaterade de intervjuade att primärvården i allmänhet inte deltog i gemensam planering även om de bjudits in och uppfattningen om behovet av primärvårdens deltagande var delat.

Kartläggningens insamlade underlag blev inte så stort som planerat. Trots det ger det ändå en spännande bild av att verksamheterna ser utveckling av gemensam planering för enskild som angelägen. Verksamheterna verkar ta sig an utvecklingen på olika sätt, och från olika utgångspunkter, där de betonar antingen samordning eller brukarinflytande.

Sammanfattningsvis sägas att man kommit olika långt i arbetet med SIP i Västra Götaland. Några befinner sig initialt i processen att utarbeta rutiner och ta fram gemensamma mallar, medan andra har arbetat aktivt med dessa delar under en längre period. Oavsett hur långt verksamheterna kommit med den gemensamma samordnade planeringen finns det ändå alltid områden som kan förbättras. Samordnad individuell planering är ett processarbete, det innehåller flera delar som inte är statiska utan som utvecklas efter hand.

Avslutningsvis sammanfattas i rapporten rekommendationer för fortsatt utvecklingsarbete med SIP. Några saker som verksamheter uppmanas att fundera över är:

- om brukarorganisationer ska bjudas in i planeringsarbetet och att låta deras erfarenheter påverka arbetet med SIP
- hur brukarinflytande kan möjliggöras och synliggöras
- om utbildning i att upprätta SIP:ar ska erbjudas professionella samt brukare och deras representanter

Inledning

FoU Sjuhärad Vålfärd (FoUS) fick under hösten 2012 i uppdrag att kartlägga hur individuella planer för personer med psykisk funktionsnedsättning tillämpas inom länet Västra Götaland. Uppdragsgivare var Väst-Kom och Västra Götalandsregionen och uppdraget kom till FoU Sjuhärad Vålfärd (FoUS) via Vårdsamverkan Fyrbodalen. I första hand handlade uppdraget om att få ett samlat kunskapsunderlag, med förhoppning att därigenom synliggöra eventuella behov av att utveckla arbetet med individuella planer. Projektet pågick från mitten av november 2012 till och med september 2013, med en resursanvändning på cirka 80 procent av heltid. Initialt tilldelades Sara Esbjörnson uppdraget. Senare i processen tillkom Anders Hagqvist, varpå uppdraget fördelades på två personer.

Det har under flera år funnits en lagstadgad skyldighet för kommuner och landsting att upprätta planer för enskilda och att samverka. Däremot saknades det lagstiftning där de båda huvudmännens ansvar för att gemensamt upprätta planer för den enskilda framgick³. När planer upprättas på var sitt håll finns risk för bland annat missuppfattningar, otydlighet kring ansvarsfördelning och att överenskommelser faller i glömska. För att förtydliga huvudmännens åtagande och för att säkerställa att den enskilde får den hjälp och de insatser som huvudmännen kommit överens om, ändrades lagtexten i både Socialtjänstlagen (SoL) och Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) med likalydande formulering den 1 januari 2010.

En väl utarbetad individuell plan enligt SoL och HSL är avsedd att vara ett viktigt instrument vid samverkan mellan kommun och landsting, och kan endast upprättas om den enskilde samtycker till det. Tanken är att en individuell plan både ska synliggöra behov hos den enskilde och ansvarsfördelning mellan huvudmännen, varpå planen ska vara till nytta både för huvudmännens aktörer samt för den enskilde. För den enskilde kan det även vara värdefullt om andra aktörer, som exempelvis arbetsförmedling och försäkringskassa, deltar i planeringsarbetet och vid upprättandet av en individuell plan enligt SoL och HSL, där de insatser de kan bidra med dokumenteras⁴.

³ Regeringens proposition 2008/09:193 Vissa psykiatrirågor m.m.

⁴ Ibid.

Individuella planer enligt SoL och HSL finns alltså både till för att huvudmännen ska ta sitt ansvar och för att förhindra att brukare hamnar ”mellan stolarna”. Detta projekt har därför fokuserat på hur individuella planer används dels på *organisationsnivå* och dels på *individnivå*. Ett viktigt inslag har även varit att föra in ett brukarperspektiv, där möjlighet till brukarmedverkan och brukarinflytande för den enskilde undersökts när planer upprättas och följs upp.

Personer med psykisk funktionsnedsättning benämns olika beroende på vilken samhällsfunktion de möter eller i vilket sammanhang de förekommer. Några exempel är *patient*, *klient*, *brukare*, *den enskilde* och *den drabbade*. I följande text används *brukare* eller *den enskilde*, oavsett i vilket sammanhang denne förekommer.

Bakgrund

Enligt Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) och Socialstyrelsens termbank⁵ kan benämningen *individuella planer enligt SoL och HSL* användas synonymt med begreppet *samordnad individuell plan* (SIP)⁶.

I följande text kommer därför individuell plan enligt SoL och HSL att benämnas med förkortningen SIP, framför allt för att det är enklast i text.

Det finns en mängd planer enligt olika lagstiftningar som kan upprättas för den enskilde när denne är i behov av vård och omsorg i olika sammanhang. På SKLs hemsida återfinns ett begreppsdiagram över de planer som finns inom vård och omsorg⁷. Här nämns – utöver SIP – vård och omsorgsplan, samordnad plan vid LPT⁸ och LRV⁹, samordnad plan vid utskrivning, vårdplan, habiliterings- och rehabiliteringsplan, individuell plan enligt LSS¹⁰, arbetsplan och genomförandeplan. Då det återkommande hänvisas till vårdplan och genomförandeplan i redovisning av resultat i denna rapport, krävs en utförligare förklaring av dessa begrepp. En vårdplan ska beskriva planerade hälso- och sjukvårdsinsatser för den enskilde och ska om möjligt utformas tillsammans med den enskilde, alternativt dennes närstående. En vårdplan ska innehålla mål för planerade insatser utifrån den enskildes behov. En genomförandeplan upprättas inom socialtjänsten och ska utformas tillsammans med den enskilde, där så är möjligt. Den som ansvarar för planerade insatser beskriver tillsammans med den enskilde hur beviljade insatser ska verkställas.

I Socialstyrelsens termbank återfinns begreppsdefinition för var och en av planerna¹¹. Med alla dessa planer finns risk för begreppsförvirring vilket kräver ett förtydligande av innebörden av en SIP, vilket görs nedan. Dessutom upplever vi som arbetat i projektet att det vid datainsamling framkom att begreppen *planering* och *plan* blandas samman och används felaktigt. En *plan* är resultatet av en genomtänkt ordning (d.v.s. produkten),

⁵ <http://www.sos.se/termbank/>

⁶ Fotnot justeras

⁷ Fotnot justeras

⁸ Lag om psykiatrisk tvångsvård

⁹ Lag om rättspsykiatrisk vård

¹⁰ Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade

¹¹ <http://www.sos.se/termbank/>

medan planering är den process, det arbete, som ligger till grund för själva planen.

Enligt socialstyrelsens definition är en SIP *”en vård och omsorgsplan som beskriver insatser/lätgärder som den enskilde har behov av från både hälso- och sjukvård och socialtjänst och som tagits fram genom en samordnad vård- och omsorgsplanering”*¹². I definitionen framgår att SIP riktar sig till flera målgrupper, men i denna rapport åsyftas SIP som utarbetats inom psykiatrisk verksamhet enligt SoL och HSL. Det handlar alltså om personer som främst har behov av insatser både från kommunen (oftast socialpsykiatri) och från regionens specialistpsykiatri, och som samtidigt ofta har behov av somatisk vård, tandvård, läkemedel och hjälpmedel. En SIP ökar möjligheterna till samarbete kring dessa personer. Nationellt har satsningar gjorts, främst till barn och unga, där riktade medel använts för att öka medvetenheten och användandet av SIP¹³.

En väl utarbetad SIP kan vara ett viktigt instrument för att få till en bra samverkan mellan framför allt kommun och landsting¹⁴. Även andra aktörer som är viktiga för den enskilde kan bjudas in i samverkansarbetet, exempelvis försäkringskassa, arbetsförmedling och kriminalvård. Kravet att upprätta SIP förekommer både i hälso- och sjukvårdslagen (3 f § HSL) och socialtjänstlagen (2 kap. 7 § SoL). Här framgår att en SIP ska upprättas skyndsamt när den enskilde har behov av insatser från de båda huvudmännen samtidigt för att få sina behov tillgodosedda, och den enskilde ska samtycka till upprättandet av planen. Även närstående/anhöriga kan ges möjlighet att delta i utformningen av planen om den enskilde samtycker till detta och om det är lämpligt.

Angivna skäl för ändringar i lagen

Redan innan lagtexten kring individuell plan ändrades i SoL och HSL den 1 januari 2010 existerade lagstiftning för både socialnämndens och landstingets hälso- och sjukvårds skyldigheter att upprätta planer för enskilda. I lagarna uttrycktes en skyldighet att samverka med varandra och andra

¹² <http://www.sos.se/termbank/>

¹³ Utvecklingsarbetet är kopplat till Psyk-projektet som arbetar med att synkronisera insatser för barn och ungas psykiska hälsa, http://www.skl.se/psynk/teman_1/barn-med-sammansatt-problematik/utvecklingsarbetet-rorande-samordnad-individuell-plan se även Använd SIP – ett verktyg vid samverkan Barn och unga 0-18 år, SKL 2013-05-27

¹⁴ Vid användandet av begreppet landsting åsyftas även region

samhällsorgan, organisationer och föreningar. Det fanns alltså redan tidigare individuella planer och vårdplaner för att på olika sätt säkerställa den enskildes behov. Däremot saknades det lagstiftning kring att gemensamt upprätta individuella planer för dem som har behov av det. Förslag till ändringar resulterade i nya formuleringar enligt 3 f § HSL och 2 kap. 7 § SoL. Ändringarna syftar till att ”säkerställa samarbete mellan huvudmännen, så att individers samlade behov av hälso- och sjukvård och socialtjänst tillgodoses”¹⁵. Angivna skäl för ändringar i lagen var alltså att tydliggöra huvudmännens gemensamma ansvar för att tillgodose den enskildes behov av insatser från både hälso- och sjukvård.

Det var i en strävan att på ett bättre sätt planera och samordna insatser till personer som har behov av dem från de båda huvudmännen som lagbestämmelser om individuella planer enligt SoL och HSL infördes. Även om en SIP är ett verktyg för tjänstemän att synliggöra ansvarsfördelning och åtagande, är en SIP till syvende och sist till för att den enskilde ska få det hen¹⁶ är i behov av.

Överenskommelser och riktlinjer

Sökningar på internet visar att det på sina håll nationellt sett pågår arbete med att ta fram samarbetsavtal, överenskommelser, riktlinjer och mallar för arbetet kring SIP. I Västra Götaland finns både avtal och överenskommelser som styr samarbete och samverkan, bland annat *Hälso- och sjukvårdssavtalet* och *Överenskommelse om samarbete och samordning av insatser till personer med psykisk funktionsnedsättning*, där individuella planer nämns.

Inom Västra Götaland finns även delregionala överenskommelser samt utarbetade rutiner för SIP (Södra Älvsborg, SIMBA¹⁷ och LGS¹⁸ har en delregional överenskommelse, medan Fyrbodal har en mall för lokala psykiatrifrågor). Lokala överenskommelser förekommer på sina håll mellan psykiatri/region och varje kommun, ofta är även primärvården¹⁹ en av ingående parter.

¹⁵ Regeringens proposition 2008/09:193

¹⁶ I föreliggande rapport används det könsneutrala ordet hen, när både han och hon åsyftas.

¹⁷ Samverkan i Mellersta Bohuslän och Ale

¹⁸ Ledningsgruppen för samverkan (inom hälso- och sjukvård mellan Partille, Öckerö, Mölndal, Härryda och Göteborgs kommun och Västra Götalandsregionen).

¹⁹ Med primärvården åsyftas främst själva basen för primärvård, det vill säga vårdcentralerna (<http://www.vregion.se/sv/Vastra-Gotalandsregionen/startside/Vard-och-halsa/Primarvard1/>)

Att upprätta en SIP

Tanken med en SIP är att den enskilde tydligt ska se både vilka krav hen kan ställa på huvudmännen och även ansvarsfördelningen huvudmännen emellan. En SIP bygger på frivillighet. Den kan aldrig upprättas mot den enskildes vilja och kräver samtycke. I så stor utsträckning som möjligt ska en SIP upprättas tillsammans med den enskilde, där hen ges möjlighet att delta aktivt²⁰. Vidare ska planeringen utgå från den enskildes önskemål och behov. Om den enskilde inte orkar eller vill delta i planeringsarbetet kan hen ändå ge sitt samtycke till att en SIP upprättas. I sammanhanget ska det dock understrykas att en SIP inte vidgar huvudmännens möjligheter till informationsutbyte. Alla kontakter mellan landsting, kommun och andra myndigheter ska göras med hänsyn till gällande sekretessbestämmelser. I många fall innebär det att den enskilde även måste ge sitt samtycke för utbyte av sekretessbelagda uppgifter myndigheterna emellan. Arbetet med en SIP ska påbörjas så snart som möjligt och i dialog med den enskilde. Även närstående kan vara med i dialogen om det är lämpligt, förutsatt att den enskilde inte har något emot det. Tanken med en SIP är att utgå från hela livssituationen, där närstående ofta spelar en viktig roll.

Insatser och ansvarsfördelning

Både i 3 f § HSL och 2 kap. 7 § SOL står det att det i en SIP ska framgå *”vilka insatser den enskilde behöver, vilka insatser respektive huvudman ska svara för, vilka åtgärder som vidtas av någon annan än företrädare från landsting eller kommun samt vem av huvudmännen som ska ha det övergripande ansvaret för planen”*. Här framgår också att om den enskilde har andra utarbetade planer så ska de kopplas till den enskildes SIP.

För att en SIP ska bli ett effektivt stöd till alla inblandade förtydligar SKL²¹ att omfattningen ska framgå på de insatser som den enskilde behöver. Vidare ska det så konkret och tydligt som möjligt framgå vilka insatser som var och en av huvudmännen svarar för, samt eventuella insatser som andra aktörer svarar för. Tillsammans ska huvudmännen och den enskilde därför identifiera åtgärder som till exempel försäkringskassa, arbetsförmedling eller brukarorganisationer kan bistå med. Emellertid är

²⁰ SKLs cirkulär 09:66

²¹ SKLs cirkulär 09:66

det alltid den enskilde som bestämmer vilka insatser som ska redovisas i planen.

Det ska tydligt framgå för den enskilde, eventuella närstående och god man, vem av huvudmännen som har det övergripande ansvaret för SIP:en. Den huvudman som antas ha mest kontakt med den enskilde efter mötet bör ha det övergripande ansvaret. Verksamheternas arbetsbelastning samt den enskildes önskemål och behov kan dock avgöra vem som får huvudansvaret. Ansvaret innebär bland annat att sammankalla till möten och ha huvudsaklig kontakt med den enskilde och anhöriga kring saker som rör SIP:en.

Mål

Enligt SKL²² bör den individuella planen innehålla både kortsiktiga och långsiktiga mål för insatserna. Målen bör formuleras både av den enskilde och av professionella och måste inte vara lika, vare sig det gäller formulering eller innehåll. Däremot bör det förtydligas om målen skiljer sig åt markant. Tanken är att en individuell plan ska kunna användas på två olika sätt. Det ena för en långsiktig planering med stödinsatser utifrån den enskildes livssituation, det andra för att snabbt komma tillrätta med ett tillfälligt uppkommet problem.

Uppföljning

I en SIP bör det framgå hur uppföljning ska ske²³. Om den enskilde har andra planer ska de sammankopplas med SIP:en.

Västra Götaland – en kort beskrivning

Västra Götaland består av 49 kommuner. I länet bor drygt 1,6 miljoner invånare, vilket motsvarar ungefär 17 procent av Sveriges befolkning²⁴. Residensstaden är Göteborg, som även är den mest befolkade tätorten. Andra stora städer i området är bl. a. Borås, Mölndal, Trollhättan och Skövde. Västra Götaland delas in i de fyra delregionerna²⁵ Fyrbodalen, Göteborgsregionen, Sjuhärad och Skaraborg. Landstinget kallas Västra Göta-

²² SKLs cirkulär 09:66

²³ Socialstyrelsens hemsida, 2012

²⁴ Fotnot justeras

²⁵ Fotnot justeras

landsregionen, där regionhuvudstaden är Vänersborg. I regionen finns 18 sjukhus. Sjukhusen är dels indelade i de fyra sjukhusgrupperna Sahlgrenska Universitetssjukhuset, NU-sjukvården, Södra Älvsborgs Sjukhus och Skaraborgs Sjukhus. Utöver detta finns Kungälv's sjukhus, Alingsås lasarett, Frölunda specialistsjukhus och Angereds Närsjukhus²⁶. I Västra Götalandsregionen finns även cirka 200 vårdcentraler med såväl privata som offentliga utförare, samt ett antal psykiatriska öppenvårdsmottagningar. Pågående omstruktureringar och sammanslagningar för de psykiatriska öppenvårdsmottagningarna gör att det är svårt att ange det exakta antalet.

Individuella planer i övriga Norden

Att upprätta individuella planer för enskilda är inte unikt för Sverige, utan förekommer även i övriga nordiska länder²⁷.

Norge

Liksom i Sverige finns det i Norge lagstadgat att enskilda har rätt till individuella planer²⁸. Det uttrycks i pasientrettighetsloven § 2–5 och finns lagstadgat i lov om kommunehelsetjenesten. Här framgår att det finns en skyldighet att utforma individuella planer för patienter med behov över lång tid som kräver samordning. Målet med en individuell plan är att synliggöra insatser som är individuellt anpassade, som bygger på brukarmedverkan och som är övergripande och samordnade. I Norge har en person, en koordinator, samordningsansvar för planen och insatserna. Ändringarna i lagen om enskildas rätt till individuella planer infördes 2001 i Norge.

Utifrån norsk lagstiftning ska en individuell plan ses som en översikt över den enskildes mål, resurser och behov av insatser, där även närståendes resurser kan räknas in²⁹. Här ska framgå vad utförare och mottagare ska bidra med, hur det ska göras och vem som har ansvaret för att insatserna

²⁶ <http://www.vgregion.se/sv/Vastra-Gotalandsregionen/startside/Vard-och-halsa/Sjukhus/>, (130814)

²⁷ Även psykiatrireformer har genomförts i de nordiska länderna, se Lindqvist, R., Bengtsson, S., Fredén, L., Larsen, F., Rosenberg, D., Ruud, T., Wahlbeck, K. (2011). Från reformintention till praxis – Hur reformer inom psykiatri och socialtjänst översatts till konkret stöd i Norden”. Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap.

²⁸ Vold Hansen, G. (2007). Samarbeid uten fellesskap. Om individuelle planer i kommunalt psykisk helsearbeid. Doktorsavhandling. Karlstad University Studies.

²⁹ Ibid.

utformas som det var tänkt. Insatserna ska vara en följd av de mål och behov som patienten har formulerat. Planen i sig ger inte rätt till insatser, utan styrs av lag.

Danmark

I Danmark kallas individuella planer för handleplaner³⁰. Videncenter for Socialpsykiatri har, enligt norske forskaren Vold Hansen, genomfört evalueringar och tillhandahållit ett nätbaserat diskussionsforum för utbyte av erfarenheter kring handleplaner³¹. I Danmark har man testat att lära upp både brukare och tjänstemän kring hur man kan använda individuella planer, där resultatet blev ett mer jämlikt förhållande vid upprättandet av planer.

Finland

På den finska motsvarigheten till Socialstyrelsens hemsida³² finns information på svenska om *serviceplaner* som utgår från den enskildes situation³³. I planen ska det kartläggas vilken hjälp den enskilde har idag och hur den enskilde uppfattar hjälpen, vilken hjälp den enskilde önskar framöver samt eventuella insatser för handikappade. Av beskrivningen framgår att även behov av rehabilitering och hälsovård ska kartläggas, men att den enskilde då själv får ta kontakt med den instans där hjälpen kan ges. Serviceplaner handlar om kommunens ansvar, inte bara för personer med psykisk funktionsnedsättning utan även för andra målgrupper. Serviceplan liknar en SIP i tankegång och utformning, men utan landstingets medverkan. På samma gång påminner den om en individuell plan enligt 10 § LSS. Möjligen finns en motsvarighet till SIP där landsting och kommun samverkar, men det har inte framkommit vid gjorda sökningar.

Vold Hansens syn på individuella planer i Norge

År 2003 började Gunnar Vold Hansen³⁴ att studera hur målen i planerna togs tillvara i kommunalt psykiskt hälsoarbete i Norge. Han upptäckte

³⁰ www.socialstyrelsen.dk

³¹ Vold Hansen, G. (2007). Samarbeid uten fellesskap. Om individuelle planer i kommunalt psykisk helsearbeid. Doktorsavhandling. Karlstad University Studies.

³² www.socialporten.fi

³³ <http://www.sosiaaliportti.fi/sv-FI/handbok-for-handikappservice/serviceplanering/serviceplanen/>

³⁴ Var gång det refereras till Vold Hansen under avsnittet individuella planer i kommunalt psykisk helsearbeid gäller denna referens: Vold Hansen, G. (2007). Samarbeid uten fellesskap. Om individuelle planer i kommunalt psykisk helsearbeid. Doktorsavhandling. Karlstad University Studies.

att det inte arbetades särskilt aktivt med att upprätta planer. Enligt Vold Hansen präglas psykisk ohälsa av svängningar i både sjukdomsbild och funktionsförmåga samt resurser och behov av insatser, vilket bidrar till svårigheter med målsättningen i en individuell plan. Därför menar han att en plan måste kunna hantera förändringar och anpassas till den utveckling som sker.

Enligt Vold Hansen kan norsk lagstiftning kring individuella planer tolkas på två sätt. Begreppet *individuell plan* kan antingen referera till det upprättade dokumentet/mallen *eller* uppfattas som en genomförd planeringsprocess. Vold Hansen menar att många är uppslukade av själva planeringsdokumentet och det som reglerar dess innehåll. Om planen däremot uppfattas som en planeringsprocess flyttas fokus till den individuella planeringen, där utarbetande och genomförande blir det centrala. Han ser en viktig poäng med att individuella planer utvecklas i takt med att brukarens behov och mål förändras.

Vold Hansens uppfattning är att arbetet med individuella planer bör genomföras i tre faser. Den första fasen handlar om att kartlägga den enskildes mål, resurser och behov. I den andra fasen ska det värderas hur man på bästa sätt kan förverkliga uppsatta mål. Den tredje fasen går ut på att utforma och genomföra konkreta insatser.

Vold Hansen menade att brukare kan delas in i tre grupperingar– *nya brukare*, *stabila brukare* och *brukare i utveckling* – för vilka en individuell plan har olika betydelse och nytta.

Nya brukare har inga tidigare insatser och aktualiseras ofta vid vårdplaneringar. Han uppfattade att dessa brukare var i dålig form, inte visste vad de ville och inte var rustade för ett liv utanför sjukhusavdelningen. De hade svårt att formulera konkreta behov och önskemål samtidigt som de upplevde en osäkerhet för framtiden.

Stabila brukare hade enligt Vold Hansen haft insatser under många år, men en både lång och omfattande sjukdomshistorik. Han uppfattade att tjänstemän önskade en stabilitet kring dessa personer och därför inte alltid uppmärksammade deras önskan om förändring, som exempelvis att flytta, få ett jobb eller hitta en livspartner. Brukarnas egenformulerade långsiktiga mål ignorerades.

Brukare i utveckling beskrev Vold Hansen som personer som mer aktivt vill ändra sin livssituation. I arbetet med den individuella planen var flera aktörer aktiva och brukarna visste själva vad de ville uppnå med sina liv och kunde formulera konkreta mål i sin plan. Vold Hansen menade att det framför allt är personer i utveckling som kan hävda sin brukarmedverkan.

Att få individuellt anpassade insatser verkade styras av annat än själva planen enligt Vold Hansen. Exempelvis verkade flera aktiva aktörer vid planeringsarbetet öppna upp för pragmatiska lösningar samtidigt som tillgängliga resurser och utbud verkade begränsa individuella lösningar.

Brukarmedverkan – att delta i beslutsprocessen

Vold Hansen ser brukarmedverkan som att beslut fattas på ett sådant sätt att brukaren faktiskt deltar i själva beslutsprocessen. Brukarmedverkan kan begränsas av exempelvis tvångsvård, vanföreställningar hos den enskilde, maktmissbruk eller om brukaren uttrycker det hen tror att professionella förväntar sig. Vold Hansen menar också att en standardisering av arbetet med individuella planer kan medföra begränsning i brukarmedverkan genom formella regler som är knutna till lagar eller strikta mallar. För att undvika begränsningar i brukarmedverkan är grundprincipen enligt Vold Hansen att brukarens mål ska styra planen. Om brukarmedverkan uppfattas som att enbart tillvarata rätten till insatser distanserar man sig från en målstyrning och närmar sig att låta rättigheter styra planen.

Vold Hansen beskriver i sin avhandling olika grader av brukarmedverkan. Några av dessa är *brukarperspektiv*, *brukarinflytande* och *brukarstyrning*.

Brukarperspektiv innebär att aktörer på ett möte vid upprättandet av en individuell plan skapar viss möjlighet för brukaren att medverka, men många beslut är redan fattade på förhand. Även om brukaren har viss möjlighet till påverkan är det i hög utsträckning tjänstemän som styr innehållet i planen. Vold Hansens erfarenhet var att enskilda har möjlighet att formulera mål, även orealistiska, men att målen sällan ligger till grund för planerade insatser. Istället får tidigare erfarenheter, diagnos och institutionella normer styra val av insats.

Brukarinflytande handlar om att både den enskilde och tjänstemän har

inflytande över situationen och att båda parter respekterar varandras inflytande. I detta sammanhang handlar det om att ha inflytande över utformandet av planen och planerade insatser. Vold Hansens uppfattade att tjänstemän ofta arbetar med att få den enskilde delaktig i utformningen av planen, men att de kunde misslyckas med att få den enskilde att formulera egna mål. Förklaringar var att brukare kunde vara mer upptagna av vad de inte vill än vad de vill, att de inte visste vilken hjälp som fanns att tillgå eller att de var upptagna av en livskris. I Vold Hansens studier var det ingen brukare som själv tagit initiativet till att få en IP upprättad och ofta verkade brukare osäkra på vad de skulle använda planen till.

Brukarstyrning innebär att brukaren har ett tydligt mål som hen arbetar mot och själv har valt ut en strategi för att nå målet. Ofta har brukaren skaffat kunskap och upplysningar utanför den grupp av tjänstemän som är aktiva vid upprättande och uppföljning av en individuell plan.

Även Bogarve och Ershammar (2012)³⁵ tar upp brukarmedverkan. De tolkar att utgångspunkten i tillägget i HSL och SoL om individuella planer är att den enskilde ska ha stort inflytande över planen och att det snarare är en överenskommelse med den enskilde än mellan de båda huvudmännen. De poängterar att det krävs flera saker för att möjliggöra inflytande över planering och beslut, som att den enskilde kan informeras om hur hen kan förbereda sig inför ett möte.

Vidare menar de att den enskildes inflytande påverkas genom information om hur man går tillväga om man inte är nöjd, att möten anpassas efter den enskildes förmåga till delaktighet och att planeringen bör utgå från den enskildes behov och önskningsar.

³⁵ Bogarve, C., Ershammar, D. och Rosenberg, D. (red.) (2012). Rehabilitering och stöd till återhämtning vid psykiska funktionshinder. Möjlighetens metoder för en ny praktik. Gothia Förlag.

Syfte

Syftet var att kartlägga om och hur SIP används inom Västra Götalands län. Kartläggningen utgick från de övergripande frågeställningarna vad finns, vad görs, vad borde göras? Tanken med kartläggningen var att ge underlag till att utveckla arbetet med SIP för vuxna med psykisk funktionsnedsättning i överensstämmelse med gällande föreskrifter.

Målgrupp och avgränsning

Kartläggningen omfattade vuxna personer med psykisk funktionsnedsättning inom Västra Götalandsområdet i behov av samordnade insatser från både kommun och landsting. Även arbetsförmedling och försäkringskassa är ibland viktiga aktörer vid upprättande och genomförande av SIP. För några i aktuell målgrupp kan det vara av vikt att även kriminalvården erbjuds att delta i arbetet med SIP. Till målgruppen räknas inte personer som omfattas av öppenpsykiatrisk tvångsvård.

Procedur och metod

För att få in material till kartläggningen designades tre delstudier som pågick parallellt och som kompletterade varandra. Intervjuer genomfördes med verksamhetsföreträdare, enkäter delades ut till brukare och upprättade och avidentifierade SIP:ar samlades in. Till projektet formades även en projektorganisation. Projektorganisationen fungerade som en stödfunktion till projektledaren för att nå ut med information och för att upprätta kontaktvägar för materialinsamling. Samtidigt gav den projektet bärighet och mandat ut i verksamheter. Utöver de tre delstudierna ligger uppgifter som framkom vid träffar med grupper inom projektorganisationen till grund för både resultat och diskussion. Nedan beskrivs projektorganisation samt metod för var och en av de tre delstudierna. Både vad gäller representation i styrgrupp och referensgrupper samt vid materialinsamling var målsättningen att säkerställa både en bred geografisk representation och en bred verksamhetsrepresentation i Västra Götalandsområdet.

Projektorganisation

Uppdragsgivare

VästKom och Västra Götalandsregionen var uppdragsgivare, Vårdsamverkan Fyrbodals var ”fadder” för projektet med enhetschef Maria Bruhn som projektägarnas förlängda arm.

Projektledare och projektmedarbetare

Sara Esbjörnson var projektledare och Anders Hagqvist projektmedarbetare.

Styrgrupp

Formandet av styrgruppen skedde med organisatorisk och geografisk hänsyn. Intentionen var att samla verksamhetsföreträdare från kommun och region från områdena Fyrbodals, SIMBA³⁶, LGS³⁷, Skaraborg och Södra

³⁶ Samverkan i Mellersta Bohuslän och Ale

³⁷ Ledningsgruppen för samverkan (inom hälso- och sjukvård mellan Partille, Öckerö, Mölndal, Härryda och Göteborgs kommun och Västra Götalandsregionen).

Älvsborg samt brukarföreträdare. Sex personer kom att ingå i gruppen, varav en brukarföreträdare från NSPHiG³⁸. Representant från Skaraborgsområdet saknades. I styrgruppens uppdrag ingick att se till projektets helhet, vara ett stöd till uppdragsgivare och projektledare vid beslutsfattande och att lämna synpunkter genom regelbundna träffar. Uppdraget innefattade även att övervaka kvalitet och på andra sätt bidra till projektets resultat.

Referensgrupp brukarrepresentanter

Förhoppningen var att hitta representanter med kännedom om hur individuella planer för personer med psykisk funktionsnedsättning upprättas och används. Ett omfattande arbete lades ner på att hitta brukare som ville delta i gruppen. Ansträngningarna resulterade i fyra deltagare, varav en brukare och tre anhöriga. En av de anhöriga svarade på mejl, men kom aldrig till sammankallade träffar. I uppdraget för referensgruppen ingick främst att fungera som bollplank till projektledaren, bidra med egna erfarenheter och lämna synpunkter. Exempel på frågor att diskutera i referensgruppen var hur brukarperspektivet kan stärkas i upprättandet av individuella planer, vilka aktörer som bör samarbeta eller idéer om vart den enskilde kan vända sig om den individuella planen inte fungerar som tänkt. Referensgruppen var rådgivande.

Referensgrupp verksamhetsrepresentanter

I referensgruppen med verksamhetsrepresentanter ingick tio personer. Intentionen var att få med representanter från primärvård, sjukhusvård, kommun, försäkringskassa och kriminalvård och samtidigt representera olika geografiska områden inom Västra Götaland. Intentionen uppnåddes med undantag av representanter från kriminalvård och primärvård. Önskvärt var att de som ingick i referensgruppen skulle vara personer med specialistkunskap inom området och att de skulle vilja dela med sig av både egna och verksamhetens åsikter, kunskap och erfarenheter. I uppdraget ingick att fungera som bollplank till projektledaren och tydliggöra vad som var möjligt, relevant och lämpligt samt ha möjlighet att påverka projektet. Referensgruppen var rådgivande.

³⁸ Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa i Göteborg

Resurspersoner och vetenskaplig ledare

I projektorganisationen ingick även två resurspersoner och en vetenskaplig ledare, med syfte att stödja projektet och dess genomförande.

Intervjuer

För att få en bild av hur planering av insatser sker när sjukvården och kommunerna behöver samordna sina insatser intervjuades anställda inom kommun och region utifrån en intervjuguide. Guiden omfattande nio övergripande frågor med följdfrågor (Bilaga 1). Intervjusvaren antecknades vid intervjun samt spelades in. Varje intervju skrevs om till löpande text, bearbetades och sammanfördes under kategorierna

- Överenskommelser, riktlinjer och mallar
- Samordning och aktörer
- Brukarmedverkan
- Vidareutveckling

Tolv intervjuer genomfördes varav fem med företrädare för öppenpsykiatri och sju för kommuner. De intervjuade arbetade i någon form med planering av insatser från psykiatri och kommun för enskilda med psykisk funktionsnedsättning. Vid urval av informanter fördelades intervjuerna mellan öppenpsykiatri och kommun utifrån geografisk spridning i länet samt storlek på kommun. En intervju med personer från öppenpsykiatri genomfördes i vardera av områdena Fyrbodals, LGS, SIMBA, Södra Älvsborg och Skaraborg. Två intervjuer med kommunpersonal genomfördes i Fyrbodals och i Södra Älvsborg. I övriga delregionala områden gjordes en kommunintervju. Intervjuer gjordes i en stor, fyra mellanstora samt två mindre kommuner. I en kommun kom samarbetet att belysas av intervjuer både med en kommunanställd och med en öppenpsykiatrisköterska som huvudsakligen arbetade med just den kommunen.

Intervjuerna tillfrågade personer med erfarenhet av samordnad planering om de kunde delta i en intervju på cirka en timme. Intervjupersonerna hade olika positioner och var anställda som t.ex. chefer, verksamhetsutvecklare, psykiatrisköterskor och boendestödare.

Informanterna uppmanades att svara utifrån sin arbetsplats och sitt pers-

pektiv snarare än som representanter för hela sin verksamhet. Beroende på erfarenhet och position hos intervjupersonerna betonades frågorna olika vid intervjuerna.

Brukarenkät

För att bland annat ta reda på brukares upplevelse av att få en SIP upprättad och om brukare ansåg att de haft nytta av planen utformades en enkät. (Bilaga 3). Målgruppen för enkäten var vuxna personer med psykisk ohälsa, bosatta i Västra Götaland och som fått en SIP upprättad.

Ungefär 190 enkäter delades ut. Enkäten nådde brukare på olika sätt. Ett sätt var via kontakter med personal ute i verksamheter. Kontaktpersonen tilldelades det antal enkäter hen uppgav var troligt att vidare-distribuera, vilket varierade i antal mellan 5 och 50. Kontakten ansvarade sedan för att i sin tur dela ut eller skicka ut enkäten till personer som hade en SIP. Ett annat sätt var att projektledaren besökte två brukarverksamheter, där hon på gruppträffar informerade om projektet samt delade ut enkäten på plats. Utöver det lämnades enkäter kvar hos de två brukarverksamheterna för vidare spridning. Tillsammans med enkäten delades även ett informationsbrev om undersökningen ut samt ett bifogat svarskuvert (Bilaga 2). Någon exakt uppgift över hur många brukare och patienter med psykisk funktionsnedsättning som nåddes av enkäten kan inte ges och uppgifter gällande kön och ålder hos dem som fick enkäten saknas.

Då det är ovisst hur många av de utdelade enkäterna som faktiskt nådde brukare är det omöjligt att återge exakt svarsfrekvens. Totalt besvarades enkäten av 26 personer. Om samtliga 190 enkäter nått brukare uppgår svarsfrekvensen till 14 procent. Insamlat material kan inte sägas statistiskt representera målgruppen personer med psykisk funktionsnedsättning, men ger en bild av hur personer med psykisk funktionsnedsättning i Västra Götalandsområdet upplever att det är att ha en SIP. Det ligger i linje med ett av syftena med enkäten, nämligen att synliggöra hur arbetet med SIP:ar kan vidareutvecklas ur brukarnas synvinkel.

Av de 26 personer som besvarade enkäten var 56 procent män och 44 procent kvinnor³⁹, och 65 procent var mellan 31 och 50 år. Fem personer,

³⁹ En person valde att inte uppge kön

varav fyra män och en kvinna, uppgav att de inte hade någon SIP och kunde därför inte besvara frågorna som rörde SIP. Resultat bygger därför på 21 enkätsvar.

Enkäten som användes i kartläggningen innehöll totalt nio frågor samt bakgrundsfrågor gällande kön, ålder och huruvida respondenten hade en SIP (Bilaga 3). Vissa av enkätens frågor berörde arbetet inför upprättandet av planen, det egna och andras deltagande vid upprättandet av planen samt eventuellt samtycke. Några frågor handlade om huruvida respondenten i efterhand upplevde att något eller någon saknades vid upprättandet av planen eller om något kunde ha gjorts annorlunda. Ett omfattande frågeområde handlade om den enskildes egna upplevelser vid själva mötet för upprättandet av planen och om planen upplevdes som personlig (fråga 6, med åtta delfrågor). Här besvarades frågorna på en 4-gradig ordinalskala, med motpolerna ”stämmer mycket dåligt” och ”stämmer mycket bra”. Övriga frågor hade svarsalternativ på nominalskalenivå. Till samtliga frågor fanns möjlighet att inte ta ställning. Till några frågor fanns möjlighet att själv fylla i det svarsalternativ som fattades eller möjlighet att lämna synpunkter. Analysarbetet av enkäten genomfördes med frekvenser samt några få korstabuleringar.

Granskning av upprättade planer

I uppdraget ingick att göra en nulägesanalys dels av hur SIP:ar används och dels av vilka typer av mallar som används. Tanken var att närmare studera grad av samverkan, arbets- och ansvarsfördelning, eventuell samordning mellan vårdgivare och uppföljning.

Totalt samlades 19 upprättade och avidentifierade SIP:ar in från olika verksamheter inom Västra Götalandsområdet. För att få en spridning på insamlat material togs hänsyn till de fem samverkansområden som finns inom Västra Götaland samt till kommun och region. Insamlingen skedde främst i samband med intervjuer med verksamhetsföreträdare, där en eller flera SIP:ar överlämnades.

Vid analysen lades mer fokus på innehållet i SIP:arna, det vill säga det som nedtecknats, än själva mallen i sig med hänvisning till att det som är viktigt troligtvis är det som fylls i. Ett undantag är området som handlar

om uppföljning, där det noterades om mallen innehöll möjlighet att utvärdera planerandet och planen. Vid analys av SIP:arna användes ett sökschema (Bilaga 4) och det är vi som granskare som avgjort om det som nedtecknats exempelvis beskrivit den enskildes behov på ett tydligt sätt. Sökschemat utgår dels från det lagtexten nämner ska ingå i en plan och dels från områden som identifierats utifrån inhämtad information kring SIP och exempel på mall från SKL:s hemsida. Analysarbetet genomfördes med frekvenser och korstabuleringar. Sökschemat identifierade bland annat om det framgick för vem planen avsågs, behov, mål, insatser och uppföljning.

Metoddiskussion

Projektorganisationen syftade till att ge stöd till projektledaren samt ge projektet mandat ut i verksamheter. Forandet av projektorganisationen tog mycket tid i anspråk och trots omfattande ansträngningar blev grupperna mindre än planerat, främst gällande referensgruppen brukarrepresentanter. För att underlätta för brukare att delta i referensgruppen hade det på förhand beslutats om möjlighet till ersättning för deltagande. I beskrivning av uppdraget för referensgruppen preciserades dock inte storlek på ersättningen vilket eventuellt hade ökat motivationen och möjligheten att medverka.

Initialt ville några vara med i referensgruppen för brukarrepresentanter, men hoppade av sitt uppdrag innan första träffen. Möjliga orsaker kan vara att uppdraget upplevdes för svårt, att det var svårt att ta sig till Göteborg för möten, att de inte upplevde sig ha tillräckliga erfarenheter av SIP eller att de för tillfället inte mådde väl.

Det fanns även vissa svårigheter att få fram informanter till intervjuerna, framför allt i LGS-området. Flera av de tillfrågade ansåg att de antingen saknade tillräckliga kunskaper kring arbetet med SIP, att de inte arbetade aktivt med att upprätta SIP:ar eller att de inte kunde avsätta tid.

Tanken med brukarenkäten var att vända sig till personer i Västra Götaland med psykisk ohälsa och som hade en upprättad SIP, vilket visade sig vara svårt då få enkätsvar inkom. En svårighet i sammanhanget var att hitta personer i aktuell målgrupp. Då det inte finns centrala register över personer med psykisk ohälsa i Västra Götaland som har en SIP upp-

rättad – vilket givetvis vore otänkbart utifrån ett etiskt perspektiv – var det omöjligt att på så sätt ringa in populationen och få till en bred spridning och representativitet. Istället fick enkäterna nå brukare på andra sätt. Här ska nämnas att referensgruppens brukarrepresentanter försökte hjälpa till att sprida enkäten i sina brukarorganisationer, men utan framgång. Ingen av dem de kontaktade hade en SIP. Utöver detta finns flera tänkbara förklaringar till varför så få svar inkom, där några nämns i figur 1 nedan. I figuren framgår även förklaringar till svårighet att hitta personer att skicka enkäten till.

Möjliga förklaringar till att få svar inkom på brukarenkäten och varför det är svårt att nå tänkt målgrupp:

- Svårighet att ringa in populationen eftersom centrala register för aktuell målgrupp saknas
- Resurskrävande att leta upp respondenter som uttalat har en SIP
- Enkäten blir liggande hos kontaktpersonen ute i verksamheten
- Enkäten kan bli liggande hos respondenten
- Brukare som faktiskt har en SIP saknar kännedom om att de har en plan
- Många har någon form av plan, men färre eller få har en upprättad SIP
- Samverkan formaliseras inte, dokumenteras inte i en plan

När det gäller upprättade och avidentifierade SIP:ar ska nämnas att några av dem som inhämtades inte var en SIP i den bemärkelsen som lagstiftningen uttrycker. Istället handlade det om planer som är tänkta att upprättas inom organisationer och inte i samverkan mellan huvudmännen, nämligen vårdplaner, genomförandeplaner eller utdrag ur journalanteckningar⁴⁰. Men då det är detta material som verksamhetsföreträdare gör gällande används som gemensam plan vid samverkan mellan region och kommun ingår de i insamlat material.

Gällande intervjuerna är vår bedömning att det sammantaget blev en fragmenterad, men nog så intressant bild som växte fram ur intervjuerna. Ganska sann i sina delar just då, men definitivt inte hela sanningen om

⁴⁰ För definition av vårdplan och genomförandeplan se andra stycket under rubriken "Bakgrund"

hur samordnad planering gick till i Västra Götaland vid tiden för datainsamling.

Sammantaget kan sägas att svårigheterna med att samla in material och få till intervjuer indikerar att arbetet med att upprätta samordnade individuella planer inte kommit så långt på sina håll i Västra Götaland. Flera kontaktade uppgav att de inte arbetade aktivt med SIP, några av dem visste att de borde göra det och andra att de inom kort skulle börja med att formalisera samverkansarbetet kring brukare.

Resultat

Intervjuer

Nedan återges resultat från de tolv intervjuerna, sammanställt i olika kategorier. I texten används ibland samlande uttryck som: ”I Skaraborg arbetade man med ...” eller ”Kommunerna ansåg ...” Därmed avses att de intervjuade från Skaraborg uppgav att just de arbetade på ett specifikt sätt respektive att de intervjuade från kommunerna generellt ansåg något särskilt.

Överenskommelser, riktlinjer och mallar

Samtliga intervjuade kände till att det fanns en överenskommelse mellan Västra Götalandsregionen och kommunerna i länet om samverkan organisatoriskt och på individnivå beträffande SIP. Däremot uppgav några att de inte visste om det fanns framtagna samverkansdokument på delregional nivå för deras område.

Flera nämnde att de hade lokala samverkansgrupper på chefsnivå för övergripande diskussioner och principfrågor.

Alla informanter uppgav att de sedan lång tid tillbaka samarbetade kring enskilda, även om ett par uppgav att de inte hade formella överenskommelser. De flesta menade att de efter flera år av samverkan nu hittat bra sätt att informera varandra, samplanera organisatoriskt, diskutera fram vilka insatser som behövdes och vem som skulle ansvara för vad. I en kommun hade det tidigare funnits rutiner och en skriven överenskommelse, men i samband med översyn kom parterna inte överens och kommunens personal förbjöds för en tid att upprätta samordnade individuella planer.

Alla intervjuade från kommunerna sa att de upprättade genomförandeplaner och alla från psykiatriska öppenvårdsmottagningar sa att de upprättade vårdplaner.

Flertalet verksamheter hade prövat olika former av dokumentation för det gemensamma arbetet. Någon menade att det blev tidsödande och krångligt med både egna och gemensamma planer samtidigt som den formella journalföringen måste skötas. Flera använde sig huvudsakligen av

KLARA SVPL⁴¹ för kommunikation. Några verksamheter hade KLARA och egna planer som grund och samverkade för övrigt genom telefon och vid möten, men gjorde ingen dokumentation av gemensam planering utöver KLARA. Andra verksamheter hade egna planer, använde KLARA och brukade skriva gemensamma planer.

Över hälften av verksamheterna (de från SIMBA, Södra Älvsborg och Göteborgsområdet) arbetade vid tiden för intervjuerna intensivt på att utveckla en form av samordnad plan. *Samordnad individuell plan* (utifrån SKL:s framarbetade förslag) var utgångspunkten i Södra Älvsborg, medan SIMBA och Göteborgsområdet implementerade arbetssättet *Vård- & stödsamordning*⁴² (som ibland benämns *Integrerad Psykiatri*) vars bärande del är en verksamhetsövergripande planering tillsammans med den enskilde. De som höll på att arbeta in Vård- och stödsamordning hade i några fall ersatt sina respektive planer med den gemensamma plan, som arbetats fram med den enskilde. Öppenpsykiatri i Södra Älvsborg hade mycket goda erfarenheter av sin modell och utarbetade mall för SIP. De inbjöd andra att kopiera ett fungerande koncept. Informanterna i Skaraborg och Fyrbodalen var medvetna om nya riktlinjer och överenskommelser och hade i sak inga invändningar mot att utveckla samplaneringen.

Samtliga intervjuade ansåg att det var angeläget att få fram användbara mallar för dokumentation av planeringsmöten och att det pågick arbete med detta i deras organisationer. De flesta företrädarna för öppenpsykiatri betonade att mallarna borde se lika ut i hela länet, eller i varje fall i delregionen. De intervjuade från kommunerna och en från öppenpsykiatri menade att det viktigaste var att parterna lokalt arbetade fram en mall. ”Då blir den använd!” En intervjuad föreslog att man skulle använda en centralt rekommenderad mall som utgångspunkt. Vid intervjutillfället användes SKL:s mall eller delregionalt framtagna mallar på flera håll i Västra Götaland.

⁴¹ KLARA SVPL är ett IT-stöd för en elektronisk samordnad vårdplanering inom Västra Götalandsregionen och dess 49 kommuner. Systemet skapar rutiner för beslutsunderlag och ger en övergripande bild både av aktuell planeringssituation och de pågående ärenden som finns. Referens inhämtat från internet130729:

[Fotnot \(länk\) justeras](#)

⁴² En modell för hur kommun och psykiatri samordnar sina vård- och stödinsatser på lokal nivå kring personer med psykisk funktionsnedsättning, där patienten/brukaren ges möjlighet till ökat inflytande över sin vård och rehabilitering (Vård- & stödsamordning Mölndal 2012)

I Skaraborg avvaktade man en delregional överenskommelse och i Fyrbodals kommun pågick lokala diskussioner baserade på ett förslag framtaget på delregional nivå.

Många informanter påpekade att medgivande om informationsutbyte alltid måste hanteras och lämpligen kunde läggas in i mallen för planering.

Alla intervjuade avvisade att man inför den enskilde skulle diskutera eller tydliggöra kostnadsfördelning mellan huvudmännen. De sa att man hade reglerna ganska klara för sig och om det uppstod tveksamhet eller oenighet fick det lösas mellan chefer eller i lokala samverkansgruppen.

Samordning och aktörer

Alla intervjuade sa att anledning till att träffas brukade vara förändrad situation för den enskilde eller att ett uppföljningsmöte bokats tidigare. Ett par verksamheter hade gjort upp om att en person i sin tjänst alltid skulle vara sammankallande, medan andra utsåg ansvarig för varje upprättad plan – i allmänhet biståndsbedömaren eller kontaktpersonen i någon av verksamheterna. Initiativ till träffar kunde i princip alla inblandade ta. De som arbetade nära den enskilde var de som oftast tog initiativ till att tidigare lägga träffar. Faktiska händelser som intagning och utskrivning från sjukhus blev också anledning till träffar.

I en kommun var det för tillfället stopp för gemensam planering. I en annan kommun menade den intervjuade att de hade så tät kontakt med den enskilde och den samarbetande verksamheten att de såg över planering och samordnade insatser fortlöpande. Här gjordes ingen gemensam dokumentation utöver KLARA och nya träffar planerades bara in vid behov av formella beslut. En företrädare från en psykiatrisk öppenvårdsmottagning beskrev samma arbetssätt som det sistnämnda.

De intervjuade menade att den enskilde i allmänhet var förberedd inför planering genom samtal med kontaktperson från en eller båda verksamheterna. Att först göra en vårdplan eller genomförandeplan i respektive verksamhet och sedan låta dessa bli grund för, eller ibland förhandlingsunderlag vid, samplaneringen var tidigare ett etablerat arbetssätt i de flesta av intervjuade verksamheter.

De som övergått till att arbeta aktivt med SIP, eller enligt Vård- och stödsamordning, använde istället samplanering som första planeringsarena

för att sedan utforma, besluta om och planera insatser för den enskilde inom respektive verksamhet.

Vilka som bjöds in till gemensamma planeringsmöten varierade enligt de flesta informanterna, beroende på orsaken till mötet. Flera uppfattade att första planeringsmötet ofta samlade fler än vid mer rutinartade uppföljningsmöten då inga större ändringar förväntades. Några av de intervjuade menade däremot att uppföljningsmöten kunde innebära fler riktade kallelser till professioner utifrån den enskildes upplevda behov och uppsatta delmål.

De flesta intervjuade sa att kommunen brukade representeras av biståndsbedömare, kontaktperson från exempelvis boende, ibland kallades professionella utifrån aktuella insatser som exempelvis daglig verksamhet samt ofta sköterska från socialpsykiatriska enheten. Sjukvården hade alltid med sköterska eller annan kontaktperson från psykiatriska öppenvården, ofta deltog även läkare och kurator samt ibland en kontaktperson från slutenvården. Primärvården brukade bjudas in regelmässigt av några verksamheter, men alla intervjuade sa att primärvårdens medverkan var ytterst sällsynt. Enligt informanterna brukade ofta god man delta i mötena, men mer sällan anhöriga. En kommun betonade att de, till följd av stor flexibilitet i egna insatser, hade fler kontakter med slutenvården än med öppensykiatrin och att gemensam planering då oftast gjordes i form av vårdplanering vid utskrivning. Flera intervjuade betonade att andra samhällsaktörer som försäkringskassa, arbetsförmedling och kriminalvård kunde bjudas in vid behov.

Flera intervjuade underströk praktiska svårigheter att vid behov få till träffar med många aktörer. Två intervjuade lyfte fram att den andra verksamheten (en kommun och en öppenvårdsmottagning) vid något tillfälle varit så motsträviga att de själva fått ta till formell kallelse och hot om att ta upp frågan i övergripande samverkansforum eller göra anmälan för att få till möte. De intervjuade såg samverkanssvårigheterna som tillfälliga, orsakade av ovana att samverka.

De som upprättade skriftliga planer hade uppföljningsträffar inbokade, där effekter av insatser värderades och planens inriktning följdes upp. En kommun arbetade med en övergripande utvärdering av hur brukarnas

behov tillgodoses i kommunen. Utvärderingen tog bland annat upp frågor om samordnad individuell planering.

På frågan om SIP huvudsakligen var en administrativ samordning eller ett instrument för att få till en god behandling sa knappt hälften av de intervjuade att den största nyttan var organisatorisk. De menade vidare att samtal med den enskilde bäst fördes i annan form. Övriga intervjuade hade skilda uppfattningar där några menade att det var både och, medan de som valt modellen Vård-och stödsamordning sa att planeringsmötet var praktiskt och symboliskt viktigt och gärna kunde vänta till den enskilde kunde och vågade formulera sig om sina behov, planer och mål.

Alla intervjuade uppgav att förarbetet med den enskilde var avgörande för om en plan blev realistisk och användbar i det dagliga arbetet. Detta gällde oavsett om det var en vårdplan, genomförandeplan eller SIP.

Brukarmedverkan

Två kommuner och två öppenvårdsmottagningar sa att de aldrig genomförde planeringsmöten utan den enskildes deltagande. De kunde ha kontakt med andra verksamheter, men inte planera. Av övriga informanter menade flera att den enskildes deltagande var beroende på dennes psykiska form och att de ibland var tvungna att samordna sina insatser utan dennes närvaro. Två kommuner sa att de ofta planerade utan att den enskilde var med och att de hade samtal med den enskilde inför mötet. De menade att de ofta fick i direkt uppdrag att föra den enskildes talan vid planering. De sa också att många brukare ville undvika att möta psykiatrin och att de återgav och diskuterade planen efteråt med den enskilde.

De flesta verksamheter sa sig ha en god brukarmedverkan. Många av de intervjuade nyanserade detta genom att tillägga att vårdpersonalen troligen – oftast omedvetet – körde över den enskilde ganska ofta och att många brukare kanske inte förstod vad som skedde vid mötena. Flera intervjuade menade att detta var ett professionellt dilemma och något man måste arbeta mer med. De som arbetade med vård- och stödsamordning menade att metodens praktiska genomförande skapade god brukarmedverkan och minskade riskerna att köra över de enskilda.

Flertalet av informanterna berättade att det på pappret ofta var den enskilde som formellt kallade till planeringsmöten. Några informanter

menade dock att det i praktiken sällan var den det berörde som var initiativtagare.

Ett par personer pekade på att arbetsformen vid planeringsmöten, där insatser ska diskuteras och eventuellt beslutas, lätt blir byråkratisk och svårbegriplig. Ett exempel var att den enskilde, som summering på en mer praktisk diskussion om svårigheter för den enskilde att komma upp på morgonen, kunde få frågan: ”Ansöker Du alltså om boendestöd?” En sådan fråga kunde leda till en känslomässig tvärvändning hos den enskilde.

En intervjuad menade att deras modell medförde brukarinflytande över de individuella planerna, men att brukare ofta behövde tid för att tänka kring mål och insatser. Enligt den intervjuade blev detta framför allt tydligt vid uppföljningarna, då brukares formuleringar hade mognat och kom fram på ett mer påtagligt sätt. En annan intervjuad hade erfarenheten att det var lättare att få brukaren engagerad och framföra sina önskningsar när man gjorde genomförandeplan, än när man arbetade med SIP. Genomförandeplanen var mer konkret.

Flera informanter upplevde en tveksamhet till de planeringsmallar som hade förekommit, där jagform användes och det skenbart var den enskilde som skrev. Det upplevdes enligt flera intervjuade många gånger som ett förbarnsligande och ett maskerat förtryck snarare än ett frigörande stöd. Andra lyfte fram den enskildes aktiva deltagande som avgörande, där man som personal får lägga band på sin otålighet.

Vidareutveckling

Regeringens handlingsplan *PRIO psykisk ohälsa 2012–2016* och SKL:s genomförande av den (kallad *PRIO psykisk hälsa* eller *PRIO-satsningen*)⁴³ innebar en styrning av utvecklingsarbetet uppgav flera kommunföreträdare och ett par från öppenspsykiatri. Flera välkomnade att man nu tvingades ”ta i sådant vi redan borde gjort” och lyfte fram dokumentation och brukar/patientfokus som viktigt. En mindre kommun prioriterade

⁴³ Med början 2012 erbjuds landsting och kommuner stimulansmedel om de tillsammans och/eller var för sig uppfyller vissa kvalitetsindikatorer (uppdelat på Grundkrav och Prestationskrav) inom psykisk hälsovård. En sådan indikator var 2012 att göra överenskommelser om samverkan mellan huvudmännen, en annan var att arbeta aktivt med individuella planer. För mer information se http://www.skl.se/vi_arbetar_med/socialomsorgochstod/psykiskhalsa/overenskommelsen-psykisk-ohalsa

arbetsmässigt de aktuella PRIO-frågorna så att de stoppat all samordnad individuell planering vid intervjutillfället. En från öppenpsykiatrin menade att PRIO i sig kanske var bra för ”dem som inte kommit så långt” i gemensam planering, men att man nu för att få pengar måste lägga tid på ”ett skede vi redan varit igenom”.

Alla intervjuade uppgav att de arbetar med att utveckla den gemensamma planeringen, även om flera menade att de inte var beredda att acceptera de mallar som föreslås delregionalt eller av SKL.

SIMBA och Göteborgsområdet var inne i att utveckla Vård- och stödsamordning medan Södra Älvsborg arbetade med att utveckla användningen av SIP. En kommun i Fyrbodalen genomförde övergripande utvärdering och var aktiva i att försöka få till bra gemensam planering även för personer med missbruk som delproblematik. I Skaraborg väntade en omorganisation och centralisering av öppenvårdsmottagningarna vilket, enligt en informant, förväntades få stora effekter – och troligen bekymmer – för det gemensamma arbetet och för patienterna.

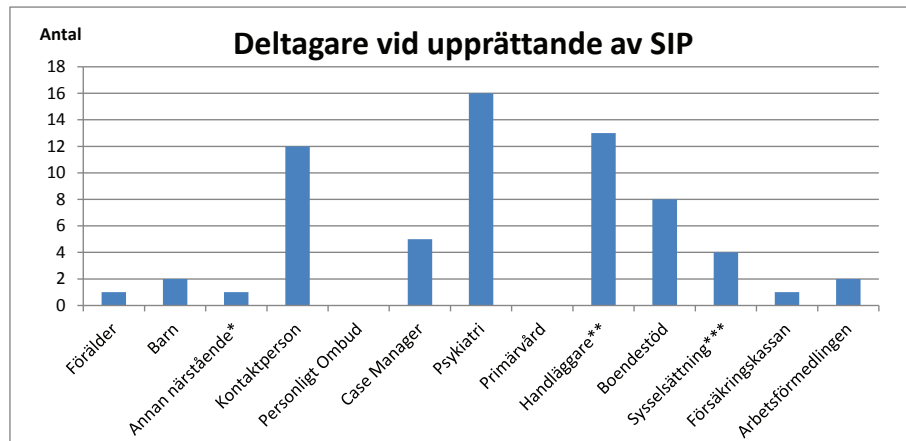
Brukarenkät

Resultatet för enkätstudien bygger på uppgifter från 21 respondenter, där majoriteten (12 personer) hade en SIP som var äldre än sex månader. Det visade sig att 18 av respondenterna hade träffat någon inför mötet för upprättandet av SIP:en, för att gemensamt gå igenom respondentens situation. Det preciserades inte vem denne ”någon” var. Däremot kan det förmodas att den person som respondenten träffade inför mötet också deltog på själva mötet (se nedan). En av de svarande deltog inte själv på mötet när planen upprättades, men gav sitt samtycke till att den upprättades.

Deltagare på mötet vid upprättandet av SIP

Respondenterna hade möjlighet att uppge vilka som deltog på mötet när SIP:en upprättades, där flera svarsalternativ var valbara. Nedan, i figur 1 återges samtliga som respondenterna uppgav deltog på mötet vid upprättandet av den individuella planen. Variabeln ”handläggare” är en sammanslagning av svarsalternativen socialsekreterare, biståndsbedömare och LSS-handläggare. Variabeln ”Sysselsättning” är en sammanslagning av svarsalternativen sysselsättning och daglig verksamhet.

Figur 1. Deltagare som respondenterna uppgav deltog på mötet vid upprättandet av den individuella planen.



* innefattar även anhöriga

** handläggare syftar på kommunanställda och omfattar socialsekreterare, biståndsbedömare och LSS-handläggare

*** innefattar även daglig verksamhet

Figuren visar att representanter från både psykiatri och kommun i hög utsträckning fanns representerade vid upprättandet av SIP, vilket stämmer väl överens med gällande lagstiftning att båda huvudmännen ska vara representerade. En närmare analys av resultaten visade dock att det i fem fall var ovisst om båda huvudmännen varit representerade och om respondenterna därför hade en SIP i dess korrekta bemärkelse. Snarare rörde det sig om en vårdplan eller genomförandeplan⁴⁴.

I inledningen till resultatdelen för enkäten nämndes att flertalet av respondenterna hade träffat ”någon” innan själva mötet för upprättandet av SIP:en. Där nämndes även att den person som respondenten träffade inför mötet troligtvis också deltog på själva mötet. Utifrån resultat för dem som deltog vid mötet för upprättandet av SIP är det mest troligt att denne ”någon” antingen var en behandlare, alternativt en kontaktperson från psykiatrin eller en handläggare, alternativt en boendestödare från kommunen.

⁴⁴ För definition av planer, se Bakgrund andra stycket.

En respondent uppgav att representant från försäkringskassan deltagit och två respondenter uppgav deltagande från arbetsförmedlingen.

Flera av respondenterna uppgav att en kontaktperson deltog vid mötet. Här framkom inte vilken typ av kontaktperson som åsyftas. Mest troligt är att det inte rör sig om en biståndsbeviljad kontaktperson enligt SoL eller LSS i samtliga fall. Mer troligt är att det snarare handlar om en kontaktperson i personalgruppen på psykiatrimottagningen eller på kommunens boende. Ofta omnämns den i personalgruppen som har övergripande ansvar och huvudsaklig kontakt med brukaren som kontaktperson.

Fyra respondenter uppgav att förälder, barn eller annan anhörig hade varit med vid upprättandet av planen. Däremot uppgav ingen respondent att primärvården deltagit. I sammanhanget framgår dock inte om primärvården valde att avstå från att delta eller om de inte var kallade. Inte heller något personligt ombud deltog.

Fyra respondenter ansåg att de hade saknat någon person eller profession vid mötestillfället, nämligen barn, LSS-handläggare och läkare.

Brukarens upplevelser

Ett block med frågor i enkäten handlade om den enskildes upplevelser av att få en plan upprättad. Tabell 1 återger hur respondenterna upplevde att det var att få en plan upprättad. Antal svarande för vart och ett av valbara svarsalternativ framgår av tabellen.

De två första frågorna handlade om respondentens upplevelse av möjlighet att påverka planen och dess innehåll. Samtliga respondenter uppgav att de fick komma till tals under mötet – även den brukare som inte själv deltog på mötet, men som lämnade samtycke.

Vidare ansåg fyra femtedelar att de hade inflytande över de beslut som fattades vid mötet, vilket tyder på att majoriteten upplevde brukarinflytande.

Att observera i sammanhanget är dock att en femtedel inte upplevde brukarinflytande, även om de upplevde brukardelaktighet då de ansåg att de fått komma till tals under mötet utan att ha haft något större inflytande på fattade beslut.

Tabell 1. Brukares upplevelse av att få en plan upprättad, antal.

Respondenten ansåg:	Stämmer mycket bra	Stämmer ganska bra	Stämmer ganska dåligt	Stämmer mycket dåligt	Vet ej/ Vill inte ta ställning
sig få komma till tals under mötet, när SIP:en upprättades	15	6			
sig ha inflytande över de beslut som fattades vid mötet	13	4	3	1	
att det vid mötet tydligt framgick vem som hade störst ansvar för SIP:en	11	6	3		1
att det tydligt framgick vem som ska göra vad i SIP:en	12	5	2		2
kostnad för insatserna diskuterades under mötet*			5	13	2
sig behöva en SIP för att få sina behov tillgodosedda*	11	8			1
att SIP:en varit till nytta	11	5	2	1	2
att det är hens plan*	10	6		1	3

*Bortfall 1 person

Utifrån respondenternas svar verkade ansvarsfördelningen vara ganska tydlig. Något mer än fyra femtedelar uppgav att det tydligt framgick både vem som hade det största ansvaret för planen och även vem som skulle göra vad. Kostnadsansvar för planerade insatser verkade dock inte diskuteras i någon större utsträckning.

De tre avslutande frågorna handlade om upplevelsen ifall planen fyller en funktion och är användbar. Här uppgav samtliga, utom två som valde att inte ta ställning i frågan, att de behövde en plan för att få sina behov tillgodosedda. Något färre, ungefär tre fjärdedelar, upplevde att de hittills hade haft nytta av planen. Något fler än tre fjärdedelar upplevde att planen var deras, samtidigt som det ska nämnas att fem inte besvarade frågan, vilket kan tyda på att den var svår att förstå. Resultaten tyder på att SIP:ar har en funktion att fylla, men att de inte alltid uppfyller den enskildes upplevda behov.

Sammanfattningsvis kan sägas att svarsfördelningen i tabell 1 pekar på att brukare upplevde såväl inflytande som medverkan vid upprättandet av planen.

En intressant fråga är om det finns samband mellan upplevelsen av att ha inflytande över fattade beslut och brukarens upplevelse av att planen faktiskt var dennes. Korstabellen nedan (tabell 2) visar på ett tydligt mönster, där 15 respondenter som upplevde att de hade inflytande över fattade beslut också upplevde att SIP:en var deras plan.

Tabell 2. Respondenter som uppgav om de hade inflytande över fattade beslut och om de upplevde att planen var deras, antal.

Det är min plan*	Inflytande över det som bestämdes	
	Stämmer dåligt	Stämmer bra
Stämmer dåligt	1	0
Stämmer bra	1	15

*Tre respondenter ville ej ta ställning och en besvarade ej frågan

Förbättringsområden vid upprättandet av SIP

Avslutande frågor i enkäten handlade om förbättringsområden där en person ansåg att något saknades i planen och två upplevde att upprättandet borde ha skett på annat sätt. Dessa tre uttryckte en önskan om större inflytande över det som bestämdes. I övrigt kunde respondenterna lämna synpunkter och eventuella kommentarer. En respondent uttryckte besvikelse över att inte ha fått svar på vart hen skulle vända sig för att ansöka om riksfärdtjänst och en annan uttryckte önskemål om mer ingående samtal. Utöver detta fanns en önskan om få må bättre och inte behöva stöd i framtiden samt en respondent som upplevde sig hotad och ifrågasatte kvalitén på det stöd som hittills getts.

Granskning av upprättade planer

Några av de upprättade och avidentifierade planer som samlades in och som användes som underlag vid samordnad planering var vårdplaner, genomförandeplaner⁴⁵ eller utdrag ur verksamhetens journalanteckningar. De var inte SIP:ar i dess korrekta bemärkelse, då de upprättats inom

⁴⁵ För definition av planer se Bakgrund andra stycket.

verksamheter och inte i samverkan mellan de båda huvudmännen. Detta tyder på att arbetet med att utforma gemensamma mallar vid samordnad individuell planering kommit olika långt inom vårdssamverkansområdena.

Bakgrundsinformation

Det första som eftersöktes i de upprättade och avidentifierade SIP:arna som samlades in var bakgrundsinformation, där resultat för de 19 planer som studerades återfinns i tabell 3.

Tabell 3. Bakgrundsinformation för de upprättade och avidentifierade SIP:ar som studerades, antal.

I planen framgår ...	Framgår	Framgår delvis	Saknas
... vem planen avser	14		5
... vilka som närvarade vid upprättandet	12	1	6
Datum	13		6
Medgivande/Samtycke	4		15

Det visade sig att det endast i 14 av SIP:arna tydligt framgick för vem planen var upprättad, medan övriga planer saknades denna information. För 12 planer framgick det tydligt vilka som var närvarande vid upprättandet av planen, för en plan framgick det delvis och för sex planer saknades information om vilka som varit närvarande. Vanligast var att anställda på öppenvårdsmottagningar och kommuner var representerade. I två fall deltog representant från vårdcentral och i ytterligare tre fall fanns en läkare närvarande. Det framgick inte om läkaren var anställd på vårdcentral eller öppenvårdsmottagning.

I de fall uppgifter saknades eller var otydliga återfanns ibland ett förnamn eller ett telefonnummer, ibland saknades organisationstillhörighet och i några fall kunde uppgifterna hittas under avsnittet för justering av planen. Fem planer saknade möjlighet att fylla i datum och för ytterligare en saknades datum, även om det fanns möjlighet att fylla i. För 13 planer framgick det tydligt vid vilket datum planen upprättades. Några få SIP:ar innehöll möjlighet att fylla i samtycke om den enskilde inte önskade delta under mötet. Utformningen för samtycke varierade i planerna. En mall hade en ruta att kryssa för. Några mallar innehöll ett eget avsnitt med plats för datum och underskrift, där samtycke gavs till dem som deltog

på mötet att utbyta information, några samtycken var tidsbegränsade och andra inte.

Behov, mål och insatser

I insamlade SIP:ar studerades om den enskildes behov framgick på ett tydligt sätt, om mål och delmål formulerades samt om insatser för den enskilde framställdes. Resultaten för dessa områden återfinns i tabell 4.

Tabell 4. Behov, mål och insatser i upprättade och avidentifierade SIP:ar, antal.

I planen framgår	Framgår	Framgår delvis	Saknas
Den enskildes behov	7	7	5
Formulerade mål	19		
Om mallen skiljer på långsiktigt mål och delmål	9	1	9
Tydligt mätbara delmål	2	7	10
Planerade insatser	13	3	3
Önskade insatser	2	3	14
En tydlig koppling mellan aktuell situation, mål och insatser	4	10	5

För sju av planerna framgick den enskildes behov på ett tydligt sätt, för sju av planerna framgick behov delvis och i fem planer fanns inte den enskildes behov beskrivna. I några SIP:ar förekom egna avsnitt där den enskildes behov beskrevs. Vanligast var dock att behov framgick under andra avsnitt som målformuleringar, formulerade delmål eller under den enskilde beskrivning av ”hur det är nu”.

Samtliga SIP:ar innehöll någon form av målformulering men för mer än hälften av dem framgick det inte vem som formulerat målen, om det var den enskilde själv eller professionella. I sju av planerna hade både den enskilde och professionella formulerat mål var för sig och i två planer hade endast den enskilde formulerat mål. Det var vanligt att formuleringarna för upprättade mål var diffusa, där de mer uttrycktes som önskemål eller i form av insatser.

Ungefär hälften av de insamlade SIP:arna skilde på långsiktiga mål och delmål. För två av planerna var delmålen tydligt mätbara⁴⁶ och för sju av planerna var delmålen delvis mätbara. Resultatet beror delvis på att några

⁴⁶ Kan även innebära att vara bedömningsbara, möjliga att utvärdera

planer innehöll flera uppsatta delmål, där bara ett eller några var mätbara. Det var inte ovanligt att delmålen var detaljerade, utan att för den skull vara tydligt mätbara. I sammanhanget bör nämnas att det i en mall fanns utrymme för utvärdering efter varje delmål. Exempel på delmål som är svåra att mäta är att gå ner i vikt, röra på sig mer eller träffa folk oftare. För att göra delmålen mer mätbara behöver det preciseras exempelvis hur mycket personen önskar gå ner och till vilket datum, hur många gånger per vecka personen ska röra på sig och vilka fysiska aktiviteter det handlar om samt definiera vad ”oftare” innebär för den enskilde.

I mer än hälften av SIP:arna framgick vilka insatser som planerats för den enskilde. För de tre SIP:ar där planerade insatser för den enskilde inte framgick, hade två planer ett avsnitt för planerade insatser som av någon anledning inte ifyllts i och en plan saknade detta avsnitt. Det var mindre vanligt att planerna innehöll eget avsnitt för de insatser som den enskilde önskade. Istället uttrycktes den enskildes önskan under andra avsnitt som mål, behov, ”hur det är nu” eller att hela planen skrevs i ”jag-form”. I två SIP:ar framgick det tydligt vilka insatser den enskilde önskade och för tre planer framgick det delvis.

För att det ska bli en röd tråd i en SIP bör det finnas en tydlig koppling mellan den enskildes behov, de mål som formuleras och planerade insatser. För fyra av SIP:arna fanns det en tydlig koppling mellan dessa delar och för ungefär hälften av planerna fanns kopplingen till viss del. Där det delvis fanns en koppling var det vanligast med en befintlig koppling mellan antingen behov och insatser eller mellan mål och insatser. För fem av planerna saknades helt en tydlig koppling mellan behov, mål och insatser. Ett exempel var en plan där målformuleringen ”mer frihet” kan antas ha ytterst lite att göra med de planerade insatserna ”bostadstillägg och matdistribution”.

Ansvarsfördelning

För de 19 SIP:ar som samlades in studerades huruvida ansvarsfördelning framgick. I tabell 5 återfinns resultat för ansvarsfördelning huvudmännen emellan, om det framgick insatser som annan än de båda huvudmännen ansvarar för samt övergripande ansvar för planen.

Tabell 5. Ansvarsfördelning i upprättade och avidentifierade SIP:ar, antal.

I planen framgår ...	Framgår	Framgår delvis	Saknas
... vilka insatser respektive huvudman ansvarar för	9	7	3
... åtgärder som vidtas av annan än landsting/kommun	3	1	14
... vilken huvudman som har det övergripande ansvaret för planen	7		12

För samtliga planer framgick ansvarsfördelningen mellan huvudmännen på något sätt och i närmare hälften av fallen var ansvarsfördelningen tydlig. Där ansvarsfördelningen delvis framgick handlade det i några fall om att de ansvarigas namn hade nedtecknats utan att organisationstillhörighet angetts. I några SIP:ar framgick att både kommun och region ansvarade för insatserna, utan att närmare precisera vem som ansvarade för vad. I några fall försvårades analysarbetet av dålig handstil.

I tre av SIP:arna framgick tydligt att åtgärder hade vidtagits av annan än de båda huvudmännen. Exempel på ”andra” var den enskilde själv, god man och kontaktperson. Även personal från skola och hemsjukvård fanns angivna, vilket var lite avvikande från gängse ordning även om det är professioner inom kommun/region.

Studien visade att de SIP:ar där planerade insatser var otydliga också innehöll en otydlig ansvarsfördelning, vilket verkar logiskt då det krävs planerade insatser för att kunna fördela dem sinsemellan.

För sju av SIP:arna framgick vem av huvudmännen som hade det övergripande ansvaret för planen och för tolv av dem saknades denna information. För några av dessa tolv planer där informationen saknades återfanns ett eget avsnitt för ansvarig huvudman, men där det av någon anledning inte fyllts i. I en mall fanns det dessutom möjlighet att fylla i ansvarig samordnare om planerade insatser från flera huvudmän ansågs vara både omfattande och långvariga.

Uppföljning och underskrift

För de 19 avidentifierade SIP:ar som samlades in studerades även områden som hade med uppföljning och utvärdering av planen att göra och om de som deltog på mötet undertecknade planen. Resultat återfinns i tabell 6.

Tabell 6. Uppföljning och underskrift i upprättade och avidentifierade SIP:ar, antal.

I planen framgår ...	Framgår	Framgår delvis	Saknas
... uppföljningsdatum	10	2	7
... plats för uppföljning	5		14
... utrymme för text vid utvärdering av insatser/ måluppfyllelse	8		11
... underskrift av den enskilde	9		10
... underskrift av övriga deltagare	8	1	10

I ungefär hälften av SIP:arna framgick datum för uppföljning av planen och för ytterligare två fanns år eller månad angivet, men mer precist datum saknades. För övriga sju planer saknades uppföljningsdatum. För flertalet av planerna saknades angiven plats för uppföljningsmöte.

Av intresse var även att undersöka om SIP:arna innehöll utrymme för utvärderingstext vid eventuell uppföljning. Det visade sig att nästan hälften av planerna hade utrymme för någon form av utvärdering, men det var inte alltid angivet vad som skulle fyllas i. Exempel på angivna saker att fylla i var utvärdering av planen som helhet, utvärdering av planerade insatser eller måluppfyllelse.

I undersökningen av insamlade SIP:ar visade det sig även att mer än hälften av planerna saknade underskrift, både av den enskilde och av övriga deltagare. I några fall återfanns enbart den enskildes underskrift och i några fall enbart övriga deltagares underskrifter.

I sammanhanget bör även nämnas att för en av SIP:arna innebar underskrift för justering av planen samtidigt samtycke till informationsutbyte mellan dem som deltog på mötet.

Övrigt som framkom vid genomgång av insamlade SIP:ar

Vid genomgång av upprättade och avidentifierade planer som projektet tog del av framkom bland annat att några av de studerade planerna inte kan kallas för SIP i dess korrekta bemärkelse. Det visade sig att några verksamheter använde kommunens genomförandeplan, öppenvårdsmottagningens vårdplan eller vårdplanen i KLARA SVPL som mall för SIP.

Utöver de områden som togs upp i sökschemat, genererade genomgången av de insamlade SIP:arna några saker som värda att beaktas om en mall för en SIP ska upprättas. Bland annat fanns det i en SIP möjlighet att fylla

i anledning till kontakt, med öppet svarsalternativ. Vidare fanns möjlighet att fylla i hur den enskilde har det här och nu, tidiga tecken, intressen och kontaktnät. En plan innehöll en avslutande ruta, som kryssades för om det var aktuellt med fortsatt dokumentation i en ny SIP. En SIP innehöll en ruta som kunde kryssas för om planen avslutades på den enskildes egen begäran eller om kontakten avslutades av annan orsak.

I ytterligare en SIP uppgavs vilka som fått kopia av mallen. En sak som återkom vid analysarbetet – och som samtidigt är ett observandum – var att den enskilde inte alltid uppgavs vara en av deltagarna på mötet.

Diskussion

En SIP kan beskrivas som en gemensam produkt, där verksamheter från två huvudmän ska mötas för att säkra att den enskilde får god vård och omsorg. I planen synliggörs om det krävs insatser från flera samhällsorgan och ansvar för insatser delas upp, dels mellan huvudmännen och dels mellan eventuella andra aktörer.

Intervjuerna visade på en hög grad av kännedom om den regionala överenskommelse som finns mellan kommunerna i Västra Götaland och Västra Götalandsregionen⁴⁷ om samverkan och gemensam planering. Träffar med styrgrupp visade att det finns, eller inom kort kommer att finnas, beslut om överenskommelser på delregional nivå. Vid intervjuerna framkom att många kommuner har lokala samverkansavtal som aktualiserats utifrån nya riktlinjer och den regionala överenskommelsen. Däremot hade arbetet med att få till en gemensam plan kring den enskilde där samordnade insatser framgår kommit olika långt i Västra Götaland. Det var inte sällsynt att någon av verksamheternas redan upprättade planer fick utgöra den gemensamma planen. I lagtexten framgår att redan existerande planer ska kopplas till en SIP, men inte att de ska utgöra mallen för densamma. På sina håll i länet är det hög tid att verksamheter som ska samverka på lokal nivå börjar fundera kring syftet med en gemensam individuell planering, vad en SIP bör innehålla och vilka samverkansrutiner som ska upprättas för att få till planeringen kring en SIP.

Innehåll i en samordnad individuell plan

Som nämns i bakgrundsdelen kan en SIP vara ett bra instrument för att tydliggöra för samtliga medverkansparter, inklusive den enskilde, vad som överenskommit under ett möte. För att en individuell plan ska få kallas SIP *ska* planen enligt lagstiftningen minst innehålla vilka insatser den enskilde behöver, vem av huvudmännen som ansvarar för respektive insats, om några åtgärder vidtas av någon annan än de båda huvudmän-

⁴⁷ ÖVERENSKOMMELSE mellan kommunerna i Västra Götaland och Västra Götalandsregionen om samarbete och samordning av insatser till personer med psykisk funktionsnedsättning, 2011-11-03.

nen samt vem av huvudmännen som har det övergripande ansvaret för planen. Några saker som inte formuleras i lagtexten, men som rimligen borde finnas med i planen, är för vem planen avses och datum för upprättande. Vidare bör det finnas utrymme för underskrift av berörda parter inklusive den enskilde. Genomgången av upprättade SIP:ar visade tyvärr att det inte alltid är en självklarhet.

Utöver detta finns det saker som enligt vår uppfattning *bör* ingå⁴⁸, exempelvis omfattningen på de insatser som planeras. Även kortsiktiga och långsiktiga mål för planerade insatser bör finnas med i planen, som formuleras av både den enskilde och av professionella. Vid några intervjuer framkom att ett långsiktigt mål allra helst bör brytas ned i tydligt mätbara delmål i en strävan att hjälpa den enskilde att nå det långsiktiga målet. Kartläggningen i sin helhet visar på att det finns ett värde i att på något sätt beskriva den enskildes situation eller behov, formulera den enskildes mål samt formulera de insatser som överenskommit så att det går en röd tråd genom en SIP.

För att den enskilde ska få individuellt utformade insatser menar Vold Hansen⁴⁹ att stor vikt måste läggas på att den enskilde själv får utforma mål i en individuell plan, även om de är orealistiska. Hans erfarenhet var att det sällan blev så i verkligheten, utan att formulerade mål istället begränsas, dels av utbudet av tillgängliga insatser och dels av ekonomiska och organisatoriska begränsningar i kommunen.

I aktuell kartläggning verkade merparten av informanterna anse att brukare ska ha möjlighet att formulera vilket mål som helst, även det som av tjänstemän upplevs som orealistiskt. Däremot skilde sig sättet att tänka kring orealistiska mål mellan informanterna. Exempelvis kunde målet ”att skaffa en livspartner” ses som orealistiskt och som en insats som inte ingår i vanliga arbetsuppgifter. En annan informant menade att de tog alla målsättningar på allvar, att de ville hjälpa den enskilde att finna lösningar. Om det långsiktiga målet var att finna en livspartner kan det delas in i delmål, som exempelvis att hitta nya sociala sammanhang att ingå i. Det medför visserligen ingen garanti för att målsättningen uppnås, men är ett

⁴⁸ SKL Cirkulär 09:66

⁴⁹ Vold Hansen, G. (2007). Samarbeid uten fellesskap. Om individuelle planer i kommunalt psykisk helsearbeid. Doktorsavhandling. Karlstad University Studies.

steg i rätt riktning. Vold Hansen menar vidare att den enskildes, anhörigas och anställdas resurser kan tillvaratas på ett bra sätt för att våga formulera realistiska mål, istället för att låta tillgängligt utbud av insatser begränsa målsättningen.

I planen *bör* det även framgå hur uppföljning är tänkt att ske⁵⁰. För att en SIP ska få genomslagskraft och arbetet kvalitetssäkras är både uppföljning av det som överenskommits och utvärdering av beviljade insatser av största vikt. För att uppföljning ska bli realitet visar aktuell kartläggning att datum, plats och tid för uppföljning bör bestämmas när en SIP upprättas. Att vid ett senare tillfälle via mejl eller telefon försöka hitta en gemensam tid för att träffas är både resurskrävande och svårt. Kartläggningen har också visat att det kan finnas ett värde i att upprätta någon form av handlingsplan om någon av ingående parter inte kan hålla det som överenskommits, där en av närvarande tjänstemän vid mötet utses som kontakt om något fallerar.

Ett naturligt inslag vid utredning av sökta insatser, enligt vår uppfattning, är att identifiera den enskildes förmågor och svårigheter. Det underlättar att följa en persons utveckling över tid och identifiera förändrat hjälpbehov, både vad gäller förbättringar och försämringar. Detta kan närmast jämföras med Vold Hansen⁵¹ benämning av resurser. Han menar att både brukarens och närståendes resurser ska räknas in vid upprättandet av planer.

Resurser nämns inte vid arbetet med SIP i Sverige, men önskvärt vore att det blev ett naturligt inslag framför allt för att förenkla utvärderingsarbetet.

Övergripande ansvar – huvudman eller koordinator

Vid referensgruppsträffar med brukarrepresentanter framkom att det ofta saknas en person som har ett tydligt samordningsansvar för det som beslutas i den enskildes SIP. Vidare upplevde anhöriga att det ofta var oklart vart de skulle vända sig om planen inte fungerar som tänkt. Som tidigare nämnts framgår det i lagtexten att en av huvudmännen ska ha det över-

⁵⁰ Socialstyrelsens hemsida, 2012

⁵¹ Vold Hansen, G. (2007). Samarbeid uten fellesskap. Om individuelle planer i kommunalt psykisk helsearbeid. Doktorsavhandling. Karlstad University Studies.

gripande ansvaret för planen. SKL gör ett förtydligande⁵² att det övergripande ansvaret bland annat innebär att sammankalla till möten och ha huvudsaklig kontakt med den enskilde och eventuella anhöriga kring saker som rör SIP:en. I förtydligandet framgår vidare att den huvudman som troligtvis kommer att ha mest kontakt med den enskilde efter mötet också är den som bör ha det övergripande ansvaret. Utifrån förtydligandet verkar det närmast som om ”övergripande ansvar” även innebär det samordningsansvar som brukarrepresentanterna efterfrågade.

En svårighet i sammanhanget är dock att den huvudman som har övergripande ansvar ofta presenteras på organisationsnivå i SIP:en. När det gäller ansvar för planen skiljer sig Norge och Sverige åt. I Norge har en koordinator samordningsansvar och är en namngiven tjänsteman. Åtminstone i teorin verkar Norges modell vara bättre. Om den enskilde eller närstående har frågor som rör planen borde det vara enklare att ha en specifik tjänsteman att vända sig till än att veta att om det är kommunen eller landstinget som har övergripande ansvar för planen. Om det inte preciseras vilken tjänsteman som har samordningsansvar kvarstår problemet som brukarrepresentanterna framförde; att det saknas just en ansvarig person som den enskilde och anhöriga kan vända sig till om de har frågor kring planen.

Planering och aktörer

Aktiva aktörer i planeringsarbetet kring SIP verkar främst vara öppen- och slutenvård psykiatriska avdelningar inom regionen samt socialpsykiatri, LSS, IFO och hemtjänst inom kommunen. En aktör som i de flesta fall finns med i överenskommelser på samtliga nivåer, men som sällan verkar delta vid upprättandet av en SIP var primärvården.

De tre delarna i kartläggningen – intervjuerna, enkäterna och granskning av upprättade SIP:ar – visar var och en på samma resultat. Representer från primärvården verkar generellt inte delta aktivt i det samordnade planeringsarbetet kring enskilda. I sammanhanget skall dock nämnas att det inte framgår om de valde att avstå från att delta eller om de inte var kallade.

⁵² SKLs Cirkulär (09:66)

Frågan är vem som kontaktar primärvården om de inte närvarar vid mötet och den enskilde har behov av deras insatser? Om det är brukaren själv som ska göra det är risken stor att kontakten inte blir av, vilket ligger i grundproblematiken till varför en SIP behövs. Det bör poängteras att personer med psykisk ohälsa ofta drabbas av somatisk ohälsa. Utöver primärvården kan avdelningar för somatisk sjukdom på sjukhus vara viktiga samverkansparter vid upprättandet av en SIP. Ökat behov av tandvård och hjälpmedel är också vanligt.

Som ovan nämns vet vi inte varför primärvårdens deltagande i individuell planering för aktuell målgrupp är näst intill obefintligt. Utöver osäkerheten om de faktiskt blir kallade till planeringsmötena kan andra möjliga förklaringar vara resursbrist, ovana vid konkret planering och osäkerhet om gränsdragning mellan primärvården och andra aktörer. Det kan dock inte vara ett självändamål att primärvården ska delta i all planering, utan de bör bara närvara när deras aktiva deltagande efterfrågas.

Några funderingar som vuxit fram är *om* och *hur* man kan klargöra i vilka samverkansärenden primärvården ska vara en aktiv part och om fasta rutiner kan utformas för hur kallelse till gemensam planering ska ske. Kanske behöver man på lokal nivå prova sig fram till praktiskt fungerande arbetsformer.

Några intervjuer visade på att det i vissa fall kan vara lättare att samverka mellan kommun och region än inom verksamheter. Gränsdragning och ansvarsområden inom verksamheter är ibland otydliga, med interna stridigheter som följd. Framför allt verkar det handla om ekonomisk gränsdragningsproblematik inom kommunerna och om otydlig ansvarsfördelning, informationsbrist och bedömningar inom sjukvården. Samverkansproblematik orsakas, enligt flera intervjuade, av otydliga riktlinjer för ansvarsfördelning.

Protester mot detta förekom dock vid presentation av resultat för styrgruppen, där inte alla kände igen sig i resonemanget. Här ansågs att kommuner löser det mesta, både internt och gentemot slutenvård och öppenvård. Även om arbetet med att upprätta SIP:ar handlar om samverkan mellan huvudmännen, är samverkan inom verksamheterna väl så viktigt för den enskilde.

När ska en samordnad individuell plan upprättas?

En fråga är när i processen det är dags att kalla till gemensam planering. Intervjuerna visade på minst två sätt. Det ena var att man i den egna verksamheten först gjorde en planering och upprättade en plan för den enskilde. Efter hand märkte man att det inte var tillräckligt, att insatser måste samordnas med den andra huvudmannen. Man sammankallade då till ett möte, tog med sin egen plan som underlag, planerade och gjorde upp en gemensam plan.

Det andra sättet var att man inom en verksamhet upptäckte att insatserna kring den enskilde måste samordnas med den andre huvudmannen för att säkerställa att den enskilde får det hen har behov av. Man sammankallade till ett möte, planerade och gjorde upp en plan. Var och en gick sedan hem till sin verksamhet och såg om ytterligare planer behövde upprättas inom verksamheten för att säkerställa genomförandet av överenskomna insatser i SIP:en.

Ett par intervjuade underströk risken för t.ex. ensidigt tänkande eller prestige mellan huvudmännen om det finns etablerade egna planer som ska vara utgångspunkter för gemensam planering. De menade också att det fanns risk för låg brukarmedverkan med hänvisning till att de ju redan diskuterat med brukaren på respektive håll. Å andra sidan påpekade de att det i praktiken inte alltid är tydligt vid första kontakterna med den enskilde att det kan behövas insatser från flera instanser. I de fallen bör en plan i den egna verksamheten upprättas, som kanske är till fyllest under lång tid. De som valt att arbeta med Vård- och stödsamordning har genom att inordna sig i den metodens rutiner tagit klar ställning för att det är viktigt att ”börja om” när det är läge för gemensam planering.

Även intervjuerna visade att det framför allt finns två sätt att arbeta med samordnad individuell planering. Ett sätt är att fokusera mer på själva processen, vilket görs i Vård och stödsamordning. Mycket tid läggs på förarbetet med flertalet träffar för att kartlägga den enskildes situation, innan innehållet i en SIP kan ta form och regelbundna uppföljningar kan ske.

Det andra sättet handlar om att mer uppmärksamma ett problem ”här och nu” i de ärenden där psykiatri och kommun behöver samverka kring den enskilde. I dessa fall sammankallar en av huvudmännen till ett

möte. Störst fokus ligger på själva mötet och ifyllandet av SIP:en utifrån det mötesdeltagarna kommer överens om. Resultatet stämmer väl överens med SKLs⁵³ tankar att en individuell plan både ska kunna användas för en långsiktig planering med stödinsatser utifrån den enskildes livssituation och för att snabbt komma tillrätta med ett tillfälligt uppkommet problem.

Vold Hansen⁵⁴ såg liknande tendenser i sin forskning, att begreppet individuell plan antingen ses som upprättandet av ett dokument eller som en planeringsprocess. Han menar att det finns en poäng i att insatser och tjänster utvecklas i den takt brukarens behov och mål förändras, och att det finns skäl att fokusera mer på den individuella planeringen istället för på den individuella planen.

Vår genomgång av upprättade SIP:ar visade också på att mer renodlade SIP:ar tenderar att formulera insatser istället för mål.

Samtycke – till vad?

I genomgången av upprättade och aidentifierade SIP:ar framkom att den enskildes samtycke till att upprätta en plan uttrycks på olika sätt. I några fall handlade det om samtycke till att en plan upprättas om den enskilde inte deltog på mötet. I flera fall handlade det om samtycke till att de som deltar på mötet kan utbyta information sinsemellan kring den enskilde och hans situation.

Ett exempel på mall där innebörden av samtycke inte preciseras är i Närårdssamverkan Södra Älvsborgs mall för SIP. Här finns en ruta att kryssa i för samtycke om den enskilde inte deltar, men det framgår inte till vad den enskilde ger sitt samtycke eller om samtycket getts muntligt eller skriftligt. Däremot finns det tydligt uttryckt i Södra Älvsborgs rutin för samordnad individuell planering⁵⁵ för vad samtycke ges och hur muntligt samtycke ska dokumenteras samt skriftligt samtycke bevaras.

Att utbyta information kan vara nödvändigt för att den enskilde ska få rätt hjälp eller få rätt till insatser. Det finns dock en viss skillnad i bety-

⁵³ SKLs Cirkulär 09:66

⁵⁴ Vold Hansen, G. (2007). *Samarbeid uten fellesskap. Om individuelle planer i kommunalt psykisk helsearbeid*. Doktorsavhandling. Karlstad University Studies.

⁵⁵ Rutin för samordnad individuell planering – område psykiatri/socialpsykiatri/primärvård inom Närårdssamverkan Södra Älvsborg <http://narvardssamverkan-sodraalvsborg.vgregion.se/sv/Narvardssamverkan-sodra-alvsborg1/>

delsen att ge sitt samtycke till att en plan upprättas och att professionella diskuterar den enskildes ärende, samtidigt som det finns en risk att det används synonymt. Därför är det extra viktigt att förtydliga vilken sorts samtycke som åsyftas i en plan och att förtydliga för den enskilde vad det innebär av att ge sitt samtycke samt för hur lång tid samtycket gäller.

Brukarmedverkan – delaktighet och inflytande

I boken *Rehabilitering och stöd vid återhämtning vid psykiska funktionshinder. Möjlighetens metoder för en ny praktik*⁵⁶ skriver Lisbeth Lindqvist avsnittet *Min resa till mig*. Avsnittet handlar om hur hon kom till en vändpunkt i livet och hur hon fick verktyg för att börja styra riktningen i sitt liv. Innan vändpunkten beskriver hon att ingen efterfrågade hennes drömmar eller vad hon ville med livet, ”*Det var aldrig någon som frågade vad jag ville, trots att det var mitt liv det handlade om*”. Vår uppfattning är att en SIP kan hjälpa den enskilde att fatta rodret och börja styra över sitt liv, men att det också finns många fallgropar på vägen om man glömmer att hålla fokus på den enskilde.

Vid samordnad individuell planering är det viktigt att både fundera över brukarens delaktighet och hur rutiner fastställs för att undvika att arbetet fastnar på organisatorisk nivå. Det är olyckligt om planerna blir schematiska mallar för verksamheter att fylla i, där den enskilde glöms bort. I propositionen⁵⁷ framgår att den enskilde ska bestämma vilka insatser som ska stå med på planen. För att lyckas med det måste den enskilde ges möjlighet till inflytande, både i planeringsarbetet och vid själva upprättandet av planen. Delaktigheten är också viktig för att fokusera på den enskildes situation och inte hamna i föreställningen att professionella vet bäst. Både upprättandet av planen och planerade insatser bygger på frivillighet från den enskilde. Om den enskilde inte får möjlighet till inflytande är risken stor att den enskilde inte ser någon nytta med planen eller inte vill ta emot de insatser som andra planerat.

Brukarmedverkan kan ske på olika sätt och i olika utsträckning. I detta sammanhang delas brukarmedverkan in i två nivåer, delaktighet och in-

⁵⁶ Bogarve, C., Ershammar, D. och Rosenberg, D. (red.) (2012). Rehabilitering och stöd till återhämtning vid psykiska funktionshinder. Möjlighetens metoder för en ny praktik. Gothia Förlag.

⁵⁷ Regeringens proposition 2008/09:193 Vissa psykiatrirfrågor m.m.

flytande. Med brukardelaktighet menas här att brukaren får vara delaktig under mötet, göra sin röst hörd och brukaren upplever att andra mötesdeltagare lyssnar på det brukaren säger. Det innebär däremot inte nödvändigtvis att tjänstemän tar hänsyn till det brukaren uttrycker, utan beslutar om andra, i deras ögon bättre, insatser än det brukaren uttryckt. Brukardelaktighet kan jämföras med Vold Hansens⁵⁸ ”brukarperspektiv”⁵⁹ och ses här som en lägre grad av brukarmedverkan än brukarinflytande.

Med brukarinflytande menas här att ha inflytande över det som beslutas, att tjänstemän både lyssnar till och tar hänsyn till det brukaren uttrycker. Det synliggörs i en upprättad SIP när brukaren formulerar egna mål och planerade insatser utgår från brukarens målformulering. Även Vold Hansen talar om brukarinflytande, att ha makt över utformandet av planen och planerade insatser. Utöver detta tar Vold Hansen upp ytterligare en nivå av brukarmedverkan, nämligen brukarstyrning, som får ses som den yttersta graden av brukarmedverkan. Här formulerar brukaren ett tydligt mål och väljer själv ut en strategi för att nå målet. Tjänstemän blir i detta sammanhang verktyg för att få nödvändiga insatser för att uppnå målsättning.

Av studerade modeller för samordnad individuell planering, får Vård- och stödsamordning ses som den modell som kommer närmast brukarstyrning, om den fungerar som tänkt. Här ska den enskilde genom en omfattande kartläggning av sin situation tillsammans med professionella formulera ett personlig långsiktigt mål. Det personligt långsiktiga målet delas sedan upp i delmål, som brukaren är med och formulerar och som är mätbara. Tillsammans med professionella formuleras strategier för att uppnå delmålen som också följs upp och utvärderas.

Utifrån resultaten i enkäten verkar det som om enskilda upplever brukardelaktighet – samtliga respondenter uppgav att de fått komma till tals under mötet. Det verkade även finnas en hög grad av brukarinflytande, flertalet uppgav att de hade inflytande över de beslut som fattades under mötet. Brukardelaktigheten verkade dock vara högre än brukarinflytandet, då det förekom att enskilda upplevde att de hade fått komma till tals

⁵⁸ Vold Hansen, G. (2007). Samarbeid uten fellesskap. Om individuelle planer i kommunalt psykisk helsearbeid. Doktorsavhandling. Karlstad University Studies.

⁵⁹ Se sidan 7 under rubriken ”övrige Norden”

under mötet, men inte hade haft inflytande över de beslut som fattades. Enkätresultaten stämmer inte helt överens med den bild som granskandet av upprättade SIP:ar gav. Planerna indikerade snarare bristande delaktighet hos brukare, exempelvis då deras underskrift ofta saknades och det sällan framkom vilka insatser de själva önskade. Exakt vad skillnader i resultat beror på kan vi inte svara på. Ett faktum är att de planer som granskades inte hade någon koppling till de brukare som besvarade enkäterna. En annan möjlig förklaring kan vara att sökschema för upprättade planer mer i detalj går in på områden kring brukardelaktighet än vad enkäten gör. Kanske resultaten hade blivit mer likvärdiga om respondenterna fått mer specifika frågor kring delaktighet i enkäten.

Gemensam planering eller förhandling?

Intervjuerna visade att samordnad individuell planering verkar bidra till ett nytt sätt att arbeta kring enskilda. De intervjuade som övergått till att arbeta aktivt med SIP, eller enligt Vård- och stödsamordning, betonade den behandlingsmässiga kraften i att ”börja om” och använda samplanering som första planeringsarena för att utforma, besluta om och planera insatser för den enskilde inom respektive verksamhet.

För de verksamheter som inte aktivt arbetade med samordnad individuell planering blev redan befintliga planer ofta grunden för samplanering. Redan befintliga planer, som upprättats i den egna verksamheten, vidareutvecklades för att även omfatta insatser från den andre huvudmannen. Ett sådant arbetssätt medför dock en risk att mer få karaktären av förhandling, med betoning på organisation och ansvar, snarare än att engagera den enskilde.

Lokala överenskommelser, brukarfokus och samverkan

Kartläggningen visar att överenskommelser och rutiner för samverkan har tagits fram och används i olika grad i Västra Götaland. Som tidigare nämnts var medvetenheten hos de intervjuade om att det finns en regional överenskommelse om samverkan mycket stor, liksom om att det finns rekommendationer att upprätta SIP vid vissa indikationer. På flera håll *finns lokala överenskommelser* och dessa tillämpas eller introduceras aktivt. På

andra håll finns lokala överenskommelser om att göra gemensam planering, men i praktiken görs inte SIP. På ytterligare några ställen *saknas lokala överenskommelser*. Antingen avstår man där från gemensam planering eller så planeras det ändå, enligt SIP eller annan mall.

Intervjuerna visade på några förklaringar till varför SIP inte används. En förklaring betonar *formalia*, det vill säga att det inte är möjligt eller tillåtet att arbeta med SIP innan det finns ett lokalt samverkansavtal fastställt eller innan det är fastlagt vilken mall man ska använda. En annan förklaring som några intervjuade hävdade, var med betoning på *brukarens* bästa. De menade att det redan fanns ett fungerande samarbete kring den enskilde och att det bara var onödigt arbete och ibland onödigt svårt för brukaren att upprätta ytterligare en plan.

I kartläggningen framträder ett mönster där verksamheterna kan betona gemensam planering som främst ett organisatoriskt redskap eller som ett instrument att kartlägga behov hos den enskilde och engagera denne och berörda huvudmän för en god utveckling. Dessa synsätt återfinns också i Vold Hansens⁶⁰ forskning. Förklaringarna ovan till att inte använda SIP passar väl in i mönstret att dela upp betoning på *formalia* respektive brukarens bästa.

Figur 2 (nästa sida) visar en modell för hur gemensam individuell planering (genom SIP eller i annan form) kommer till uttryck ifall förekomst och tillämpning av lokala överenskommelser om samverkan ställs mot fokus på *formalia* respektive brukare.

⁶⁰ Vold Hansen, G. (2007). Samarbeid uten fellesskap. Om individuelle planer i kommunalt psykisk helsearbeid. Doktorsavhandling. Karlstad University Studies.

		1. LOKAL ÖVERENSKOMMELSE SAKNAS	2. LOKAL ÖVERENSKOMMELSE FINNS OCH ANVÄNDS AKTIVT
FOKUS PÅ:	A. FORMALIA	1A. Blockerad samverkan <ul style="list-style-type: none"> • Upprättas vid akuta situationer • Sker i smyg • Uteblir även om behov finns • Grad av brukarmedverkan? • Totalt personberoende • Uppföljning möjligen inom respektive verksamhet • Ingen utvärdering av något slag 	2A. I god ordning (SIP) <ul style="list-style-type: none"> • Sker när insatser från två huvudmän kan bli aktuellt • Brukarens juridiska medverkan säkerställd • Kontinuitet organisatoriskt • Kontinuitet för brukare • Utvärdering individnivå • Utvärdering på organisationsnivå (kvalitetsarbete) lätt att göra • Produktfokus
	B. BRUKAREN/PATIENTEN	1B. Samverkan i praktiken <ul style="list-style-type: none"> • Sker vid behov • Sker informellt • Kan ha hög grad av brukarmedverkan • Risk att man tappar brukaren • Personberoende • Utvärdering sporadiskt individnivå • Ingen utvärdering org. nivå (kvalitetsarbete) 	2B. Planering ett behandlingsredskap <ul style="list-style-type: none"> • Sker när insatser från två huvudmän kan bli aktuellt • Brukarens faktiska medverkan säkerställs • Risk för formaljuridiska brister när brukarens deltagande prioriteras • Kontinuitet organisatoriskt • Känsligt för kontaktpersonbyte • Kontinuitet för brukare • Utvärdering individnivå • Utvärdering på organisationsnivå (kvalitetsarbete) är möjligt • Blir en plan, men kan ta tid

Figur 2. Möjliga scenarier utifrån hur samverkan och överenskommelser fungerar mellan verksamheter.

Lokala överenskommelser saknas

I den vänstra kolumnen beskrivs situationer där det saknas färdiga lokala överenskommelser, även om de kan vara under utformning.

Fokus på formalia. För de samverkanssituationer som motsvaras av ruta 1A saknas lokala överenskommelser för hur samverkan ska ske mellan huvudmännen och i verksamheterna ligger fokus på det som styr samverkan och själva mallen. Här sker samverkan enbart när det krånglar kring en person. Det kan vara både vid akuta eller svåra fall, dessutom sker sam-

verkan i smyg. Konsekvensen blir att samverkan inte alltid sker när det borde, vid behov.

I dessa fall kan brukarmedverkan vara god i det egna arbetet, men fallera i samverkansarbetet eftersom smygsamverkan försvårar för den enskilde att delta i diskussioner.

Brukarfokus. För de samverkanssituationer där ruta 1B är aktuell finns inga färdiga överenskommelser, men de kan vara under utformning. Störst fokus ligger på att den enskilde ska få det bra och mindre vikt läggs på mallar och rutiner. Praktiker vet inte riktigt hur det går med arbetet att ta fram mallar, men samverkar ändå. Vid behov hittar man praktiska lösningar för informell samverkan.

Planer kan upprättas baserade på de dokument som finns, exempelvis vårdplaner, genomförandeplaner eller en egenhändigt utformad mall för SIP. Här är ofta samverkan god. Personer som arbetar praktiskt med att hjälpa brukaren framåt kan vara så samverkansinriktade att upprättade planer och mallar uteblir, eftersom samverkan fungerar ändå. En god samverkansrutin och bra dokumentationsmall hade dock medfört en styrning till att engagera den enskilde.

Brukarmedverkan kan vara hög, även om graden av reell och bestående brukarmedverkan kan ifrågasättas. Vid dess samverkanssituationer är informella kontaktvägar viktiga. Denna form av samverkan fungerar för organisationen, men risk föreligger att tappa den enskilde.

Lokala överenskommelser finns

I den högra sidan av figuren beskrivs situationer då lokala överenskommelser finns, även om mallarna inte alltid är uppdaterade.

Fokus på formalia. När samverkan sker enligt ruta 2A sker det i formellt god ordning. Ingående samverkansparter gör som det som förväntas och förbereder brukaren inför mötet på olika sätt. Det kan handla om ett gediget förarbete tillsammans med brukaren, eller att själva mötet för upprättandet av en SIP blir startskottet för en samverkansprocess. Blanketter och uppföljningar kan se olika ut, rutiner kan skilja sig åt för vem som är sammankallande. Samverkan verkar ske enligt överenskomna rutiner och planen dokumenteras enligt SIP eller annan mall. Brukarens juridiska medverkan säkerställs, kanske inte den faktiska.

Brukarfokus. Samverkanssituationer som återfinns i ruta 2b är verksamheter som har testat samverkan och där samverkan är en naturlig del i arbetet. Här finns lokala överenskommelser, men det är störst fokus på brukaren snarare än rutiner och mallar. Verksamheterna utvecklar formerna, både för samordningen men framför allt för brukarmedverkan.

Exempel är geografiska områden som aktivt arbetat med att implementera och utveckla Vård- och stödsamordning. Praktiker känner inte alltid igen sig i beskrivningen av ett SIP-arbete, främst p.g.a. den gedigna kartläggning av brukarens situation som ingår i Vård- och stödsamordning. Brukaren befinner sig i ett behandlingsskede samtidigt som man arbetar med en planering som mynnar ut i en formell SIP efter ca tre månader.

Kartläggningen bidrar till en hållbar plan som är den enskildes, där den enskilde formulerat mål och önskemål. Planen ökar den enskildes inflytande och makt. Planen är inget självändamål, utan är ett verktyg för att åstadkomma förändring. Brukarens faktiska medverkan säkerställs, men kanske inte den juridiska.

Modellen (figur 3) visar på brister i gemensam individuell planering främst enligt 1A och 1B. Det är förstås viktigt med en strävan mot rutorna till höger (2), men det är inte självklart att det är 2B som är det ultimata arbetssättet. Flera intervjuade pekade på att några av deras brukare inte kunde delta i kartläggning och behovsformulering – i varje fall inte inom rimlig tid. De som arbetar med Vård- och stödsamordning lyfte fram att den dokumentationsmall som rekommenderas enligt SIP behöver anpassas till deras arbetssätt. Det vill säga att det som anses vara ”god ordning” enligt 2A behöver utvecklas för att stödja brukarperspektivet och de som arbetar enligt 2B kan behöva utveckla dokumentation för vad som överenskommit i det tidiga skede där kartläggningen ännu inte genomförts.

Sammanfattningsvis kan sägas att processen mot en god samordnad individuell planering, som säkerställer brukarinflytande, god dokumentation, tydlig ansvarsfördelning, kontinuitet, uppföljning m.m., med nödvändighet blir olika beroende av hur samverkan mellan huvudmännen på lokal nivå är utformat. Många av de intervjuade beskrev att deras verksamhet befinner sig i ruta 1A i samverkansprocessen. Om det finns någon ideal situation för hur samverkan kring arbetet med SIP bör ske är vår

uppfattning att det skulle hamna någonstans mittemellan situationerna som beskrivs i ruta 2A och 2B, och utgå från brukarens problematik och behov.

Förslag vid fortsatt utvecklingsarbete med SIP

I processen att kartlägga användandet av SIP med frågeställningarna vad görs, hur görs det och vad borde göras har vi identifierat några områden som vi ser som viktiga när man arbetar med SIP. Dessa områden har vi försökt sammanfatta i detta avslutande avsnitt i diskussionen.

Samordnad individuell planering är ett processarbete. Det innehåller flera delar som inte är statiska, utan som utvecklas efter hand. Utvecklingen är beroende av de personer som ska samverka kring den enskilde och av de direktiv som kommer från vårdsamverkansorgan och regionalt håll.

Det finns några delar som är väsentliga för att samverkan ska ske smidigt och för att garantera att den enskilde får den hjälp hen har rätt till. Exempelvis ska det finnas överenskommelser mellan huvudmännen på samtliga nivåer och en bra mötesstruktur med tillåtande klimat både för den enskilde och för professionella.

Mallen som används vid upprättandet av en SIP ska vara användarvänlig och ge förutsättningar för hög brukardelaktighet. För att det ska gå en röd tråd i SIP:en bör det finnas en tydlig koppling mellan den enskildes behov, formulerade mål och planerade insatser. Det ska finnas en rutin för hur planering ska gå till och hur utarbetad mall ska användas. Nedan i figur X har vi utifrån kartläggningen, i punktform formulerat, det som vi menar är viktiga områden att tänka på i arbetet med samordnad individuell planering.

Några saker att tänka på i arbetet med SIP

Se figur 3, nästa sida.

Figur 3. Sammanställning över områden att tänka på vid arbete kring SIP.

Planering

- Överenskommelser på regional, delregional och lokal nivå – Finns de? Är de uppdaterade, kända och accepterade?
- På lokal nivå – behöver rutiner ses över? Identifieras de aktörer som ska vara delaktiga i arbetet? Bör aktörernas roller klargöras? I vilka situationer primärvården bör vara delaktig?
- Se över mallen för SIP - Framgår datum för upprättande och för vem planen avses? Finns det som är stadgat i lag och förordningar med? Fundera över innehåll utöver det som är lagstadgat.
- Bjud in brukarorganisationer så de har möjlighet att påverka arbetet med SIP, ta vara på deras erfarenheter och vad de anser vara viktigt.
- Ställ brukaren i centrum – det är hens liv och framtid det handlar om.



Genomförande

- Hur möjliggörs och synliggörs brukarinflytande? Kan brukaren göras delaktig i hela processen, från planering till genomförande och uppföljning?
- Vilka områden ska finnas med i en SIP – aktuell situation, behov, egna resurser, anhörigas resurser, uttryckta önskemål och mål? Ska långsiktiga mål brytas ner i delmål?
- Hur kan skillnader i målformulering hos professionella och den enskilde synliggöras? Finns det någon arbetsgång för att närma sig varandras målformulering?
- Är planerade insatser kopplade till behov och formulerade mål?
- Brukaren ska avgöra vilka insatser som ska stå med på planen.
- Hur dokumenteras det som ska utföras och det som har utförts?



Vidareutveckling

- Vad ska utvärderas vid uppföljningen? Är det planen i sin helhet, förändrat behov eller situation hos brukaren, uppnådda delmål eller något annat?
- Vart vänder sig den enskilde eller anhöriga om planen inte fungerar som tänkt?
- Behöver de som praktiskt arbetar med att upprätt SIP utbildas - gällande mötesklimat, bemötande, mallanvändning, formulering av delmål som är möjliga att utvärdera..?
- Behöver brukare och deras representanter utbildas parallellt med professionella?
- Vilket utrymme finns för att utveckla planen och samverkansarbetet? Fundera över i vilka forum aktörer på lokal nivå kan träffas och diskutera.

Vi menar att dessa områden är väsentliga för att få till ett bra arbete med samordnad individuell planering. Om verksamheter som arbetar med att upprätta SIP:ar beaktar ovanstående punkter anser vi att samverkan kan ske i god ordning, där brukaren får stå i centrum och att planen blir individuellt utformad och till nytta för verksamheterna och framför allt – till nytta för brukaren.

Bilagor

Bilaga 1. Intervjuguide

Namn

profession/titel/uppdrag på nuvarande arbetsplats

datum

Inledning:

- Jag har brett om den här intervjun för att få reda på hur ni arbetar med planeringen kring personer med psykisk ohälsa
- Planeringen ska gälla när brukaren/patienten har behov av hjälp/insatser från både kommun och sjukvård samtidigt.
- Planeringen mynnar ofta ut i en plan – en vård och omsorgsplan - som kan ha lite olika namn som IP/SIP/Min plan för att ge några exempel...

1. Finns det formella överenskommelser mellan Er verksamhet och andra vårdgivare om gemensam planering?

- Mellan vilka parter?
- Vad regleras? När och hur en plan ska upprättas och av vem, om och när uppföljning bör ske, brukarens deltagande, ekonomi ...?

2. Hur går det vanligtvis till i er verksamhet när en vård- och omsorgsplan upprättas för en patient/brukare?

- Brukar Ni upprätta planer inom Er verksamhet – även om behovet av samordnad plan inte finns?
- Vem brukar ta initiativet när flera vårdgivare är inblandade?
- Hur ser processen ut när flera är inblandade?
- Vad kan få Dig att ta initiativ till att upprätta en plan? (När/i vilka situationer behövs en plan?)
- Hur identifierar man den enskildes behov av insatser från kommun respektive sjukvård? (Tangerar fråga om förarbete..?)
- Hur ser förarbetet inför själva mötet ut?
- Vem sammankallar till mötet?
- Vem har det övergripande ansvaret för planen?

3. Vilka är det som träffas när en plan ska upprättas?

- Vilka bjuder man in?
- Vilka brukar närvara? (kan sedan analysera om de som träffas är de som exemplifieras i lagtext, vilka uteblir och om ytterligare tillkommer).
- Orsaki fall någon uteblir regelbundet?
- I vilken utsträckning medverkar anhöriga/närstående, kontaktperson, god man..?
- Den enskilde – om denne ej önskar eller ej kan delta vid mötet – hur gör du då?

4. Vad bestäms?

- Hur kommer man fram till innehållet i planen?
- Finns det någon form av mall? Vilken i så fall?
- Hur delar man upp ansvaret för den hjälp patienten/brukaren behöver?

5. Brukarmedverkan och brukarinflytande

- Hur får man fram och hur synliggörs brukarens tankar och önskemål?
- På vilka sätt får brukaren komma till tals?
- Hur får du brukaren delaktig i processen?
- På vilket sätt är brukaren delaktig i förarbetet?
- Hur vanligt är det att man kommer överens om lösningar/insatser utan att den enskilde är med?
- Hur vanligt är det att den enskildet tar initiativ till att få en plan upprättad?

6. Hur sker uppföljning och utvärdering?

Uppföljning = har man gjort det man å tagit sig? Hur ska man arbeta framöver?

Utvärdering = hur blev det? Kunde man gjort på annat bättre sätt..?

- Hur går uppföljning av planen till?
- Hur ser uppslutningen ut vid uppföljningsmöten? Någon part/aktör som ofta uteblir?
- Vilka svårigheter finns det med att göra uppföljningar?
- På vilket sätt utvärderas det som upprättats i planen?

7. Vilken betydelse har lagen, överenskommelser, rutiner och mallar?

Lagen = 1 januari 2010 – identiska bestämmelser i hälso- och sjukvårdslagen (3 f § HSL) och socialtjänstlagen (2 kap. 7 § SoL) - landsting och kommun ska upprätta en individuell plan när den enskilde har behov av insatser från både socialtjänsten och hälso- och sjukvården.

Överenskommelse ex. mellan VGR och VästKom

Rutiner och mallar exempelvis från SKL, vårdsamverkansorgan eller eget framtagna...

- Skillnader i det egna arbetet med planer före och efter lagstiftning 2010?
- Fördelar och nackdelar med mallar?

8. För vems eller vilkas skull anser du att en IP upprättas?

- På vilket sätt är planen till nytta för verksamheterna?
- På vilket sätt är planen till nytta för den enskilde?

9. Vidareutveckling av planer

- Vilka utvecklingsområden ser du för planen/mallen som (ev.) används idag?
- Vad behöver ändras/göras bättre?
- I vilken utsträckning anser du att en IP/SIP ska följa en strikt mall för alla i VG-området? Fördelar och nackdelar med strikta mallar? (checklista eller mer individuellt anpassad plan?) (organisationsinstrument eller problemformulering?)

Bilaga 2. Följebrev till brukarenkät



Information till dig som får enkäten om individuell plan

Den här enkäten vänder sig till vuxna personer med psykisk funktionsnedsättning i Västra Götaland och som varit med och arbetat fram en individuell plan.

En individuell plan är en form av vård och omsorgsplan och förkortas IP. Den kan upprättas om du har behov av hjälp från både kommun och landsting samtidigt. Ett exempel är om du har boendestöd från kommunen och kontakt med psykiatriska öppenvårdsmottagningen. Planen innehåller ofta uppsatta mål för dig som brukare.

En individuell plan kan även ha andra namn som samordnad individuell plan (SIP), Min Plan eller Gemensam arbetsplan för att ge några exempel.

Ett viktigt inslag i det här arbetet är att lyfta brukarnas röster. Därför är din uppfattning viktig och jag hoppas att du tar dig tid att besvara enkäten.

Om du har frågor eller funderingar som rör enkäten kan du vända dig till mig,

Sara Esbjörnson

Individuell Plan - till nytta för brukarna

FoU Sjuhärad Vårld

Telefon: 033-435 47 22/ Mobil: 0705-36 04 48/ E-post: sara.esbjornson@hb.se

**Tack för att du tar dig tid
att besvara enkäten!**

För dig som vill veta mer...

Socialstyrelsen definition av en samordnad individuell plan är *”en vård och omsorgsplan som beskriver insatser/åtgärder som den enskilde har behov av från både hälso- och sjukvård och socialtjänst och som tagits fram genom en samordnad vård- och omsorgsplanering”*.

Tanken är att svaren som kommer in ska beskriva hur det gemensamma planerandet går till, vilka som är delaktiga vid planeringen och om du som brukare kan påverka innehållet i planen och dess uppföljning. Förhoppningen är att svaren ska ge kunskap för att utveckla processer och mallar vid upprättandet av planer för dig som brukare.

Dina svar är anonyma och i resultatet av undersökningen kommer det inte att gå att utläsa några enskilda svar. Enkäterna delas antingen ut i grupp eller enskilt. Om enkäten delas ut i grupp samlas svaren in gemensamt och läggs i ett kuvert som försluts. Om svaren delas ut enskilt medföljer ett kuvert som du kan lägga ditt svar i och försluta. Använd bifogat svarskuvert (frimärke behövs ej) eller lämna enkäten till den person som delade ut den enkäten. Kuverten kommer att öppnas av Sara Esbjörnson på FoU Sjuhärad Välfärd.

Undersökningen utförs av FoU Sjuhärad under perioden 121115 – 130831. Under hösten 2013 kommer resultaten att sammanställas i en rapport. Är du intresserad av att ta del av denna rapport kan du kontakta FoU Sjuhärad Välfärds administratör på tfn 033-435 47 06.

Bilaga 3. Brukarenkät

Frågor om individuell plan

Om du är osäker på vad en individuell plan är, se förklaring i informationsbrevet som följer med denna enkät.

Nedan följer ett antal påståenden och frågor. De besvaras genom att du markerar det svarsalternativ som stämmer bäst för dig. Det är önskvärt att du besvarar alla frågor och påståenden.

Kön: Man Kvinna Vill inte uppge kön

Ålder: 30 år eller yngre 31-40 år 41-50 år 51-60 61 år eller äldre

Jag har en individuell plan: Ja, en som jag haft kortare tid än 6 månader
 Ja, en som jag haft längre tid än 6 månader
 Nej, jag har ingen IP

Om du har svarat ja på ovanstående fråga, är det önskvärt att du även tar dig tid att fylla i frågorna på följande sidor.

Om du har svarat nej på ovanstående fråga, behöver du inte besvara frågorna som följer. Tack för visat intresse!

Frågor till dem som har upprättat en individuell plan

1. Träffade du någon för att gemensamt gå igenom din situation, innan mötet för att upprätta din individuella plan? Ja Nej Vet ej

2. Deltog du på mötet vid upprättandet av din individuella plan? Ja Nej Vet ej

3. Om du svarade nej på fråga 2, gav du innan mötet ditt samtycke till att en individuell plan upprättades? Ja Nej Vet ej

4. Vid upprättandet av min individuella plan deltog följande:

Flera svarsalternativ kan väljas

Förälder Barn Annan närstående/anhörig

Kontaktperson Personligt Ombud Case Manager

Psykiatri Primärvård

Socialsekreterare Biståndsbedömare LSS-handläggare

Boendestöd Sysselsättning Daglig verksamhet

Försäkringskassan Arbetsförmedlingen

Annan/andra, nämligen _____

Vet ej/Kommer inte ihåg

5. Anser du att någon person saknades vid upprättandet av din plan? Ja Nej Vetej

Om ja, vem/vilka saknades? _____

	Stämmer mycket bra	Stämmer ganska bra	Stämmer ganska dåligt	Stämmer mycket dåligt	Vet ej/ Vill ej ta ställning
6. Jag anser att					
a. jag fick komma till tals under mötet när min individuella plan upprättades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. jag hade inflytande över de beslut som fattades vid mötet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. det vid mötet tydligt framgick vem som har störst ansvar för min individuella plan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. vi pratade om vad de olika insatserna kostar under mötet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. det tydligt framgår vem som ska göra vad i min individuella plan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. jag behöver en individuell plan för att få mina behov tillgodosedda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. min individuella plan hittills har varit till nytta för mig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. det är min plan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Anser du att något fattas i din individuella plan? Ja Nej Vet ej

Om ja, vad saknas? _____

8. Anser du att upprättandet av din plan borde skett på ett annat sätt? Ja Nej Vet ej

Om ja, ge exempel på vad som borde ha varit annorlunda _____

9. Eventuella kommentarer _____

Tack för ditt svar!

Bilaga 4. Sökschema för genomgång av upprättade, avidentifierade planer

Sökschema för genomgång av upprättade, avidentifierade planer

Det som ska framgå	Finns	Finns delvis	Finns ej	Kommentar
För vem planen avses				
Närvarande vid upprättande				
Datum				
Medgivande/Samtycke				
Behov				
Mål				
- som den enskilde satt upp				
- som profession satt upp				
Delmål				
- tydligt mätbara delmål				
Skiljer på långsiktigt mål och delmål				
Planerade insatser				
Önskade insatser				
Tydlig koppling mellan aktuell situation, mål och insatser				
Ansvarsfördelning - Vilka insatser respektive huvudman ansvarar för				
Ansvarsfördelning - åtgärder som vidtas av annan än landsting/kommun				
En huvudman som har det övergripande ansvaret för planen				
Angivet uppföljningsdatum				
Angiven plats för uppföljning				
Utrymme för text vid utvärdering av insatser/måloppfyllelse				
Underskrift av den enskilde				
Underskrift av övriga deltagare				

Tidigare utgivna rapporter från FoU Sjuhärad Vålfärd/ÄldreVäst Sjuhärad

Rapporter:

Bjerke, U., Frändin, K. (2013). *Formkontroll för äldre. En randomiserad, kontrollerad studie.* Rapport från FoU Sjuhärad Vålfärd.

Hörder, H., Frändin, K. (2012). *Betydelsen av en intervention med fysisk träning för inaktiva äldre. Delrapport från projektet Formkontroll för äldre.* Rapport från FoU Sjuhärad Vålfärd.

Bångsbo, A., Lidén, E. (2012). *Tvärprofessionell samverkan för patienters/brukares delaktighet i vård- och omsorgsplanering.* Rapport från FoU Sjuhärad Vålfärd.

Lebedinski, L. (2011). *KomBas-projektet Kompetensutveckling för baspersonal – slutrapport från utvärderingen av projektet.* Rapport från FoU Sjuhärad Vålfärd.

Lebedinski, L. (2011). *Uppföljning av de lokala Psykiatriråden i Sjuhärad/Södra Älvsborg 2011.* Rapport från FoU Sjuhärad Vålfärd.

Beijer, E., Eriksson, B. G. (red), Greene C. J., Jess K., Karlsson Vestman, O., Karlsson, P-Å. (red) & Niklasson, L. (2011). *Verkstäder för utvärdering i välfärdsverksamheter – erfarenheter från några svenska FoU-enheter och högskolor.* Rapport från FoU Sjuhärad Vålfärd.

Elm, M. (2010). *LÄR UT – Bättre läkemedelshantering för äldre.* Rapport från FoU Sjuhärad Vålfärd.

Lönn Svensson, A. & Kokkonen, M. (2009). *Attitydförändring och nya arbetsformer för social dokumentation. En utvärdering av ett projekt inom äldreomsorgen i sju kommuner.* Rapport från FoU Sjuhärad Vålfärd.

Rönmark, L. (2008). *Rollen som brukarsamordare i psykiatrin.* Rapport från ÄldreVäst Sjuhärad.

- Lebedinski, L.** (2008). *Miltonprojektet: Integrerad Psykiatri Dubbel-diagnoser – en utvärdering*. Rapport från ÄldreVäst Sjuhärad.
- Lebedinski, L.** (2008). *Miltonprojektet: SamKom – en utvärdering*. Rapport från ÄldreVäst Sjuhärad.
- Esbjörnson, S., Björkman, I., Henriksson, A., Lidskog, R., Sjören, M., Wessbo, G. & Karlsson, P-Å.** (2008). *Så tycker brukarna om äldreomsorgen i Herrljunga, Svenljunga och Tranemo 2008 jämfört med 2004*. Rapport från ÄldreVäst Sjuhärad.
- Källman, U.** (2008). *Virtuellt Sårcentrum – ett koncept för kunskapsspridning. Slutrapport Virtuellt Sårcentrum*. Rapport från ÄldreVäst Sjuhärad.
- Nordström, M. & Redberg, P.** (2007). *Livssituationen för personer med psykiskt funktions-hinder i Sjuhärad*. Rapport från ÄldreVäst Sjuhärad.
- Hanson, E., Magnusson, L., Winqvist, I. & Sennemark, E.** (2006). *Meningsfull vardag i särskilt boende i Sjuhärad*. Rapport från ÄldreVäst Sjuhärad.
- Lönn Svensson, A. & Kokkonen, M.** (2006). *Nulägesbeskrivning av projektet Social dokumentation. Våren 2006*. Rapport från ÄldreVäst Sjuhärad.
- Höglund, E.** (2006). *FoU-projektet Social dokumentation. Redogörelse för arbetet 2004–2005*. Rapport från ÄldreVäst Sjuhärad.
- Karlsson, P-Å., Nordström, M., Niemi, M. & Redberg, P.** (2005). *Vad gör de som hjälper gamla i hemmet? En studie om samverkan och kompetens inom äldreomsorgen*. Rapport från ÄldreVäst Sjuhärad.
- Ehrnlund, L., Essedahl, L., Süvari, K. & Karlsson, P-Å.** (2005). *Nå, blir det bättre om vi samverkar? Slutrapport från utvärderingen av Samrehab i Mark-Svenljunga*. Rapport från ÄldreVäst Sjuhärad.
- Karlsson, P-Å., Höglund, E. et al.** (2005). *Brukare om sin äldreomsorg – i Herrljunga, Svenljunga och Tranemo*. Rapport från ÄldreVäst Sjuhärad.

Sennemark, E., Hanson, E. & Magnusson, L. (2005). *Jag har ju barnen som kommer... Äldres hälsa och levnadsvillkor; en intervjuundersökning med vård- och omsorgsberoende i Sjuhäradsbygden*. Rapport från ÄldreVäst Sjuhärad.

Brovall, C., Hanson, E., Magnusson, L, et al. (2004). *Mål och policy vid palliativ vård och vård i livets slutskede för äldre och deras närstående i Tranemo – Ett gemensamt synsätt*. Rapport från ÄldreVäst Sjuhärad.

Johnsson, L. (2003). *Handledning av biståndsbedömare*. Rapport från ÄldreVäst Sjuhärad.

Nilsson, M. & Magnusson, L. (2002). Publ. 2003. *Hälsa och livssituation i relation till fallolyckor bland äldre personer i Sjuhärad*. Rapport från ÄldreVäst Sjuhärad.

Andersson, B-A., Hanson, E., Magnusson, L., Lidskog, R. & Holm, K. (2002). *Informationscentrum för äldre och närstående i Sjuhärad. Slutrapport till Socialdepartementet 2002-09-25*. Rapport från ÄldreVäst Sjuhärad.

Källman, U. & Andersson, B-A. (2002). *Virtuellt sårvårdscentrum i södra Älvsborg – Kartläggning av förutsättningarna för en etablering*. Rapport från ÄldreVäst Sjuhärad.

Ingemansson, M., Nilsson, M. & Sonn, U. (2002). *Rehabilitering för äldre – guide vid val av mätinstrument*. Rapport från ÄldreVäst Sjuhärad.

Arbetsrapporter och delrapporter:

Winqvist, M., Magnusson, L., Bergström, I., Beyhammar, K., Eriksson, B., Follin, A., Forsgren, A., Forsman Björkman, C., Göransson, M., Göransson, S., Höglund, E., Larsson, A-C., Lerman, B., Mannefred, C., Takter, M., Talman, L., Tomazic, D., Wesser, E. & Hanson E. (2013). *Stöd till anhöriga – erfarenheter från åtta kommuner 2010–2012.*

Andersson, E. & Hultin, M. (2013). *Forskning och utveckling i samverkan? En extern utvärdering av FoU Sjuhärad Vålfärd.*

Carlén, M., Esbjörnson, S. & Löfström, M. (2013). *Utvärdering av Närvårdssamverkan Södra Älvsborg – Delrapport 1.*

Lebedinski, L. (2013). *Dialektisk beteendeterapi som arbetsplatsverktyg. Utvärdering av DBT-färdighetsträning för ett team vid vårdavdelning 3 på Vuxenpsykiatriska kliniken, Södra Älvsborgs Sjukhus.*

Beijer, E., Eriksson, B. G., (red), Gustafsson, M., Hagqvist, A., Hansson, M., Karlsson, P-Å., (red), Käcker, P., Larsson K., Mensas L., Niklasson L. & Palm, L. (2012). *Handbok för utvärderingsverkstäder.*

Mannefred, C. (2012). *Utveckling av stödet till anhöriga i Borås Stad 2010–2011.*

Lebedinski, L. (2012). *Utvärdering av Närvårdskansliets geografiska lokalisering och organisatoriska placering.*

Aasmundsen, W., Flodman, H. (2012). *Bedömning av begåvningsmässigt funktionshinder i vuxen ålder – en studie av neuropsykologers metoder.*

Lebedinski, L. (2012). *Utvärdering av projektet Vita villan i Tranemo kommun. Ett projekt finansierat av Europeiska socialfonden, programområde 2, ökat arbetskraftsutbud.*

Ehlersson C., Hjort E., Karlsson M., Rönmark L. (red) & Tenefors J-E. (2011). *Enhetschefer undersöker sin roll – ett FoU-projekt i Sjuhärad.*

Craaford, J. Glemne, M., & Nygren, L. (2011). *Protesförsörjning av benamputerade i Sjuhäradsbygden*. Studie 1 – Faktorer som påverkar den fysiska förmågan och protesförsörjning, samt resultaten av dessa faktorer hos benamputerade på Södra Älvsborgs Sjukhus, Borås

Borgvall, L. & Svegelius, E. (2010). *Möten över gränser – Trädgårdsrummet som en möjlig mötesplats*.

Bångsbo, A. & Lidén, E. (2010). *Kommunikativa processer och upplevelser av delaktighet i vård- och omsorgsplaneringsmöten* – Delrapport i projektet Samordnad vård- och omsorgsplanering med fokus på brukarperspektivet.

Esbjörnson, S. (2010). *LOV i Sjuhärad. En förstudie om kundval*.

Lidén, E. (2009). *Vård- och omsorgsplaneringsmötet – erfarenheter ur ett tvärprofessionellt perspektiv. Social dokumentation inom äldreomsorgen (2009)*. Kortversion av två projektrapporter.

Höglund, E. & Hallberg, M. (2009) *FoU-projektet Social dokumentation – en redogörelse för arbetet 2006-2008*.

Andersson, E-L. (2009). *Vad gör tidigare medarbetare vid ÄldreVäst Sjuhärad nu och vad betydde uppdraget för dem?*

Andersson, E-L. & Alth, C. (2009). *Uppföljning av Informationsarbetet vid ÄldreVäst Sjuhärad*.

Redberg, P. (2008) *Arbetsterapeuters och Sjukgymnasters syn på projekt HemRehabs inledningsskede*.

Danung, C. & Salomonsson, S-B. – med forskarstöd av Rönmark, L. (2008). *BRASS – BRukare och personliga ASSistenter i samverkan*.

FoU Sjuhärad Välfärd

FoU Sjuhärad Välfärd är ett kompetenscentrum för forskning och utveckling inom välfärdsområdet och behovsgrupperna äldre, funktionshindrade, barn och unga, människor med beroendeproblematik, familjer i utsatta situationer samt socioekonomiskt utsatta grupper. Huvudmålet för verksamheten är att bidra till ökad samverkan mellan huvudmännen och ökad vård- och omsorgskvalitet för behovsgrupperna genom att:

- genomföra utvecklings- och forskningsprojekt tillsammans med verksamheter, brukare och intresseorganisationer,
- stärka och utveckla samverkansformer mellan verksamheter, brukare och intresseorganisationer,
- förnya och utveckla arbetsmetoder och verksamhetsformer,
- sprida erfarenheter och resultat från forskning och utveckling samt
- medverka till kunskapsbaserat arbetssätt.

Ägarpartners är kommunerna i Sjuhäradsområdet, Västra Götalandsregionen och Högskolan i Borås. Flera frivilligorganisationer samt studieförbund stödjer även verksamheten.

FoU Sjuhärad Välfärd administreras av Högskolan i Borås och finns även lokaliserad i högskolans lokaler. Läs mer om FoU Sjuhärad Välfärd på webbplatsen www.fous.se – där finns även möjlighet att beställa tidigare utgivna rapporter.



BOLLEBYGDS
KOMMUN



BORÅS STAD



HERRLJUNGA KOMMUN



HÖGSKOLAN I BORÅS
VETENSKAP FÖR PROFESSION



Mark



SVENLJUNGA
KOMMUN



TRANEMO
KOMMUN



ULRICEHAMNS
KOMMUN



Vårgårda kommun



VÄSTRA
GÖTALANDSREGIONEN

Besöksadress: Högskolan i Borås, Allégatan 1

Postadress: Högskolan i Borås, FoU Sjuhärad Välfärd, 501 90 Borås

Telefon: 033-435 40 00

E-post: fous@hb.se

Webb: www.fous.se