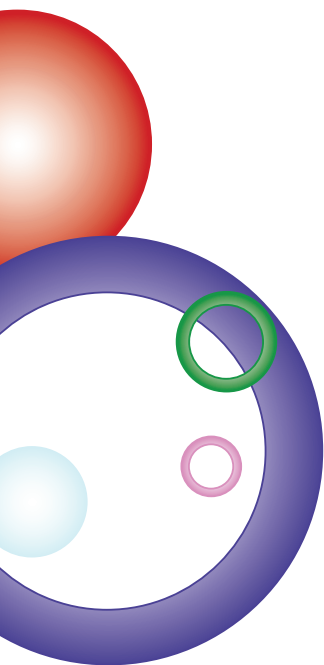


# Att implementera Delat beslutsfattande

Information till chefer och politiskt ansvariga  
i kommun och landsting om Delat beslutsfattande inom  
vård och stöd till personer med psykosjukdomar.



**PsykosR**

projektet Bättre psykosvård

Framtaget av projektet Bättre Psykosvård 2013  
tillsammans med krafter från brukar- och intresseorganisationerna RSMH (Riksförbundet för Social och Mental Hälsa), NSPH (Nationell samverkan för psykisk hälsa), Schizofreniförbundet och (H)järnkoll, forskningsnätverket CEPI (Centrum för evidensbaserade psykosociala insatser för personer med psykiska funktionshinder), personer med olika specialkompetens inom delat beslutsfattande från Västra Götalandsregionen, Skåne och Stockholm och chefer från psykosverksamheter i kommun och landsting.

# Innehållsförteckning

Inledning	4
Varför Delat beslutsfattande?	5
Vad är Delat beslutsfattande?	6
Hur implementerar vi Delat beslutsfattande?	9
Utvärdering av resultat och beslutsprocess ur brukarens perspektiv	12
Mer om Delat beslutsfattande	13

## Inledning

Delat beslutsfattande innebär att brukare och personal som jämlika parter fattar beslut om insatser kring behandling eller sociala stöd. Delat beslutsfattande är lika användbart i kommunal- som landstingsdriven verksamhet. Den här skriften kommer att behandla Delat beslutsfattande inom vård och stöd till personer med psykossjukdomar, oavsett huvudman.

Arbetsättet förutsätter att organisationen och dess medarbetare utgår från värdegrunden att en person med psykossjukdom, liksom alla andra människor har vilja, intresse och förmåga att vara delaktig i besluten om de insatser som erbjuds. Professionen kan aldrig vara eller bli lika insatt i personens upplevelse av sjukdomen och vad detta kan innebära, som personen själv. Den kunskap som brukaren själv kan bidra med är i många fall helt avgörande för valet av åtgärd.

Det är vanligt vid psykossjukdom att personen i perioder upplever en förvrängd bild av verkligheten, jämfört med hur de flesta av oss upplever den, eller hur personen själv upplever den när han eller hon mår bra. Om personen är med att fatta beslut om hur dessa tillstånd och hans eller hennes livssituation ska hanteras, i den omfattning som han eller hon klarar av, så ökar chansen att personen känner sig nöjd med behandlingen eller stödet och att antalet behandlingsavbrott minskar. När brukaren har inflytande över sin egen situation är det troligt att han eller hon upplever trygghet, tillit och delaktighet istället för en känsla av att vara betydelselös, kränkt och maktlös.

Den här inspirationskriften ger en kort bakgrund följt av information om hur du som verksamhetschef eller politiker praktiskt går tillväga för att implementera Delat beslutsfattande i din egen verksamhet.

## Varför Delat beslutsfattande?

Brukarens rätt till inflytande och medbestämmande har stöd i flera lagar, konventioner och riktlinjer, bland annat:

- Socialstyrelsens nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd<sup>1</sup>
- Hälso- och sjukvårdslagen<sup>2</sup>
- FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning<sup>3</sup>
- LSS (Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade)<sup>4</sup>
- Socialtjänstlagen<sup>5</sup>

I arbetet med den nya patientlagen har det också betonats att man avser att ytterligare förstärka patientens makt och inflytande över vården och "åstadkomma en maktförskjutning från hälso- och sjukvårdens huvudmän och professioner till patienten".<sup>6</sup>

### Några vinster med Delat beslutsfattande:

- Brukare känner en högre grad av delaktighet.<sup>7,8</sup>
- Brukare känner sig generellt nöjdare med besluten<sup>9</sup> och man har sett höjd brukartillfredsställelse.<sup>1,7,10</sup>
- Antalet behandlingsavbrott minskar.<sup>8,11</sup> I psykiatrin bryter ungefär var tredje brukare sin kontakt med vården och ofta är skälet att man inte känner sig lyssnad på.<sup>12</sup>
- Ger ökade kunskaper hos brukare om deras ohälsa och olika behandlingsalternativ samt vilka resultat man kan förvänta sig av dem.<sup>8,10,13</sup>

### Är Delat beslutsfattande kostnadseffektivt?

Delat beslutsfattande kan initialt innebära vissa ökade kostnader men är på längre sikt kostnadseffektivt.<sup>1</sup> Utöver individens delaktighet är Delat beslutsfattande en viktig resurs för professionen då det ger möjlighet att fatta bättre beslut med ett bättre underlag. Forskningen visar att brukare med psykos eller psykosnära diagnoser både vill vara delaktiga<sup>13</sup> och kan fatta goda och välgrundade beslut<sup>14</sup>.

Delat beslutsfattande har flera dokumenterade vinster och studier visar att Delat beslutsfattande inte tar längre tid än andra sätt att arbeta på.<sup>7,10</sup> Många verksamheter har höga ambitioner kring Delat beslutsfattande, men utnyttjar inte den metodik som visats bidra till att delat beslutsfattande fungerar.

## Vad är Delat beslutsfattande?

Delat beslutsfattande innebär att brukare och personal som jämlika parter fattar beslut om insatser kring behandling eller det sociala stödet. Det är ett samarbete som leder till att både brukare och personal delar samma information och att båda har förståelse för vad den andra känner är viktigt att väga in i beslutet. Utifrån det görs ett gemensamt val - ett delat beslut.

Delat beslutsfattande är en metodik som kan användas i kombination med flera olika arbetssätt så länge vissa grundkomponenter finns med. Dessa grundkomponenter, eller centrala delar, beskrivs här i korthet.

**SAMMANHANG OCH KULTUR** – Verksamheten måste inramas av en behandlingskultur med värderingar som respekterar och har tilltro till brukarens egen vilja och kraft.

**ETT VAL** - Det måste finnas något att besluta om och det måste finnas alternativ att välja mellan. En verksamhet måste tänka flexibelt, och när det är möjligt, anpassa sig för att erbjuda olika alternativ. Det gäller både kring stora beslut och små detaljer. Till exempel vid val av insats/behandling och när, var och hur något ska ske.

**TVÅ EXPERTER** – Delat beslutsfattande bygger på att minst två personer möts, brukaren och vård-/omsorgspersonalen. Parterna delar all information, samarbetar och för ett jämlikt samtal. När beslutet fattas görs det gemensamt och alla deltar i beslutet.

**INFORMATION** - Det måste finnas, eller kunna tas fram, information om alternativen som man ska välja mellan. Båda parterna måste värna om att den andra parten tagit till sig och

förstår informationen. Alla som deltar i beslutet ska ha tillgång till all information.

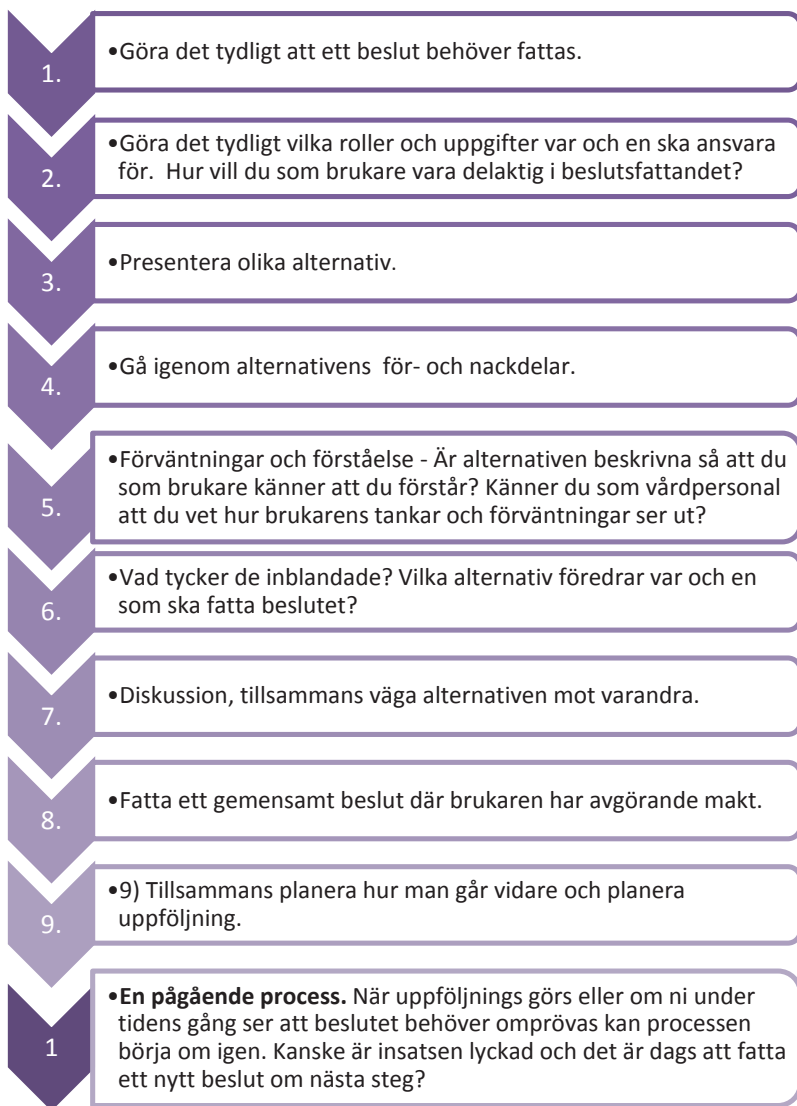
**VERKTYG** – Erfarenhet har visat att verktyg behövs för att kunna genomföra Delat beslutsfattande. Det kan gälla beslutsstödjande material så som verktyg för att förmedla information om olika alternativ eller värdera dessa mot varandra. Vård-/omsorgspersonal behöver rutiner för hur man ska gå till väga, vilka steg som ska tas och när - till exempel i form av en beslutsguide.

**STÖD** – Brukare behöver kunna få stöd i förberedelsearbetet och genomförandet av besluten som fattas. Här kan anhöriga, vänner, kamratstödjare, personligt ombud, vård-/omsorgspersonal eller personal från boende vara värdefullt stöd. För vård-/omsorgspersonal är det viktigt att organisationen och arbetsplatsen stödjer arbetssättet med delat beslutsfattande.

**BESLUT** – Det måste tas ett aktivt beslut som dokumenteras och som sedan följs upp. Ett beslut kan även vara att brukare och vårdpersonal gemensamt beslutar att inget göra. Det är viktigt att man tydliggör vem som ska göra vad och att man diskuterar vilket stöd och vilka verktyg som kan vara till hjälp för att delat beslutsfattande ska fungera.

## Generell modell av beslutsprocessen

Beslutsprocessen illustreras ofta med nio olika steg som beskriver faser i samarbetet mellan brukare och personal som gör att ett gemensamt och välgrundat beslut kan fattas.<sup>15,16</sup>





## Hur implementerar vi Delat beslutsfattande?

### INVENTERA BEHOV/UTMANINGAR

I ett första steg behöver de befintliga arbetsrutinerna gås igenom för att kartlägga de olika tillfällen och moment där beslut fattas och brukarkunskap kan användas för att göra vården bättre. En beslutssituation kan till exempel vara ett val mellan olika behandlingsalternativ/stödinsatser, framtagandet av en stöd-/vårdplan men inkluderar även andra val så som tid och plats för möten eller hur möten ska utformas. Efter detta bör man genomgå och granska beslutssituationerna: Vad gör situationen lätt eller svår? Kan något förändras så att förutsättningarna förbättras? Vilka verktyg eller vilket stöd skulle behövas? Vidare bör man fundera över hur man lägger in det nya arbetssättet i de gamla rutinerna så att verksamheten flyter på så bra som möjligt utan störningar. Det är också bra att i tidigt skede göra en analys av vilka risker som finns dvs. vad skulle kunna hindra att implementeringen av Delat beslutsfattande blir av.

### TYDLIGGÖRA MANDAT/UPPDRAG

För att Delat beslutsfattande ska kunna implementeras i en verksamhet behöver det finnas ett klart definierat mål och beslut att införa arbetssättet. En konkret handlingsplan behöver skrivas där det tydligt framgår vad som ska utföras, när det ska göras, av vem och hur. Att vara tydlig med detta i ett inledningsskede minskar risken för missförstånd. Närliggande verksamheter samt brukar- och närståendeorganisationer bör informeras om att verksamheten arbetar enligt Delat beslutsfattande och vad detta innebär.

### UTBILDNING

#### Utbildning av chefer

Chefer bör få grundläggande kunskaper om arbetssättet samt information om syftet med Delat beslutsfattande kopplat till rådande lagstiftning samt nationella riktlinjer och forskning på området. Detta för att cheferna ska bli trovärdiga gentemot sin personal, men också för att förståelsen/syftet med arbetssättet är grundläggande i all kommunikation med de personer som ska arbeta med metodiken i sitt praktiska arbete.

## **Utbildning av personal**

Cheferna bör också organisera utbildning av övrig personal, samt tillhandahålla kontinuerligt metodstöd/metodhandledning. Utbildning kan ske på olika vis. En variant är att cheferna låter strategiska personer erhålla längre utbildningar. Därefter kan dessa personer internutbilda övrig personal och ge metodstöd. För att få med hela verksamheten behöver förståelsen och kunskapen om arbetssättet vara god. Delat beslutsfattande handlar mycket om inställning, vilja och attityd. Det kan vara en stor utmaning att bryta traditionella arbetssätt. Det är lämpligt att representanter från brukar- och närstående organisationer inkluderas i delar av utbildningen.

## **DRIVA IMPLEMENTERINGSPROCESSEN**

### **Driva processen hos personalen**

I ett inledande implementeringsarbete fyller cheferna en viktig funktion genom att stämma av med personal hur arbetet fortskrider vid exempelvis arbetsplatsträffar, APT. Det kan vara bra att ha en stående punkt på agendan för att få kontinuitet. Arbetsplatsträffar är även ett bra forum även när arbetsmetoden har börjat "sätta sig", för att göra uppföljningar kring exempelvis hur många som erbjudits Delat beslutsfattande, vad som inte fungerar, osv.

### **Utse strategiska personer med uppdrag att driva processen**

Cheferna bör också utse strategiska personer på baspersonalnivå med uppdrag och mandat att driva på processen och bistå med metodstöd. Dessa personer bör vara utbildade i arbetssättet, engagerade och tro på modellen. Chefernas roll i detta blir att ge dessa personer mandat och informera övrig personal om detta.

## **VERKTYG OCH BESLUTSHJÄLPMEDEL**

Erfarenhet har visat att verktyg behövs för att kunna genomföra Delat beslutsfattande. Exempel på material att använda i processen kan vara:

- verktyg för att förmedla information om olika alternativ
- beslutsstödjande formulär för att värdera olika alternativ

- planeringshjälpmedel för genomförande av beslut
- utvärderingsmaterial
- beslutsguide för vård-/omsorgspersonal med rutiner för hur man ska gå till väga

Det finns redan idag till viss del verktyg och beslutsstödjande material som är så generella att det ibland kan användas oavsett verksamhetens arbetssätt, eller justeras så att de passar, exempelvis samordnad individuell plan, SIP, men det kan också vara aktuellt att ta fram eget material. När verktyg finns på plats måste en praktisk implementering i arbetsrutinerna hittas, personalen behöver utbildning i hur verktygen ska användas och det behöver hittas sätt att utvärdera hur verktygen fungerar.

### **AVSÄTTA TID**

Det är viktigt att det avsätts tid för personalen att arbeta med Delat beslutsfattande. Det gäller både den större tidsinvestering som behövs vid implementerandet av delat beslutsfattande, men också i det dagliga arbetet och i mötet med brukarna. Det behöver ges tid för själva beslutsprocessen – informationsutbytet mellan personal och brukare och för personalen att kunna stödja brukaren. Delat beslutsfattande konsumerar mer tid i samband med beslutssituationerna, men den totala tidsåtgången är på lång sikt mindre om brukaren förstår och är nöjd med valda insatser.

### **UPPFÖLJNING**

Ett bra sätt att följa upp implementeringen är att skapa forum för att diskutera arbetssättet på flera nivåer. Syftet med dessa forum ska vara att lyfta utmaningar och vidareutveckla arbetssättet. Exempelvis kan man ha en utvecklingsgrupp som på uppdrag av en chefsgrupp upprättar rutiner och lyfter utmaningar. Chefsgruppens uppgift kan vara att hålla sig uppdaterad om utvecklingsgruppens arbete, komma med förslag på implementeringsfokus och bistå vid specifika frågeställningar som inte går att lösa i utvecklingsgruppen. På någon av dessa nivåer kan det vara lämpligt att ha med representanter för brukar- och närståendeorganisationer.

## Utvärdering av resultat och beslutsprocess ur brukarens perspektiv

Resultat kan mätas på flera olika sätt. Man kan grovt dela upp det i att mäta själva resultatet av det man gjort och att mäta vägen dit, processen. I Delat beslutsfattande är det viktigt att ställa frågorna ur brukarens perspektiv. Det är till exempel inte relevant att bara fråga om brukaren har fått information om olika alternativ. Det är däremot relevant att veta om brukaren upplever att han eller hon har haft tillräckligt med information för att kunna fatta beslutet och känna sig trygg med det.

### Exempel på utvärdering av resultat:

Vad man ska utvärdera styrs av de mål man satt upp gemensamt. Några exempel kan vara:

- Uppnåddes dina långsiktiga- eller kortsiktiga personliga mål?
- Har din psykiska och kroppsliga hälsa förändrats?
- Har din livskvalitet förändrats?

### Exempel på utvärdering av arbetssättet:

- Förutom att mäta resultat av Delat beslutsfattande som ovan är det viktigt att mäta hur själva arbetssättet fungerat. Har vi uppnått ett delat beslutsfattande?
- Uppfattar du att dina tankar värderades lika högt som personalens?
- Upplevde du att det fanns tillräckligt med tid för frågor/diskussion om de olika alternativen?
- Upplevde du att du var delaktig när beslutet fattades?
- Hur fungerade insatsen som ni gemensamt beslutade om?

### Utvärdering på verksamhetsnivå

En verksamhet som arbetar med Delat beslutsfattande bör också göra uppföljningar på verksamhetsnivå för att se hur väl arbetssättet har implementerats. En verksamhetsövergripande utvärdering kan ge en generell bild av hur delaktiga individer känner sig i sin vård och behandling och visa på vilka förbättringar som behöver göras inom verksamheten.

Ett sätt att utvärdera delaktigheten på verksamhetsnivå är att genomföra en brukarrevision. En brukarrevision är en granskning som utförs av brukare och/eller närstående. Brukarrevisionen handlar, precis som Delat beslutsfattande, om att ta vara på brukarnas expertis. I en brukarrevision utformar brukarna frågorna, genomför intervjuer/enkäter och analyserar resultatet. Fördelarna med att genomföra en brukarrevision är flera, bland annat:

- Metoden tillför andra perspektiv till utvärderingen än om den blivit genomförd av personer utan egen erfarenhet.
- Om brukare får utforma en verksamhet kan den bli bättre anpassad till de behov som verkligen finns hos de som använder verksamheten.
- Ett system som brukare har varit med att utforma är mindre sårbart för kritik än ett som utformas helt utan brukarmedverkan.

## **Mer om Delat beslutsfattande**

Mer information och kunskap kring Delat beslutsfattande kan inhämtas från bland annat Socialstyrelsens hemsida Kunskapsguiden, se [www.kunskapsguiden.se](http://www.kunskapsguiden.se). Där finns en elektronisk version av skriften "Shared decision making" som ger en introduktion i modellen samt vägledning för hur man kan arbeta med delat beslutsfattande inom psykiatrisk vård. På projektet Bättre psykosvårds hemsida finns mer information om olika metoder inom Delat beslutsfattande och smakprov på verktyg i form av formulär med mera, se [www.battrepsykosvard.se](http://www.battrepsykosvard.se).

## Referenser:

1. Socialstyrelsen (2011). Nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd 2011 – stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen.
2. SFS 1982:763. Hälso- och sjukvårdslagen. Stockholm: Riksdagen.
3. SÖ 2008:26. Konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning och fakultativt protokoll till konventionen.
4. SFS 1993:387. Lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade. Stockholm: Socialdepartementet.
5. SFS 2001:453. Socialtjänstlagen. Stockholm: Riksdagen.
6. Patientlag - Delbetänkande av Patientmaktutredningen, SOU 2013:2, konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning. Stockholm: Utrikesdepartementet
7. Hamann, J., Langer, B., Winkler, W., Busch, R., Cohen, R., Leucht, S. & Kissling, W. (2006). Shared decision making for in-patients with schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 114, 265-273.
8. Nordén T, Malm U, Norlander T (2012) Resource group assertive community treatment (RACT) as a tool of empowerment for clients with severe mental illness; A meta-analysis; *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health* 2012;8 :144-151
9. O'Connor, AM., Bennett, CL., Stacey, D., Barry, M., Col, NF., Eden, KB. et al. (2009). Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 3. Art. No.: CD0014311
10. Loh, A., Simon, D., Wills, CE., Kriston, L., Niebling, W. & Harter, M. (2007). The effects of a shared decision making intervention in primary care of depression: a cluster randomized controlled trial. *Patient Education and Counselling*, 67, 324-332.
11. Patel, SR., Bakken, S. & Ruland, C. (2008). Recent advances in shared decision making for mental health. *Current Opinions of Psychiatry*, 21(6), 606-612.
12. O'Brian, A., Fahmy, R. & Singh, SP. (2009). Disengagement from mental health services. A literature review. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 44, 558-568.
13. Hamann, J., Cohen, R., Leucht, S., Busch, R. & Kissling, W. (2005). Do patients with schizophrenia wish to be involved in decisions about their medical treatment? *American Journal of Psychiatry*, 162, 2382-2384.
14. Bunn, MH., O'Connor, AM., Tansey, MS., Jones, BD. & Stinson, LE. (1997). Characteristics of clients with schizophrenia who express certainty or uncertainty about continuing treatment with depot neuroleptic medication. *Archives of Psychiatric Nursing*, 11(5), 238-248.
15. Kriston, L., Scholl, I., Hölzel, L., Simon, D., Loh, A. & Härter, M. (2010). The 9-item Shared Decision Making Questionnaire (SDM-Q-9). Development and psychometric properties in a primary care sample. *Patient Education and Counseling*, 80, 94-99.
16. Simon D, Schorr G, Wirtz M, Vodermaier A, Caspari C, Neuner B, et al. Development and first validation of the shared decision-making questionnaire (SDM-Q). *Patient Educ Couns* 2006;63:319-27.



