



UMEÅ UNIVERSITET

# **DELAKTIGHET I VÅRDBESLUTEN**

## **Delat beslutsfattande inom socialpsykiatrisk vård**

Maria Bendtsen Kronkvist

Detta verk är skyddat av svensk upphovsrätt (Lag 1960:729)  
Avhandling för medicine doktorsexamen  
ISBN: 978-91-8070-652-0 (print)  
ISBN: 978-91-8070-653-7 (pdf)  
ISSN: 0346-6612  
New Series Number 2354  
Omslag: Gustaf Engström  
Formgivning omslag: Maria Bendtsen Kronkvist  
Elektronisk version tillgänglig på: <http://umu.diva-portal.org/>  
Tryck: Scandinavian Print Group  
Umeå, Sverige 2025

Ing-Marie Wieselgren,  
en klok förebild lär ha sagt, *"Det är inte svårt – bara jobbigt"* ofta med  
tillägget: *"Vi vet ju vad som ska göras – nu ska vi bara göra det också"*

### *Dedikation*

Denna avhandling tillägnas min Lykke, exakt lika gammal som perioden för detta avhandlingsarbete. Tack för att du förändrade min värld och gjorde den bättre än vad jag kunde föreställa mig.



# Innehållsförteckning

Abstract in English.....	iv
Populärvetenskaplig sammanfattning .....	vi
Förkortningar .....	viii
Begrepp .....	ix
Lista över delarbeten .....	xi
Prolog .....	13
Introduktion.....	15
Min förförståelse.....	15
Att vara ”industridoktorand” .....	15
Rational.....	17
Övergripande syfte .....	19
Delstudiernas syfte .....	19
Bakgrund .....	21
Historisk tillbakablick.....	21
Återhämtning .....	23
Stigma påverkar livet för personer med psykisk ohälsa .....	26
Delaktighet.....	27
Delaktighetsmodeller .....	27
Delaktighet som begrepp .....	30
Personcentrerad vård .....	32
Rättigheter.....	32
Delat beslutsfattande.....	37
Vad är Delat beslutsfattande?.....	38
Delat beslutsfattande från teori till praktisk tillämpning.....	39
Beslutsstödsmaterial, verktyg och instrument .....	41
Aktuellt forskningsläge .....	43
Kritik mot DBF .....	45
Paternalism, Delat beslutsfattande och Informerat val .....	46
Kunskapsluckor kopplade till Delat beslutsfattande .....	47
Implementering.....	48

Vårdatmosfär .....	52
Socialpsykiatrisk vård.....	53
Hem för vård eller Boende (HVB).....	54
Kompetens på HVB .....	55
Den initiala planen .....	57
Studie X - En misslyckad implementering .....	57
Bakgrund.....	57
Syfte 58	
Metod - Blockrandomiserad kontrollerad design.....	58
Hur gick det? .....	61
Verksamhetsförändringar & Covid-19.....	61
Slutsats .....	62
Metod .....	65
Samproduktion.....	65
Nothing about us without us .....	65
Hur gick samproduktionen till?.....	66
Etiska godkännanden.....	67
Forskningsetiska överväganden .....	67
Kontext och Material .....	69
Studie I .....	69
Studie II.....	71
Studie III .....	73
Analys.....	76
Analys Studie I och II .....	76
Analys studie III.....	77
Resultat.....	79
Studie I.....	79
Ökad teoretisk kunskap .....	79
Förändrat synsätt på betydelsen av praktiskt handlande .....	80
Studie II .....	81
Önskan om delaktighet hindras av professionellas förhållningssätt.....	81
Information om delaktighet främjar empowerment .....	82
Studie III .....	83
Tidigare erfarenheter spelar roll.....	84
Förändrad inställning till delaktighet .....	84
Vad som behövs fortsättningsvis .....	86
Förmåga att öka personernas delaktighet .....	86

Delat beslutsfattande som en integrerad arbetsmetod .....	88
Förändringar i vårdatmosfären .....	89
Ledarskap under införandet.....	90
Diskussion.....	91
Metoddiskussion.....	91
Intervjuteknik .....	94
Resultatdiskussion .....	97
Delaktighet på individuell nivå .....	97
Ökad delaktighet påverkar maktbalans .....	99
Vårdatmosfär .....	101
Implementering av DBF.....	102
Delaktighet: En fråga om tur eller slump.....	104
Slutsats och kliniska implikationer .....	105
Slutord.....	107
Förslag till framtida forskning .....	109
Författarens tack.....	111
Referenser .....	115
Bilagor.....	133
Artikel 1 .....	134
Artikel 2 .....	135
Artikel 3 .....	136

# Abstract in English

**Background:** There is a need to increase user influence in psychiatric care. This involves for example user participation in decisions about treatment interventions in the field of social psychiatric care. The field includes Homes for care and residence (HVB, in Swedish *Hem för Vård och Boende*) which is a context in this thesis and a rare setting for research. Shared decision-making (SDM) is a method that is considered feasible and applicable in healthcare, also in psychiatric care and is mentioned in national guidelines as a method for making decisions in various situations. Despite research-based findings, rights, law and national and global recommendations the method is in practice used to a limited extent.

**Method/results:** This thesis comprises three studies regarding user participation in decision-making situations, particularly within social psychiatric care. In the first study, professionals who underwent an educational intervention including SDM, recovery and coordinated planning were included. Participants were individually interviewed and asked to describe their experiences regarding changes in attitudes towards and knowledge about, users of mental health care recovery and decisional participation in clinical practice after completing the training. The results are presented in two categories *Increased theoretical knowledge* and *Changed attitudes about practical approach*. The participants felt the need to change their role as professionals. Otherwise, users influence and participation in their care and treatment will not increase.

The second study is about users' experiences of being involved in their own care and treatment, as well as in decision-making situations while residing at HVB. Participants were interviewed in three separate focus groups. This study shows how users perceive participation and influence. The results revealed that users' involvement in decisions is hampered by the professionals' approach. Users often experienced a lack of influence in decisions. The result also demonstrated that adequate information and participation might mean greater empowerment.

The third study is an implementation study. SDM was introduced at an HVB. Users, staff, and management received an intensive course in the SDM method, and individual interviews focusing on implementation were conducted afterwards by interviewers with own experience of mental illness. Users, staff, and management provided their perspectives on what happens at the HVB when SDM was implemented. A factor for successful implementation of SDM emphasized by all three groups was

that everyone received the same training during the same period. It was also found that the introduction of SDM at the HVB had not only affected how decision-making situations were handled individually but also influenced the care atmosphere. This occurred as the professionals changed their approach and met individuals in need of care and support with a more open and positive attitude.

**Conclusion:** The results of these three studies indicate that users, staff members and managers agree that user participation in decision-making is important. The results also point at that SDM as method can facilitate user participation in decisions. The method is structured and can be adapted individually, which means that user participation in decisions can become a reality. The results indicate that for the method to be integrated into clinical practice, three distinct yet interconnected perspectives are required. First; the management take responsibility to implement and continuously maintain the method. Second; staff members need to assimilate knowledge and skills. Finally, SDM also includes users who based on their best abilities take an active role in the decision-making process.

# Populärvetenskaplig sammanfattning

Denna avhandling lyfter delaktighet i vårdbesluten med speciellt fokus på Delat beslutsfattande. Avhandlingen omfattar tre delstudier som undersökt och fokuserat på delaktighet, främst gällande olika beslutssituationer inom kontexten socialpsykiatrisk vård.

Studie I handlar om personal som genomgått en utbildning i Delat beslutsfattande, återhämtningskunskap och Samordnad individuell plan (SIP). Deltagarna i studien intervjuades individuellt och fick berätta om sina upplevelser om hur de upplevt förändringar i sin attityd och förhållningssätt gällande återhämtning och delaktighet efter utbildningen. Resultatet visar bland annat att personal som arbetar inom olika psykiatriska kontexter upplever att de behöver arbeta med att förändra sin roll som professionella och sitt arbetssätt om brukarna ska vara delaktiga i sin vård och behandling.

Studie II handlar om personer med psykisk ohälsa som är i behov av vård och stöd och vistas på ett *Hem för Vård och boende* (HVB). Tre separata fokusgrupper genomfördes och deltagarna i studien ombads att berätta om sina upplevelser av att vara delaktiga i sin egen vård och behandling samt i beslutssituationer när de vistades på HVB. Resultatet visar att det förekommer upplevelser av avsaknad gällande inflytande i beslut, men det finns också upplevelser av delaktighet. Delaktigheten kunde dock vara begränsad till att skriva under sina egna planeringsdokument såsom till exempel en genomförandeplan.

Studie III är en implementeringsstudie där Delat beslutsfattande introducerades på ett HVB. Deltagare i studien var personer som var placerade på HVB på grund av allvarlig psykisk ohälsa och substansbruksyndrom samt personal och ledningspersoner som arbetade vid verksamheten. Deltagarna fick intensivutbildning i Delat beslutsfattande-metoden. Individuella intervjuer med personer som var i behov av vård och stöd, personal och ledningspersoner genomfördes efter cirka 2 månader. Intervjuerna utfördes av representanter från FoU-panelen i Region Västerbotten som själva har egen erfarenhet av psykisk ohälsa. Intervjuerna utgick ifrån upplevelser av delaktighet och inflytande samt vad som händer i en verksamhet när Delat beslutsfattande implementeras. Resultatet visar att en framgångsfaktor för en implementering av Delat beslutsfattande var att samtliga i verksamheten fick ta del av samma utbildning under samma period. Införandet av Delat beslutsfattande i verksamheten påverkade inte bara hanteringen av beslutssituationer, utan även upplevelsen av

vårdatmosfären. Detta skedde genom att de professionella förändrade sitt förhållningssätt och mötte personer i behov av vård och stöd med ett mer öppet och positivt bemötande.

Utöver dessa tre studier presenteras beskrivning av Studie X – *en misslyckad implementeringsstudie*. Studie X ingick i den ursprungliga forskningsplanen, men avslutades i förtid på grund av omständigheter såsom organisationsförändringar och personalomsättning. Det finns dock lärdomar att dra av detta misslyckande vilka togs till vara när Studie III designades och genomfördes.

Sammantaget visar studierna att det finns ett stort behov av och en medvetenhet om att det är viktigt att öka personers delaktighet inom socialpsykiatrisk vård. Trots forskning, rekommendationer och kunskapsunderlag används inte metoden Delat beslutsfattande i praktiken i någon större omfattning. Att arbeta med Delat beslutsfattande kan motiveras utifrån ett etiskt perspektiv; att ha delaktighet i sin egen vård ansluter till grundläggande mänskliga rättigheter. Delat beslutsfattande kan även motiveras kliniskt där förhoppningen är att vårdresultaten ska påverkas i positiv riktning. Vad gäller kliniska effekter är dessa ännu inte entydigt vetenskapligt belagda, men det pågår forskning.

# Förkortningar

ADHD	Attention Deficit Hyperactivity Disorder
Covid-19	Coronavirus Disease, SARS-CoV-2
DBF	Delat beslutsfattande
HSL	Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)
HVB	Hem för vård och boende enligt Socialtjänstlagen 7 kap. 1 § 1
LVM	Lagen om vård av missbrukare i vissa fall (1988:870)
LPT	Lagen om psykiatrisk tvångsvård (1991:1128)
LRV	Lagen om Rättspsykiatrisk vård (1991:1129)
SDM	Shared decision-making, svenska Delat beslutsfattande, DBF
SIP	Samordnad Individuell plan
SiS	Statens Institutionsstyrelse, huvudman för statens institutioner som ansvarar för bland annat LVM-hem
SoL	Socialtjänstlagen (2001:453)
SSK	Legitimerad Sjuksköterska

# Begrepp

I denna avhandling används flera begrepp som förtydligas här. Inom de verksamheter där studierna genomförts hanteras ofta två lagrum. Detta gör att begreppsförvirring kan uppstå. I Hälso- och sjukvårdslagen används i regel begreppet patient om den som vårdas. Inom socialtjänstens verksamheter används begrepp som brukare eller klient. I denna avhandling har jag valt att använda begreppet person för att beskriva den som är i behov av vård och/eller stöd. Bakgrunden är att jag medvetet vill framhäva att vi skall se människan som en person oavsett vilket lagrum som styr den vård, stöd eller service som personen får del av.

Beskrivningen av begreppen *brukare*, *klient* och *patient* är tagna från Socialstyrelsens termbank (Socialstyrelsen, 2020).

Brukare	Person som får, eller som är föremål för en utredning om att få, individuellt behovsprövade insatser från socialtjänsten
Klient	Brukare som delvis med egen medverkan får stöd eller insats vid regelbundet återkommande möten med anställda inom socialtjänsten
Patient	Person som erhåller eller är registrerad för att erhålla hälso- och sjukvård
Person	I denna avhandling används termen person som samlingsnamn för brukare, patient och klient. För att underlätta för läsaren används ibland begreppet <i>person som är i behov av vård och stöd</i> för att tydliggöra då det handlar om exempelvis personer som vistas på HVB
Professionella	I denna avhandling används termen professionella som samlingsnamn för den som arbetar och är anställd i en verksamhet t.ex. legitimerad sjuksköterska, behandlingspedagog, undersköterska, socionom, terapeut och liknande.
Socialpsykiatri	Stöd och service från främst kommuner och socialförvaltningarna till personer med psykisk funktionsnedsättning.

## Substansbruksyndrom

Missbruk och beroende av psykoaktiva substanser (alkohol, narkotika, läkemedel) sammanslaget till en diagnos som heter substansbruksyndrom DSM-5 (American Psychiatric Association et al., 2013)

## Lista över delarbeten

- I. Kronkvist, M. B., Forsberg, K.-A., Rämngård, M., Sandlund, M., Janarv, T., & Dahlqvist Jönsson, P. (2022). User participation in decision-making – a qualitative intervention study on mental health professionals’ experiences. *Journal of Public Mental Health*, 21(3), 250–261. <https://doi.org/10.1108/JPMH-11-2021-0140>
- II. Bendtsen Kronkvist, M., Dahlqvist Jönsson, P., Forsberg, K.-A., & Sandlund, M. (2023). Service user participation in decision-making – a qualitative study from a services user’s perspective. *Journal of Public Mental Health*, 22(4), 157–169. <https://doi.org/10.1108/JPMH-12-2022-0129>
- III. Kronkvist, M. B., Dahlqvist-Jönsson, P., & Sandlund, M. (2025). Implementing Shared Decision-Making as Part of a Recovery-Oriented Practice at a Home for Care or Residence for People with Severe Mental Illness. *Journal of Psychosocial Rehabilitation and Mental Health*. <https://doi.org/10.1007/s40737-024-00446-8>

Artikel I och II har tryckts med tillstånd från Journal of Public Mental Health. Artikel III har tryckts med tillstånd av Journal of Psychosocial Rehabilitation and Mental Health.



# Prolog

Det har gått nio år sedan jag blev antagen som doktorand vid Umeå Universitet. Det kan tyckas vara en lång tid för att skriva en avhandling, men under dessa år har mycket hänt. För det första blev jag mamma samtidigt som jag blev antagen. Min kliniska tjänst har förändrats under åren från att vara forskarstuderande och biträdande föreståndare till att vara forskarstuderande och verksamhetschef med ett helhetsansvar över ett Hem för Vård och Boende (HVB) och Särskilt boende för vuxna personer med psykisk ohälsa i kombination med substansbruksyndrom. Under åren som gått har vi alla, hela världen, fått uppleva en pandemi som tvingade många av oss att förändra planering och arbetssätt. Att vara verksamhetschef under dessa år innebar att säkra vårdmiljön för de personer som vistades på verksamheten och samtidigt säkra arbetsmiljön för en hel arbetsgrupp. Det fanns inga policys eller lathundar att utgå från och ständigt fick vi tillsammans hitta nya lösningar för att undvika eller minimera riskerna för smittspridning utan att skapa för mycket oro hos personal och de personer som vistades i verksamheten. För mig innebar det att nästan två år av min forskningstid fick sättas åt sidan, och även om nya digitala lösningar snabbt kom på plats så var det svårt att fokusera på forskarstudierna under denna period.

Valet att inrikta min forskning på HVB och den socialpsykiatriska vården grundar sig i att jag själv arbetat inom detta sedan 18 års ålder. Min plan från grundskolan var att bli sjökaptan, men efter att ha börjat som timanställd på ett HVB och Särskilt boende (i allmänt språk – behandlingshem) beslutade jag mig för att ändra inriktning och studera till legitimerad sjuksköterska. Efter grundutbildningen till sjuksköterska studerade jag vidare till specialistsjuksköterska inom psykiatrisk vård, och detta ledde mig vidare in på ett masterprogram där jag också valde att specialisera mig inom psykiatrin. Under tiden för mina studier har jag varit verksam vid det behandlingshem som jag började arbeta vid som 18-åring. I min yrkesroll har jag varit kontaktperson, omvårdnads- och patientansvarig sjuksköterska, biträdande föreståndare och, sedan 2019, verksamhetschef och föreståndare.

Att kombinera rollen som doktorand med att vara verksamhetschef och föreståndare har varit en utmaning, samtidigt skulle jag inte velat göra annorlunda. Att få möjligheten att forska i kombination med att arbeta kliniskt ger mig drivkraft att fortsätta framåt.



# Introduktion

I introduktionen presenteras Min förförståelse och därefter Att vara ”industridoktorand”. Vidare följer Rationalen som på ett övergripande sätt beskriver de kunskapsluckor som legat till grunden för mina studier.

## Min förförståelse

Under min yrkesverksamma tid inom den socialpsykiatriska vården har jag fått erfarenhet av att många personer som vistas i denna vårdkontext väljer att avbryta eller uteblir från planerade insatser, både när det gäller social färdighetsträning och behandlingsinsatser.

Då jag valde att fokusera mina studier på delaktighet i beslutsfattandet inom socialpsykiatrisk vård så var dessa avbrutna insatser en av anledningarna. En forskningshypotes är att jag tror att en anledning till alla dessa oplanerade avslut kan vara bristen på delaktighet i beslut om personens vård och behandling före, efter och under vårddagen.

Ett av mina motiv för att forska har varit att belysa HVB som kontext då det finns kunskapsluckor på området. Sammantaget är det min uppfattning att forskning inom HVB inte är tillräckligt representerad.

## Att vara ”industridoktorand”

Innan rationalen presenteras är det viktigt att vara transparent med det faktum att jag som forskare under hela min doktorandtid varit anställd hos en privat vårdgivare. På ett sätt kan man likna detta vid att vara det som kallas för industridoktorand – men det har funnits en del skillnader. Därför vill jag nedan beskriva hur detta *har och inte har* påverkat mig och min forskning.

Initialt samfinansierades mina forskningsstudier med doktorandmedel från Umeå universitet och lön från företaget Aleris Omsorg AB. Redan under planeringsstadiet möjliggjorde företaget att studierna skulle kunna genomföras. För att säkerställa finansiering av forskartiden skrevs ett avtal mellan företaget, Umeå Universitet och mig. Avtalet beskrev att tiden för forskningsstudier innebar att jag hade rätt till att vara tjänstledig för forskning på 50% med lön.

Företaget som skrev avtal med universitet blev under 2018 uppköpta av Ambeakoncernen. Försäljningen innebar att verksamheterna som ingår i studie X, II och III inklusive min arbetsplats kom att tillhöra Nytida, som

är en del av Ambea. Under åren som jag varit anställd på Nytida har forskningen fortsatt även om den påverkats av andra yttre faktorer såsom, verksamhetsförändringar och covid-19-pandemin.

Hösten 2021 beslutades tillsammans med min dåvarande chef om att ta tjänstledigt på heltid i sex månader. Under denna tid skrevs artikel I som publicerades under 2022. Liknande tjänstledigheter har sedan förekommit vid två tillfällen efter det, en period 2023 för att skriva samman artikel II och en längre period 2024–2025 för att skriva samman artikel III samt denna ramberättelsen.

Företaget har medverkat genom att ge tillgång till de verksamheter som ingått i studierna under åren, utan att på något sätt haft synpunkter på själva studiernas syfte, uppläggning eller genomförande. Totalt har ett 10-tal verksamheter medverkat i studierna II-III samt Studie X. Utbildning i Delat beslutsfattande har ägt rum på plats i verksamheterna och lokaler och material som behövts (papper, pennor, digital utrustning) har ställts till förfogande. Personal som deltagit i utbildningar har fått göra detta på arbetstid. Vid etikprovningar har företaget varit forskningshuvudman för studie II, III och X och Umeå Universitet för studie I. Sammanfattningsvis har jag givits förutsättningar i form av tid för att bedriva forskning i mitt arbete.

# Rational

Inom fältet socialpsykiatri, det vill säga stöd, vård och service i samhället till personer med psykisk ohälsa, finns det flera områden där den forskningsbaserade kunskapen är bristfällig. I de studier som ingår i min avhandling har jag valt att fokusera på personer som är i behov av vård och stöd, professionella, chefer, delaktighet och metoden Delat beslutsfattande.

Att vara delaktig i de beslut som rör en person är en mänsklig rättighet (Förenta Nationerna, 2011). I den globala strategin Comprehensive Mental Health Action Plan som är utvecklad av Världshälsoorganisationen är en av de sex grundläggande principerna och tillvägagångssätten: "Empowerment of persons with mental disorders and psychosocial disabilities. Persons with mental disorders and psychosocial disabilities should be empowered and involved in mental health advocacy, policy, planning, legislation, service provision, monitoring, research and evaluation" (WHO, 2021).

I Sverige har rätten till klientens och patientens delaktighet lyfts in i lagstiftning såsom Socialtjänstlagen<sup>1</sup>, Patientlagen<sup>2</sup> och Hälso- och Sjukvårdslagen<sup>3</sup>.

För personer i Sverige med allvarlig psykisk ohälsa finns idag flera aktörer som kan erbjuda vård, stöd och behandling. Förutom slutenvårdsplatser finns det öppenvård inom regional hälso- och sjukvård och många kommuner erbjuder olika boendelösningar för dem som har behov av stöd med detta. Utöver de insatser som kommun och regioner erbjuder finns andra alternativ inom socialpsykiatrin i Sverige. Till dessa hör det som i allmänt tal kallas behandlingshem. Det mer korrekta begreppet är Hem för Vård och Boende (HVB).

När det fattas större eller mindre vårdbeslut, vilket sker dagligen, är detta situationer där personernas delaktighet bör eftersträvas. En metod för att fatta beslut med vetenskapligt stöd är Delat beslutsfattande som rekommenderas i nationella riktlinjer (Socialstyrelsen, 2018). Rekommendationen är att använda Delat beslutsfattande – och ändå görs det inte så ofta (Socialstyrelsen, 2022).

I centrum av denna avhandling finns de personer som är placerade av kommun och/eller region på HVB. Rationalen bakom och utgångspunkten för detta avhandlingsarbete är sammanfattningsvis en övertygelse om att delaktigheten för dem som vistas på HVB av flera goda skäl kan och bör stärkas.

---

<sup>1</sup> Socialtjänstlagen (2001:453)

<sup>2</sup> Patientlagen Patientlagen.

<sup>3</sup> Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)



# Övergripande syfte

Det övergripande syftet är att belysa delaktighet i vårdbeslut med speciellt fokus på Delat beslutsfattande inom socialpsykiatrisk vård.

## Delstudiernas syfte

De specifika syftena för de tre delstudierna är:

- Studie I      Att beskriva professionellas erfarenheter, attityder och kunskap om återhämtning och delaktighet efter en utbildningsintervention som fokuserar på beslut om vård och behandling för personer med allvarlig psykisk ohälsa.
  
- Studie II     Att beskriva delaktighet i beslutsfattandesituationer bland personer med allvarlig psykisk ohälsa som vistas på HVB.
  
- Studie III    Att utforska erfarenheter hos personer som vistas på HVB, professionella och chefer när Delat beslutsfattande introduceras på ett HVB för kvinnor.



# Bakgrund

I bakgrunden presenteras de områden och begrepp som används i studierna. För att få en tydlig struktur och avgränsning används avsnitt med specifika rubriker. Inledningsvis beskrivs en kortfattad Historisk tillbakablick på psykiatrisk vård som belyser hur synen på delaktighet förändrats genom åren. I nästkommande avsnitt beskrivs Återhämtning både ur ett personligt och kliniskt perspektiv. Vidare tas området Stigma upp och dess påverkan på livet för personer med psykisk ohälsa.

Ett centralt område i studierna är Delaktighet som presenteras i ett eget avsnitt. Delaktighetsmodeller utifrån samhällsperspektiv och den enskilda individens delaktighet beskrivs. Efter detta följer ett avsnitt om Personcentrerad vård och Rättigheter. Vidare presenteras avsnitt om Delat beslutsfattande (DBF) ur flera perspektiv såsom definition, metodbeskrivning och implementering.

Då studierna har fokus på Implementering presenteras ett avsnitt om detta följt av Vårdatmosfär. Den specifika kontexten Hem för Vård och boende finns beskriven i avsnittet Socialpsykiatrisk vård.

## Historisk tillbakablick

Historiskt sett skiljer sig inte Sverige från många andra länder i västvärlden gällande den psykiatriska tidsresan. Liksom i andra länder byggdes under senare hälften av 1800-talet och första hälften av 1900-talet stora institutioner, mentalsjukhus, som rymde 100-tals vårdplatser. I mitten av 1960-talet fanns det cirka 35 000 heldygnsvårdplatser (SOU 1991:47, 1991) som inrymde personer med psykiatrisk problematik, men också personer med det som då kallades utvecklingsstörningar eller personer som hade andra vårdbehov som krävde långvarig vård. Mentalsjukhusens syften var att ge omsorg, vård och behandling till individer som inte kunde få det stödet i hemmet eller ute i samhället. Ett annat syfte var att avskärma individer med ett avvikande beteende från samhället. Under 1970-talet växte idéerna fram om psykosociala arbetsmetoder och avinstitutionaliseringen (Markström, 2020). I praktiken innebar detta en nedmontering av mentalsjukhusen, något som i slutet av 80-talet aktualiserade och de stora intuitionerna blev nedläggningsprojekt. Den bakomliggande tanken var att personer med allvarlig psykisk ohälsa inte skulle bo på stora institutioner utan skulle istället finnas ute i samhället och få det stöd de behövde i exempelvis en egen lägenhet med tillgång till stöd. Avinstitutionaliseringen av psykiatri i Sverige, påbörjades redan innan det som sedan blev känt som *Psykiatireformen* som startade 1995 och syftade till att

livskvaliteten och delaktigheten skulle förbättras för personer med allvarliga och långvariga psykiska störningar. I samband med att dessa personer flyttades ut från de stora institutionerna övertog, eller skulle kommunen överta ansvaret för stöd och service. Reformen blev inte så lyckad som det var avsett. Många personer för illa, eftersom det saknades resurser i landsting och kommun att möta de stora behov som fanns. Alternativa behandlingsformer var inte tillräckligt utbyggda när slutenvårdsplatserna lades ner (Rosenberg et al., 2011).

Enligt Markström (2020) har Psykiatireformen haft effekt på HVB-hemmens verksamheter. För en del av de personer som bodde på mentalsjukhusen blev HVB sedermera en alternativ boendeform då den egna bostaden och/eller det stöd som skulle ges från samhället inte fungerade.

Beslut inom psykiatrin har av tradition fattats grundat på ett paternalistiskt tillvägagångssätt (Hamann et al., 2003; Pelto-Piri et al., 2013). Detta innebar att de professionella fattade beslut åt personerna. Beslut fattades ofta av de professionella grundat på vad de bedömde var bäst för personen, inte av ondo, utan av klinisk erfarenhet och ibland vetenskap. Att fatta beslut åt en person istället för att fatta beslut tillsammans med en person innebär också ett maktövertagande, även om detta inte heller i grunden utförs med onda avsikter.

Idag är delaktighet en rättighet för alla människor i samhället i enlighet med Deklarationen om mänskliga rättigheter (Förenta Nationerna, 2011). Dessa grundläggande rättigheter inkluderar personer inom psykiatrisk, däribland socialpsykiatrisk vård. Delaktighet ingår som en viktig del i ett återhämtningsinriktat arbetssätt (Davidson, 2016; Farkas et al., 2005; Slade et al., 2015). I nästkommande avsnitt i tas begreppet återhämtning upp och vad det innebär.

## Återhämtning

Delaktighet ses som en central komponent inom återhämtning (eng. *recovery*) (Davidson et al., 2005). Återhämningsfilosofi har förmedlats i studierna. I studie I och III var återhämningskunskap en del av den utbildning som deltagarna fick ta del av. För att uppnå återhämtning är delaktighet avgörande vilket inkluderar att delta i beslut som påverkar personernas vård. Målet är att personen ska ta en större kontroll över sina symtom och bli mer engagerad i sin egen vårdprocess, vilket kan bidra till ökat självbestämmande och välbefinnande (Davidson et al., 2005). Nedan presenteras en beskrivning och sammanfattning av det som idag associeras till återhämningsperspektiv inom psykiatriområdet.

En beskrivning av återhämningsprocessen för personer med allvarlig psykisk ohälsa är att den är som en icke-linjär resa som innehåller små steg vilket kan innebära deltagande i vardagsaktiviteter (Drake et al., 2014). Återhämtning kan beskrivas utifrån olika perspektiv; klinisk, social och personlig återhämtning. *Det kliniska perspektivet* syftar till att beskriva reducering av symtom och funktionsnedsättningar, bli frisk och fri från besvär samt därmed inte längre uppfylla diagnoskriterier, exempelvis med hjälp av specifika medicinska behandlingar (Rosenberg et al., 2014). I detta perspektiv betonas symtomreduktion, minskning eller utsättande av medicinsk behandling och minskad användning av heldygnsvård (Davidson et al., 2005; Torgalsboen, 1999). *Det sociala perspektivet* syftar till att känna sig inkluderad och ta en aktiv del i samhället, övervinna stigmatisering; förutfattade meningar och fördomar som individen möter (Topor et al., 2011). *Det personliga perspektivet* innebär däremot inte primärt symtomreduktion och funktionsförbättring med strävan efter att nå en "normal nivå". Personlig återhämtning syftar till personlig utveckling och att hitta meningsfullhet i livet trots eventuella symtom på psykisk ohälsa. Hit hör att minska stigmatiseringens följder, kunna ta ansvar, vara delaktig och göra egna val (Anthony, 1993). Att vara återhämtad ur ett personligt perspektiv kan betyda att personen lever i samhället med sin allvarliga psykiska ohälsa och bestående funktionsnedsättning, men åtnjuter sina medborgerliga rättigheter och upplever medlemskap i samhällslivet. (Davidson et al., 2005; Torgalsboen, 1999).

År 2012 presenterade Substance Abuse and Mental Health Services Administrations (SAMHSA) tio grundprinciper för återhämtning (SAMHSA, 2012). Dessa punkter beskriver nyckelkomponenter för att kunna arbeta med och stödja personers återhämtning. Tre av punkterna är: *Självbestämmande*, *Empowerment* och *Ansvar*. *Självbestämmande* beskriver att det är personen själv som styr, väljer och bestämmer hur

dennes process för återhämtning ser ut. *Empowerment* beskriver att personen har rätt att välja och bestämma gällande det som påverkar den enskilde. *Ansvar* beskriver hur personen själv kan ta och har ansvar för sin egen vård, behandling och återhämtningsprocess. Utöver dessa tre punkter finns *Individen i centrum* som beskriver att alla personer är unika individer och var och en har sitt sätt att återhämta sig, *Holistisk syn* som täcker in olika aspekter av personens liv såsom välmående, hälsa och integration i samhället, *Icke-linjär* som innefattar att en återhämtningsresa innebär en process som går fram och tillbaka, den är inte alltid fylld av framsteg utan bakslag kan förekomma. *Baserat på styrkor* som innebär att fokusera på personens starka sidor, färdigheter och kompetenser. *Peer support* eller kamratstöd som innebär stöd från andra som återhämtat sig. *Respekt* som innefattar att behandla personen med värdighet utan att döma, att kämpa mot diskriminering och stigma. *Hoppfullhet* att skapa en framtidstro som kan verka som en drivkraft för att hjälpa personen att se möjligheter och sätta mål för framtiden, även under svåra omständigheter (SAMHSA, 2012). En annan liknande sammanfattning av hur återhämtning kan stödjas är ramverket CHIME som består av fem olika områden; Social tillhörighet, Framtidshopp, Identitet, Meningsfullhet och Empowerment (Leamy et al., 2011). Liksom i SAMHSA´s grundprinciper framhävs delaktighet som en viktig faktor.

För att underlätta ett återhämtningsinriktat arbetssätt i en verksamhet kan en personalstyrd intervention som modellen RORPG (*Recovery-Oriented Reflective Practice Groups*) på svenska Återhämtningsinriktade reflektionsgrupper användas. I denna modell ingår fyra olika delar; *Personcentrerad vård* som innebär att ha ett holistiskt synsätt, att se patienten som en individ, utveckla ärliga relationer och att lära känna personens behov, erfarenheter och styrkor. *Styrkebaserat* som innebär att vara medveten om hur personal agerar och hur detta kan påverka en persons återhämtning, att inge hopp och att främja personens utveckling. *Samarbete* som innebär att vara medveten om hur relationer kan påverka den aktuella situationen, partnerskap med patienten, arbeta för att stärka empowerment och ha respekt för patientens förmåga och rätt till beslutsfattande. *Reflekterande* som innebär att vara medveten om att återhämtning är en icke-linjär process, ta emot kunskap och ha ett erfarenhetsutbyte med kollegor och med patienter, prova och utvärdera olika sätt att hantera lösningar i praktiken (Derblom et al., 2025; Gabrielsson et al., 2019).

Utöver att utbildningsinterventionerna i Studie I och III innehöll återhämtningskunskap ingick denna grund även i utbildningsmaterialet för studie X. För att kunna utvärdera professionellas kunskap och attityd

gällande återhämtning var det planerat att använda instrumentet Recovery Knowledge Inventory (RKI) (Bedregal et al., 2006). RKI mäter attityder och kunskap om återhämtning bland personer med psykisk sjukdom och personer med substansbruksyndrom (Bedregal et al., 2006; Davidson et al., 2005) RKI är användbart inte enbart för att ta reda på kunskaper och attityder, utan också för att anpassa utbildningar för personal (Bedregal et al., 2006). RKI innehåller 20 olika påståenden som tillsammans skapar fyra separata faktorer som utifrån ett återhämtningsperspektiv fokuserar *Roller och ansvar, Att processen inte är linjär, Självdefinition och Närståendes roller och Förväntningar* (Bedregal et al., 2006; Davidson et al., 2005).

Sammanfattningsvis kan återhämtning ses ur flera aspekter, i denna avhandling utgör återhämtning ett grundläggande synsätt, där personers delaktighet i vårdbeslut är centralt. Utöver ett synsätt ses återhämtning även som ett arbetssätt där Delat beslutsfattande som metod kan brukas som ett praktiskt verktyg i en återhämtningsinriktad praktik.

## Stigma påverkar livet för personer med psykisk ohälsa

Många personer med psykisk sjukdom drabbas av stigma och diskriminering. Detta påverkar negativt ett flertal livsområden och dessa personers självkänsla och upplevda livskvalitet (Livingston et al., 2010). Nedan presenteras stigma och vad detta kan ha för inverkan på personers delaktighet inom den kontext som speglas i denna avhandling.

Stigma kan förklaras utifrån en modell (ursprungligen *Stämplingsteorin* av Goffman (1971)) som beskriver en process där flera komponenter är involverade (Link et al., 2001). Modellen innehåller fyra olika delar. Den första handlar om *Etikettering* – för att skilja ut alla människor får personer en ”stämpel” eller ”märkning”. Detta är en psykologisk nödvändighet för hela uppfattningen av omvärlden och för människans överlevnad. Det andra steget kallas *Stereotypier* – på denna nivå är det ofta så att personer blir indelade i fack, sedda på gruppnivå men på ett harmlöst sätt. Problem uppstår dock på denna nivå eftersom individens unika personlighet försvinner. Här kan exempel som gäller psykisk sjukdom vara att *gruppen psykiskt sjuka* är kopplade till stereotypier om farlighet och våldsamhet. Det tredje steget *Separation* – innebär att personerna som uppfyller stereotypier ses som underlägsna och inte värda lika mycket som andra. Här sker också en distansering som innebär att andra samhällsmedborgare vill vara åtskilda från exempelvis personer med psykisk sjukdom. Det fjärde och sista steget är *Diskriminering och statusförlust* – där personerna utsätts för diskriminering och utstötning från sociala sammanhang och andra omgivningsfaktorer, vilket kan ske på både individuellt och strukturellt plan. Ett exempel på det senare tas upp i boken *Att leva med psykisk funktionshinder* (Brunt et al., 2020) där det beskrivs att personer i allmänhet är positiva till att personer med allvarlig psykisk ohälsa erbjuds boende, så länge det inte är i det egna grannskapet.

Gällande stigma inom den psykiatriska kontexten finns studier som tyder på att personal inom psykiatrin själva utsätter personer som de möter i sitt arbete för stigmatisering. Det har också visat sig att de professionella själva upplever att de i sin yrkesroll är utsatta för stigmatisering (Schulze, 2007). Trots de professionellas medvetenhet om och arbete mot stigmatisering inom psykiatrin kan de ibland bidra till att skapa och förstärka de stereotypier som finns och den diskriminering som de försöker eliminera (Schulze, 2007).

Självstigma är ett begrepp som används för att beskriva när en person tar till sig och internaliserar de stereotypier och fördomar som finns i samhället gällande dem själva (Corrigan et al., 2002). Detta förändrar

deras självbild och kan leda till minskat självförtroende, som i sin tur kan påverka viljan att be om hjälp och delta i samhället (Corrigan et al., 2002). Självstigma är vanligt förekommande för personer med allvarlig psykisk ohälsa. Studier har visat att prevalensen ligger mellan 25–40% i olika undersökningar (Brunt et al., 2020; Krajewski et al., 2013).

För att tydliggöra vad självstigma är och vad det innebär för personen har det utvecklats en modell innefattande fyra faser, som beskriver hur individer internaliserar negativa stereotypier om psykisk ohälsa och hur detta påverkar deras självkänsla och hopp (Corrigan et al., 2002). I *den initiala fasen* blir personen i fråga medveten om negativa stereotypier som finns i samhället om psykisk ohälsa. I *den andra fasen* börjar personen hålla med om dessa stereotypier och accepterar dem som sanna. I *den tredje fasen* applicerar personen detta på sig själv och börjar se sig själv på ett negativt sätt. I *den fjärde fasen* upplever personen minskat hopp och självkänsla efter att ha intalat sig själv att uppfylla dessa negativa stereotypier.

## Delaktighet

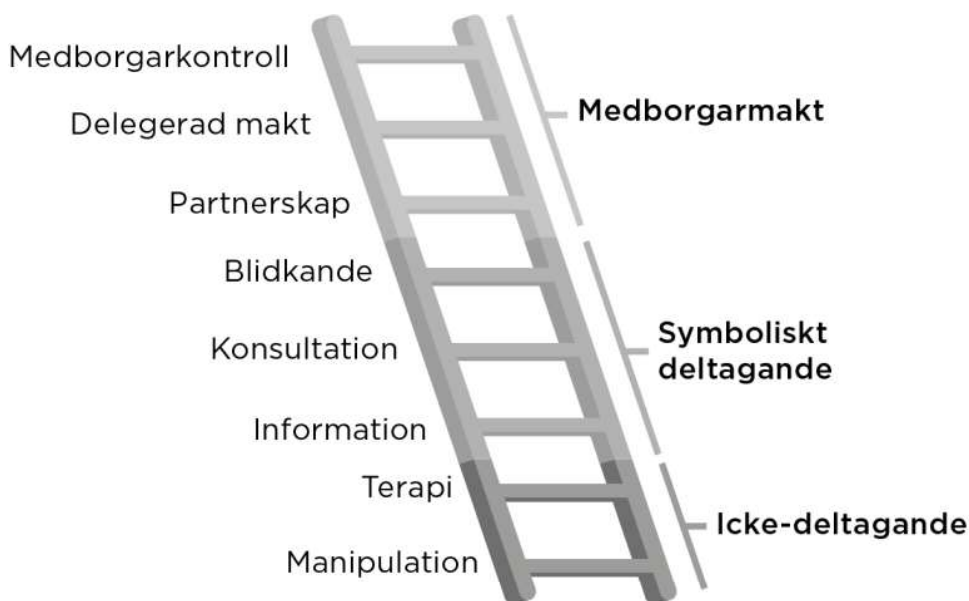
Delaktighet och hur personer inom psykiatrisk vård och omvårdnad ges möjlighet till delaktighet i beslut som fattas kring dem är centralt i studierna som ingår i denna avhandling. Det finns olika sätt att beskriva delaktighet, samt hur människor kan få eller inte få inflytande i samhället och i livet. Nedan presenteras delaktighetsmodeller och delaktighet som begrepp.

### Delaktighetsmodeller

En av de mest kända delaktighetsmodellerna är Delaktighetstrappan av Arnstein (1969) (eng. *Eight rungs on the ladder of citizen participation*) som presenterades år 1969. Delaktighetstrappan beskriver demokratisk delaktighet och inflytande från ett medborgarperspektiv i åtta steg indelat i tre nivåer (se nästa sida figur 1).

Den lägsta nivån utgörs av att medborgaren inte har någon makt alls och deltar på så sätt inte i de beslut som rör medborgaren. Detta innefattar *Manipulation*: där medborgaren enbart ges sken av deltagande. *Terapi*: där medborgaren "utbildas" men inte involveras. Mittenivån kallas för *Tokenism* eller *Symboliskt deltagande*: denna nivå är egentligen inte på riktigt utan *fake*, det vill säga en nivå där medborgaren tror sig ha inflytande och delaktighet men verkligheten överensstämmer inte med detta. Mittenivån innefattar *Information*: där medborgaren informeras om beslut, men kan inte påverka. *Konsultation*: Synpunkter

får ges, men de behöver inte tas i beaktande. *Blidkande*: här inkluderas medborgare i viss grad, dock utan verklig makt. Den högsta nivån är när medborgaren har inflytande och deltar och på så sätt har också medborgaren makt. Detta innefattar: *Partnerskap*: där samarbete mellan beslutsfattare och medborgare sker. *Delegerad makt*: I en del frågor får medborgaren rätt att fatta beslut. Det högsta steget i den högsta nivån är *Medborgarkontroll*: Som innebär att det är medborgaren som har full kontroll över beslutsprocessen (Arnstein, 1969).



*Figur 1 Ladder of Citizen Participation (Arnstein, 1969) Modifierad av Maria Bendtsen Kronkvist*

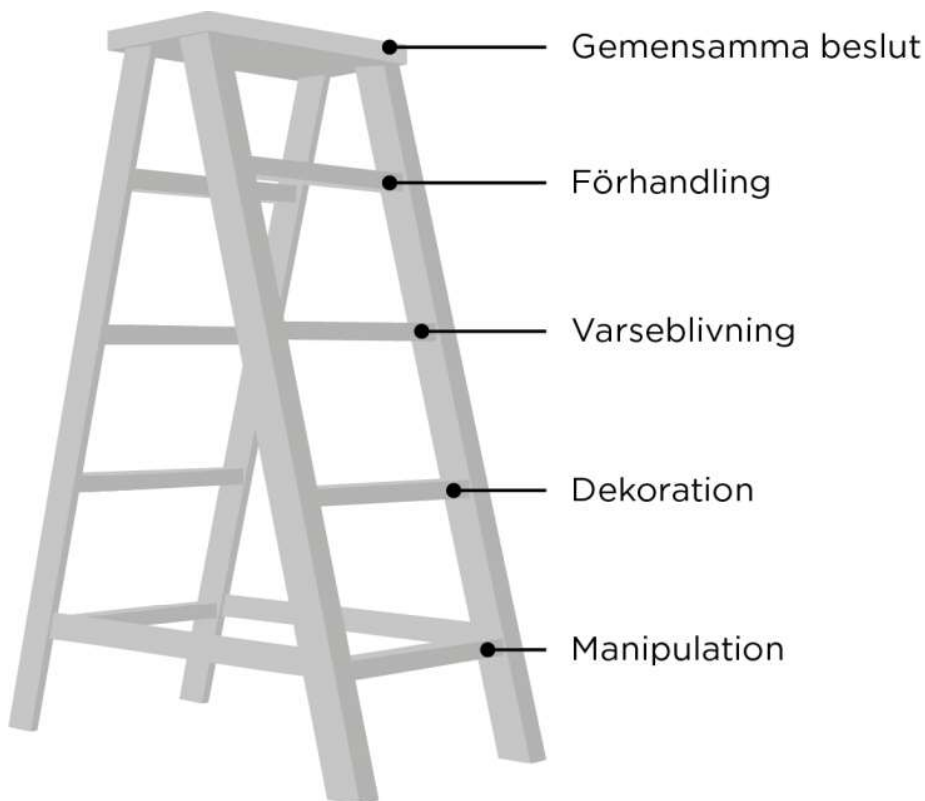
En annan modell som beskriver delaktighet är *Delaktighetstrappan* (se nästa sida figur 2) enligt David Shier som beskriver fem olika steg utifrån hur pass delaktig en person är i beslut (Shier, 2001).

Delaktighetstrappan bygger på FN:s konvention om barns rättigheter (UNICEF, 2024), men influeras också av sociokulturell teori (Vygotskij et al., 1978). Modellen utgår från barn och ungas perspektiv utifrån hur omfattande inflytande ett barn har i situationer från minimalt till maximalt inflytande. Utöver att modellen använts för att identifiera barn och ungas delaktighet har den anpassats till projekt<sup>4</sup> i Sverige som använt modellen för vuxna personer som är behov av stöd och service inom SoL och LSS<sup>5</sup>. I avhandlingen har modellen använts som ett

4 FUB-projekt, Med delaktighet i sikte, (2016). Stiftelsen Ala. Författare: Hans Nilsson och Malin Holmén.  
5 Lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade

verktyg för att reflektera över hur pass delaktig en person är, vilket görs i avsnitt *Diskussion*.

Modellen består av fem olika steg som utgår från lägsta ”trappsteget” vilket kallas *Manipulation* och beskriver att personen enbart blir lyssnad på, men har inget egentligt inflytande i det som skall beslutas. Steg 2 kallas *Dekoration* och innebär att personen får vara med att uttrycka sina åsikter och ge sina synpunkter mer för syns skull och inte på riktigt. Steg 3 kallas *Varseblivning*, i denna fas beaktas personens åsikter och synpunkter men det är inte självklart att det tas till vara. Steg 4 kallas *Förhandling* och här menas det att personen medverkar i beslutsfattande och har inflytande. Det femte och högsta steget av delaktighet kallas enligt Shier för *Gemensamma beslut*<sup>6</sup> och innebär att personen delar makt och ansvar för beslutsfattande (Shier, 2001).



*Figur 2 Delaktighetstrappan (Shier, 2001) Modifierad av Maria Bendtsen Kronkvist*

---

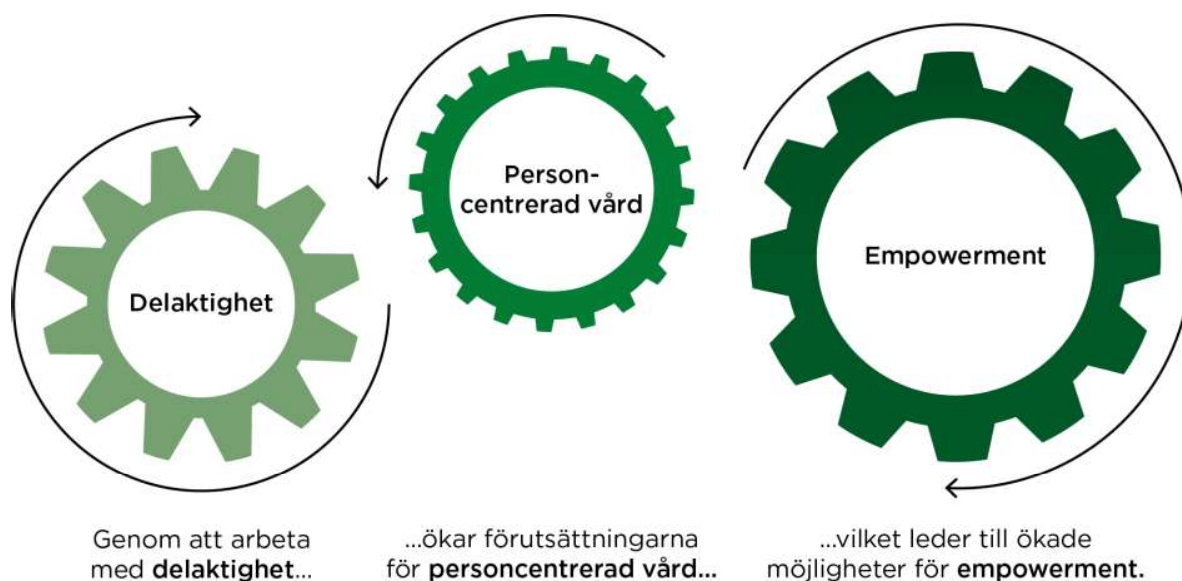
<sup>6</sup> Gemensamma beslut enligt Shiers modell kallas även för Delat beslutsfattande i en del översättning. För att inte detta skall blandas samman med vad som beskrivs som metoden Delat beslutsfattande (DBF) i denna avhandling används därför Gemensamma beslut för att beskriva den femte nivån.

## Delaktighet som begrepp

Begreppet delaktighet kan beskrivas utifrån tre olika nivåer: mikro, meso och makro, som innebär personlig delaktighet, delaktighet på verksamhetsnivå och delaktighet på samhällsnivå (Tritter, 2009). Dessa tre perspektiv påverkar varandra i olika konstellationer, och kan stärka eller försvaga varandra utifrån hur inflytandet fungerar. Den personliga delaktigheten beskrivs ofta som individuell medverkan eller individuellt inflytande. Det personliga innefattar de möjligheter personen har att påverka sin livssituation, den vård och det sociala stöd som denne får. Med att vara delaktig på verksamhetsnivå menas att personen har möjlighet att påverka och medverka till exempel i beslut gällande utveckling i en specifik verksamhet, såsom det boendet personen befinner sig på eller en vårdavdelning. Delaktighet på systemnivå innebär att personen har inflytande och kan påverka till exempel kommande riktlinjer eller vårdprogram (Tritter, 2009).

Främst skall den personliga delaktigheten lyftas fram. En av de vanligaste och kanske mest förekommande (både i och utanför Sverige) inom socialpsykiatrisk kontext är den beskrivning som anges av ICF - Internationella klassifikation av funktionstillstånd. Denna definition lyder: Delaktighet är en persons engagemang i en livssituation (WHO, 2024).

I en litteraturöversikt diskuterar Castro et al. (2016) begreppet *patient participation* tillsammans med *patient empowerment*, *patient-centeredness* (min tolkning; delaktighet, empowerment och personcentrerad vård) (se nästa sida, figur 3). I artikeln presenteras hur de olika begreppen ofta används för att beskriva liknande saker men att det är viktigt att tydliggöra betydelser och hur begreppen skall användas. Empowerment syftar till att handla om att stärka personens förmåga att ta kontroll över sin vård och fatta informerade beslut. Personcentrerad vård handlar om att vården skall vara anpassad efter personens individuella behov, preferenser och värderingar (mer om detta i avsnitt *Personcentrerad vård*). Delaktighet handlar om personens aktiva roll i vården, från behandlingsbeslut till uppföljning. I artikeln lyfter författarna också hur de tre begreppen hänger samman. De menar att empowerment är ett övergripande ramverk och därmed ett bredare begrepp än personcentrerad vård och delaktighet. Personcentrering är en förutsättning för nå empowerment (Anderson et al., 2010; Holmström et al., 2010; Piper, 2010) medan delaktighet kan beskrivas som en grundförutsättning för personcentrerad vård (Luxford et al., 2011) och empowerment. Genom delaktighet kan personcentrerad vård uppnås vilket i sin tur kan främja empowerment (Castro et al., 2016).



*Figur 3 Processmodell för begreppen Delaktighet, Personcentrerad vård och Empowerment, inom hälso- och sjukvård (Castro et al., 2016)  
 Modifierad av Maria Bendtsen Kronkvist*

År 2014 gav Socialstyrelsen ut ett kunskapsstöd avseende hur man kan arbeta med delaktighet och inflytande gällande genomförandeplaner (Socialstyrelsen, 2014a). I detta kunskapsstöd beskrivs hur professionellas sätt att använda ord och språk påverkar hur de professionella tänker. Dessa val påverkar i sin tur förhållningssätt och därmed hur man handlar i praktiken. Andra faktorer spelar också in och påverkar hur man agerar, men orden vi använder är en faktor som påverkar och som det är av vikt att förtydliga. Förutom det som tagits upp ovan gällande delaktighet kan det därför vara av vikt att redogöra för begreppen medverkan och inflytande. Medverkan skiljer sig från delaktighet då det betyder att en person deltar i en situation när insatser ges, oavsett vad denna medverkan leder till. Inflytande betyder att personen faktiskt kan påverka insatserna som har betydelse för personen genom sitt agerande (Socialstyrelsen, 2014a).

## Personcentrerad vård

I studierna som ingår lyfts framför allt delaktighetsperspektivet fram men även innebörden av att individen ses som aktiv i processen och inte passiv. Att arbeta utifrån en personcentrerad vård innefattar att arbeta med delaktighet, och att se personen som aktiv. Till skillnad från patientcentrerad vård där patienten är en passiv mottagare av medicinska insatser innebär den personcentrerade vården istället ett samarbete med patienten (personen) som aktivt deltar i sin egen vård och i beslutsfattande (Leplege et al., 2007)

WHO (2025) beskriver i sina kriterier för Kvalitet inom vården att den skall vara säker, effektiv, personcentrerad, jämlik, effektiv, tidsenlig och integrerad. Vidare beskriver WHO att ”Personcentrerad – innebär att erbjuda vård som svarar mot individuella preferenser, behov och värderingar”. Att arbeta enligt personcentrerad vård har förespråkats på både politiska och etiska grunder (Nolte, 2017; Richards et al., 2015).

Svensk sjuksköterskeförening, Svenska Läkaresällskapet och Dietisternas Riksförbund har i ett samverkansprojekt definierat kärnkompetensen i en personcentrerad vård. I denna skrift förklaras att en personcentrerad vård innefattar värdighet, ömsesidighet och vilja. Detta innefattar en vård som är respektfull och lyhörd och ges till personen för att möta behov, preferenser och värderingar. Begreppet personcentrerad vård kan förklaras genom att beskriva att det handlar om att den personen som får vård skall vara i centrum. Hänsyn skall tas till personens egna resurser och förutsättningar. Inom personcentrerad vård menar man på att den expertkunskap som finns hos personen som får vård och den professionella som ger vård står i centrum och skall tillvaratas (Svensk sjuksköterskeförening, 2019)

## Rättigheter

I studierna berörs rätten till att vara delaktig utifrån flera aspekter. Det är lätt att initialt tänka kring att det är av etiska skäl delaktighet skall erbjudas. Men rättigheten att vara delaktig är även lagstadgad. Som en utgångspunkt har alla personer i Sverige en lagstadgad rätt att vara delaktiga i den vård- och omsorgssituation de befinner sig i.

I FN:s konvention om mänskliga rättigheter, även känd som den allmänna förklaringen om de mänskliga rättigheterna, framgår vikten av alla människors delaktighet och medbestämmande (Förenta Nationerna, 2011). Likaså betonar FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning ämnet delaktighet och medbestämmande. Denna specifika konvention fastställer att personer med funktionsnedsättning

ska ha samma rättigheter som alla andra att delta i samhället på lika villkor (Förenta Nationerna, 2008).

Inom hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) (HSL) beskrivs att den vård som skall ges till personer skall ske med respekt för samtliga människors lika värde och ska samtidigt utgå från den enskilda människan. I 3 kap. 1 § framgår det att personen ska få den information som behövs för att kunna vara delaktig i sin vård. Som en kompletterande lag finns Patientlagen (2014:821) som betonar vikten av delaktighet från mottagarens perspektiv, det vill säga personer som är i behov för vård och stöd. I HSL 4 kap. 1 § stadgar framgår det att vården skall ges med personens samtycke vilket innebär att patienten ska vara delaktig i beslut som fattas gällande personen. I 6 kap. 1 § anges att vården ska planeras och genomföras i samråd med patienten och att personen ska vara delaktig i planeringen insatserna. Patientlagen kompletterar genom att i 3 kap. 1 § beskriva att personen ska få den information som behövs för att kunna vara delaktig i sin vård. I 4 kap. 1 § tydliggörs samtycke vilket innebär att personen ska vara delaktig i beslut om undersökningar och behandlingar. Vidare tas planering av vården upp i 6 kap. 1 § och att detta skall ske genom att personen är delaktig i detta. I HSL 5 kap. 1 § beskrivs att hälso- och sjukvården ska bygga på respekt för personens självbestämmande och integritet vilket Patientlagen kompletterar genom att beskriva motsvarande 1 kap. 1 § att det är tydligt att lagen syftar till att stärka och tydliggöra personens ställning.

I psykiatrisk kontext finns specifik lagstiftning kopplat till tidigare nämnda lagar (HSL & Patientlagen). Dessa kompletterande lagar är: Lag om psykiatrisk tvångsvård (LPT) (1991:1128) och Lag om rättspsykiatrisk vård (LRV) (1991:1129). Dessa båda lagar begränsar utrymmet för en persons delaktighet och rättighet att själv få bestämma.

LPT kan bli aktuellt om tre olika krav uppfylls; allvarlig psykisk störning, behov av psykiatrisk vård dygnet runt och att personen motsatt sig den vård som denne behöver. Men, trots att vården ges med tvång har personen ifråga rättigheter: Rätt att få information på ett förståeligt sätt om exempelvis mediciner, vården och vad som planeras. LPT kan övergå i Öppen Psykiatrisk Tvångsvård (ÖPT), vilket ger möjlighet att vistas på exempelvis en annan vårdinrättning, men det innebär fortfarande att personen i fråga vårdas under LPT. Trots omfattande inskränkningar av personens rättigheter beskrivs det i lagtexten enligt 16 § att vårdplan skall upprättas och att den så långt som det är möjligt skall upprättas i samråd med patienten. Om det inte är olämpligt skall samråd ske också med närstående. Chefsöverläkaren skall undersöka om patienten har behov av stöd från socialtjänsten. Så långt det är möjligt skall detta ske i

samråd med patienten. I nästkommande 17 § beskrivs det att behandlingen under vårdtiden ska ske i samråd med patienten. Samråd ska ske också med patientens närstående, om det inte är olämpligt.

Bestämmelser gällande LRV som är aktuella i studierna berör det som anges i 1 kap. 1 § vilket innebär personer som efter beslut av domstol skall ges rättspsykiatrisk vård. Liksom LPT kan LRV ges i öppen form. Också vid Öppen Rättspsykiatrisk Tvångsvård kan det vara aktuellt att vistas på en annan vårdinrättning. Även om LRV liksom LPT kraftigt begränsar personens möjlighet till delaktighet så framkommer det i lagen enligt 16 § b att om chefsöverläkaren anser att den rättspsykiatriska vården ska fortsätta ska det exempelvis anges vilka särskilda villkor som rätten bör föreskriva, och så långt som det är möjligt, patientens inställning till dessa villkor.

Socialtjänstlagen (SoL) (2001:453) beskriver att arbetet gällande delaktighet är centralt och innebär bland annat enligt 1 kap. 1 § att socialtjänstens verksamhet ska bygga på respekt för människors självbestämmanderätt och integritet. Detta betyder att individens rätt att vara delaktig i beslut som rör deras liv och välbefinnande ska respekteras. Enligt 3 kap. 5 § skall det upprättas en individuell plan i samråd med personen vilket innebär att personen ska vara delaktig i planeringen av de insatser som denne skall få eller får. Vidare anges det enligt 3 kap. 3 § att personen skall få information om sina rättigheter och möjligheter att påverka sin situation för att kunna vara delaktig i beslutsprocessen.

Inom socialtjänstens ramar finns även tvångsvårdslagar. Dessa är av Lagen av vård om missbrukare i vissa fall (LVM) (1988:870) och Lagen om vård av unga (LVU) (1991:52).

Hur delaktighet skall hanteras utifrån LVM finns beskrivet i lagtexten. Exempel på detta är i 1 §: där syftet med lagen beskrivs som att ge vård och behandling för att motverka fortsatt missbruk och främja personens möjlighet att leva ett självständigt liv. I 3 § beskrivs att vården ska så långt som möjligt utformas i samråd med den enskilde och anpassas efter dennes individuella behov och förutsättningar. Personalen ska sträva efter att involvera personen i beslutsfattandet och respektera deras åsikter och önskemål. I 9 §: beskrivs att personen skall vara delaktig när samverkan med socialtjänsten och andra aktörer sker. Utöver de andra punkterna beskrivs i 11 § också att en individuell vårdplan skall upprättas i samråd med personen och, om möjligt, deras närstående. Den individuella planen ska innehålla mål och insatser anpassade efter personens behov och önskemål.

Rätten till delaktighet i LVU beskrivs i 1 § där syftet med lagen framgår: att säkerställa att barn och unga som behöver skydd och stöd får den vård och behandling de behöver. Det framgår också att är det viktigt att involvera barnet så mycket som möjligt i vårdprocessen. I 3 § beskrivs att barnet ska ha möjlighet att framföra sina åsikter i frågor som rör dem själva och i 11 § framgår det att en vårdplan skall upprättas i samråd med barnet och, om möjligt, med barnets vårdnadshavare. Vårdplanen ska innehålla mål och insatser som är anpassade efter barnets behov och önskemål.

I studierna ingår personer som är placerade på HVB via socialtjänstlagen, LPT, LRV, LVM och LVU samt genom det som nedan presenteras: *Kontraktsvård* enligt Brottsbalken (1962:700) och *Vårdvistelse* enligt Fängelselagen (2010:610).

Delaktighet utifrån Kontraktsvård (Kriminalvården, 2024a) skall ske genom att involvera den dömde i behandlingen och beslutsprocessen. En individuell behandlingsplan upprättas där den dömda personen är delaktig i att identifiera sina behandlingsbehov och mål. Personen behöver aktivt samtycka till behandlingen och vara engagerad i processen för att kunna dömas till Kontraktsvård. Det skall finnas en öppen och ärlig kommunikation mellan den dömde, frivården och behandlingspersonalen, vilket anses vara avgörande för att skapa en känsla av delaktighet. Uppföljning och utvärdering av behandlingsplanen skall regelbundet ske tillsammans med den dömda personen.

Gällande delaktighet utifrån Vårdvistelse (Kriminalvården, 2024b) beskrivs många likheter med Kontraktsvård och delaktighet såsom behandlingsplan, kommunikation och uppföljning som skall ske tillsammans med personen.



## Delat beslutsfattande

Delat beslutsfattande - DBF, på engelska känt som *shared decision making* – SDM, är den metod som står i centrum för studierna. DBF förespråkades redan 1972 av Robert Veatch som menade att det ur ett etiskt perspektiv borde vara så att personer som är i behov av vård *tillsammans* med professionella borde fatta beslut om vård och behandling, snarare än att professionella ensidigt fattar beslut åt patienterna (Veatch, 1972). År 1993 publicerades en artikel som belyste DBF i samband med kvinnor som skulle fatta beslut inför bröstcancerbehandling och handlade om att analysera hur besluten fattades (Pierce, 1993). Resultatet delades in i tre olika beslutsgrupper: 1. *De som skjuter upp beslutet* och tenderar att förlita sig på att andra (professionella) fattar beslut åt dem. 2. *De som fördröjer beslutet* och behöver längre tid på sig att samla information och överväga alternativ innan beslut fattas. 3. *De som överväger noggrant* som söker mer information, väger för och nackdelar och fattar välgrundade beslut (Pierce, 1993). Två år senare publicerades en artikel där ett stödverktyg, inspirerat av DBF, hade tagits fram för hjälpa patienter att fatta beslut om behandlingsform i samband med bröstcancerbehandling (Whelan et al., 1995). Resultatet påvisade ingen egentlig skillnad gällande behandlingsval för patienterna, men de som fick möjlighet att använda stödverktyget upplevde det som mer hjälpsamt i beslutsfattandeprocessen (Whelan et al., 1995).

Det skulle dröja ett antal år innan DBF kom upp som ämne inom psykiatrisk kontext och exakt när och hur det började är osäkert. År 2003 skrev Johannes Hamann tillsammans med sina en kollegor en artikel som tog upp DBF som en möjlig metod inom psykiatrin. De menade att införandet av DBF inte enbart skulle kunna ha eventuell påverkan på de kliniska resultaten, utan också påverkan på de grundläggande rättigheterna för patienterna inom denna kontext (Hamann et al., 2003). I artikeln *Shared Decision-Making in Mental Health Care: Practice, Research, and Future Directions* kunde man 2006 läsa om hur DBF skulle kunna användas i psykiatri (Adams et al., 2006).

År 2011 publicerades en artikel som bland annat framhöll att patienter inom psykiatrin borde inkluderas i beslut utifrån sin förmåga (Priebe et al., 2011) och året efter publicerades en artikel som lyfte fram behovet av att utveckla och implementera strategier för DBF anpassade till psykiatriområdet (Del Piccolo et al., 2012). I nordisk kontext har DBF studerats utifrån flera sammanhang exempelvis i studier som lyfter metoden som central för att främja brukares delaktighet i psykiatrisk

vård (Dahlqvist-Jönsson et al., 2015). I Sverige rekommenderas DBF i Nationella riktlinjer för vård och stöd vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd (Socialstyrelsen, 2018).

Mike Slade publicerade tillsammans med sin forskargrupp 2017 en artikel som lyfte fram att implementeringen av DBF inte bara handlade om praktisk tillämpning av metoden utan också en kulturell förändring inom psykiatrisk kontext (Slade, 2017). Han menar att det finns två aspekter av DBF: den *kliniska* och den *etiska*. Den *kliniska aspekten* handlar om att förbättra resultat, som kan vara mätbara. Exempel på detta kan vara minskat antal vårddygn och förbättrade vårdresultat. Den *etiska aspekten* handlar om att genom DBF öka personens autonomi, och hänvisar till mänskliga rättigheter (Förenta Nationerna, 2011). Det perspektiv som lyfts i denna avhandling är främst det *etiska* även om det *kliniska* perspektivet funnits med samtidigt.

### Vad är Delat beslutsfattande?

En av de mest använda beskrivningarna av Delat beslutsfattande (DBF) är att det krävs att minst två parter involverade, det vill säga patienten/personen och vårdgivaren/den professionella. Dessa parter delar information där den professionella bidrar med klinisk erfarenhet, evidens och behandlingsalternativ och patienten delar sina preferenser, värderingar och prioriteringar. Beslut fattas gemensamt och leder till ett beslut som båda parter är överens om (Charles et al., 1997). Vidare har definitionen tagits till psykiatrisk kontext och definierats som en samarbetsprocess mellan personen som är i behov av vård och den professionella, där individen som är i behov av vård ses som en person med expertkunskap som måste inkluderas i behandlingsbeslut på lika villkor med den professionellas kunskap. Detta syftar till att säkerställa personcentrerade beslut som återspeglar mottagarens behov (Brooks et al., 2017; Deegan et al., 2008; Elwyn et al., 2017; Meyer et al., 2024). Under de senaste åren har DBF framhållits som ett tillvägagångssätt för att säkerställa att personer som är i behov av vård och stöd inom socialtjänst och psykiatrisk vård är delaktiga i beslut och planering (Knutsson et al., 2020; Nykanen, 2020; Stovell et al., 2016). Langer et al. (2018) tillägger att DBF innebär att den professionella och personen som är i behov av vård och stöd går samman som samarbetspartners för att bestämma vårdens process, både i början och under hela behandlingen (Langer et al., 2018).

Avslutningsvis behöver det lyftas fram att DBF emellanåt diskuteras som ett *förhållningssätt* snarare än som en *metod*. Deegan et al. (2006) skriver i en artikel en motivering till varför personal inom psykiatrisk kontext bör anta ett DBF-inriktat förhållningssätt inom psykiatrin

utifrån både klientens och vårdpersonalens perspektiv. De menar att grunden för DBF handlar om att skapa ett partnerskap som består av tre grundkomponenter: *Jämlikhet*, *Autonomi* och *Återhämtning*. *Jämlikhet* innefattar att både patient och vårdgivaren ses som experter. *Autonomi* innefattar att patientens rätt att vara delaktig i beslut som påverkar dennes liv och behandling. *Återhämtning* som en del av återhämtningsinriktad vård, där patientens mål och värderingar är centrala (Deegan et al., 2006). Ser man DBF som metod betonas frågor om struktur, organisatoriska förutsättningar och praktisk tillämpning där metoden exempelvis tydliggörs genom olika steg och processer (Towle et al., 1999). Det finns modeller som beskriver sådana strukturerade processer (se nästa avsnitt) och som kan användas som stöd för att arbeta enligt metoden (Elwyn et al., 2012). DBF som metod strävar mot målet om brukarinflytande eftersom det går längre än mål som att tillämpa etiska principer och består av konkreta handlingar (Andersson et al., 2024; Levin et al., 2017).

I denna avhandling förstås DBF som en metod för beslutsfattande med följande syfte och huvudsakliga innehåll:

DBF är en metod för att stärka delaktighet för personer som är i behov av vård och stöd inom socialtjänst och psykiatri. Personens delaktighet tillgodoses genom att olika planer och beslut med konsekvenser för personens vård, fattas gemensamt av personen och den professionella efter att information i tillräcklig och tillgänglig omfattning delats mellan parterna. Detta gäller både i början och under hela vårdprocessen.

Givetvis gynnas utövandet av DBF som metod av sådant som att de professionella har ett förhållningssätt som öppnar för delaktighet och att det råder en återhämtningsinriktad kultur inom organisationen. Men detta är inte tillräckligt; vårdbesluten ska i tillämpliga delar utföras i enlighet med metoden för att det ska vara berättigat att tala om DBF.

## Delat beslutsfattande från teori till praktisk tillämpning

En känd modell för DBF är *The Three Talk Model* som bygger på tre olika steg (Elwyn et al., 2017; Elwyn et al., 2012). Det första steget handlar om *Samtal i teamet* där man pratar tillsammans som ett team och där det finns en förståelse av att man skall komma fram till ett beslut som passar mottagaren av vården bäst. Det andra steget är *Samtal om alternativ* där man pratar om vilka alternativ som finns att tillgå, och samtidigt tas risker och fördelar i beaktande. Det tredje steget är

*Beslutssamtal* där beslut fattas utifrån de preferenser och val som gjorts grundat på de inblandade parternas bidrag (Elwyn et al., 2017). Grim et al. (2016) föreslår att modellen utökas med två steg, en förberedelsefas där fokus skall ligga på samarbete och en uppföljningsfas som möjliggör återkoppling och eventuella justeringar av beslutet.

Andra har beskrivit DBF som en åtta-steps modell (Towle et al., 1999).

1. Partnerskap: Skapa en ömsesidig relation där både personen som är i behov av vård/behandling och vårdgivaren ses som jämlika parter.
2. Dela information: Personens preferenser och behov för information identifieras och respekteras.
3. Involvering i beslutsprocessen: Personen som är i behov av vård har en viktig roll i beslutsfattandet. Detta innefattar vilja att ta risker och graden av involvering av sig själv och andra, fastställs och beaktas. Vad är viktigt för personen i fråga?
4. Förväntningar: Den professionella lyssnar på och svarar på personens förväntningar, idéer och bekymmer gällande de olika alternativen.
5. Identifiera valmöjligheter: De olika alternativen fastställs, inklusive personens idéer och information.
6. Presentera fakta: Den professionella presenterar fakta, evidens och beprövad erfarenhet på ett sätt som tar hänsyn till personens förutsättningar. Den professionella skall också hjälpa personen att reflektera över och bedöma effekten av alternativa beslut med avseende på dennes värderingar och livsstil.
7. Beslutsfattande: Ett gemensamt beslut fattas utifrån det partnerskap som skapats (redan i steg 1) mellan den professionella och personen. I vissa fall fattas beslut tillsammans med andra (exempelvis anhöriga eller vänner). I detta steg skall eventuella konflikter också lösas.
8. Uppföljning: En överenskommelse om hur uppföljning av beslutet sker i detta "sista" steg. Uppföljningen är viktig för att säkerställa att behandlingen följs och utvärderas.

I studierna har de åtta stegen från ovanstående modell använts som inspiration för att presentera metoden (se nästa sida, figur 4).



*Figur 4 Delat beslutsfattande utifrån de 9 steg som används i studierna. Illustrationen visar även DBF-kortet som användes i studie III och studie X (Grafisk design: Gustaf Engström)*

## Beslutsstödsmaterial, verktyg och instrument

För att underlätta för samtliga parter som skall fatta beslut i enlighet med DBF kan beslutsstödsmaterial användas (engelska Decision Aids) (O'Connor, 2001). På flera sätt skiljer sig beslutsstödsmaterial från traditionellt informationsmaterial, då det inte syftar till att uppmana personen att välja det ena eller det andra. Syftet är istället att hjälpa personerna att tillsammans med professionella fatta övervägda beslut baserat på de olika vårdalternativ som finns att tillgå (O'Connor, 2001). En del beslutsstödsmaterial kan användas redan innan beslut skall fattas, för att personen ska kunna förbereda sig (Legare et al., 2014). Exempel på beslutsstödsmaterial är instruktionsvideor eller applikationer (till exempel appar för mobiltelefoner, surfplattor eller datorer), som kan användas i den förberedande fasen (Elwyn et al., 2016). Andra former av stöd kan bestå av tryckt skriftligt material.

I en systematisk översikt som inkluderade 105 studier (randomiserade kontrollerade studier som jämförde beslutsstöd med vård som vanligt och/eller alternativa interventioner) (Stacey et al., 2017) visade resultaten att de som använde beslutsstöd exempelvis upplevde sig mer kunniga, mer informerade och var mer medvetna om risker än jämförelsegruppen. Vidare diskuteras beslutsstöd, i en omfattande

översikt där det ingick 87 studier, som en viktig komponent för att underlätta arbetet med DBF (Légaré et al., 2018).

National Institute for Health and Care Excellence (NICE) har tagit fram ett generiskt informationsmaterial samt stödverktyg att använda vid situationer då DBF kan användas (NICE., 2024). I Sverige har andra stödverktyg tagits fram, ett exempel på dessa är ett digitalt beslutsstödsverktyg utformat för personer inom psykiatrisk vård och stöd (Grim et al., 2017) som är baserat på Elwyn´s modell The Three Talk Model för DBF (Elwyn et al., 2012). Även andra beslutsstöd såsom appar för att underlätta arbetet med DBF är testade (Meyer et al., 2024).

Beslutsstödsmaterial är till för att stödja personen som skall fatta beslut att få korrekt information, tillvarata sina egna preferenser och kunna sortera bland alternativen, samt dela information med professionella. *Stödverktyg* skiljer sig från beslutsstödsmaterial och fungerar mer som lathundar för att kunna följa DBF som metod genom att exempelvis följa ett antal steg. Ett exempel är Langer´s DBF-protokoll som visat på lovande resultat då det användes i beslutssituationer tillsammans ungdomar (Langer et al., 2022). I studie X och studie III har ett särskilt stödverktyg tagits fram - DBF-kortet (se föregående avsnitt Delat beslutsfattande från teori till praktisk tillämpning där illustration framgår) en "lathund" som beskriver metoden enligt nio steg.

Utöver beslutsstödsmaterial och stödverktyg finns instrument som kan användas för att bland annat mäta metodtrohet och utvärdera metoden DBF från olika perspektiv. Dyadic Option (bilaga 1) är ett instrument som mäter personens upplevelse av beslutsprocessen (Melbourne et al., 2010). Sure (bilaga 2) är ett instrument som mäter hur förberedd och hur säker personen upplever att denne är när beslut ska tas angående vård och omsorgsinsatser (Ferron Parayre et al., 2014) CollaboRATE (bilaga 4) är ett instrument som fångar brukarens erfarenheter av de insatser som görs för honom/henne när professionella och personen planerar insatser och åtgärder gällande brukarens situation (Barr et al., 2014; Elwyn et al., 2013)

## Aktuellt forskningsläge

I Sverige rekommenderas DBF i de Nationella riktlinjerna för vård och stöd vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd (Socialstyrelsen, 2018). En utvärdering (Socialstyrelsen, 2022) av hur dessa riktlinjer tillämpas i praktiken presenterar att knappt hälften av de vuxenpsykiatriska klinikerna uppger att de har en rutin för att arbeta enligt metoden DBF. I samma utvärdering kan man läsa att enligt undersökningen *öppna jämförelser*<sup>7</sup> (som sker årligen) inom socialtjänsten hade enbart cirka 5 procent av kommunerna uppgett att de arbetade med DBF (Socialstyrelsen, 2022, 2024).

En Samordnad individuell plan (SIP) upprättas när en person har behov av stöd enligt både SoL<sup>8</sup> och HSL<sup>9</sup>. En viktig målsättning med SIP är att personen som är i behov av vård och stöd ska vara en aktiv deltagare i planerings- och beslutsprocessen. Forskning visar dock på brister i dessa processer gällande gemensamma diskussioner och implementering av DBF (Knutsson et al., 2020; Nykanen, 2020).

I en nyligen publicerad kvalitativ studie blev brukare och professionella intervjuade avseende hur DBF integrerats i SIP-processen. Resultatet visade att processen bidrog till ökad känslomässig trygghet genom förutsägbarhet och struktur. Slutsatsen av studien är att integrera DBF i SIP-processen kan förbättra struktur, brukardelaktighet och känslan av trygghet (Jones, 2025). Vidare har studier visat att DBF som intervention får personer att känna sig mer involverade i beslutsfattandet (angående antipsykotisk medicinering) än kontrollgruppen (Hamann et al., 2020). Dessutom uppvisade personerna i interventionsgruppen bättre terapeutisk allians, de var mer nöjda med sin behandling och rapporterade själva ökad följsamhet till ordinerad medicinering under sin vistelse på sjukhus jämfört med kontrollgruppen (Hamann et al., 2020).

Avseende personer med samsjuklighet visar en systematisk översikt, där 10 studier av totalt 2393 identifierade artiklar inkluderades, att DBF är genomförbart och användbart. Användning av DBF för personer med samsjuklighet förknippas med ökad kvalitet i beslutsprocessen och besluten som fattas (Fisher et al., 2021).

I en studie där man jämförde ungdomar vars behandling skulle planeras ”fick” halva gruppens deltagare DBF medan den andra halvan deltagares

---

<sup>7</sup> Öppna jämförelser finns inom områdena hälso- och sjukvård, kommunal hälso- och sjukvård och socialtjänst.

<sup>8</sup> Socialtjänstlagen 2 kap. 7 §

<sup>9</sup> Hälso- och sjukvårdslagen 16 kap. 4 §

vård planerades av de professionella (Langer et al., 2022). Det visade sig att ungdomar och professionella i DBF-gruppen rapporterade en avsevärt större delaktighet i behandlingsplaneringsprocessen jämfört med sina motsvarigheter i den andra gruppen. Professionella som ingick i DBF-gruppen rapporterade också att beslutskonflikterna<sup>10</sup> var betydligt lägre (Langer et al., 2022). En annan studie som också stödjer detta visade att personer som nyinsjuknat i psykos och som fick ta del av DBF jämfört med en grupp som tog beslut ”på det vanliga sättet” (TAU)<sup>11</sup> upplevde mindre beslutskonflikter och större tillfredsställelse med sina beslut jämfört med deltagarna i kontrollgruppen (Zisman-Ilani et al., 2024).

Att använda ett stödverktyg vid arbete med DBF har visat sig ha god effekt. Personal som använt digitalt beslutsstödsverktyg har uttryckt hur användandet ökade deras förmåga att tillämpa DBF. Likaså ökade personalens insikt till att involvera personen som var i behov av vård i beslutsfattandet (Schön et al., 2018). I Langer et al. (2022) studie användes DBF-protokoll som stödverktyg, där professionella och ungdomar rapporterade att de spelade en större roll i beslutsfattandet i DBF-situationen, vilket bekräftar effektiviteten av DBF-protokollet för att öka engagemanget i behandlingsplanering (Langer et al., 2022). Andra studier har också visat goda resultat, exempelvis en systematisk översikt från 2024 av kvantitativa, kvalitativa och mixed method studier inkluderade både Stödjande beslutsfattande<sup>12</sup> och DBF. Resultaten pekar i positiv riktning som tyder på att om personer med psykisk ohälsa får stöd i att vara delaktiga i planeringen av sin behandling, kan det leda till förbättrade resultat för deras hälsa och vård (Francis et al., 2024).

I avhandlingen *Shared decision making in mental health care: a mixed method study of extent, associated factors, and experiences among patients with psychotic disorders and health professionals* (Haugom, 2025) drar författaren slutsatsen att DBF vanligtvis praktiseras i begränsad omfattning för patienter med psykotiska störningar. Resultaten i studierna pekar mot att vårdpersonal kan behöva utbildning och träning i vad DBF innebär och hur DBF kan praktiseras. Det är möjligt att använda DBF om en terapeutisk relation baserad på förtroende kan etableras. Haugom anser att hälso- och sjukvården behöver organiseras på ett sådant sätt som gör att professionella ges tillräcklig flexibilitet och tid för att bygga sådana relationer. Slutligen

---

<sup>10</sup> Beslutskonflikt uppstår när en individ känner osäkerhet, stress eller svårighet att fatta ett beslut på grund av olika faktorer

<sup>11</sup> TAU – Treatment As Usual

<sup>12</sup> *Stödjande beslutsfattande* fokuserar på att stärker individer med kognitiva funktionsnedsättningar, demens eller liknande tillstånd. I *Stödjande beslutsfattande* hjälper stödpersoner eller nätverk till att förtydliga alternativ, konsekvenser och rättigheter utan att ta över beslutsfattandet.

indikerar resultaten att om hälso- och sjukvården lyckas anta DBF, kan patienttillfredsställelsen förväntas öka (Haugom, 2025).

## Kritik mot DBF

Även om rekommendationer och forskningsresultat tyder på att DBF är en metod som borde tillämpas, finns skäl att betrakta metoden med kritisk blick. Kan DBF vara ett förtäckt sätt att utöva paternalism? Hur stor är risken för att DBF används i manipulativa syften? Metoden togförs som delaktighetsstärkande, men kan kanske innebära att personen som behöver vård eller stöd invaggas i en falsk känsla av att få inflytande, medan det i verkligheten är de professionella som begränsar beslutsutrymmet via begränsad eller snedvriden information. Sandman och Munthe (2010) identifierar olika varianter av DBF som är mer eller mindre kopplade till paternalism eller patientens egna val. De menar att DBF har vissa nackdelar då det kan förekomma att den ena parten i beslutssituationer blir mer dominerande än den andra exempelvis läkaren som är expert och patienten som är osäker. *Shared Rational Deliberative Joint Decision* är deras förslag till en beslutsmodell som skulle vara mer jämlik än DBF och som de menar innebär ett mer samarbetsinriktat och rationellt beslutsfattande mellan patient och vårdgivare (Sandman et al., 2010). Modellen beskrivs i fem steg: 1. De som berörs av beslutet ska ges möjlighet att delta. 2. Det skall ges möjlighet för alla att uttrycka behov, intressen, förslag och skäl de anser vara relevanta. 3. De inblandade skall på ett öppet och seriöst sätt ta till sig av den/de andras idéer. 4. Inget alternativ skall ges större vikt (på grund av makt). 5. Allt redovisas öppet, utan dold agenda (Sandman et al., 2010).

En likande vinkel lyfts i artikeln "*Person-Centredness and Paternalism: The Dance With Power*" som bland annat belyser att DBF påverkas av maktdynamik och paternalism inom vårdkontext och att detta kan begränsa möjligheter att bygga förtroendefulla relationer. Resultaten indikerar att trots att fysioterapeuterna (som intervjuades i studien) uttryckte att de ville arbeta personcentrerat, så stötte de på utmaningar med att släppa den egna kontrollen, vilket försvårade förverkligandet av DBF (Noel et al., 2025).

Mot bakgrund av att maktrelationen mellan personal och personen som är i behov av vård och stöd är oundvikligt asymmetrisk behöver inflytande och ansvarstagande problematiseras. Personalen har ett övertag vad gäller generell kunskap, vilket delvis men sällan helt kan utjämnas genom att information förmedlas. Personalen har även befogenheter och formella krav på sig som i praktiken inskränker möjligheterna till ett helt jämbördigt inflytande och ansvarstagande.

Dessutom kan personen som behöver vård eller stöd tillfälligt eller långvarigt ha begränsad förmåga eller att vilja axla det fulla ansvaret för ett vårdbeslut. Personen har rätt att helt eller delvis avstå från att utöva inflytande till exempel över val mellan olika behandlingsalternativ, utan kan överlåta detta till den professionella. Att alla får komma till tals, ses som experter och uttrycka sin mening kan däremot ses som mer oproblematiskt.

### Paternalism, Delat beslutsfattande och Informerat val

För att knyta an till tidigare beskrivning gällande hur professionella historiskt sett har fattat beslut åt och inte med personer är det av vikt att tydliggöra skillnaden mellan Delat beslutsfattande (DBF) och informerade val. Nedanstående är en matris som beskriver förhållandena mellan de olika ”motpolerna” (figur 5). På vänstra sidan beskrivs ett beslutsfattande utifrån en *traditionell paternalistisk modell* (Hamann et al., 2003; Parsons, 1964) där det beskrivs hur den professionella i princip fattar beslut över huvudet på personen. På högra sidan finns Informerat val där den som är i behov av vård och stöd är den som har starkast påverkan på beslutet (Hamann et al., 2003; Quill et al., 1996). DBF som metod kan beskrivas som att det ligger mellan dessa två motpoler där både den professionella och personen har aktiva roller i information och beslutsfattande (Hamann et al., 2003).

	Traditionell paternalistisk modell	Delat beslutsfattande	Informerat val
Den professionellas roll	Aktiv Ger selekterad information till personen, väljer den behandling som anses bäst för personen	Aktiv Ger all information och alla tillgängliga behandlingsalternativ till personen	Passiv Ger all information och presenterar olika behandlingsalternativ
Personens roll	Passiv Accepterar den professionellas rekommendationer	Aktiv Gör sin egen bedömning av fördelar och nackdelar med de olika behandlingsalternativen	Aktiv Är fri att välja och beslutar själv
Informationssätt	Envägs	Tvåvägs	Envägs
Beslutsansvar	Professionella	Både professionell och person	Person

*Figur 5 Paternalism, Delat beslutsfattande och Informerat val (Hamann et al., 2003) Modifierad av Maria Bendtsen Kronkvist*

## Kunskapsluckor kopplade till Delat beslutsfattande

År 2022 publicerades en systematisk översikt som bygger på 15 randomiserade kontrollerade studier (Aoki et al., 2022) avseende Delat beslutsfattande (DBF) för personer med psykisk ohälsa. Översikten är en uppdatering av en tidigare översikt som omfattade två klusterrandomiserade studier (Duncan et al., 2010). Översiktens resultat antyder att personer som får ta del av DBF-interventioner kan uppleva högre nivåer av delaktighet omedelbart efter ett möte jämfört med kontrollgrupperna (Aoki et al., 2022). Det visade sig också att användandet av DBF troligtvis har liten eller ingen effekt på längden av konsultationer. Sammanfattningsvis visar dock den systematiska översikten på att tillförlitligheten i primärstudiernas resultat är svag, vilket innebär att effekterna av DBF som de kan utläsas ur RCT-studier är osäkra (Aoki et al., 2022). Hamann et al. (2020) konstaterar att det trots vissa lovande resultat från studier gällande DBF som intervention fanns det dock vid den tidpunkten inga signifikanta förbättringar i följsamhet och återinlägningsfrekvens vid uppföljning efter 6 och 12 månader (Hamann et al., 2020).

Forskningen kring DBF inom den psykiatriska kontexten fokuserar i stor omfattning på medicinska beslut mellan patient och läkare. Det föreslås därför att forskning bör titta bortom detta sammanhang (Chmielowska et al., 2024; Jones, 2025). Inom socialt arbete finns en del studier som tar upp DBF (Nykänen et al., 2023; Rosenberg et al., 2017; Schön et al., 2018), men det finns fortfarande kunskapsluckor gällande DBF speciellt inom socialpsykiatri, inkluderat personal och personer med samsjuklighet där besluten inte enbart är av medicinsk karaktär (Fisher et al., 2021).

I den systematiska översikten av kvantitativa, kvalitativa och mixed method där 140 artiklar ingick som studerade både DBF och *stödjande beslutsfattande*<sup>13</sup> Francis et al. (2024) framhålls som en central utmaning för framtida studier och forskning att gå från en *expansionsfas* med fokus på att introducera nya metoder – till en *integrations- och konsolideringsfas*, där metoder är integrerade och bättre etablerade i praktiken. De framhåller bland annat vikten av att öka förståelsen för vad som påverkar det som blir effektivt, och att detta kan kompletteras med kvalitativ forskning där en viktig del är erfarenheterna hos personer som tagit del av DBF och *Stödjande beslutsfattande* i samband med behandlingsplanering (Francis et al., 2024).

---

<sup>13</sup> *Stödjande beslutsfattande* fokuserar på att stärka individer med kognitiva funktionsnedsättningar, demens eller liknande tillstånd. I *Stödjande beslutsfattande* hjälper stödpersoner eller nätverk till att förtydliga alternativ, konsekvenser och rättigheter utan att ta över beslutsfattandet.

Sammanfattningsvis visar forskningsläget på att det finns behov av ytterligare effektforskning inom området. Evidens för att DBF på ett mätbart sätt ger kliniska effekter (högre grad av följsamhet till behandling, färre återinsjuknanden etc.) skulle sannolikt underlätta implementeringen av DBF. Effektforskning ryms inte i denna avhandling (trots att intentionen från början var att detta skulle ingå i Studie X).

Systematiska översikter inom området visar också att det krävs mer forskning i princip från alla vinklar; personer som är i behov av vård och stöd, professionella och ledning. Forskningen gällande implementering av DBF visar att det inte finns en rak väg att följa för att omsätta DBF i praktiken vilket talar för att även denna kunskapslucka bör fyllas. Avslutningsvis finns för närvarande (utifrån de sökningar som genomförts) inga studier som undersökt hur DBF i praktiken fungerar inom socialpsykiatrisk vård i form av HVB.

## Implementering

Implementering av Delat beslutsfattande (DBF) har inrymts i de tre studier som ligger inom ramen för denna avhandling. En bakomliggande tanke om hur DBF skall bli praktisk verklighet har hela tiden funnits med. I studie I förmedlades kunskap till professionella om metoden, i studie X gjordes ett försök att implementera DBF för att kunna mäta effekterna av förändringen och studie III fokuserade på att studera upplevelserna efter införandet av DBF.

Att förstå hur implementering kan gå till och vilka faktorer som kan påverka är viktigt. Forskning kring implementering har visat att oavsett hur bra metoder eller vilka insatser som läggs ned på exempelvis utbildning så kvarstår ändå ofta många hinder för stabil implementering i verksamheten (Thorncroft et al., 2013).

Det finns en samling av olika modeller och ramverk för implementering av metoder eller insatser. För att tydliggöra vad som är vad inom implementering har Nilsen (2015) tagit fram en översikt där han beskriver fem olika kategorier: *Processmodeller* guider som beskriver hur forskningsresultat omsätts till praktik. *Determinant ramverk* som identifierar faktorer som påverkar genomförandets resultat (hinder och framgång). *Klassiska teorier* hämtade från olika discipliner, exempelvis psykologi och sociologi. *Implementeringsteorier* för att kunna förstå implementeringens resultat och *Utvärderingsramverk* för att systematiskt utvärdera implementeringsframgång (Nilsen, 2015).

I studie X valdes det som är känt som en Top-Down modell (Sabatier, 1986) som ett sätt att implementera en metod, i detta fall DBF på ett flertal HVB-enheter. I en implementering enligt top-down beslutar ledningen att införandet av en metod skall ske och hur det skall gå till. Fördelarna med en sådan modell är att det finns tydligt uppsatta mål och att det är enkelt att styra då det redan finns beslut fattade om införandet. Exempel på nackdelarna med modellen är att de som praktiskt skall arbeta med den nya metoden inte är involverade i beslutet eller processen och att det ofta är svårt att anpassa införandet efter verksamhetens villkor och förutsättningar (Sabatier, 1986).

Den omvända modellen beskriver Sabatier (1986) som Bottom-Up modellen. Här sätts medarbetares engagemang och idéer i fokus vilket bidrar till att de som skall arbeta med metoden är mer bekväma och engagerade. Detta perspektiv gör det också möjligt att anpassa metoden utifrån den verksamhet där implementeringen skall ske. I stället för att ledningen tar beslut åt gruppen agerar ledningspersoner på ett stödjande sätt. Exempel på nackdelar med en Bottom-up modell är att det kan ta längre tid och att det kan finnas risk för att medarbetarna drar åt olika håll (Sabatier, 1986). I rapporten *Balancing fidelity and adaptation: A guide for evidence-based program implementation* beskrivs att en risk med implementeringar av metoder där anpassningar görs för att "passa in bättre i kontexten" är att dessa eventuella justeringar riskerar att förändra metoden så mycket att den inte längre kan ses som samma evidensbaserade program eller metod som det var ämnat skulle implementeras. Detta i sin tur leder till att ytterligare utvärdering skulle behövas innan man kan göra några påståenden om dess effektivitet (Cooper, 2019).

Ett annan modell är Quality Implementation Framework (QIF) (Meyers et al., 2012) som innehåller fyra "huvudfaser" med underliggande kritiska steg (14 stycken) som är viktiga för implementering. Den första fasen är *Planeringsfasen* där behov av förändring identifieras, organisationens beredskap för förändring kontrolleras och man bedömer om anpassningar av metoden till verksamheten kan göras eller ej. Den andra fasen är *Strukturfasen* där en implementeringsplan skapas. Roller och ansvar fördelas och resurser tillhandahålls, exempelvis i form av utbildning. Den tredje fasen är *Genomförandefasen* som innebär att implementeringen startas enligt planen.Handledning, teknisk support och annat stöd finns att tillgå. Utvärdering av processen sker och man löser problem som uppstår under tiden. I den fjärde fasen som kallas *Utvärderings- och förbättringsfasen* handlar det om att ta tillvara den kunskap som inhämtats och de erfarenheter som uppkommit under implementeringen (Meyers et al., 2012).

För att knyta an till Nilsens systematik tillhör Top-Down, Bottom-Up och QIF-modellerna den kategori som kallas *Processmodeller* (Nilsen, 2015).

Inom samma kategori finns ramverket PARISH (*Promoting Action on Research Implementation in Health Services*) numera kallad för i-PARISH där i:et står för *Integrated* som beskriver processer för införandet av evidensbaserade metoder (Harvey et al., 2016; Kitson et al., 2008). i-PARISH-modellen är skapad av en grupp brittiska sjuksköterskor och används inom hälso- och sjukvården. i-PARISH anges kunna användas som praktisk vägledning i implementering, och också för att analysera viktiga faktorer i förhållande till implementeringen av forskningsresultat. Modellen presenterar de tre faktorerna *Evidens* där det exempelvis ingår forskning, klinisk erfarenhet och patientens syn. *Kontext* där det exempelvis ingår verksamhetens förutsättningar för att skapa en lyckad implementering innefattande kultur, ledarskap och förändringsbenägenhet. Den tredje faktorn är *Facilitering* på svenska kallas detta ibland för *underlättare* och innefattar en speciellt utsedd person som får en speciell roll kopplad till att underlätta implementering (Harvey et al., 2002).

Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR) kan användas för att analysera och identifiera framgångsfaktorer och hinder (Damschroder et al., 2009; Damschroder et al., 2022) vilket gör att CFIR skiljer sig från de ramverk som följer steg för steg, eller processer som exempelvis QIF.

Slutligen kan Bryan J Weiner's teori *Readiness to change* nämnas som beskriver den organisatoriska beredskapen för förändring (Weiner, 2009). I detta ingår hur engagemanget är hos de personer som innefattas av implementeringen, exempelvis hur redo medarbetarna är för en förändring (*change commitment*) och vilken tilltro de har på att förändringen skall ske (*change efficacy*) (Weiner, 2009).

I Sverige har Folkhälsomyndigheten tagit fram *Checklista för implementering med kvalitet* (Folkhälsomyndigheten, 2017). Checklistan har skapats av forskare och bygger 25 teoretiska ramverk för implementering. Genom sammanställningen har det lyfts fram fyra övergripande faser och fjorton kritiska steg som innehåller områdena planering, bedömning och hur man lyckas med implementeringsprocesser.

Efter det att studie X avslutades användes delar av *Checklista för implementering med kvalitet (Folkhälsomyndigheten, 2017)* för att kunna identifiera eventuella steg som missats i implementeringen av DBF i verksamheterna som ingick i studien. Exempel på dessa tas upp i kapitlet *Studie X* där slutsatser beskrivs avseende detta. Samma checklista användes inför planeringen av studie III då vi mot bakgrund av erfarenheter från studie X ville förbättra förutsättningarna för att implementeringen skulle bli framgångsrik.

Ett vanligt sätt att implementera metoder inom hälso- och sjukvården är genom utbildning (Kiger, 1995). Många olika typer av utbildningsinterventioner kan betecknas som hälsofrämjande utbildning som innefattar exempelvis fortbildning för professionella, hälsofrämjande information och utbildning av personer som är i behov av vård och stöd och som utförs av hälso- och sjukvårdspersonal (Kiger, 1995).

I studie III implementerades DBF på ett HVB genom en intensivutbildning i DBF. Det beslutades att intensivutbildningen som inkluderade metoden DBF inte enbart skulle läras ut till professionella utan även till personer som var i behov av stöd och vård och vistades på HVB. Coates (1999) (kap. 4 sid. 86) presenterar i sin bok *Education for Patients and Clients* sex nyckelpunkter som kan användas som målsättning vid utbildning för patienter. 1. Ha Patientens mål i fokus. 2. Reflektera över teoretiska grunderna som bör vara anpassade till patienten. 3. Var tydlig så alla vet vad som krävs. 4. Sätt upp en tidsperiod. 5. Skapa en gemensam förståelse av målet. 6. Patienten bör ha inflytande när det gäller att sätta upp mål eftersom professionella och patienter kan ha olika prioriteringar.

Inspirerat av dessa nyckelpunkter strukturerades utbildningsplanen upp. Detta innefattade att tydliggöra vad personerna som var i behov av vård och stöd skulle få ut av utbildningen, som i detta fall syftade till att öka förutsättningar för att vara delaktiga vid beslut i sin vård och behandling. Det fanns en tydlig och uttalad tidsplan att under våren 2024 implementera DBF i verksamheten och att samtliga fick möjlighet att delta vid utbildningstillfällena. Under utbildningen tydliggjordes också att implementeringen av DBF berörde samtliga i verksamheten det vill säga personerna som var i behov av vård och stöd, professionella och chefer.

## Vårdatmosfär

Ett resultat som framkom i studie III var att deltagarna i studien upplevde att klimatet och bemötandet i mötet mellan professionella och personer som var i behov av vård och stöd påverkades under implementeringen av Delat beslutsfattande (DBF). Detta är delar som kan kopplas till vårdatmosfär och nedan följer därför en beskrivning av begreppet och hur det kan sättas in i psykiatrisk kontext.

I en avhandling från 2005 beskrevs fenomenet vårdatmosfär (Edvardsson, 2005). Vårdatmosfär kan beskrivas ha två delar:

Den första delen baseras på den fysiska miljön som kan indikera om vården som ges är god eller dålig. Exempel på detta är om den fysiska miljön är väl omhändertagen ur ett hygieniskt perspektiv. Om den upplevs välkomnande och om det finns möjlighet för sociala kontakter liksom avskildhet för den som önskar. Likaså utgörs den fysiska miljön av om den är hemlik eller mer institutionell, där saker som ljud och lukter tas upp som exempel (Edvardsson, 2005).

Den andra delen som relaterar till det som framkom i studie III, beskriver hur vårdatmosfären bidrar till människors agerande i möte med den person som kommer till vårdmiljön. Dessa sammanfattas i fem olika aspekter. Den första är *Välkomnande* att personen är väntad och inbjuden. Den andra är *Att se och bli sedd* att personen både har möjlighet att själv se och blir sedd av personal. Den tredje *Villighet att tjäna* att göra och få ta del av det lilla extra. Den fjärde *Ett lugnt tempo* hur personal agerar utifrån arbetstempo visar på vilken tillgänglighet av personal som finns i verksamheten. Den femte och sista aspekten *Att känna sig trygg och säker* innebär att vårdatmosfären påverkas utifrån hur människor agerar genom att förstå vad som sker och händer, samt att vara i trygga händer (Edvardsson, 2005).

I avhandlingen *Psychiatric nursing staff and the workplace: perceptions of the ward atmosphere, psychosocial work environment, and stress* beskriver författaren (Tuveesson, 2011) hur personalens egenskaper, professionalitet, attityder och värderingar är faktorer vilka påverkar vårdatmosfären (Borge et al., 2008; Brunt et al., 2007; Daremo et al., 2008).

## Socialpsykiatrisk vård

I studierna ingår flera olika områden som speglar psykiatrisk kontext och mer specifikt socialpsykiatri. I studie I deltar professionella som arbetar med psykiatri från både regional och kommunal verksamhet. I studie II och III bedrivs studierna på HVB som faller inom ramen för socialpsykiatrisk vård. Begreppet socialpsykiatri används på flera sätt och i olika sammanhang. I detta avsnitt förtydligas vad den socialpsykiatriska kontexten inneburit för studierna. Efter det inledande avsnittet om socialpsykiatri presenteras ett med detaljerat avsnitt om HVB.

Socialpsykiatri kan beskrivas utifrån ett individuellt perspektiv och förklaras genom att dela ordet i två delar (Kirmayer, 2024). Den första delen: det *sociala* representerar gruppnivån och involverar nätverk på olika nivåer. Det sociala innefattar allt från det personliga till tillhörighet i samhället. Den andra delen: *psykiatri* representerar det medicinska, det psykiatriska som innefattar sjukdom och vård (Kirmayer, 2024).

För att förstå var Socialpsykiatrisk vård finns på samhällskartan kan man beskriva det på följande sätt. Utgångspunkten för beskrivningen är personer med allvarligt psykisk ohälsa. I Sverige finns två huvudmän som har till uppdrag att bemöta behovet av att hjälpa och vårda dessa personer. Den ena är regioner (tidigare landsting) som bedriver psykiatrisk sjukvård och öppenvård och den andra är kommuner som bedriver de sociala insatserna för dessa personer. I en rapport från Socialstyrelsen avseende *Öppna jämförelser*<sup>14</sup> av stöd till personer med psykisk funktionsnedsättning beskrivs socialpsykiatri som det område där stöd ges till personer med psykisk funktionsnedsättning från kommuner och socialförvaltningarna (Socialstyrelsen, 2024). En del kommuner har valt att organisera sig så att det finns speciella avdelningar som kallas för socialpsykiatri. Socialpsykiatri är inte bara en beteckning som används inom kommunal verksamhet utan också ett forsknings- och utbildningsområde.

Socialpsykiatrisk vård som avses i denna avhandling innefattar den organisatoriska aspekten: vård och behandling som bedrivs vid HVB (2001:453).

---

<sup>14</sup> Öppna jämförelser finns inom områdena hälso- och sjukvård, kommunal hälso- och sjukvård och socialtjänst.

## Hem för vård eller Boende (HVB)

Ett fokusområde i studierna är att belysa den speciella kontext som i allmänt tal ofta kallas för *behandlingshem*. Två av studierna; studie II och III genomfördes i HVB-kontext (samt Studie X). I studierna ingår personer som är i behov av vård och stöd och vistas på HVB, professionella som arbetar och chefer som leder sådan verksamhet.

HVB kan drivas privat, kommunalt, statligt, via stiftelser eller liknande. Myndigheten Inspektionen för vård och omsorg är ansvarig för att ge tillstånd för att driva verksamheten (IVO, 2024). Myndigheten Statens Institutionsstyrelse driver SiS-institutioner där placeringar sker via domstolsbeslut enligt Lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU) och Lagen om vård av missbrukare i vissa fall (LVM). Dessa institutioner ingår inte i denna avhandling, även om det förekommer deltagare som är placerade på HVB med stöd av LVM eller LVU i studierna. Utöver HVB finns det även andra former av dygnet-runt-boenden som till exempel Särskilda boenden och verksamheter som har tillstånd för att bedriva viss annan heldygnsvård. I studierna lyfts specifikt HVB för vuxna personer över 18 år.

Det finns ca 500 HVB idag i Sverige som erbjuder vuxna personer behandling och/eller är inriktad på vård, stöd och utbildning (IVO, 2024). Olika HVB fokuserar på olika grupper; barn, unga, vuxna, familjer etc. med olika behov inom socialtjänstens ansvarsområde, till exempel som i studie II och III där HVB ingår som tar emot personer med allvarlig psykisk ohälsa med eller utan substansbruksyndrom. HVB-utbudet ska vara anpassat för att möta dessa olika behov och bör vara utformat så att vistelsen, som är en begränsad period, upplevs som meningsfull för personen.

Placering på HVB sker genom placeringsavtal mellan socialtjänst och verksamheten. Majoriteten av personer som placeras på HVB sker genom frivillig placering via Socialtjänstlagen (2001:453). En del är placerade genom kontrakt som en del av tvångsvård; såsom Lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT) (Lag 1991:1128) eller Lagen om rättspsykiatrisk tvångsvård (LRV). En tredje möjlig placeringsgrund är som en del av ett straff i relation till brott där placering sker av Kriminalvården. Placeringar av Kriminalvården kan ske på två olika sätt: Via vårdvistelse enligt Fängelselagen (2010:610) eller kontraktsvård enligt Brottsbalken (1962:700). Skillnaden mellan de båda kan beskrivas enligt följande. *Vårdvistelse* sker utanför fängelset (till exempel på ett HVB) då en person får behandling av de problem till exempel substansbruksyndrom, som ligger bakom kriminaliteten. Den andra formen är *kontraktsvård* och är aktuellt när en person döms till att

genomgå behandling av exempelvis substansbruksyndrom istället för att avtjäna ett fängelsestraff. Kontraktsvård föreslås alltid i samverkan med socialtjänsten i klientens hemkommun och socialtjänsten ska ha ansvar för den fortsatta behandlingen när Kriminalvårdens betalningsansvar upphör (Kriminalvården, 2024a). Slutligen kan även personer placeras utifrån §27 placeringar från SiS-institutionerna via LVU eller LVM.

IVO ansvarar för att följa upp verksamheterna. Det finns dock inte beskrivet på vilket sätt denna uppföljning skall ske, annat än att årliga uppföljningar ska göras vid HVB för Barn och Unga. Vilket inte sker med samma regelbundenhet för verksamheter som tar emot vuxna. Vid inkomna anmälningar om misskötsel i verksamheten kan IVO göra en extra tillsyn, med eller utan förvarning av verksamheten.

Personer som är i behov av vård och stöd och som vistas på HVB har ofta andra professionella kontakter kopplade till sig som inte arbetar vid verksamheten. Dessa professionella kontakter kan vara socialtjänstens handläggare, professionella från öppenvårdsmottagning, LARO - (Läkemedelsassisterad behandling vid opiodberoende) mottagning, slutenvård, rättspsykiatri, LVM-hem och/eller kriminalvård. Ofta behöver samtliga aktörer, inklusive professionella från HVB, tillsammans med personen göra en gemensam planering (individuell plan<sup>15</sup> eller SIP<sup>16</sup>) som man skall följa under placeringstiden.

## Kompetens på HVB

I studie II intervjuas personer som är i behov av vård och stöd och vistas på HVB. Deras upplevelser belyser vissa aspekter av de professionella som arbetar i verksamheten. I studie III ingår professionella och chefer, och för att ge en förståelse för vilken kompetens som finns på ett HVB beskrivs därför detta nedan.

För att säkerställa att arbetet organiseras så att personerna som är placerade på ett HVB får rätt hjälp och att verksamheten bedrivs med god kvalitet samt uppfyller säkerhetskrav finns en utsedd person som ansvarig föreståndare för verksamheten (IVO, 2024). Gällande personalen som arbetar på ett HVB ställs det krav på att personal skall ha lämplig utbildning och erfarenhet, detta framgår i SoL<sup>17</sup>. Detta krav innefattar även föreståndaren som skall ha kompetens för uppdraget.

---

<sup>15</sup> Exempelvis; Socialtjänstlagen (2001:453) 3 kap. 5 §, LVM (1998:870) §11

<sup>16</sup> Socialtjänstlagen (2001:453) 2 kap. 7 §, Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) 16 kap. 4 §

<sup>17</sup> Socialtjänstlagen (2001:453) 3 kap. 3 §

Vad som är relevant utbildning framgår dock inte av IVO:s krav och kan inte heller utläsas i SoL<sup>18</sup>, detta gäller varken personal eller föreståndare. Det framgår dock att föreståndaren skall ha kompetens för att ansvara för att säkerställa kvalitén i verksamheten och för det dagliga arbetet.

Ett HVB kan beskrivas som en tvärprofessionell verksamhet där flertalet professioner arbetar tillsammans. Det är dock så att en del HVB har en större mångfald av professioner än andra. Exempel på hur kompetenserna kan variera kan beskrivas utifrån studie X, II och III, där kompetenser på de olika verksamheterna varierade. Från HVB där merparten av de anställda bestod av mentalskötare, undersköterskor och behandlingsassistenter till andra verksamheter som hade en mer blandad kompetens som även inkluderade socionomer, terapeuter (KBT<sup>19</sup> eller DBT<sup>20</sup>) och arbetsterapeuter. Utöver dessa kompetenser är det vanligt att även läkare och psykologer är anställda eller vanligen arbetar som konsulter några timmar per vecka eller månad i verksamheten.

---

<sup>18</sup> Socialtjänstlagen (2001:453) 3 kap. 3 §

<sup>19</sup> Kognitiv beteende terapi

<sup>20</sup> Dialektisk beteende terapi

# Den initiala planen

I den ursprungliga forskningsplanen ingick fyra olika studier, Studie I och II genomfördes enligt plan men resterande studier blev ej genomförda som planerat varför planen reviderades. I detta kapitel presenteras vad som var tänkt och hur det blev, samt vissa slutsatser som kan dras av en studie när det inte gick som planerat. För att särskilja studie I, II och III från de *ofullbordade studierna* kallas de gemensamt för *Studie X*.

## Studie X - En misslyckad implementering

Studierna byggde på att implementera och mäta effekterna av Delat beslutsfattande (DBF) på Hem för Vård och Boende (HVB) för vuxna i södra Sverige. Nio verksamheter ingick, där cirka 350 personer med allvarlig psykisk ohälsa var placerade av kommun och/eller region (härefter kallade personer) och 250 professionella som var anställda i verksamheterna (härefter kallade professionella). Utöver dessa fanns ytterligare en verksamhet som agerade pilotverksamhet, där utbildningsinsatsen och instrumenten provkördes.

### Bakgrund

Implementeringen av Delat beslutsfattande (DBF) genomfördes via en utbildningsintervention som gavs av forskarna (mig, PDJ<sup>21</sup> och MS<sup>22</sup>). Ett omfattande forskningsförberedande arbete gjordes inför studiens uppstart. Initialt diskuterades idén om studiens upplägg i forskargruppen och tillsammans med FoU-panelen i Västerbotten<sup>23</sup> (FoU panel, 2024). Då studiedesignen var beslutad, förankrades idén för studiens uppläggning med dåvarande Verkställande direktör (VD) samt därefter vidare med divisionschef som var behörig företrädare för forskningshuvudman Aleris Omsorg AB. Vidare skrevs etikansökan till (dåvarande) Etikprövningsnämnden (EPN), vilken sedermera godkändes.

---

<sup>21</sup> Patrik Dahlqvist Jönsson (handledare)

<sup>22</sup> Mikael Sandlund (huvudhandledare)

<sup>23</sup> FoU-panelen i Västerbotten består av personer med egen erfarenhet av psykisk ohälsa.  
<https://hjärnkollvasterbotten.se/fou-natverket>

## Syfte

Syftet i Studie X var:

Kan metoden Delat beslutsfattande bidra till ökad delaktighet och förbättrade vårdresultat inom HVB?

Forskningsfrågorna i Studie X var:

1. Effekten från personers perspektiv av en utbildning i Delat beslutsfattande för professionella.
2. Effekten av en utbildningsintervention i Delat beslutsfattande från ett professionellt perspektiv.

Metod - Blockrandomiserad kontrollerad design.

Under 2017 kontaktades samtliga verksamheter som planerades att inkluderas i studien, och verksamhetscheferna godkände att deras respektive enheter kunde inkluderas. Samtliga verksamheter som ingick i studien blev tilldelade ett nummer. En slumpgenerator genererade vilka verksamheter som skulle tillhöra interventionsgruppen och vilka som skulle tillhöra jämförelsegruppen. Fem av verksamheterna blockrandomiserades till interventionsgruppen och fyra verksamheter till jämförelsegruppen.

Varje verksamhetschef utsåg en anställd från gruppen av de professionella att bli forskningsambassadör. Denne skulle ansvara för att inhämta informerat samtycke och samla in data i verksamheten.

Verksamhetscheferna fick information om vilken grupp de tillhörde (intervention eller jämförelse). Professionella som arbetade på de verksamheter som tillhörde interventionsgruppen fick information i förväg av verksamhetschef och forskningsambassadör om utbildningsinnehåll och uppläggning. Informationen innefattande också att det var frivilligt att delta i studien. Det var upp till varje verksamhetschef att besluta om utbildningen skulle vara obligatorisk för de professionella eller ej.

Utbildningsinterventionen (figur 6) genomfördes av forskarteamet under 2018. Alla professionella i verksamheterna var välkomna att delta i utbildningsinterventionen oavsett om de valde att delta i studien eller inte.

Utbildningen var uppdelad i två delar där den första var övergripande och den andra mer djupgående med konkreta exempel på hur genomförandeplan och liknande kunde upprättas med Delat beslutsfattande (DBF) samt information om studiedesign.

Del 1	Del 2
<ul style="list-style-type: none"><li>• Presentation</li><li>• Information om studien<ul style="list-style-type: none"><li>• Information om Samtycke</li></ul></li><li>• Delaktighet och rättigheter<ul style="list-style-type: none"><li>• Lagar och rekommendationer</li></ul></li><li>• Delat beslutsfattande (DBF)</li><li>• Diskussion och rollspel</li><li>• DBF-kortet, ett verktyg för att kunna arbeta med DBF</li><li>• Inhämtning av samtycke<ul style="list-style-type: none"><li>• För de som vill delta i studien</li></ul></li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Upprepning av stegen i DBF</li><li>• Roller och ansvar<ul style="list-style-type: none"><li>• Forskningsambassadör</li><li>• Ni som arbetar med Genomförandeplanen / Vårdplaner</li><li>• Information och samtycke gällande brukare</li></ul></li><li>• Genomförandeplan / Vårdplaner och DBF</li><li>• Genomgång av instrument som ingår i studien</li><li>• Inhämtning av samtycke<ul style="list-style-type: none"><li>• För de som vill delta i studien</li></ul></li></ul>

*Figur 6 Utbildningsprogram Studie X*

Idéen var att professionella som gått utbildning presenterade DBF för en person som var i behov av vård och stöd och som vistades på HVB:t vid exempelvis upprättandet av genomförandeplan. Under processen kunde DBF användas då beslut fattades. Därefter skulle den professionella ansvara för att personen fyllde i de skattningar som ingick i studien. Under utbildningsinterventionen erbjöds de professionella efterföljande handledning av forskarna, främst via telefon – men också på plats om så önskades.

De professionella som valde att delta i studierna ombads initialt att besvara instrumenten Recovery Self-Assessment (RSA) och The Recovery Knowledge Inventory (RKI). RSA är ett instrument som är utformat för att mäta i vilken utsträckning återhämtningsstödjande metoder används. Det finns en version för professionella och en för brukare (O'Connell et al., 2005). RKI är ett instrument som mäter professionellas attityd och kunskap till återhämtning för personer med psykisk ohälsa (Bedregal et al., 2006; Davidson et al., 2005). Första mätpunkten skulle ske i anslutning till utbildningsinterventionen och sedan följas upp vid 3 tillfällen efter 6, 12 och 18 månader.

Vidare planerades att följande instrument skulle samlas in (vid tre mätpunkter) i samband med att genomförandeplan upprättades, eller reviderades var 3:e till var 6:e månad. Instrumenten för detta var

följande: Dyadic Option som mäter personens upplevelse av beslutsprocessen (Melbourne et al., 2010), Sure som mäter hur förberedd och hur säker personen upplever sig i samband med beslut (Ferron Parayre et al., 2014) och CollaboRATE som mäter upplevelse av hur stora ansträngningar som gjorts för personen i samband med planering (Barr et al., 2014) (se bilaga 1,2 och 3).

Vidare planerades Manchester Short Assessment of Quality of Life (MANSA) och RSA att distribueras till personerna två gånger per år för att se eventuell effekt av införandet av DBF på individnivå. MANSA är en skala som mäter hur en person upplever sitt eget mående, sina symtom och sin förmåga att hantera olika aspekter av livet (Priebe et al., 1999). RSA, den version som finns för brukare som mäter i vilken utsträckning återhämtningsstödande metoder används (O'Connell et al., 2005).

Avslutningsvis planerades att efter cirka ett år genomföra totalt fyra fokusgruppintervjuer; två gruppintervjuer med personer och två med professionella för deltagarna i interventionsgruppen. Detta för att fråga om upplevelserna av interventionen.

## **Jämförelsegruppen**

Jämförelseverksamheterna kontaktades eller besöktes av mig (forskaren) där upplägg för studiedesignen muntligt och skriftligt gick genom tillsammans med ledning och forskningsambassadör. Personer och professionella som valde att delta i studien från jämförelsegruppen skulle besvara samma formulär och skattningar som interventionsgruppen. Jämförelseverksamheterna skulle få ta del av utbildningsinterventionen efter det att studien var avslutad.

## **Planerad analys -Studie X**

Den kvantitativa datan skulle analyseras med beskrivande statistik. Intervjuerna skulle spelas in och analyseras med kvalitativ innehållsanalys (Graneheim et al., 2017; Graneheim et al., 2004). Tillsammans med den kvalitativa materialet skulle data sedan analyseras och resultat presenteras enligt *mixed method* (Creswell et al., 2018).

I Studie X ingick ett flertal instrument. Vissa instrument har testats avseende förmågan att mäta förändring, till exempel CollaboRATE som använts i mindre populationer. Studien kan ses som "over-powered" på individnivå (cirka 600 individer väntades bli inkluderade), medan denna blockrandomiserade studie har ett faktiskt N-tal som är N=9, det vill säga antalet ingående HVB-verksamheter.

## Hur gick det?

Samtliga verksamheter som ingick i studie X startades upp enligt plan under 2018–2019. Vid utbildningen i interventionsgruppen noterades en märkbar skillnad mellan de olika verksamheterna, i vissa verksamheter deltog majoriteten av de anställda under utbildningspassen inklusive ledningspersoner, i andra verksamheter endast ett fåtal och ledningspersonerna hade prioriterat att göra annat.

Vid första uppföljningen (första mätpunkten efter 3 månader) som gjordes via telefon och e-mail, rapporterade forskningsambassadörerna från interventionsgruppen att det hade varit svårt att inhämta samtycke från personerna. Ingen ifylld samtyckesblankett från personer hade inkommit och därav inte heller några skattningar. Forskningsambassadörerna rapporterade att de upplevde att professionella i verksamheterna hade upplevt svårigheter med att komma igång med användandet av metoden DBF samt att motivera personer till att delta i studien.

Vid uppföljning med kontrollverksamheterna rapporterade forskningsambassadör och chefer om svårigheter att motivera professionella som i sin tur skulle fråga om samtycke till personer att delta i studien. Man ansåg att om man skulle vara jämförelsegrupp och ge vård som vanligt saknades motivation hos de professionella till varför man skulle fylla i instrument. De skattningar som professionella förväntades göra skickades aldrig åter till mig (forskaren).

## Verksamhetsförändringar & Covid-19

Under de två åren 2018–2019 skedde flera omfattande verksamhetsförändringar som påverkade Studie X. Företaget som ägde verksamheterna blev uppköpt 2018 och året därpå fick jag ny tjänst som verksamhetschef vilket i sin tur medförde att jag inte hade möjlighet att ägna tid åt att besöka verksamheterna som ingick i studien i den omfattning som var planerad. Utöver det så lades tre av verksamheterna ner på grund av ekonomiska skäl. En av verksamheterna startades upp igen, men då i annat företags regi och måste exkluderas eftersom verksamheten inte längre ingick i etikansökan. På de övriga sex verksamheterna genomfördes större förändringar som bland annat innebar hög personalomsättning, byte av verksamhetschef samt att forskningsambassadörer avslutade sina anställningar.

Under slutet av 2019 kontaktade jag som forskare verksamheterna med ambitionen att göra en omstart av studien. Detta skulle bland annat innebära att utbildningsinterventionen skulle göras om.

I början av 2020 drabbades Sverige, liksom resten av världen, av covid-19-pandemin som medförde att studiens omtag prioriterades bort. Pandemin tvingade mig att välja rollen som verksamhetschef/föreståndare framför forskning. Pandemin och dess konsekvenser, t.ex. restriktioner från Folkhälsomyndigheten gällande hur många personer som fick vistas tillsammans (Folkhälsomyndigheten, 2024), medförde att allt fokus riktades på den verksamhet vilken jag som forskare ansvarade för som verksamhetschef. Att detta fokus skulle vara under nästan 1,5 år kunde vi inte föreställa oss.

Då pandemin lättade sommaren 2021 fattades det beslut att avsluta Studie X. Det ofullständiga material som inhämtats makulerades.

### Slutsats

Erfarenheterna som gjordes under Studie X ska dock inte förringas. Först kändes det som ett misslyckande. Men, även om det inte gick att genomföra studien kan det vara så att viss kunskap och vissa färdigheter gällande DBF har omsatts i praktiken i verksamheterna.

Det är ingen tvekan om att flera omständigheter bidrog till att studien misslyckades såsom organisationsförändringar, min arbetssituation och pandemin. Man behöver också se över de val som gjordes gällande hur studien var designad. I efterhand är det lätt att vara efterklok och det kan konstateras att det gjordes en del mindre lyckade val främst avseende implementering.

Att introducera DBF tillsammans med de uppgifter som följde av forskningsprojektet på de HVB som ingick i studierna gjordes snarast enligt en traditionell Top-Down-modell (Sabatier, 1986). Förankringen gjordes uppifrån och ner via cheferna. Det fanns erfarenheter från tidigare förändringar och implementeringar i dessa verksamheter som var kända för mig (forskaren) och som implementerats på detta sätt med till synes gott resultat (till exempel införandet av skattningsmetoder där samtliga HVB inom företaget genomförde specifika skattningar med samtliga personer två gånger om året). Målet ansågs vara tydligt, DBF skulle implementeras och studien genomföras eftersom cheferna hade godkänt detta. Antaganden gjordes att utbildningsinterventionen tillsammans med efterföljande handledning skulle vara tillräckligt. Det sågs som fördelaktigt att DBF skulle införas på samma sätt som andra metoder införs inom organisationen. I efterhand insåg vi att det saknades förankring ute i verksamheterna, och att ett väsentligt större förarbete hade varit nödvändigt, både vad gäller metoden DBF och de uppgifter som tillkom via forskningsprojektet.

Avslutningsvis gjordes värdefulla erfarenheter som vägledde studie III:s studiedesign. Influerat av den checklista som Folkhälsomyndigheten (2017) tagit fram följdes de 14 kritiska stegen upp som resulterade i att det behövs en mer genomgripande översyn och arbetas med beredskapen till förändring när det gäller att implementera DBF på ett HVB. Nedan beskrivs en sammanfattning av de lärdomar som uppkom under arbetet med checklistan:

*Den initiala fasen:* det kunde konstateras att implementeringen hade brister i den första fasen som fokuserar på att *Bedöma behov av insatsen som skall implementeras*. Helt enkelt hade det missats att undersöka om det fanns ett uttalat behov av att införa DBF. Även om cheferna uttryckte att de var positiva till att implementera DBF så är det oklart i efterhand om det fanns brister i ledarskap gällande låg grad av uppföljning och återkoppling till de anställda. *Gällande om den nya insatsen hade stöd från centrala personer i verksamheten* kan man i efterhand vara frågande till om cheferna på verksamheterna hade tillräcklig kompetens för att införa och följa upp en metod som skulle öka delaktigheten för personerna? Vidare kan det konstateras ovisshet gällande hur acceptansen hos de professionella var. *Gällande Bedömning av beredskapen för förändring* förstås i efterhand en hög tilltro på chefers förmåga att bestämma vad som skulle göras mer än på andra implementeringsfaktorer såsom *Readiness to change* (Weiner, 2009) och att det borde gjorts en översyn avseende vilken beredskap det fanns för förändring i verksamheterna. Hade de professionella accepterat att personerna skulle vara delaktiga eller fanns det motstånd? *Organisationsbrister.* Det är oklart om det saknades organisatoriska förutsättningar som till exempel avsatt tid för att arbeta med DBF och tillräckligt med personaltäthet. Till detta hör också brister i att göra eventuella anpassningar såsom i rutiner för upprättande av genomförandeplan.

I den andra fasen *Struktur för implementering* kunde det konstateras att utse forskningsambassadörer hade varit en styrka, men de borde fått ett tydligare uppdrag när det gäller att "sälja in" DBF. I QIF (Meyers et al., 2012) beskrivs att det är viktigt att tydliggöra roller och ansvar, vilket i efterhand kan relateras till forskningsambassadörernas uppdrag. Kanske skulle två forskningsambassadörer per verksamhet ha valts som kunnat stötta varandra. I i-PARIHS-modellen beskrivs faciliterande faktorer/ *underlättare* som en viktig del i en implementering (Harvey et al., 2016) och i efterhand kan det konstateras att även administrativa rutiner behöver säkras upp så att det blir enklare för professionella att arbeta med DBF vid upprättande och revidering av genomförandeplan,

följa metoden DBF och fylla i instrument. Detta gjordes vid pilotverksamheten där DBF idag används i den reguljära verksamheten.

Genom att gå genom den tredje fasen i checklistan *Genomförande* vilket i detta fall handlar om utbildning och erbjuden handledning, kunde det konstateras att utbildningen inte var tillräcklig för att implementera DBF. Implementeringens misslyckande kan handla om kunskapsbrist. Fick de professionella för lite teoretisk och praktisk utbildning som medförde att det saknades kunskap? I efterhand kunde det också konstateras att *uppföljning av implementeringen* brustit och att man borde ha beslutat om efterföljande handledning istället för att ge handledning som ett erbjudande vilket kan ha uppfattats som otydligt. Det övervägdes också om graden av involvering från de personerna som är i behov av vård och stöd kan ha varit för låg. Var det på grund av att personerna som var i behov av vård och stöd och som skulle vara delaktiga i beslut inte fick utbildning eller tillräcklig information om DBF?

I den fjärde fasen, *Lärdomar och förbättringar* av checklistan, granskades de *lärdomar som skulle tas med till nästa implementeringsprocess*, vilka var många. En grundlig genomgång av arbetssätt och rutiner identifierades som en första punkt inför en kommande studie och flera åtgärder kartlades, vilket resulterade i studie III (se kapitel Metod, avsnitt Studie III).

Sammanfattningsvis kan man här använda det slitna uttrycket ”det finns inget ont som inte har något gott med sig”.

# Metod

Inledningsvis diskuteras Samproduktion i forskning med hjälp av ”brukareexperter”. I följande avsnitt tas Etiska godkännanden och forskningsetiska övervägande upp. Vidare presenteras studiernas Kontext och material. Kapitlet avslutas med avsnitt om Analys där studie I och II beskrivs tillsammans då metoden kvalitativ innehållsanalys (Graneheim et al., 2017; Graneheim et al., 2004) användes för båda. Slutligen beskrivs analys för studie III där Tematisk analys (Braun et al., 2006, 2019) användes.

## Samproduktion

Att ha medverkan från personer som har egen erfarenhet av psykisk ohälsa har varit en viktig del i studierna.

### Nothing about us without us

I boken ”Nothing about us without us” beskrivs hur en rörelse gällande brukarmedverkan växt fram (Charlton, 1998). Det framkommer förtryck från samhället avseende personer med fysiska och psykiska funktionshinder och funktionsnedsättningar samt hur dessa individer har blivit bemötta och fråntagna rättigheter. I boken beskrivs det tydligt att personer med funktionsnedsättning själva vet vad som är bäst för dem (Charlton, 1998).

Begreppet Samproduktion har blivit aktuellt inom flera områden och fått allt större betydelse, både som ett analytiskt begrepp och som en praktisk strategi som används vid gränssnittet mellan vetenskap och policy (Bandola-Gill et al., 2023). I artikeln *What is co-production? Conceptualising and understanding co-production of knowledge and policy across different theoretical perspectives* tar författarna upp att begreppet inom hälso- och sjukvårdens område är relativt specifikt och inkluderar, tydliga förväntningar kring roller, dialoger, informationsdelning, frekventa möten, ekonomiska incitament och samarbete i alla faser av forskningsprocessen, inklusive utveckling av en handlingsplan för att integrera rekommendationer (Bandola-Gill et al., 2023). Whitley (2019) beskriver att inom psykiatriens område kan samproduktion ske på flera olika nivåer och inom olika områden som exempelvis forskning och utbildning. Inom det aktuella forskningsfältet (psykisk ohälsa/psykiatri) har det funnits kritik att brukarmedverkan inom forskning snarare handlar om att använda brukarexperterna som försökskaniner än som faktiska deltagare (Whitley, 2019). Nya modeller och arbetssätt har växt fram där personer med psykisk ohälsa deltar som

aktiva medlemmar i forskargruppen från början till slut. Speciellt användbart är detta i de moment av studier som innebär rekrytering av deltagare och insamling av data. Det är viktigt att dessa experter får rätt förutsättningar såsom utbildning, stöd, ekonomisk ersättning samt att de utifrån faktiskt deltagande i arbetet uppmärksammas i de mer prestigefyllda delarna såsom medförfattarskap och deltagande i konferenser (Whitley, 2019).

I de studier som ingår har ambitionen varit att åstadkomma samproduktion genom ett samarbete sedan 2016 med FoU-panelen i Västerbotten (FoU panel, 2024). Detta för att hela tiden ha med dessa personers expertkunskap och synvinkel i de studier som skulle planeras och genomföras. Representanterna i FoU-panelen är personer med egen erfarenhet av psykisk ohälsa, egenupplevd eller som anhörig. De har genomgått utbildning i forskningsmetodik och forskningsetik.

### Hur gick samproduktionen till?

En strävan har varit att samproduktion skulle ske i enlighet med det Whitley (2019) beskriver, det vill säga genom hela processen – från början till slut. I samband med planering av forskningsplan har FoU-panelen bidragit med synpunkter och expertkunskap gällande upplägg av delstudierna. I studie I, II, III samt Studie X har dessutom FoU-panelen bidragit till frågeställningar och intervjuguider. I studie III anlätades tre representanter från FoU-panelen för att utföra intervjuer. Något som Whitley (2019) pekar på är att personerna som skall verka som expert behöver ges rätt förutsättningar för att kunna utföra uppdrag. Intervjuarna från FoU-panelen fick en specialanpassad utbildning i ämnet DBF, intervjuteknik och teknisk support för att kunna genomföra intervjuerna. Utbildningen leddes av forskarna (PDJ<sup>24</sup> och KAF<sup>25</sup>). Intervjuarna fick möjlighet att testa intervjuguiden och det tekniska systemet, Microsoft Teams, i varsin pilotintervju med personer och professionella från det HVB som agerade pilotprojekt och som hade fått ta del av samma intensivutbildning i DBF, som gavs ut i studie III. Samproduktionen med FoU-panelen har varit förenad med ekonomisk ersättning.

---

<sup>24</sup> Patrik Dahlqvist Jönsson (handledare)

<sup>25</sup> Karl-Anton Forsberg (handledare)

## Etiska godkännanden

Studie I	Studien beviljades etiskt godkännande av den Regionala etikprövningsnämnden i: 2012–198-31Ö.
Studie II & Studie X	Studien beviljades etiskt godkännande av Regionala etikprövningsnämnden i Stockholm 2017/1068-31-1.
Studie III	Studien beviljades etiskt godkännande från Etikprövningsmyndigheten 2023-06316-01.

## Forskningsetiska överväganden

Den europeiska kodexen för forskningens integritet (ALLEA., 2024) beskriver god forskningssed som baserad på grundläggande principer för integritet i forskning. Dessa principer har styrt planering och genomförande av studierna. Principer är: tillförlitlighet, ärlighet, respekt och ansvar.

Mot bakgrund av att företaget Nytida möjliggjort att forskningsstudierna har kunnat bedrivas är det viktigt att vara transparent med vad detta stöd inneburit.

*Tillförlitlighet* är ett sätt att säkra forskningens kvalitet. Även om det företag som driver de aktuella HVB-verksamheterna varit generösa med min och anställdas arbetstid som lagts ned på studierna behöver det tydliggöras att företaget inte haft eller önskat något inflytande på något utrymme för att påverka studiernas planering, design, genomförande eller redovisning av resultat eller i övrigt kunnat påverka forskningsarbetet. Företaget har agerat som forskningshuvudman i Studie X, Studie II & III och följt vetenskapsrådets skrift God Forskningssed (Vetenskapsrådet, 2024) där det framgår att i den verksamhet där forskningen bedrivs skall en god forskningssed följas vilket innebär att skapa en miljö som är fri från otillbörlig påverkan och där forskare ges möjlighet att arbeta oberoende.

*Ärlighet* handlar om att genomföra och beskriva forskning på ett öppet och korrekt sätt. Data får inte förvanskas eller redovisas på ett tendensiöst sätt. Även risken för bias behöver belysas då denna kan påverka hur tillförlitlig och trovärdig forskningen är. För att minimera risken för bias har etablerade analysmetoder använts som är kända och väl beprövade vilket ökar validiteten i resultaten.

Att som doktorand ha varit anställd som verksamhetschef i samma företag där studierna bedrivits har krävt tydlighet och transparens i alla möten med människor som gjorts under tiden för studierna. Det har vid tillfällena uppstått situationer där besök i verksamheter skett utifrån olika roller; den ena gången som forskare och vid annat tillfälle i rollen som verksamhetschef. Även om inte jag som forskare varit anställd på de verksamheter som ingått i studierna så har det funnits en professionell koppling inom företaget som inneburit att det varit viktigt att vara öppen och ärlig med detta i alla möten. Detta har krävt tydlighet gentemot de forskningspersoner som valt att ingå i studierna.

*Respekt* för forskningspersoner och den speciella miljö de befinner sig i har varit en viktig utgångspunkt. Personerna som ingår i studien befinner sig i en utsatt och såbar situation. Speciellt berör detta dem som var dömda till vård. Det är viktigt att bära med sig en medvetenhet om deras utsatthet i de möten som sker under utbildning och intervjuer. Professionella och chefer som befinner sig på sitt arbete behöver på samma sätt bemötas på ett respektfullt och icke-värderande sätt.

*Ansvar* för forskningen har tagits med stöd av mina handledare genom processen från planering till publicering. Förförståelse i form av att själv arbeta i en liknande verksamhet kräver särskild eftertanke. Att ha en förförståelse kan bidra till att viktiga detaljer missas då saker kan tas för givet, vid en intervju kan till exempel en person som känner igen verksamheten missa att ställa följdfrågor för att denne tycker sig veta svaret redan. Ett uttryck som används för detta kan vara *Becoming native* som innebär att forskaren är så pass integrerad i den miljö som studeras så att denne förlorar sin objektivitet. Denna insikt har jag som forskare fått arbeta med under studiernas gång och utvecklat förmåga att tänka mer kritiskt och förhålla mig objektivt till frågeställningar och svar.

## Kontext och Material

I detta avsnitt presenteras de tre studiernas olika kontext och vilka deltagare som ingick.

### Studie I

Under 2014–2015 anordnades det ett antal utbildningar på fem orter i norra Sverige som innefattande kunskap om återhämtning, SIP<sup>26</sup> och Delat beslutsfattande (DBF). Bakom utbildningarna stod projekt<sup>27</sup> som var knutna till SKR. Utbildningen riktades till professionella från regionernas sluten- och öppenvård psykiatri, samt inom kommunernas socialtjänst. Bland deltagarna fanns sjuksköterskor, arbetsterapeuter, undersköterskor, socialsekreterare och motsvarande. Utöver professionella deltog personer från brukarorganisationer och anhöriga till personer med psykisk ohälsa (CEPI, 2014).

Utbildningen gavs under två separata dagar av forskare och personer med egen erfarenhet. Inför utbildningen fanns möjlighet att se en introduktionsfilm om de aktuella ämnena som skulle tas upp. Under utbildningsdagarna gavs det traditionella föreläsningar som blandades med gruppdiskussioner, praktiska övningar och rollspel (figur 7). Avsikten var att uppmuntra deltagarna att utforska sin egen uppfattning om återhämtning samt utveckla tillvägagångssätt för hur det återhämtningsinriktade arbetet och DBF skulle tillämpas på respektive arbetsplats. Det fanns också möjlighet till efterföljande handledning på arbetsplatserna mellan utbildningstillfällena.

Gruppuppgifter gavs ut som hemuppgifter vilka bestod av att diskutera hur kunskapen från utbildningsdagen kunde användas på arbetsplatsen. Innan utbildningen avslutades uppmanades deltagarna att förbereda inför att implementera metoden DBF i sin egen verksamhet.

---

<sup>26</sup> Samordnad individuell plan

<sup>27</sup> CEPI, Centrum för Evidensbaserade Psykosociala Insatser; <https://www.cepi.lu.se/>, I-NoD, Projekt om stöd till utveckling av integrerade verksamheter inom psykiatrisk öppenvård; <https://www.uppdragpsyiskhalsa.se/wp-content/uploads/2015/03/I-NoD-Projekt-om-st%C3%B6d-till-utveckling-av-integrerade-verksamheter.pdf>, PSyNK - psykisk hälsa barn och unga; <https://www.uppdragpsyiskhalsa.se/wp-content/uploads/2015/03/Psynk-Slutrapport-2011-2014.pdf>

Dag 1 : Delat beslutsfattande i en återhämtningsinriktad praktik	Dag två: Att främja Delat beslutsfattande
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Introduktion och information om dag ett</li> <li>• Diskussion om etiska värderingar</li> <li>• Grundläggande principer för återhämtning inom psykiatrisk vård och omsorg</li> <li>• Faktorer som främjar återhämtning</li> <li>• Gruppdiskussioner om återhämtning och SIP (Samordnad Individuell Plan)</li> <li>• Gemensam diskussion om återhämtning och SIP</li> <li>• Delat beslutsfattande</li> <li>• Förbereda hemuppgifter och avsluta dagen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Introduktion och information om dag två</li> <li>• Praktiks information om delat beslutsfattande</li> <li>• Korta filmer</li> <li>• Vilken typ av stöd behöver du i beslutsprocessen?</li> <li>• Gruppdiskussioner om beslutsfattande</li> <li>• Gemensam diskussion om hur man går vidare</li> <li>• Genomgång av hemuppgiften</li> <li>• Avsluta utbildningen och förbereda hemuppgifter gällande implementering</li> </ul>

*Figur 7 Utbildningsinterventionens program Studie I*

Totalt medverkade 87 personer på fem utbildningstillfällen varav ett valdes ut för att genomföra studien. Bakgrunden till det specifika utbildningstillfället var att det fanns möjlighet för mig som forskare att delta fysiskt vid detta tillfälle. Samtliga deltagare som befann sig på utbildningen blev informerade om studiens upplägg och syfte. 22 deltagare deltog vid utbildningstillfället varav sex deltagare exkluderas på grund av kriteriet att inte vara professionellt verksam. Av de återstående 16 deltagarna gav samtliga informerat samtycke till att delta i studien och av dessa valdes nio deltagare ut genom strategiskt urval för att representera professionella från kommun och region, med varierande yrkesroller, samt kön.

Efter utbildningsinterventionen kontaktades de professionella som valts ut för att delta. Datum och tid för intervjuerna planerades individuellt med varje deltagare. Intervjuerna skedde via telefon, spelades in på band och varade mellan 34–77 minuter (medel 48 minuter).

Under intervjuerna ombads de professionella att berätta om sina upplevelser utifrån hur de blivit påverkade efter att ha deltagit i utbildningen gällande återhämtning, SIP<sup>28</sup> och DBF. Under intervjun användes en intervjuguide (bilaga 4) som utgick från utbildningen, återhämtning, SIP och DBF.

---

<sup>28</sup> Samordnad individuell plan

## Studie II

Under hösten 2017 till våren 2018 genomfördes studie II. Två separata HVB<sup>29</sup> i södra Sverige valdes ut för att ingå i studien. Bakgrunden till valet av de två verksamheterna var deras geografiska placering som innebar att jag (forskaren) tillsammans med de forskningsassistenter som deltog hade möjlighet att besöka verksamheterna utan långa resor. Förutom den geografiska placeringen var verksamheternas målgrupp passande för studiens syfte. Dessa två verksamheter tog emot vuxna män och kvinnor med psykisk ohälsa och ibland i kombination med substansbruksyndrom. Verksamheterna hade cirka 40 respektive 30 platser.

I studie II förkom ingen intervention utan fokus var att undersöka delaktighet genom fokusgruppintervjuer i en befintlig kontext. Information om studien gavs initialt till verksamhetscheferna vid de två HVB som godkände att intervjuerna kunde genomföras. Verksamhetscheferna tog på sig det övergripande ansvaret för att sprida information om studien till professionella och personerna. En så kallad forskningsambassadör (som var knuten till Studie X sedan tidigare) ansvarade i verksamheten för att informera personer som var i behov av vård och stöd om studien. Forskningsambassadörerna satte upp skriftlig information om intervjuerna på anslagstavlor i allmänna utrymme så att alla hade möjlighet att ta del av informationen.

Forskningsambassadörerna hade också informationsbrev som de kunde del ut eller läsa upp för personer som var intresserade av att delta i studien. Informationsbrevet innehöll syftet med studien och en förfrågan om att delta i en fokusgruppsintervju. Vidare gavs muntlig information om studien till personer vid morgonmöten i verksamheten och vid individuella samtal. Under studiens genomförande fanns det kommunikation med verksamhetschefen för att se till att allt gick enligt planering.

Under perioden för studiens genomförande fanns det cirka 20 personer inskrivna på vardera verksamheten. Deltagarna i studien bestod av totalt 14 personer; män och kvinnor med allvarlig psykisk ohälsa, vissa i kombination med substansbruksyndrom och kriminalitet. Personerna rapporterade själva bland annat följande diagnoser: ADHD, antisocial personlighetsstörning, ångestsyndrom, autismspektrum, bipolär sjukdom, depression, emotionell instabil personlighetsstörning, PTSD<sup>30</sup>, trauma, schizoid personlighetsstörning och substansbruksyndrom.

---

<sup>29</sup> De två HVB tillhörde vid studiens genomförande Aleris Omsorg AB. Verksamheterna kom sedan att tillhöra Nytida, en del av Ambeakoncernen; <https://ambea.se/>

<sup>30</sup> Posttraumatisk stress syndrom disease

Förutom diagnoserna rapporterade även personer att det förekom självdestruktivt beteende. Bland deltagarna fanns både de som var placerade frivilligt av socialtjänsten samt de som var dömda till vård eller vårdvistelse.

Datum, tid och plats för fokusgruppintervjun planerades tillsammans med forskningsambassadör och verksamhetschef vid de båda verksamheterna så att det passade in i det dagliga programmet. Dagen då fokusgruppsintervjun skulle äga rum påminde personerna om detta vid flera tillfällen för att säkerställa att ingen hade missat eller glömt bort att det var dags. På båda verksamheterna hade man förberett ett avskilt rum där fokusgruppsintervjun skulle äga rum. Personerna som valde att delta kom dit på utsatt tid.

Förutom jag som forskare som höll i intervjun, deltog en forskningsassistent. Tre olika forskningsassistenter deltog vid de tre olika intervjutillfällena. Forskningsassistenterna hade lång erfarenhet av att arbeta med motsvarande målgrupp. Forskningsassistentens uppdrag bestod i att sitta med och lyssna, ta anteckningar, dokumentera kroppsspråk och andra eventuella händelser i rummet som inte kan uppfattas på inspelning. Forskningsassistenten var också beredd på att hjälpa till ifall en situation skulle uppstå som krävde det, till exempel om någon blev upprörd eller ledsen och behövde någon att prata med eller tillkalla hjälp.

Professionella i verksamheten var informerade om var och när intervjuerna ägde rum. Den fanns beredskap att komma till rummet ifall detta skulle behövas. Vid ett av tillfällena lämnade en deltagare rummet under intervjun. Denna händelse följdes upp efteråt och det visade sig att denne hade lämnat på grund av att personen tyckte att samtalet tog för lång tid.

Frågorna som ställdes under intervjun fokuserade på upplevelser av delaktighet i beslut för personer på HVB. En intervjuguide (bilaga 5) med semistrukturerade frågor användes som stöd. Intervjuerna varade mellan 53 – 58 minuter (55 minuter medel) och spelades in via digital inspelningsutrustning. Alla som ville fick komma till tals.

Sammanlagt genomfördes tre fokusgruppsintervjuer; en med fyra deltagare och två med fem deltagare. Initialt planerades att det skulle utföras två intervjuer i studien, men vid analys av data på de två första intervjuerna framkom det att ytterligare en intervju krävdes för att få ett fylligare material, baserat på en snedfördelning av kön som medförde risk för bias, varför en tredje fokusgruppintervju genomfördes våren 2019 på en av verksamheterna.

## Studie III

Under 2024 genomfördes en utbildningsintervention i metoden DBF på ett HVB i södra Sverige. Verksamheten hade cirka 20 platser totalt och tog emot vuxna kvinnor med allvarlig psykisk ohälsa, ibland i kombination med substansbruksyndrom.

### Övrig bakgrundsfakta – webutbildning Delat beslutsfattande

Ett antal år innan intensivutbildningen producerade jag tillsammans med två av mina handledare (MS, PDJ) och Tove Janarv (doktorand Umeå Universitet) ett material till en webutbildning i DBF. Webutbildningen bygger på tillgänglig kunskap om DBF, återhämtning och delaktighet. Webutbildningen består av fem olika delar, med totalt 15 filmer som är uppdelade i fem olika "kapitel": *Introduktion, DBF-processen, Fördjupning, Diskussionsfilmer och Avslutning.*

Filmerna innehåller föreläsningmaterial, rollspel och samtal om DBF. Rollspelen visar exempel på hur det kan gå till att fatta beslut genom att följa metoden DBF. Det finns rollspel som visar vad som sker när man fattar beslut på ett mer paternalistiskt sätt där "läkaren" bestämmer och filmer som visar hur ett beslut kan genomföras när man låter personen som skall få vård besluta helt på egen hand då den "professionella" intar en passiv roll. Utöver filmerna finns också diskussionsfrågor för dem som skall genomföra utbildningen samt informationsmaterial i text.

Intensivutbildningen bestod av en 45–60 minuters snabbkurs i DBF vilket innebar genomgång av metoden i nio steg, filmer från Webutbildning i DBF (som beskrivs ovan i rutan - bakgrundsfakta) samt kunskap om DBF utifrån forskning inom området (figur 8). Trots den korta tid som var avsatt för utbildning uppmuntrades deltagarna till att ställa frågor och diskutera situationer gällande delaktighet och DBF. Dessutom diskuterades det hur DBF skulle kunna användas i verksamheten. Deltagarna informerades också om att det fanns möjlighet för rådgivning av mig (forskaren) efter utbildningstillfällena antingen via e-mail, telefon eller på nästkommande utbildningstillfälle.

I samband med genomgång av metoden delades ett stödverktyg ut till deltagarna. Stödverktyget, DBF-kortet, skall påminna och hjälpa de som fattar beslut att följa metoden enligt de nio steg som presenteras. DBF-kortet har tagits fram av mig i samråd med handledare initialt för Studie

X och fick en egen grafisk profil<sup>31</sup> i studie III (se avsnitt *Delat beslutsfattande från teori till praktisk tillämpning*, figur 4 för illustration av DBF-kortet). Under intensivutbildningen gavs även en muntlig genomgång gällande studiedesignen samt hur intervjuerna skulle genomföras och hur resultatet planerades att publiceras.

- Genomgång av utbildningen
- Delaktighet
- Studie I-II – syfte och resultat
- Studie III – information om den aktuella studien och vad det skulle innebära om du vill delta
- Diskussion
- Delat beslutsfattande som metod
- DBF-korten
- Filmer
  - När någon annan bestämmer
  - När klienten bestämmer
  - Hur ett beslut kan gå till med Delat beslutsfattande
- Avslutande diskussion och inhämtning av eventuellt samtycke till att delta i studien

*Figur 8 Utbildningsprogram Intensivutbildningen Studie III*

Två månader innan studien skulle starta, det vill säga då det första utbildningstillfället skulle genomföras, besöktes verksamheten av mig (forskaren). Syftet med besöket var att informera om studien, diskutera implementering och att kartlägga hur arbetet med delaktighet såg ut innan metoden introducerades. Vid besöket genomfördes ett möte där det deltog representanter från olika grupper; en person som var i behov av vård och stöd och som vistades i verksamheten, en leg. sjuksköterska, två behandlingspersonal och två chefer. Det var frivilligt att delta i mötet. Tillsammans arbetade de som *underlättare* på plats och fick uppdragen att hålla DBF-ämnet levande och att information om utbildningen inte föll bort i verksamheten.

Inför utbildningen hölls även två öppna möten för personer som var i behov av vård och stöd, professionella och chefer. Informationen innehöll uppgifter om bakgrund till studien, upplägg gällande intensivutbildning och information om intervjuerna.

---

<sup>31</sup> Design: Gustaf Engström; <https://www.instagram.com/gustafengstromart/>

Intensivutbildningen upprepades vid fem tillfällen under våren 2024. Vid varje individuellt tillfälle hölls två separata intensivutbildningar; en till personer och en till professionella tillsammans med chefer. Samtliga som deltog under intensivutbildningen tillfrågades om de ville delta i studien. Alla som medverkat under ett tillfälle av intensivutbildningen erhöll ett personligt diplom på vilket det intygades att man deltagit.

Samtliga personer, professionella samt chefer på verksamheten erbjöds att delta under intensivutbildningen, dessa var tillsammans totalt 47 individer. Av dessa hade 25 personer med allvarlig psykisk ohälsa och/eller substansbruksyndrom, 20 var professionella och två var chefer.

Av de totalt 47 individerna exkluderas sju från att ingå i studien. Dessa sju var professionella och hade arbetsuppgifter som inte var kopplade till vård och behandling. 30 individer valde att delta vid intensivutbildningen varav 28 gav informerat samtycke till att delta i studien. Av dessa 28 hade 15 personer allvarlig psykisk ohälsa och/eller substansbruksyndrom. Personerna rapporterade själva bland annat följande diagnoser: ADHD, ångestsyndrom, autismspektrum, bipolär sjukdom, depression, emotionell instabil personlighetsstörning, OCD<sup>32</sup>, PTSD<sup>33</sup>, och substansbruksyndrom. Förutom diagnoserna rapporterade även personer att det förekom självdestruktivt beteende.

Av de återstående var 11 professionella med utbildning som specialpedagog, psykoterapeut, undersköterska, socialpedagog, KBT-terapeut, behandlingspedagog, hälsopedagog och legitimerad sjuksköterska. De två cheferna som ingick var KBT-terapeut respektive legitimerad sjuksköterska.

Inför intervjuerna som genomfördes efter utbildningstillfällena bokades tid och datum utifrån ett schema där intervjuerna från FoU-panelen lagt in tillgängliga tider. Intervjuerna bokades in i schemat i samråd mellan mig (forskaren) och deltagarna. Inför varje intervju kontaktades intervjuaren av mig (forskaren) för att stämna av så att allt gick enligt planering.

Vid de första intervjuerna som genomfördes uppkom en del tekniska svårigheter, koder för att logga in i Microsoft teams fungerade inte och administratör<sup>34</sup> för systemet fick kontaktas och åtgärda situationen. Detta gjorde att en intervju fick bokas om. Vid ytterligare tre tillfällen i början av intervjuperioden, fick intervjuerna bokas om med anledning av

---

<sup>32</sup> Obsessive-compulsive disorder

<sup>33</sup> Posttraumatisk stress syndrom disease

<sup>34</sup> Administratör från Hjärnkoll som hade licens på systemet. <https://hjärnkollvasterbotten.se/>

att personen som skulle bli intervjuad hade missat tiden. För att undvika att detta skulle ske igen med kommande intervjuer ringdes personerna upp (av mig) inför den planerade tiden som en påminnelse. Vid två tillfällen drog forskningspersonerna tillbaka sitt samtycke till att delta i intervjuer och intervjun ställdes in. En forskningsperson tillhörande gruppen professionella kunde inte nås trots upprepade försök på telefon och e-mail, denna intervju kunde därför inte genomföras.

Samtliga intervjuer genomfördes en till två månader efter det att det sista utbildningstillfället ägt rum. En intervjuguide (bilaga 6) med semistrukturerade frågor användes som stöd. Intervjuerna varade för personer mellan: 11–45 minuter (27 minuter medel), för professionella mellan 19–47 minuter (30 minuter medel) och för chefer mellan 25 respektive 29 minuter. Samtliga intervjuer genomfördes separat och fokuserade på upplevelser av delaktighet och implementeringen av DBF i verksamheten.

## Analys

Nedan presenteras analys för studie I, II och III. Då valet av analysmetod var densamma för studie I och II beskrivs dessa tillsammans. Analys för studie III presenteras därefter.

### Analys Studie I och II

Genom att lyssna på intervjuerna transkriberades dessa till filer i Microsoft word som sparades ned på USB-minne med kod. I samband med detta oidentifierades materialet. I studie I analyserades materialet utifrån textfiler i Word-format genom att för varje steg skapa nya filer och en form av tabeller där de olika delarna i analysen genomfördes och skrevs in. I studie II överfördes transkriberad data till ATLAS.ti som är en mjukvara för att hantera kvalitativ dataanalys (ATLAS.ti, 2022).

För att analysera data i studie I och II användes kvalitativ innehållsanalys (Graneheim et al., 2017; Graneheim et al., 2004). Detta gjordes genom att följa ett antal steg. Först lästes transkriberingarna genom flera gånger, vid de första tillfällena lästes texten samtidigt som inspelningarna spelades upp för att kunna uppfatta betoningar, suckar och tystnad som kunde ha betydelse för transkriptionen. Vidare identifierades det som i metoden kallas för *meningsbärande enheter*, rent konkret handlade detta om meningar eller mindre stycken av texten som innehöll viktig information för studiens forskningsfråga. I nästa steg *kondenserades* dessa meningsbärande enheter vilket betyder att de kortades ner utan att för den sakens skull förlora sin innebörd, det vill

säga meningarna gjordes mer korta och konsista. I nästa steg *kodades* de kondenserade meningarna med en etikett som beskrev innehållet, antingen ett ord eller en kort beskrivning. Under denna process diskuterades analysen tillsammans med handledare. Texterna lästes var för sig och kodning sorterades i olika ”fack” och jämfördes flera gånger fram och tillbaka för att tillslut bilda de *kategorier* som i sin tur speglade det som beskrevs i datan, det vill säga det manifesta innehållet. I studie I presenteras resultatet i kategorier (se kapitel Resultat, avsnitt Studie I). I studie II identifierades ytterligare nivå i den kvalitativa innehållsanalysen, och resultatet presenteras utifrån det som kallas *teman* (se kapitel Resultat, avsnitt Studie II). Dessa teman beskriver en djupare nivå som representerar det latent innehåll, det vill säga den underliggande meningen. Delar av materialet som används i studie I hade tidigare använts i en masteruppsats 2015 (Bendtsen Kronkvist, 2015). Båda analysprocesserna var omfattande, intensiva och tidskrävande. Vid analysen i studie II där ATLAS.ti användes skall det dock nämnas att arbetet med att hantera materialet var betydligt enklare jämfört med att använda textfiler i Word-format. Framförallt gjorde ATLAS.ti det något lättare att sätta sig in i analysen precis där jag slutat (mestadels dagen innan) då överblicken i systemet möjliggjorde detta.

### Analys studie III

Intervjuerna spelades in via Microsoft teams och transkriberades automatiskt direkt under inspelningen. Intervjuaren gick sedan direkt efter intervjun igenom den transkriberade texten och korrigerade där transkriberingen blivit felaktig. Felaktigheterna berodde på otydligheter i uttryck som uppfattades fel av den automatiska transkriberingen. Tidsåtgången för dessa korrigeringar var en till flera timmar. Detta beroende delvis på intervjuarens grad av datavana, men också på forskningspersonens dialekt och diktion.

När transkriberingen var genomförd skickades materialet från intervjuaren till mig (forskaren) via säker e-post och sparades ner på USB-minne som var kodat. Materialet överfördes sedan av mig aidentifierat till mjukvaran ATLAS.ti (ATLAS.ti, 2022). Data analyserades med hjälp av Tematisk Analys (Braun et al., 2006, 2019). Detta gjordes genom att följa de sex steg som metoden beskriver: 1. *Bekanta dig med data*; Vilket innebar att jag läste genom materialet flera gånger för att skapa en förståelse för innehållet. 2. *Kodning*; i nästa steg identifierades och märktes delar av datan genom att koda den. Koden kunde bestå av ett ord eller en kort mening. Vidare lästes koderna genom där en del kodades om. Koderna sorterades in i olika kluster där de koder som hörde samman genom att ”likna varann” hamnade i samma kluster. 3. *Sökande av initiala teman*: Innebar att koderna som

grupperats blev potentiella teman som i sin tur representerade mönster i datan. 4. *Utveckling och granskning av teman*: i denna fas justerades temana på ett sätt så att de tydligare speglade datan på ett korrekt sätt. 5. *Förfining, definition och namngivning av teman*: i denna fas av analysen namngavs de slutliga temana inklusive underteman som hade generats fram under analysen. 6. *Presentera resultat*: i den sista fasen skrevs resultatet från den sammanhängande analysen som baseras på de teman som framkommit (se kapitel Resultat, avsnitt studie III). Under hela analysprocessen förde jag en reflekterande loggbok där idéer, tankar och frågor som uppkom under processen antecknades. Under analysprocessen diskuterades kodning, sortering av koder och teman i de olika stegen med handledare för att komma fram till resultat. Analysen var en sammanfattningsvis en lång och intensiv process som i efterhand kan beskrivas som att ta två steg fram och ett tillbaka.

# Resultat

Valda delar från de tre studiernas resultat presenteras var för sig. Aidentifierade citat exemplifierar och syftar till att stärka resultatet. Kortfattat lyfter studierna perspektiv om delaktighet. I studie I beskriver professionella sina upplevelser av förändringar efter att ha genomgått en utbildningsintervention i återhämtning, SIP<sup>35</sup> och Delat beslutsfattande (DBF). I studie II presenteras resultat utifrån personer som är i behov av vård och stöd avseende hur de upplever delaktighet då de vistas på HVB. Avslutningsvis presenteras studie III där resultatet beskriver upplevelser efter implementering av metoden DBF på ett HVB genomförts.

## Studie I

Resultatet bygger på de intervjuer som genomfördes med professionella efter en utbildningsintervention där ämnena återhämtning, DBF och SIP ingick. Resultatet presenteras i två kategorier *Ökad teoretisk kunskap*, *Förändrat synsätt på betydelsen av praktiskt handlande*.

### Ökad teoretisk kunskap

För en del av de professionella som ingick i studien var termen återhämtning ny kunskap, och att det var viktigt att vara medveten om att användningen av begreppet också gav hopp. För de som redan var bekanta med begreppet fungerade det som en påminnelse, och de fick en djupare förståelse för begreppet. De professionella hade fått större teoretisk kunskap om att återhämtning är en unik, icke-linjär och individuell process. De talade om tidigare erfarenheter med fokus på att få personen frisk efter episoder av psykisk ohälsa och att återhämtning inte alltid innebar att en person hela tiden gjorde framsteg.

P7. Jag skulle vilja säga att den någonstans mer tydligt satte ord på det för min del. För som sagt återhämtningsprocess är liksom inte ett begrepp som jag har varit i närheten av tidigare i mitt arbete. Det är ett nytt begrepp för mig //..//. Det är sånt fokus på att man skall komma i mål och då skall livet se ut såhär och så glömmer man hela resan fram till dess.

De professionella talade om att de insåg att de tidigare ibland hade agerat genom att ge för mycket stöd och samtidigt vara överbeskyddande, något de lärt sig under tidigare utbildningar. Utbildningsinterventionen hade gjort de professionella medvetna om

---

<sup>35</sup> Samordnad individuell plan

balansen mellan omvårdnad och stöd som personer behöver för att vara så självständiga som möjligt.

P1. Hjälper till och koordinera med almanacka och att det skall fungera med tider, men bara finns i bakgrunden Det är ju en bit i återhämtningen och i slutändan, återhämtningen är ju då kanske att vi inte ens finns med.

### Förändrat synsätt på betydelsen av praktiskt handlande

De professionella upplevde och blev medvetna om hur deras praktiska arbete kunde förändras efter utbildningsinterventionen. Att personerna som var i behov av vård och stöd som de professionella mötte i sitt arbete skulle vara involverade i sin egen vård var de sedan tidigare medvetna om, men efter utbildningsinterventionen delades reflektioner om hur de och andra professionella genom sitt handlande och bemötande tidigare, generellt hade bidragit till att personen blev rädd för att ta ansvar. De professionella upplevde att de stärktes i sin förmåga hur de skulle kommunicera med och stödja personerna de mötte genom att låta dem ta ansvar i sina liv, inte genom att tvinga dem, utan genom att aktivt stödja dem.

P5. Man skall göra det på ett smart sätt, att återge ansvaret till att, ja men ställa, lite små krav och låta dem vara delaktiga och tro på att de skulle ha bra åsikter och bra funderingar.

Utbildningsinterventionen hade lett till en medvetenhet gällande hur de tidigare agerat överbeskyddande gentemot personerna som var i behov av vård och stöd, särskilt när det gällde att låta dem göra sina egna misstag. De professionella uttryckte upplevelser av att det traditionellt ansågs vara dålig praxis om en person fick göra ett misstag eller misslyckas på något sätt, om de professionella kunde förutse detta.

P7. Alla människor gör ju fel, det gör ju du och jag också emellanåt. Vi gör våra misstag, men man lär sig ju av dem. Så får man väl tänka om då, och det hade ju lika gärna kunnat gått bra.

Utbildningsinterventionen hade gett kunskap om vad delaktighet innebär i praktiken genom DBF. De professionella hade blivit medvetna om att om de skulle låta personerna som var i behov av vård och stöd vara en beslutsfattare, skulle de själva behöva ta på sig en ny roll som professionella. De behövde låta personen välja genom att informera om alternativa beslut och sedan diskutera konsekvenserna av olika beslut.

P8. Men nu har jag blivit stärkt i just det här. Delaktigheten med patienterna, att de skall vara med och ta besluten och då kan jag liksom argumentera mera för det, mera kraftfullt för det.

## Studie II

Resultatet bygger på de intervjuer som genomfördes med personerna som var i behov av vård och stöd och som vistades på HVB. Resultatet presenteras i två teman; *Önskan om delaktighet hindras av professionellas förhållningssätt* och *Information av delaktighet främjar empowerment*.

### Önskan om delaktighet hindras av professionellas förhållningssätt

Personerna som var i behov av vård och stöd beskrev en upplevelse av otillräckligt inflytande i beslutsprocesser. Med detta menade de att det fattades beslut *för* men inte *med* dem. De beskrev situationer där de kände sig maktlösa, exempelvis i planeringen av aktiviteter och behandlingsmetoder. Beslut som de hade gjort tillsammans med professionella kunde ibland brytas, vilket innebar att personerna kände sig oviktiga. Beslut som inte följdes upp resulterade i en känsla av osäkerhet.

2p2. Du kan besluta nånting en tisdag med läkaren och sjuksyster sitter med, men sen nästa vecka då kan det vara borttaget eller nån helt annan medicin och man frågar men vad är det här?

Det fanns situationer när personerna upplevde att de var med till viss del i beslutsprocessen, men även om personerna kunde uppleva att de professionella förstod dem och lät dem delta i beslut fanns samtidigt en upplevelse av att de inte hade en verklig roll i beslutsprocessen. Även om de tillfrågas om att vara delaktiga när professionella uppdaterade planeringsdokument exempelvis genomförandeplaner, uttryckte personerna att det bara var för syns skull. Några personerna visste inte vad som stod i deras egna genomförandeplaner.

1p1. Att folk (syftar på professionella) kanske lyssnar, folk kanske även förstår, men de fattar inte beslut därefter.

Å ena sidan ville inte personerna att de professionella skulle studera deras patientjournaler så att de blev dömda på förhand av sin historia. Å andra sidan upplevde de ett bristande intresse av deras personliga förhållanden från de professionellas sida.

1p2. Det är hon/han, mer är det inte, det är ett papper med lite svart bläck på. De vet inte vem jag är, de har inte läst min historia varför jag är här.

Personerna upplevde att de professionella inte hade tid att sätta sig ner och prata. Professionella hänvisade ofta till andra när personerna sökte svar på frågor som var mer eller mindre viktiga. Det fanns ofta en känsla av att de professionella inte ville stå upp för de beslut som hade fattats på verksamheten.

1p2. Det är inte jag (syftar på vad professionella säger) som har tagit beslutet liksom //...// Nej, men jobbar inte du här? Är inte ni en enhet?

Personerna upplevde att *tur* var en faktor som påverkade deras upplevelse av delaktighet i beslutsfattande. Att *ha tur* innebar att personen hade någon som lyssnade på deras önskemål och att den professionella var engagerad i deras situation. Det handlade om *tur*, en lyckoträff, om personerna träffade eller matchades med "den rätta" professionella som kunde bemöta deras behov och frågor på rätt sätt. De menade att matchningsprocessen mellan dem och de professionella var som ett lotteri.

1p1. Vi tar Kim till exempel. Det kanske bara är en person i personalen som förstår Kim. Som vet vad Kim behöver och vad Kim vill och som lyssnar på Kim när hon/han verkligen mår dåligt. Skulle hon/han vända sig till någon annan personal. Då kommer inte hon/han få en likvärdig behandling.

### Information om delaktighet främjar empowerment

Det här temat handlar om att personerna som var i behov av vård och stöd upplevde en brist på inflytande, samtidigt som de är medvetna om att de själva måste ta ett aktivt ansvar, inte låta andra göra jobbet om man vill vara delaktig i beslut.

Det fanns en uttryckt önskan från personerna om tydligare information om regler och konsekvenser av regelbrott när man vistas på ett HVB. Det fanns en förståelse för varför vissa regler existerar, även om det ibland var svårt för personerna att acceptera dem. Ibland upplevde de att de professionella använde regler som ett straff. Denna känsla kopplades till regler, medicinska beslut, hur man ansöker om ledighet och andra saker som medförde konsekvenser för personerna.

Men, trots att de ibland upplevde maktlöshet, uttryckte personerna att det fanns situationer där de fick möjlighet att ta aktiv del från början av sin planering. Sådana omständigheter innebar att de upplevde delaktighet och inflytande ”på riktigt” i beslut, som baserades på dialog och diskussion mellan personen och den professionella.

2p3. Alltså när jag kom hit så satte de väl upp mig på så mycket som möjligt //..// jag ville vara med på så mycket som möjligt för att få tiden att gå istället för att sitta och grubbla.

Det var viktigt för personerna att ha en aktiv roll i beslutsfattande, dock med hjälp stöd och vägledning från de professionella. Personerna menade att detta innebar att vara medveten om sina rättigheter att kunna delta och erfarenheter från tidigare situationer (såsom vistelser på andra HVB eller andra institutioner) kunde bidra till denna medvetenhet. De uttryckte också vikten av att de professionella stöttade personerna så att de kunde fatta beslut. Men menade att de professionella bör vägleda och stödja personer de möter i sitt arbete, men i slutändan är det personen som måste ta aktivt ansvar: "Om förändring ska ske är det mitt ansvar", som en av personerna uttryckte det:

1p2. För den enda som kan göra nån bättring det är en själv, det är inte personalen. Man får stöd och det, men man kan fan inte göra nån förändring om man inte själv vill det.

## Studie III

Resultatet bygger på de intervjuer som genomfördes med personerna som var i behov av vård och stöd och vistades på ett HVB, samt de professionella som arbetade där och chefer som ledde verksamheten när DBF implementerades. Studien presenteras från tre perspektiv med tillhörande teman.

## Personer som var i behov av vård och stöd

### Tidigare erfarenheter spelar roll

Tidigare erfarenheter av samarbete med vårdpersonal påverkade hur personerna involverades i sin nuvarande vård. Personerna jämförde andra institutioner och vårdinrättningar med verksamheten de befann sig på och uttryckte uppskattning för hur de professionella arbetade med brukainflytande och delaktighet. De personer som var dömda till vård beskrev sin situation utifrån att de var "tvingade att vara där" och deras tidigare erfarenhet av att delta i beslutsfattande var begränsat. De var vana vid att myndigheter fattade beslut utan att ta hänsyn till deras egna åsikter och önskningsar.

Nr.1. Alltså, i och med att jag är här via kriminalvården så är det ju en av dem som bestämmer allting för mig egentligen.

Även om personerna hade en positiv syn på DBF fanns det en uppfattning att metoden i praktiken inte garanterade att alla personer skulle vara delaktiga i alla beslut. De som intervjuades menade att även om alla personer och alla professionella utbildas och arbetar systematiskt enligt DBF, så skulle detta inte vara en allmängiltig lösning då delaktighet i beslutsfattande också är kopplat till personliga egenskaper. En person beskrev detta utifrån sig själv och förklarade att denne hade lätt för att prata för sig och då upplevdes ingen skillnad i beslutsfattande med eller utan DBF. Å andra menade de att DBF skulle kunna bidra till ökad delaktighet i beslutsfattande för personer som var mer introverta och som hade svårt för att "tala för sig".

Intervjuare. Upplever du några hinder när ni arbetar med Delat beslutsfattande?

Nr.2. Ja, men vågar man inte säga vad man vill och vad man tycker, då blir det ju väldigt, väldigt svårt. För då är det ju lätt att bli överkörd, Det man tänker ju så att ja, men herregud jag tänker nog fel, de vet nog bäst de som är utbildade.

### Förändrad inställning till delaktighet

I samband med införandet av DBF upplevde personerna som var i behov av vård och stöd att de blev mer involverade och förväntades att vara mer aktiva när beslut skulle fattas. Även om de professionella hade ett ansvar att involvera dem i beslut, kände de också ett ansvar att säkerställa att detta hände. Personerna lyfte att de blev lyssnade till och

att det hade blivit lättare att diskutera vissa situationer med de professionella. Detta resulterade i en känsla av att bli bekräftad.

Nr.7 Innan har det mer varit så här att ja, personalen bestämmer allt liksom, alltså att det är liksom de som fattar besluten och att vi bara får hänga med i svängarna. Men på sistone har det ändå känts som att det att vi får vara med och delta och säga vad vi tycker och alltså att man kan vara med och påverka, att man har en röst som blir hörd.

Enligt personerna tillämpade de flesta professionella metoden DBF som förmedlades under intensivutbildningen. I individuella situationer reflekterade de över att de tidigare hade haft begränsad delaktighet i planeringen, som att bara läsa igenom sin genomförandeplan och skriva under den. Detta hade nu förändrats, och en del av personerna uttryckte att de var mer involverade när man arbetade med genomförandeplanen nu. Efter det att DBF introducerats upplevdes det som att professionella hade blivit mer engagerade, kommunikativa och flexibla. Även de personer som vistades på verksamheten enligt domstolsbeslut kunde berätta om situationer där de var involverade i beslut (t.ex. ansökan inför en ledighet).

Nr.10. Jag kan säga som en handfull har verkligen tagit det här till sig och förändrat. Nu var de ju nödvändigtvis inte dumma innan, alltså taskiga innan och så va.

Vårdatmosfären hade förändrats och personerna upplevde nu att de kunde påverka de dagliga aktiviteterna i verksamheten. Även innan införandet av DBF fanns det en brevlåda i ett gemensamhetsutrymme på verksamheten där personerna kunde lägga förslag om exempelvis aktiviteter och önskemål om mat. Men personerna uttryckte en känsla av att deras förslag inte hade tagits på allvar av de professionella. Nu däremot upplevde personerna att deras förslag hade större betydelse.

Nr.7. Vi skrev lappar för det finns ju sån förslagslåda som man kan lämna lappar i //..// Och de, jag har ju märkt att de har kollat på det och så där för att de tog upp det på en av morgonsamlingarna.

## Vad som behövs fortsättningsvis

Personerna som var i behov av vård och stöd uppgav att vissa av de professionella inte hade anammat DBF och fortsatte att använda ett arbetssätt som uppfattades som maktmissbruk. Därför ansåg de att en sådan här utbildning borde vara obligatorisk och upprepas med jämna mellanrum. Det lyftes att nyanställda borde erbjudas information och utbildning i DBF, särskilt de som saknade tidigare erfarenhet av att arbeta inom psykiatri och med substansbruksyndrom. En sådan utbildning borde kanske till och med vara obligatorisk och även inkludera nya personer som var i behov av vård och stöd som kom för att vistas en period på HVB.

Nr.10. Att det skulle på något sätt ingå, ungefär som HLR när man jobbar //..// det skulle vara någonting som kommer igen//..// Och sen dom då som inte kanske har tagit till sig det, kanske lär sig det genom att se på dom andra personalen, hur dom jobbar. //..// för dom, //..// kanske är för unga för att liksom ens tänka på att man går inte med en nyckelknippa så här på en institution, för det är makt, makt liksom.

Personerna förklarade att DBF är en användbar metod för alla och borde vara en grundläggande i arbetet med människor. DBF-kortet sågs som ett praktiskt verktyg som kan användas som en påminnelse för att hjälpa personer att känna sig mer bekväma när de möter professionella, annan vårdpersonal eller myndigheter i framtiden.

Nr.1. Som sagt, jag är på väg och har massvis med... Det är grejer som ska diskuteras fram och så. Att där med både socialtjänsten och vården och allt sånt där så jag kommer väl ta med mig den där cirkeln som jag fick //..//, så det tror jag. kommer på användning //..// mer på utsidan sen nu då när jag kommer hem.

## **Professionella**

### Förmåga att öka personernas delaktighet

De professionellas första reaktion på DBF var att de redan arbetade med brukarinflytande på individnivå, och de kände igen delar av metoden direkt. De nämnde dock att de nu blivit medvetna om vikten av att planera "uppföljningar" efter beslut fattats. DBF hade efter

intensivutbildningen blivit ett ämne för diskussion och påminnelser gavs dagligen vid morgonmöten och behandlingskonferenser. DBF hade bland annat använts för att planera helgledigheter för personer som var i behov av vård och stöd eller för att planera en förlängning av vistelsen i verksamheten. De professionella uttryckte att sättet att samarbeta på resulterade i mer genomtänkta beslut. Tidigare hade de professionella själva skrivit genomförandeplan baserade på vad den remitterande myndigheten gett i uppdrag. Genomförandeplan presenterades sedan för personen som i sin tur förväntades läsa och underteckna planen. Efter införandet av DBF hade de professionella börjat involvera personerna genom att diskutera vad personerna själva ville att genomförandeplanen skulle innehålla. DBF-kortet sågs som ett hjälpmedel att använda och professionella hade delat ut kortet till en del personer som var i behov av stöd och vård och som inte själva närvarat på intensivutbildningen. På detta sätt kunde även dessa personer få möjlighet att lära sig om metoden.

Nr.9. Jag märkte att det här är ju någonting som jag gör. //..//. Så jag tycker det är en väldigt enkel metod och jag tycker det är en väldigt, just med de här korten, så tycker jag att det är en väldigt enkel metod att arbeta i.

Tidigt under införandet av DBF insåg de professionella att det fanns brister hos dem när de bemötte och svarade personerna som var i behov av vård och stöd på frågor, idéer och förslag. Detta gjorde att de professionella ansträngde sig för att förbättra sig. Införandet av DBF hade medfört förbättringar gällande hur de professionella agerade vilket ledde till ett bättre klimat i verksamheten.

Nr.4. De tyckte att de fick för dålig återkoppling på lapparna! Och det har vi ju tagit åt oss och vi har förbättrat. Och när vi har frågat klienterna om de tycker det har blivit bättre så har de ju sagt att de tycker det har blivit bättre.

De professionella uttryckte att deras upplevelser var att personer som var i behov av vård och stöd och som var dömda till att vistas på verksamheten ofta upplevde att deras åsikter inte spelade någon roll, eftersom någon annan fattade beslut för dem. Det fanns vissa situationer kopplade till de olika stegen i DBF som därmed var mer krävande att genomföra. Men tillsammans med dessa personer hade DBF använts, vilket visade sig fungera trots att deras vistelse var mot deras vilja.

Nr.4. Ja, det är ju väldigt fyrkantigt kring dem //..// För dem är det ofta det här med ledigheter //..// det styrs ju helt utav

kriminalvården. //..// Vi kan ju inte påverka det överhuvudtaget. Då har man liksom fått //..// Hjälpa dem att känna sig delaktiga genom hur de ska formulera sina ledighetsansökningar och hur man ska gå vidare sen då för att man ska få det man vill ha sen.

På grund av utbildningen hade de professionella insett att de ibland arbetade på ett sätt som inte stärkte personernas självbestämmande. Inte för att de professionella avsiktligt ville utöva auktoritet, eller maktmissbruk, utan för att det ibland kändes enklare att fatta beslut *för* personen istället för *med* personen. Genom att använda DBF upplevdes sådana samtal enklare att utföra. Det blev också lättare för de professionella, genom att följa stegen i DBF-metoden, att förmedla budskap som handlade om saker och ting som inte gick att lösas, vilket i sig ledde till en förbättrad relation.

Nr.5. De här plus och minussidorna, //..// Ett samarbete bygger ju på att båda två får göra sig hörda och båda två går halva vägen var enligt mig //..// man har blivit mer lyhörd för klienten.

### Delat beslutsfattande som en integrerad arbetsmetod

De professionella framhöll att det var viktigt att cheferna på verksamheten gav ett tydligt mandat för att införa DBF genom att avsätta tid för utbildning och diskussioner, trots att inte alla anställda kunde delta i intensivutbildningen på grund av sina scheman. Dock uttryckte de att cheferna ibland fattade beslut på egen hand, utan att dela dessa beslut med övriga i verksamheten; vare sig personerna eller de professionella. En av de professionella betonade att det var lite svårt att acceptera att cheferna inte alltid följde sina egna råd.

Nr.3. Alltså när man ska införa och implementera någonting nytt så är det ju väldigt viktigt att cheferna går före och visar vägen, framför allt genom hur de själva gör vid beslut.

De professionella lyfte fram att personerna som var i behov av vård och stöd uppskattade att få samma utbildning som de fått. En av de professionella uttryckte dock att det vore bättre att först utbilda professionella och cheferna, och sedan personerna. Bakgrunden till detta var att det fanns en upplevelse av att det var de professionellas ansvar att implementera DBF, arbeta med metoden och få detta att fungera. Om professionella inte fortsatte att arbeta med metoden, skulle utbildningen inte ha någon långsiktig effekt. De konstaterade att om DBF ska fortsätta vara en integrerad del av deras arbetsmetod, behövs skriftlig information om metoden och upprepade utbildningstillfällen som också inkluderade

nyanställda samt nya personer som var i behov av vård och stöd och som skulle komma till HVB:t för att vistas en period. Detta var något de professionella ansåg att de själva skulle kunna utföra. De menade också att det skulle vara fördelaktigt om utbildningen var obligatorisk för alla. Dock skulle ett obligatoriskt utbildningskrav skapa en motsättning, eftersom, som en av de professionella sammanfattade; DBF handlar om brukarinflytande och att då tvinga någon till utbildning blir motstridigt.

Nr.6. Sen kommer vi få in nya klienter som inte vet vad det gäller beslutsfattande, men jag tänker om vi kan inte ignorera detta liksom. Ja, jag tror det kommer fungera. Sen kommer det falla också, men vi är en god arbetsgrupp så jag tror vi stöttar varandra i detta.

## **Chefer**

### Förändringar i vårdatmosfären

Genom att införa DBF upplevde cheferna att vårdatmosfären hade förändrats och att de professionella hade förbättrat deras sätt att bemöta och diskuterade beslut med personerna som var i behov av vård och stöd. Deras uppfattning var att möjligheten att tillämpa en metod hade medfört att de professionella blivit mer säkra i sin yrkesroll, vilket minskade stressen bland de anställda. Förslag från personer som var i behov av vård och stöd diskuterades nu öppet, vilket ledde till förbättrat samarbete mellan personer och professionella. Cheferna betonade också att när DBF infördes och professionella arbetade med implementeringen, förändrades atmosfären och skapade en gemensam grund för beslutsfattande.

Nr.12. Och jag hör i samtalen dom diskuterar med varandra, att de ändå tänker på det. Det är kanske inte så ofta jag hör dem använda termen Delat beslutsfattande tyvärr, men ofta det här att om för- och nackdelar//..// jag upplever att de diskuterar på ett annat sätt med klienterna, och det gillar jag.

Cheferna uttryckte att användningen av DBF med de personer som var i behov av vård och stöd och som vistades på verksamheten enligt domstolsbeslut kunde leda till komplicerade situationer. Vissa regler (t.ex. tillstånd att lämna verksamheten) gäller för dessa personer. Samtidigt, genom att använda DBF, kunde de professionella diskutera detta på ett mer gynnsamt sätt än tidigare. Cheferna noterade också att konflikter mellan professionella och personerna hade minskat. Cheferna var hoppfulla inför framtiden och uttryckte att en minskad konfliktnivå

kunde leda till en minskning av impulsiva beslut från personens sida (t.ex. att avbryta sin behandling och lämna verksamheten).

Nr.17. Jag ser en stor fördel av att kanske reducera de här situationerna som lätt kan bli konfliktstyrda. Där kan jag se att man tidigt kanske kan nå, här finns det en person //..// en klient och så ska jag ha det här tänket med Delat beslutsfattande med mig. Att det väcker en tanke hos klienten tidigt, att här är det någon som bryr sig.

## Ledarskap under införandet

Cheferna upplevde att de professionella på många sätt involverade personerna som var i behov av vård och stöd i beslut redan innan DBF infördes. Dock hade deltagande i beslut inte varit lika strukturerat tidigare. Cheferna uttryckte att deras ambition var att DBF skulle bli ett naturligt inslag i det dagliga arbetet på HVB:t.

Nr.12. Vi har ju satt upp lite påminnelser till oss själva för att vi inte ska glömma bort det, som den här snurran (DBF-kortet som affisch) finns utplacerade i våra lokaler. Både för klienter att se, men också för oss då att bli påmind.

För att upprätthålla användningen av DBF och de färdigheter som krävs för att implementera det i praktiken, uttryckte cheferna att det var de som var ansvariga för att informera och påminna de professionella. Implementeringen av DBF var inte en engångshändelse; cheferna drog slutsatsen att deras ansvar var att säkerställa en fortsatt introduktion av metoden för både professionella och personer som var i behov av vård och stöd.

Nr.17. Det här kan ju vi också fortsätta förklara för nästkommande personer eller de vi introducerar. Och trycka på fördelarna var vi ser nyttan med det. Så det tänker jag att man kan göra. //..// vi ska ju fortsätta jobba med det själva.

# Diskussion

Utgångspunkten för studierna är delaktighet i vårdbesluten med fokus på Delat beslutsfattande inom socialpsykiatrisk vård. Nedan följer en diskussion som är baserad på de tre publicerade studierna samt studie X. Inledningsvis diskuteras metodfrågor, därefter en sammanfattande resultatdiskussion. Avslutningsvis följer en slutsats samt kliniska implikationer.

## Metoddiskussion

Det har framkommit kritik att brukarmedverkan inom forskning snarare handlar om att använda brukarexperterna som försökskaniner än som faktiska deltagare (Whitley, 2019). ”Nothing about us without us” har i studierna inneburit ett faktiskt deltagande där ersättning har utgått till intervjuarna från FoU-panelen och FoU-panelens medlemmars åsikter har diskuterats och tillvaratagits. Utbildning och handledning har givits deltagarna för att ge så bra förutsättningar som möjligt. För att kunna kalla det för en fullständig samproduktion behöver representanterna från FoU-panelen vara del av forskarlaget och vidare som medförfattare (Whitley, 2019). Detta har inte varit aktuellt i studierna, men att inflytande och involvering i studierna har skett är ett faktum, och är en form av samproduktion.

Representanterna från FoU-panelen har med sina egna erfarenheter bidragit till viktig kunskap utifrån sin expertis. Insatsen från representanterna i Studie III kan ha bidragit till det höga antal personer som valde att ge samtycke till att delta i studien. Om personer som var i behov av vård och stöd skulle vilja delta i studien var initialt en farhåga som uttrycktes från ledningen i verksamheten, men som visade sig vara obefogad när information om studien blev aktuell. Sannolikt bidrog representanternas egna erfarenhet till att personer ville delta i intervjuerna. Dessutom var intervjuarna väl lämpade baserat på sina erfarenheter från FoU-panelen och tränade för uppgiften genom utbildning.

Credibility, det vill säga trovärdighet i studierna behöver belysas. Vid en första anblick kan datainsamlingen från den första studien verka något föråldrad med bakgrund av att den samlades in 2014. Här skall det dock nämnas att delar av studiens resultat har likheter med det som framkom som resultat i de andra delstudierna vilket gör att studierna bedöms relevanta idag. Till detta skall det även tilläggas att även om DBF möjligtvis är mer känt idag än vid datainsamling 2014 så är användandet av metoden fortfarande sparsam (Socialstyrelsen, 2022).

Utbildningsdeltagarna och utbildarna i studie I bestod av en blandad grupp bestående av professionella, personer som var i behov av vård och stöd och anhöriga. Det är tänkbart att inte enbart föreläsningarna, skall ses som det som haft effekt på vad som förändrade de professionellas attityder och kunskap efter utbildningsinterventionen. Mixen av deltagare kan också ha haft påverkan på gruppdiskussioner då tre olika perspektiv kunde lyssnas in. Utöver den mixade grupp av deltagare fanns det representanter med egen erfarenhet som föreläste vilket också kan ha bidragit till deltagarnas möjligheter att få nya perspektiv, som senare återspeglas i resultaten. I studie III, då intensivutbildning i DBF gavs av mig (forskaren) valde vi att inte mixa personer, professionella och chefer. Bakgrunden till detta var för att underlätta en öppen dialog då maktasymmetri mellan personerna som vistas på HVB, professionella som arbetade där och chefer är oundvikligt. Uppfattningen i efterhand är att detta fungerade som avsett, eftersom diskussionerna var innehållsrika, livliga och produktiva under alla utbildningstillfällena.

Att använda strategiskt urval med professionella, vilket gjordes i studie I, kan ses som en begränsning eftersom viktiga erfarenheter och upplevelser från andra deltagare kan ha gått förlorade. Det finns en risk för bias eftersom de professionella valdes ut efter specifika kriterier (de skulle komma från olika arbetsställen) och inte slumpmässigt. Fördelarna var att ett så brett spektrum som möjligt blev representerat (Marshall, 1996).

Att diskutera antal intervjuer i kvalitativa studier är svårt. Intervjuerna som analyserades visade att utsagorna började upprepas och därför beslutades att inte göra fler intervjuer. Detta beslut kan dock inte ses som garanti för att fler intervjuer inte skulle kunna bidra till ny information.

När vet man egentligen att tillräckligt material är insamlat? I kvantitativa studier kan en powerberäkning göras för att ge en fingervisning om vilken materialstorlek som behövs för att kunna demonstrera en statistiskt signifikant skillnad. I en kvalitativ studie kan man eftersträva mättnad, det vill säga när ytterligare data inte tillför analysen något mer. Detta behöver dock uttryckas med försiktighet. Även om tio intervjuer analyseras och mättnad uppnås så kan man aldrig med säkerhet säga att en eventuellt elfte intervju inte skulle tillföra nytt material då en kvalitativ studie med öppna eller semistrukturerade frågor ger utrymme för varje individs egna berättelse och upplevelse. Begreppet mättnad kan ifrågasättas. Malterud et al. (2016) presenterar i sin artikel *Sample Size in Qualitative Interview Studies: Guided by Information Power* att kvalitativa studier borde fokusera mindre på mättnad och istället utgå från *Information Power* som innebär att

överväga syftet med forskningen som skall genomföras, urvalets specificitet, vilken teoretisk bakgrund som finns tillgänglig, kvaliteten på intervjuerna och vilken analys som skall genomföras. Dessa faktorer tillsammans bör avgöra om tillräcklig Information Power kan uppnås med färre eller fler deltagare i urvalet (Malterud et al., 2016).

Ett exempel i mina studier kopplat till Information Power är studie II där personer på ett HVB intervjuades om sina upplevelser av delaktighet i beslut. Initialt planerades det två fokusgruppsintervjuer. Det uppstod en oplanerad snedfördelning i grupperna på grund av kön som medförde risk för bias. Efter detta beslutades det därför att utöka studien med ytterligare en fokusgruppintervju. Efter att den tredje fokusgruppsintervjun genomförts bedömdes att det fanns tillräckligt djup och bredd i materialet för att kunna tala om att tillräcklig Information Power uppnåtts.

Vad gäller transferability, det vill säga överförbarheten (Lincoln et al., 1985) ska det nämnas att personerna som var deltagare representerar de som frivilligt vistades på HVB:t och de som var dömda till vård och därmed vistades där ofrivilligt. Det var inte en del av syftet att specifikt undersöka erfarenheter i relation till om personer var dömda till vård eller ej. Detta innebär att resultatet inte heller kunde analyseras utifrån detta. Beslut om innehållet i vården fattas oavsett om personen är dömd till vård eller ej. Att fråga om skillnader avseende delaktighet och inflytande mellan dömda och icke-dömda skulle förstås vara intressant, men skulle kräva en annan utformning av studien. Att genomföra studierna med enbart personer som vistades på HVB:t frivilligt skulle även ha påverkat överförbarheten för studiens resultat då detta inte hade speglat bilden av personer på HVB i Sverige.

Överförbarheten i studie III är begränsad eftersom enbart ett HVB som implementerade DBF studerades. Å andra sidan, det som förlorades i studiens bredd möjliggjorde vinster i form av att en detaljerad, samtidig bild av implementeringsprocessen från tre olika perspektiv (personer, professionella och chefer) kunde skapas. Att verksamheten enbart tar emot kvinnor (cis-kvinnor<sup>36</sup> och icke-binära<sup>37</sup>) är en annan potentiell begränsning för överförbarheten. Samtidigt kan detta ses som en styrka då HVB som enbart tar emot kvinnor i stor omfattning är obeforskat.

---

<sup>36</sup> Cis-kvinna En kvinna som identifierar sig med könet man blev tilldelad vid födseln.

<https://www.rfsl.se/hbtqi-fakta/begreppsordlista/>

<sup>37</sup> En person vars könsidentitet inte är kvinna eller man. <https://www.rfsl.se/hbtqi-fakta/begreppsordlista/>

Confirmability, det vill säga bekräftbarhet. Det finns en risk för bias i urvalet i samtliga delstudier, främst kanske med tanke på att det inte med säkerhet kan sägas att personer som var i behov av vård och stöd som var nöjda med sin delaktighet i beslut var mer eller mindre benägna att delta jämfört med personer som var missnöjda. Likaså kan dessa paralleller dras till de professionella och de chefer som valde att delta i studierna. Kanske finns det en skev fördelning gällande de professionella som valde att delta på utbildningarna jämfört med de som inte gjorde detta? Gällande cheferna, som beslutat att införa DBF på HVB:t, som de dessutom ansvarade för, kan det finnas en risk för bias när de i efterhand delgav sina upplevelser. Men, denna potentiella risk är dock ett oundvikligt problem i alla studier som syftar till att respektera frivilligheten hos dem som väljer att delta i forskning. Dessutom bör forskare vara kritiska, men samtidigt inte bli misstänksamma och konspiratoriska.

## Intervjuteknik

Intervjuerna har skett både via telefon, digitalt via Teams och ”face-to-face”. Det sistnämnda, att bli intervjuad ”face-to-face” kan skapa en mer avslappnad dynamik och öppen kommunikation mellan intervjuaren och den intervjuade. Vid digitala intervjuer finns risk att fysiska tecken som kroppsspråk missas. Forskning har dock påpekat att användningen av digitala video-intervjuer kan betraktas som ett användbart komplement eller till och med ett alternativ till traditionella ”face-to-face” intervjuer (Khan & MacEachen, 2022). Deltagarna i samtliga studier har uppfattats klara av både de fysiska och digitala intervjuerna väl och sammanfattningsvis har intervjuerna bedömts ha god kvalitet, vara rika på data avseende omfång och djup samt besvara forskningsfrågorna.

Inför planeringen att genomföra digitala intervjuer via Microsoft Teams reflekterades det över etiska frågor som har beskrivits (Maldonado-Castellanos et al., 2023) avseende deltagarna och intervjutekniken. Dessa etiska frågor gällde privatliv, konfidentialitet, informationens noggrannhet och teknisk kompetens (användning av Microsoft Teams).

Jag, tillsammans med handledare samt representanterna från FoU-panelen hade begränsad erfarenhet av att genomföra digitala intervjuer, vilket ledde till extra tidsåtgång i arbetet. Detta innefattade att boka tider som passade både intervjuaren och den som skulle intervjuas. Att enkelt kunna boka om intervjuer när det behövdes, visade sig vara en styrka, något som inte varit lika enkelt om det gällt ombokning av en fysisk intervju där även plats och restid skulle anpassas. Det uppfattades som enkelt att organisera intervjuer med professionella och chefer, då det var

möjligt att justera tid och datum anpassat till arbetsscheman. Att genom telefonsamtal påminna om intervjun strax inför att den skulle ske visade också sig i slutet av datainsamlingen vara en lyckad insats då ingen intervju mot slutet av intervjuperioden missades. Sammanfattningsvis bedöms att tid sparades jämfört med "face-to-face" intervjuer trots att de digitala intervjuerna krävde både tid och fokus; tidsbokning, anpassning, upprättande av schema, förberedande samtal med den som skulle intervjuas, avstämning med intervjuaren och uppföljande samtal med intervjuaren hur det gick.

En del lärdomar kan dras gällande digitala intervjuer såsom förberedelse i form av systemhantering, inloggning och transkribering. Det fanns en del utmaningar med den automatiska transkriberingen i Microsoft Teams. Programmet visade sig ha brister med att tolka vissa uttal och dialektala skillnader vilket ledde till att intervjuarna fick ägna tid åt att korrigera transkriberingarna.

Valet att i studie III använda intervjuare från FoU-panelen med egen erfarenhet av psykisk ohälsa ser vi som ett lyft till hela avhandlingsarbetet. Det är sannolikt, att dessa experter bidrog till ett öppet klimat och eventuellt en lägre bortfallsfrekvens. Under intensivutbildningen informerades samtliga om att det var representanter från FoU-panelen, med egen erfarenhet av psykisk ohälsa, som skulle genomföra intervjuerna. Redan tidigt blev det därför tydligt att brukarinflytande är viktigt och asymmetrierna i makt och inflytande blev mindre påtagliga. Det gäller bland annat vikten av förberedelser som innebar att intervjuarna inledde varje enskild intervju med att berätta om FoU-panelens arbete och om sig själva, något som troligtvis skapade ett avslappnat och positivt interaktionsklimat som i sin tur kan främja mer öppna och ärliga samtal, även i en digital kontext.

En annan aspekt som bör reflekteras över är reflexiviteten, det vill säga min (forskarens) eventuella påverkan och hur min förförståelse hanteras. En risk för bias är att jag som forskare var den som utförde intervjuerna i studie I och II och agerade utbildare under studie III. Detta kan ha haft en effekt som kallas för social önskvärdhet<sup>38</sup> (Krumpal, 2013).

Social önskvärdhet förekommer speciellt vid undersökningar då speciellt känsliga ämnen tas upp. Att exempelvis undersöka huruvida en individ har ett normbrytande beteende kan genom social önskvärdhet resultera i

---

<sup>38</sup> Social önskvärdhet är ett begrepp som används för att beskriva hur t.ex. en intervjudeltagare svarar på frågor som de tror är mer acceptabla istället för att vara helt ärliga.

att individen som besvarar frågor väljer att besvara felaktigt, inte alls eller det som denne tror att intervjuaren vill höra (Krumpal, 2013). I studierna har personens delaktighet stått i fokus och social önskvärdhet kan ha uppstått, samtidigt har jag som forskare gjort åtgärder som rekommenderas för att minska dessa risker (Krumpal, 2013). Dessa risker har reducerats genom att jag har varit tydlig med studiernas syfte, att allt material avidentifieras, konfidentialitet och hur hantering av personuppgifter sker. Utöver detta har det tydligt förklarats för deltagare att det som framkommer i intervjuer inte kommer att påverka den situation de befinner sig i och inte heller delges andra i verksamheten. Ett sådant exempel är det som framkom i intervjuerna med professionella i studierna där det var viktigt att tydliggöra att de upplevelser som de berättade om inte skulle föras vidare till deras chefer och på sätt kunna få konsekvenser för den professionella i rollen som anställd. Att anlita helt oberoende intervjuare i studie III ansågs minska, om än inte helt eliminera, risken för social önskvärdhet under intervjuerna.

Slutligen är en styrka studiernas kontext. Det är ovanligt att forskning genomförs på HVB (eller liknande institutioner). Personer som var i behov av vård och stöd, professionella och chefer på sådana verksamheter behöver enligt min uppfattning uppmärksammas mer. I boken HVB-hem i praktiken (Giselsson et al., 2021) beskriver författarna komplexiteten med att bedriva forskning på HVB-hem, de skriver att ett HVB är en ”svårgripbar verksamhet där personalgrupp, boende och det omgivande samhället befinner sig i ständigt samspel”. Ett HVB arbetar på flera nivåer samtidigt. *Nivå ett* Personal som arbetar skall schemaläggas, dokumentation skall ske i enlighet med lagstiftning<sup>39</sup>. *Nivå två* På samma gång skall boendemiljöer, personalutrymme, mat och utrustning tillgodoses för samtliga i verksamheten. *Nivå tre* Utöver detta skall personerna som är i behov av vård och stöd ta emot, vara delaktiga och få behandling av personalen som arbetar i verksamheten. Själva behandlingsuppdraget menar författarna är det svåraste uppdraget, samtidigt som de andra två nivåerna ofta tar mycket tid och energi. Det är helt enkelt lättare att arbeta i nivå ett och två; exempelvis med lokaler eller dokumentation än att arbeta med behandling och insatser (Giselsson et al., 2021). Samtidigt skall inte de komplexa verksamheterna förbli outforskade. Kanske komplexa verksamheter kräver komplexa studiedesigner? Med erfarenhet och lärdomar från Studie X kan paralleller dras till det Giselsson et al. (2021) beskriver; att

---

<sup>39</sup> Socialtjänstlagen (2001:453), Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)

HVB är en komplex kontext där det hela tiden sker ett ständigt samspel mellan personal, boende och samhället.

## Resultatdiskussion

Resultatdiskussionen bygger på det sammanfattande resultatet av delstudierna. Förutom de tre publicerade studierna finns även lärdomar från studie X med i diskussionen. Först diskuteras delstudiernas resultat utifrån Delaktighet på individuell nivå, följt av hur Ökad delaktigheten påverkar maktbalans. Vidare diskuteras hur Vårdatmosfären påverkas av att införa Delat beslutsfattande på ett HVB, Implementering av DBF och slutligen diskuteras att Delaktighet: en fråga om tur eller slump.

### Delaktighet på individuell nivå

I studie I och III framgår det av resultatet att professionella såg DBF som ett stöd för att strukturerat arbeta med delaktighet avseende beslutsfattande tillsammans med personer som är i behov vård och stöd. De professionella menade att DBF innebär att de som anställda är ansvariga för att presentera de möjligheter och alternativ som finns för personen. Detta stöds i tidigare studier (Slade, 2009) där det beskrivs att personalens ansvar (gällande DBF) i praktiken är att presentera alternativ för en person baserat på erfarenhet och kunskap. I en av studierna kunde de professionella uttrycka att ansvaret var deras ifall arbetet med DBF skulle bli verklighet.

För att ta reda på vad delaktighet innebär för personer som var i behov av vård och stöd på HVB genomfördes studie II. De uttryckte att delaktighet i beslut exempelvis innebar att de hade rätt att avbryta sin medicinering, vilket i många fall är en rättighet, kopplat till grundläggande mänskliga rättigheter (Förenta Nationerna, 2011). I DBF eftersträvas att beslut fattas gemensamt och leder till ett beslut som båda parter är överens om (Charles et al., 1997). Möjligheten att säga nej är givetvis viktig. Samtidigt kan ett kategoriskt nej, utan att alternativ lyfts fram och diskuterats medföra negativa konsekvenser för personen och också för andra. Därmed missas en viktig poäng som DBF vill tillföra, nämligen att *den enskildes erfarenheter tas tillvara tillsammans* med de professionellas preferenser och erfarenheter vilka stöts och blöts och (i bästa fall) resulterar i ett beslut som alla kan acceptera. I förhållande till exemplet att på egen hand avbryta medicinering är det dock oklart hur de professionella agerade i en sådan situation, och därför kan inte heller slutsatser dras om att detta var eller inte var en del av DBF. Liknande

resultat har visats (Gyamfi et al., 2020) i en studie där personer som blev intervjuade delgav sina upplevelser av delaktighet. Genom att personen påpekade negativa medicinska biverkningar fick personen möjlighet att prova en annan medicin (Gyamfi et al., 2020). Av detta resultat framgår det inte heller hur beslutet skedde, men personen upplevde sig lyssnad på. Genom att vägra sin medicin upplevde personen på HVB en form av delaktighet. Det handlade kanske inte om att vara en del i ett beslutsfattande, utan kanske mer ett sätt att markera självständighet och bli lyssnad på genom sina handlingar.

Socialtjänstlagen(2001:453) är tydlig gällande att personen som tar emot en insats skall vara delaktig utifrån dennes förutsättningar. I de allmänna råd som gäller för bland annat HVB-verksamheter (Socialstyrelsen, 2014b) framgår det hur genomförandeplan skall upprättas och att det ska noteras ”om den enskilde har deltagit i planeringen och i så fall vilken hänsyn som har tagits till hans eller hennes synpunkter och önskemål”, I Socialstyrelsens termbank (Socialstyrelsen, 2020) kan man läsa ”Genomförandeplanen utformas tillsammans med den enskilde och/eller dennas anhörig/närstående”. I studie II och III tillfrågades personer som var i behov av vård och stöd om delaktighet i beslut som var relaterade till genomförandeplan. Det visade sig att en del av dem inte kände till att en genomförandeplan existerade, andra ansåg att de var delaktiga genom att få signera/skriva under. Resultaten visar att genomförandeplanen vanligen skrivits av de professionella på egen hand för att sedan läsas och skrivas under av personen. Detta tillvägagångssätt gav personerna viss känsla av delaktighet. Tillvägagångssättet kan liknas med det andra steget i delaktighetstrappan (Shier, 2001) *Dekoration* där delaktighet beskrivs som en påklistrad etikett, mer för syns skull (se avsnitt Delaktighetsmodeller). Resultaten från studie III antyder dock att tillvägagångssättet för arbetet med genomförandeplan förändrades genom att implementera DBF. Efter införandet av DBF upplevdes högre grad av delaktighet i upprättandet av genomförandeplanen, vilket kan ses som att delaktigheten ökade till det tredje steget som kallas *Varseblivning* som innebär att åsikter och synpunkter beaktas, men inte nödvändigtvis tas tillvara. Möjligen kan detta ”nya” sätt att upprätta planer också snudda vid nästa steg (4) *Förhandling* som i så fall skulle innebära att de personerna medverkar i beslutsfattandet (Shier, 2001). Detta förändrade tillvägagångssätt tyder på att personal gått från ett mer paternalistiskt arbetssätt mot DBF (Hamann et al., 2003) där inte enbart den professionella är aktiv i beslutsfattandet utan det är ett delat ansvar mellan personen som är i behov av vård och stöd och den professionella.

Tidigare forskning (Dahlqvist-Jönsson et al., 2015) har visat att personer som är i behov av vård och stöd inom psykiatrin vill delta i beslut, vilket stämmer överens med resultaten i studie II och III. Genom DBF och genom att följa stegen i metoden (använda DBF-kortet) pekar resultatet i studie III på att personer upplever ökad möjlighet att uttrycka åsikter och bli lyssnade till. Resultatet speglar också de professionellas syn att DBF var användbart för att involvera personer som var i behov av vård och stöd i beslutsfattande, till exempel beslut om att påbörja medicinering avseende ADHD.

### Ökad delaktighet påverkar maktbalans

Hamann et al. (2020) visar i sin studie att även patienter med allvarlig psykisk ohälsa gynnas av att använda DBF. Resultaten i studie I, II och III pekar på att en ökad delaktighet påverkar maktbalansen mellan professionella och personer som är i behov av vård och stöd. I studie I där återhämtning tillsammans med DBF och SIP stod i fokus var begreppet *återhämtning* ett nytt begrepp för flera av de professionella. De hade blivit medvetna om att de tidigare arbetat och agerat överbeskyddande. Liknande resultat presenteras i en studie där personal som arbetar återhämtningssinriktat uttrycker att de klienter som de möter i sitt arbete kan lära sig av egenupplevda erfarenheter, där ett misslyckat resultat kan hjälpa dem att fatta ett annat beslut i framtiden (Chang et al., 2021). I en artikel som belyser DBF och personcentrerad vård skriver författaren att oavsett om det handlar om omtänksamhet eller ett paternalistiskt perspektiv är det felaktigt att hävda att DBF är ogenomförbart på grund av patientens sjukdom eller brist på insikt (El-Altı, 2023). I studie III uttryckte personerna som var i behov av vård och stöd att de upplevde att de professionella hade förändrat sin inställning till delaktighet till det bättre och menade att även om personalen tidigare inte direkt betett sig illa, upplevde man nu att de professionella hade förstått mer av vad delaktighet innebär.

Resultaten från studie III visar att personerna som var i behov av vård och stöd upplevde att de professionellas arbetssätt ibland kunde uppfattas som maktmissbruk och menade att "skramla med nycklar" kan upplevas som en form av maktdemonstration. I studie II uttryckte personerna upplevelser av att de professionellas arbetssätt utgjorde ett hinder som medförde bristande delaktighet. Professionella som fattar beslut "över huvudet" på personerna bjuder inte in till delaktighet, och består mer av det som Arnstein (1969) beskriver som mittennivån. Det är egentligen inte på riktigt utan "fake" där information om beslut ges och som personen som är i behov av vård och stöd inte kan påverka. Andra studier har presenterat liknande resultat där brukare upplevt att

vårdgivarnas prestige ofta blir ett hinder för att tillvarata brukarens kunskap i beslutsprocesser (Grim et al., 2019).

Le Boutillier et al. (2015) betonar att viktiga komponenter av personlig återhämtning är autonomi och beslutsfattande. Resultatet i studie II visar att personerna som var i behov av vård och stöd emellanåt upplevde sitt inflytande gällande beslutsfattande som oäkta, det vill säga som något bara för syns skull vilket i sig liknar det som beskrivs i delaktighetstrappan enligt (Shier, 2001) *Dekoration*. Man kan även beskriva detta i termer av en diskrepans mellan officiell programteori och faktisk verksamhet (Meyer et al., 1977).

Resultaten i studie I och III visar att de professionella hade fått insikt i att de behövde förändra sin yrkesroll. I den nya rollen behövde de arbeta för att personerna själva skulle ta mer ansvar i beslutsfattandet. Detta resultat stärks av Gyamfi et al. (2020) som i sin studie visar att personal behöver respektera personernas rättigheter och involvera dem i beslut som rör deras liv. I praktiken skulle detta kunna betyda att professionella behöver arbeta *tillsammans med* personen och *inte för* personen och på så sätt reducera maktasymmetrin. En liknande process presenteras i en studie (Chang et al., 2021) som beskriver vikten av att uppmuntra brukare att fatta egna beslut. I studien intervjuades personal från väletablerade återhämtningsinriktade verksamheter. Resultatet visade hur personalen agerade utifrån sin roll genom att stötta patienterna att sätta mål baserat på sina individuella behov. Personalen skapade även möjligheter för klienter att välja, planera och vidta åtgärder i dagliga aktiviteter, resor och arbete (Chang et al., 2021).

Resultaten från studie II och III visar att personers tidigare erfarenheter är viktiga och kan påverka hur DBF omsätts till praktisk handling. Engagemang och självsäkerhet har presenterats som viktiga egenskaper för arbetet med DBF (Becher et al., 2021). Att vara van vid att professionella är de som hade makt och fattade beslut åt personerna uttrycktes bland annat av de som i studie III var ofrivilligt placerade på verksamheten. De uttryckte att följa DBF ibland var utmanande, då de var vana vid att professionella fattade alla beslut åt dem. De professionella i studie III delade en liknande syn men uttryckte att införandet av DBF möjliggjorde för nya arbetssätt såsom att involvera dessa personer i beslut. Detta är i linje med en studie där patienter under tvångsvård och personal deltog och resultatet indikerar att en enda session med DBF uppfattades av båda parter som möjliggörande för en annorlunda dynamik och förbättrad terapeutisk allians vilket författarna framhäver som mycket lovande (Burn et al., 2019). Även från chefsperspektiv uttrycktes att deras anställda hade fått nya färdigheter

och en högre kompetens i förmågan att öka delaktigheten vid beslutsfattandesituationer med personerna som var i behov av vård och stöd och som vistades på HVB:t.

## Vårdatmosfär

Resultatet från studie III visar att införandet av DBF inte enbart påverkar besluten som fattas mellan professionella och personer i behov av vård och stöd. Införandet av DBF påverkade även att vårdatmosfären påverkades och förändrades i positiv riktning. Efter införandet av DBF hade vårdatmosfären blivit mer tillåtande och upplevdes mer öppen för att ge utrymme för att diskutera och framföra olika åsikter. De professionella hade noterat förändringar i sitt eget förhållningssätt och bemötande. Även cheferna hade uppfattat förändringar i vårdatmosfären med mindre stressad personal och färre konflikter mellan personer som var i behov av vård och stöd och professionella. Edvardsson (2005) beskriver att en del av vårdatmosfären påverkas av hur personal agerar. *Ett lugnt tempo* är en faktor, och att personer upplever sig sedda av personal (Edvardsson, 2005).

Att utbilda brukare i DBF har tidigare studerats, och resultaten från dessa studier har visat att en sådan utbildning inte bara påverkar personernas attityder utan också deras beteende, de blir mer aktiva, då de kan använda de strategier som lärdes ut under DBF-utbildning (Hamann et al., 2017). Resultatet från studie III visar att vetskapen om att båda parter kunde få fram sina åsikter i en diskussion gjorde att de kunde arbeta tillsammans, vilket skapade upplevelse av en bättre vårdatmosfär på HVB:t. Personerna uppskattade när de professionella använde detta arbetssätt, då det från deras perspektiv visade på en omsättning av kunskap från utbildningen till praktiska färdigheter. Tidigare forskning har identifierat frustration hos dem som försöker skapa förändring, eftersom tid och resurser slösas bort när kunskap inte överförs till praktiken och status quo bibehålls (McAllister et al., 2018). Resultatet i studie III tyder på att DBF möjliggör för två parter att engagera sig i en interaktion för att fånga och förstå olika perspektiv och nyanser för gemensamt beslutsfattande, vilket stärker kommunikationen och i sin tur påverkar upplevelsen av vårdatmosfär.

## Implementering av DBF

De professionella var sedan tidigare bekanta med delar av DBF-metoden, till exempel att arbeta med för- och nackdelar när de diskuterade alternativ med personerna. De menade att de arbetat med att involvera personerna i deras vård och behandling även innan metoden infördes. Uppfattningen att man har redan tillämpar DBF-principer är vanlig bland professionella. Men denna uppfattning stämmer inte alltid överens med verkligheten, vilket även tidigare studier har presenterat (Haugom et al., 2020). Även om resultatet i studie III tyder på att de professionella hade insikt om skillnader mellan att arbeta *enligt DBF* eller att arbeta *med delar av DBF* finns risk vid implementering att hamna i "we-already-do-that-syndrom" något som tidigare belysts vid implementering av återhämtningsinriktade interventioner (Joseph-Williams et al., 2017; Schön et al., 2018). Haugom et al. (2020) intervjuade professionella som menade att de arbetade med DBF. Resultatet visade att de professionella praktiserade grundläggande delar av DBF, men det var oklart om man arbetade med alla steg i DBF, till exempel att presentera olika behandlingsalternativ, ta hänsyn till patientens värderingar och preferenser, eller diskutera för- och nackdelar med alternativen. Denna oklarhet tyder återigen på risken att professionella tror sig arbeta med metoden, men eventuellt inte gör det.

Resultaten från studie I visar att professionella är gynnade av en grundläggande kompetens om återhämtning ifall DBF som metod ska bli verklighet vilket även andra studier visat (Haugom et al., 2020). Utöver detta behöver attityden till *att återhämtning är möjlig* finnas hos personalen. Detta innebär både kulturella och etiska utmaningar, vilket har lyfts fram tidigare (Slade, 2017). Huang et al. (2020) har också påpekat att även om DBF identifierats som en viktig komponent i ett återhämtningsinriktat arbetssätt, så implementeras det inte rutinmässigt. Resultatet från studie III visar att trots att det fanns viss kunskap om DBF vid införandet av metoden, var det inte implementerat i verksamheten. Att DBF inte implementerats rutinmässigt visade sig även i utvärderingen av de Nationella riktlinjerna för vård och stöd vid Schizofreni och schizofreniliknande tillstånd (Socialstyrelsen, 2022) där DBF rekommenderas.

Gällande implementering av metoden finns det utmaningar på individ- och systemnivå som identifierats sedan tidigare (Huang et al., 2020). I en studie av Grim et al. (2019) presenterades att ett bra sätt att introducera DBF var att engagera brukare, till exempel i att formulera mötesagendor, behandlingsplaner och mål. Studie III gav möjlighet att

få insikt i implementering av DBF från tre olika, men sammanlänkade perspektiv. Resultaten tyder på att DBF hade blivit ett integrerat arbetssätt för personalen. Professionella hade blivit mer kommunikativa och flexibla och personerna som var i behov av vård och stöd uttryckte att delaktighet i deras individuella planering hade ökat.

Beslutsstöd har visats kunna förbättra möjligheterna att implementera DBF i klinisk praktik (Hedberg et al., 2022). Webbaserade beslutsstöd har potential att stärka personers upplevelse av sin egen förmåga och kontroll, samt ge personalen tillgång till personens egen kunskap och preferenser (Grim et al., 2017). I studie X och studie III valdes det att använda ett traditionellt enkelt och analogt stödverktyg, DBF-kortet, något som både personer och professionella i studie III uttryckte sig positiva till. Ett digitaliserat stöd för att arbeta med DBF presenterades i annan studie av Schön et al. (2018). I deras studie beskrev personal hur ett webbaserat stöd utifrån DBF hade gjort dem mer medvetna om sina egna kommunikationsmönster och ökat deras benägenhet att ställa färre ledande frågor för att istället erbjuda brukarna chansen att reflektera och upptäcka saker på egen hand. Det webbaserade stödet hade också bidragit till att de professionella lyssnade in och tog hänsyn till brukarens åsikter och prioriteringar, snarare än att snabbt gå vidare till beslut, något de noterade att de ofta ville göra för att snabbare hjälpa brukaren (Schön et al., 2018).

Inom hälso- och sjukvården är ett vanligt sätt vid implementering att utbilda personal (Kiger, 1995). Den vanligaste tillvägagångssättet för att implementera DBF är att utbilda personal och införa stödverktyg (Beitinger et al., 2014). Liknande upplägg genomfördes i den första studien samt studie X. I studie III utbildades personer, professionella och chefer. Genom att strukturera upp intensivutbildningen utifrån nyckelkomponenter som framgår i boken *Education for patients and clients* (Coates, 1999) tydliggjordes syfte, tidsplan och att samtliga i verksamheten berördes av implementeringen, vilket var framgångsrikt.

Organisatoriska aspekter har betydelse för implementering. Tidigare studier har föreslagit ett antal förutsättningar för framgångsrik implementering av DBF i psykiatrisk kontext (Hamann et al., 2010; O'Connor et al., 2007; Schön et al., 2018). Förutsättningar: 1. Att personalen har förmåga och är villig att inkludera brukaren i besluten (färdigheter och attityd). 2. Att brukaren ifråga är villig och har förmåga att aktivt delta i besluten. 3. Att information och beslutsstöd finns tillgängligt för att underlätta att arbeta med DBF-metoden (Hamann et al., 2010; O'Connor et al., 2007; Schön et al., 2018). Utifrån våra resultat kan dock ytterligare en faktor läggas till för en lyckad implementering,

nämligen ledning. En framgångsrik implementering av DBF i psykiatrisk kontext tyder på att det behöver finnas en ledning som styr, har vilja till och ger rätt förutsättningar till professionella och möjligtvis även till personerna som är i behov av vård och stöd. Sådana förutsättningar kan vara exempelvis genom att ansvara för att det finns tillgängliga rutiner för upprättande av genomförandeplanen där ett samarbete mellan personer och professionella bör eller skall ske.

### Delaktighet: En fråga om tur eller slump

Avslutningsvis behöver ett specifikt resultat från studie II belysas. Resultatet handlar om graden av delaktighet och uttrycks av personerna som är i behov av vård och stöd som tur eller slump. De menade att deras delaktighet var beroende av om de träffade rätt personal. Rätt personal innebar att man fick vara delaktig, och fel personal innebar att man inte fick vara delaktig. Resultatet i denna studie visar att uppfattningen av stödet påverkas av hur de professionella väljer att utföra sitt arbete. Detta understryker att risken skulle reduceras genom att implementera DBF-metoden då åtgärder och beslut skulle formaliseras på ett strukturerat sätt och inte baseras på hur de professionella väljer, medvetet eller ej, baserat på kunskap eller okunskap, att arbeta på.

# Slutsats och kliniska implikationer

Mot bakgrund av resultaten från delstudierna, min förförståelse och övrig forskning på området vill jag framhålla följande fem slutsatser:

- Delaktighet i beslut som rör den enskilda personen som visats på HVB är fortsatt bristfälliga, men personerna önskar vara mer delaktiga och det finns beredskap bland de professionella att arbeta för detta.
- Återhämtningsinriktning, personcentrering och ett klimat som öppnar för delaktighet är viktiga komponenter i en verksamhet, vilka lämpligen bör kombineras med konkreta metoder för att öka delaktigheten i vårdbeslut för de berörda. En sådan metod är Delat beslutsfattande, vars användning förmodligen även bidrar till att de nämnda komponenterna i miljön vidmakthålls och förstärks.
- För att tillämpa Delat beslutsfattande i praktiken behövs utbildning av de professionella och av personerna som behöver vård och stöd. Utbildningen behöver inte vara omfattande, men praktiskt inriktad och ansluta väl till den aktuella verksamhetens förutsättningar. Stödverktyg för DBF liksom att beslutsstödsmaterial görs tillgängligt bidrar till att metoden fungerar.
- Enbart utbildning garanterar inte att metoden Delat beslutsfattande implementeras, utan det krävs ett förarbete och ett fortlöpande implementeringsstöd. Engagerade ledningspersoner är viktigt. Organisatoriska och strukturella förutsättningar för att tillämpa metoden behöver utformas.

- Det finns stora fortsatta behov av forskning för att förbättra metoden Delat beslutsfattande och implementeringen av metoden. I sådan forskning bör personer med egen erfarenhet av att behöva vård och stöd ingå som medproducenter.

Under år 2025 väntas en ny Socialtjänstlag träda i kraft i Sverige. Den ersätter den tidigare Socialtjänstlagen (2001:453). Den nya lagstiftningen innehåller bland annat krav på att socialtjänstens verksamhet ska vara förenlig med vetenskap och beprövad erfarenhet. En metod för att arbeta med stärkt delaktighet som exempelvis Delat beslutsfattande kan därför bli än mer relevant i en nära framtid.

## Slutord

En av delstudiernas resultat påvisade att personer som är i behov av vård och stöd upplever att tur eller slumpen är det som är avgörande för om delaktighet skall ske. Genom att införa en metod för beslutsfattande kan denna risk förhoppningsvis reduceras. Men, om man skall börja med något nytt – måste man sluta med något gammalt. Att introducera Delat beslutsfattande bör därför genomföras samtidigt som man överger gamla rutiner. Detta kan exempelvis vara det enkla faktum att personal slutar med att färdigställa en genomförandeplan innan huvudpersonen ifråga får ta del av den. Istället kan upprättandet ske tillsammans med personen genom att använda Delat beslutsfattande.

Att genomföra förändringar och implementera nya arbetssätt kan vara mödosamt i alla verksamheter, oberoende av om det gäller regionens hälso- och sjukvård, kommun eller ett privat HVB. Men att genomföra förändringar som man egentligen vet är det rätta och efterfrågade av dem som är i behov av det borde mer ses såsom Ing-Marie Wieselgren hade uttryckt det:

*”Det är inte svårt – bara jobbigt” ofta med tillägget ”Vi vet ju vad som ska göras – nu ska vi bara göra det också”.*



# Förslag till framtida forskning

I den initiala forskningsplanen fanns ett syfte att studera effekter av Delat beslutsfattande vid Hem för Vård och Boende (HVB) i Sverige med hjälp av blockrandomiserad design. På grund av pandemi och organisationsförändringar kunde inte denna studie genomföras. Den frågeställningen kvarstår, liksom en rad andra forskningsbehov. Här lämnas några förslag:

## **Integreras Delat beslutsfattande i det ordinarie arbetssättet?**

Resultaten från studie III ger en positiv bild av att DBF fått genomslag i den berörda verksamheten. Det vore angeläget att studera hur hållbar denna implementering visar sig vara över tid, liksom att följa upp hur metoden gradvis anpassas och eventuellt förändras jämfört med hur metoden implementerades. Blir dessa glidningar så omfattande att det inte längre är DBF?

## **Effektstudier**

Om de kliniska effekterna av att systematiskt tillämpa DBF vid vårdbeslut inom HVB-sektorn kunde klarläggas, skulle sannolikt metoden spridas snabbare och få ett större genomslag. Det primära utfallsmått som bör ingå i en sådan randomiserad kontrollerad studie är att behandlingsplaneringen fullföljs. Sekundära utfallsmått bör vara sådant som upplevd delaktighet, symtomnivå och livskvalitet. Instrumentet SDMQ9 (bilaga 7) som bygger på de olika stegen i DBF kan användas för att skatta programtrohet till metoden DBF. Eftersom kohorten som vårdas inom HVB är mycket heterogen innebär det en stor utmaning att samla likvärdiga jämförbara experiment- respektive kontrollgrupper. Därför kan en framkomlig väg för att närma sig effektfrågan vara att tillämpa studiedesignen Single Case Experimental Design<sup>40</sup> (SCED, SBU) där effekterna för en individ följs upp framåt i tiden via i regel flera mätpunkter.

## **Varför misslyckades implementeringen av DBF som försöktes i samband med studie X?**

Även om den top-down implementering som försöktes visade sig vara suboptimal, finns det flera frågor kvar att besvara om det begränsade gensvaret. Genom att i en fallstudie gå tillbaka till de aktuella HVB-

---

<sup>40</sup> [Single Case Experimental Design](#)

verksamheterna och undersöka vilka steg i en implementeringsprocess som innebar de största hindren kan kunskap utvinnas till nytta för kommande implementeringar av nya metoder i HVB-miljöer. Misslyckade implementeringar är tyvärr vanligt, så metodutveckling är angelägen.

### **Att utforska HVB**

Det finns ett tusental registrerade verksamheter som bedriver HVB i Sverige idag, varav cirka 500 tar emot vuxna personer (IVO, 2025). Det saknas uppgifter på hur många vuxna personer som vårdas på dessa inrättningar, men det rör sig uppskattningsvis om några tusen människor. HVB är med andra ord en omfattande och samhällsekonomiskt betydelsefull verksamhet, vars vårdresultat är okända, liksom vårdresultaten i relation till kostnader och alternativkostnader (jämförelse med alternativa vårdinsatser). Detta borde belysas vetenskapligt även om uppgiften är svår till följd av stor spridning avseende bakgrunden till varför en placering blir aktuell, och avsaknad av officiell statistik.

HVB kan innehålla en rad mer eller mindre ambitiösa och mer eller mindre evidensbaserade behandlingsinslag. En inte ovanlig placeringsorsak är att personen har ett komplext vård- och stödbehov och att andra vård-, stöd- och behandlingsformer har fungerat dåligt. Genom att det i regel rör sig om mindre enheter som har relativt stort lokalt självbestämmande kan det finnas plats för kreativa lösningar och nytänkande som det skulle kunna vara värdefullt att kartlägga och studera närmare.

# Författarens tack

Ett stort tack till

## *Mina handledare*

*Mikael Sandlund* min huvudhandledare, för att du trodde på mig, allt du lärt mig, att du varit tillgänglig när jag behövt dig och för att du välkomnat mig till vetenskapens värld, och till din familj

*Patrik Dahlqvist Jönsson* en av mina handledare som stått ut och stöttat under alla år. Tack för alla kloka samtal, råd och tips. Men framförallt tack för att du introducerade mig till levnadssättet: Fira varje framgång, liten som stor

*Karl-Anton Forsberg* min handledare som sorligt nog inte fick vara med till slutet, som tragiskt gick bort maj -24. Jag lovade dig att jag skulle bli klar, jag önskar att du hade fått vara med hela vägen fram till disputation... vi saknar dig

## *Min familj*

*Jonas min Man* Jag tror inte att du förstår hur tacksam jag är för allt stöd och den respekt du visat för min tid även om resan hit varit som en bergochdalbana emellanåt. Tack för att du tagit hand om mig när jag behövt det, om Lykke och allt där hemma när jag varit bortrest, suttit i oändliga videomöte eller bara varit frånvarande i tankarna

*Lykke min Dotter* och den bästa, mest värdefulla forskningsassistent som varit med på forskningsuppdrag i form av resor, tillverkat DBF-kort inför utbildningar och deltagit på doktorandhandledningar från det att du var en månad gammal. Du hann fylla 9 innan jag blev klar. Du är allt och mer därtill

*Nizella och Charlie* ni och era familjer är livets bästa bonus. Jag är tacksam för att just jag fick bli er bonusmamma

*Mina föräldrar* tack för allt ert stöd och hjälp under dessa år, att ha förmånen att ha er nära hemma på Österlen går inte att beskriva i ord. Att dessutom ha er som anställda (båda två) är en ynnest

*Min bror och hans familj* tack för att ni orkat lyssna och stöttat under åren  
*Familjen Dahl, Djerv, Kronkvist* tack för allt stöd och all hjälp under åren  
Ett extra stort "tack" till Jenny för alla kloka samtal och hjälp

*Kerstin Evelius* min syster som jag valde i vuxen ålder, tack för att du introducerade mig till denna värld. Utan dig hade jag inte varit den jag är, eller där jag är

*Mina bästa vänner*

Tack för att ni lyssnat och stöttat men framförallt varit med och firat längs vägens framgångar och tålmodigt stått kvar och lyssnat i motgångar. Det är svårt att förklara i ord det ni betyder för mig så jag väljer istället att ge er följande:

*Caroline Jeppsson* Vad vore jag, utan dina andetag

*Helena Hallgren* Lev nu, dö sen, tänk inte mer på morgondagen även om regnet bara öser. Har varit där på botten, ja det löser sig

*Linda Johnsson* It's times like these you learn to live again, it's times like these you give and give again

*Lotta Jacobsson* Andas in, andas ut. Andas in, Andas ut. Det blir bättre till slut. Så bara andas

*Louise Ekdahl* Bubbel på balkongen

*Sofie Åhgren Mandoki* This is dedicated to the woman I love

Wherever she stands - my dedication

*Övriga*

*CEPI* (Centrum för Evidensbaserade Psykosociala Insatser) För alla kloka råd, och inte minst för alla vänner jag fått. Ett speciellt tack till David Rosenberg, Katarina Grim, Lars Hansson, Magnus Bergmark och Ulrika Beijerholm

*Erik Sandøy* som från början var den som gav förutsättning för mig att få forska i kombination med att arbeta

*FoU-panelen i Västerbotten* stort tack för allt arbete, hjälp och kloka råd  
*Friaborg* min arbetsplats, mina kollegor, anställda och framförallt alla brukare som jag har haft förmånen att möta. Ett speciellt tack till Jonas Löfgren (Jonas 2) för att du styrde skeppen när jag ägande mig åt att skriva  
Tack till er forskningsassistenter, personal och brukare som ställt upp på pilotintervjuer, tagit anteckningar under intervjuer mm

*Gustaf Engström* för design av grafisk profil

*Mina chefer på Nytida* tack för förtroende och förutsättningar som gjort detta möjligt

*Tobias Richard* det har varit fint att ha dig som Umeå-doktorand-kollega hemma i Tommarp. Tack för alla goda råd

*Värdefulla kollegor* för allt stöd och hjälp. Ett extra tack till Ketil Lundbekk, Magnus Andersson, Malin Kristiansson och Sandra Nilsson för att ni som funnits där när jag behövt er

*Stort tack även till er som jag inte nämnt vid namn men som varit med och stöttat på olika sätt genom dessa år.*

**Erhållna medel:**

Samfinansierade doktorandmedel via Umeå Universitet 2016–2025

Erhållit medel ur Aleris Forsknings och utvecklingsfond 2016 och 2017

Erhållit medel ur Schizofreniförbundets fond för forskning 2017



# Referenser

Brottsbalken.

Lagen om missbrukare i vissa fall LVM.

Lag med särskilda bestämmelser om vård av unga LVU.

Lagen om Psykiatrisk Tvångsvård, LPT.

Lagen om rättspsykiatrisk vård LRV.

Socialtjänstlagen, SoL.

Fängelselagen.

Patientlagen.

Hälsa- och Sjukvårdslagen HSL.

Adams, J. R., & Drake, R. E. (2006). Shared decision-making and evidence-based practice. *Community mental health journal*, 42(1), 87-105. <https://doi.org/10.1007/s10597-005-9005-8>

ALLEA. (2024). *Den europeiska kodexen för forskningens integritet reviderad utgåva (svenska)*. <https://allea.org/code-of-conduct/#toggle-id-20>

American Psychiatric Association, D. S. M. T. F., & American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-5* (5. ed.). American Psychiatric Association.

Anderson, R. M., & Funnell, M. M. (2010). Patient empowerment: Myths and misconceptions. *Patient Education and Counseling*, 79(3), 277-282. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.pec.2009.07.025>

Andersson, P., Schön, U.-K., Svedberg, P., & Grim, K. (2024). Exploring stakeholder perspectives to facilitate the implementation of shared decision-making in coordinated individual care planning. *European journal of social work*, 27(5), 1073-1085. <https://doi.org/10.1080/13691457.2023.2281868>

Anthony, W. A. (1993). Recovery From Mental Illness: The Guiding Vision of the Mental Health Service System in the 1990s. *Psychosocial rehabilitation journal*, 16(4), 11-23. <https://doi.org/10.1037/h0095655>

Aoki, Y., Aoki, Y., Yaju, Y., Utsumi, T., Sanyaolu, L., Storm, M., Takaesu, Y., Watanabe, K., Watanabe, N., Duncan, E., & Edwards, A. G. K. (2022). Shared decision-making interventions for people with mental health conditions. *Cochrane database of systematic reviews*, 2022(11), CD007297-CD007297. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007297.pub3>

Arnstein, S. R. (1969). A Ladder Of Citizen Participation. *JOURNAL OF THE AMERICAN INSTITUTE OF PLANNERS*, 35(4), 216-224. <https://doi.org/10.1080/01944366908977225>

- ATLAS.ti. (2022). *Scientific Software Development GmbH [ATLAS.ti 22 Mac]* In (Version Mac Version 9.1.3) <https://atlasti.com>
- Bandola-Gill, J., Arthur, M., & Leng, R. I. (2023). What is co-production? Conceptualising and understanding co-production of knowledge and policy across different theoretical perspectives. *Evidence & Policy: A Journal of Research, Debate and Practice*, 19(2), 275-298. <https://doi.org/10.1332/174426421X16420955772641>
- Barr, P. J., Thompson, R., Walsh, T., Grande, S. W., Ozanne, E. M., & Elwyn, G. (2014). The psychometric properties of CollaboRATE: a fast and frugal patient-reported measure of the shared decision-making process. *Journal of medical Internet research*, 16(1), e2-e2. <https://doi.org/10.2196/jmir.3085>
- Becher, S., Holzhüter, F., Heres, S., & Hamann, J. (2021). Barriers and facilitators of shared decision making in acutely ill inpatients with schizophrenia—Qualitative findings from the intervention group of a randomised-controlled trial. *Health expectations*, 24(5), 1737-1746. <https://doi.org/10.1111/hex.13313>
- Bedregal, L. E., O'Connell, M., & Davidson, L. (2006). The Recovery Knowledge Inventory: Assessment of Mental Health Staff Knowledge and Attitudes about Recovery. *Psychiatric rehabilitation journal*, 30(2), 96-103. <https://doi.org/10.2975/30.2006.96.103>
- Beitinger, R., Kissling, W., & Hamann, J. (2014). Trends and perspectives of shared decision-making in schizophrenia and related disorders. *Current opinion in psychiatry*, 27(3), 222-229. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000057>
- Bendtsen Kronkvist, M. (2015). *Mental health professionals' attitudes towards and knowledge about recovery experiences of changes after an educational intervention* Malmö Högskola].
- Borge, L., & Fagermoen, M. S. (2008). Patients' core experiences of hospital treatment: Wholeness and self-worth in time and space. *Journal of mental health (Abingdon, England)*, 17(2), 193-205. <https://doi.org/10.1080/09638230701505996>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp0630a>
- Braun, V., & Clarke, V. (2019). Reflecting on reflexive thematic analysis. *Qualitative Research in Sport, Exercise and Health*, 11(4), 589-597. <https://doi.org/10.1080/2159676X.2019.1628806>
- Brooks, H., Harris, K., Bee, P., Lovell, K., Rogers, A., & Drake, R. (2017). Exploring the potential implementation of a tool to enhance shared decision making (SDM) in mental health services in the United Kingdom: a qualitative exploration of the views of service

- users, carers and professionals. *International journal of mental health systems*, 11(1), 42-42. <https://doi.org/10.1186/s13033-017-0149-z>
- Brunt, D., Bejerholm, U., Markström, U., & Hansson, L. (2020). *Att leva med psykisk funktionsnedsättning : livssituation och effektiva vård- och stödinsatser* (Tredje upplagan / David Brunt, Ulrika Bejerholm, Urban Markström, Lars Hansson (r ) ed.). Studentlitteratur.
- Brunt, D., & Rask, M. (2007). WARD ATMOSPHERE-THE SCARLET PIMPERNEL OF PSYCHIATRIC SETTINGS? *Issues in mental health nursing*, 28(6), 639-655. <https://doi.org/10.1080/01612840701354513>
- Burn, E., Conneely, M., Leverton, M., & Giacco, D. (2019). Giving Patients Choices During Involuntary Admission: A New Intervention. *Frontiers in psychiatry*, 10, 433-433. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2019.00433>
- Castro, E. M., Van Regenmortel, T., Vanhaecht, K., Sermeus, W., & Van Hecke, A. (2016). Patient empowerment, patient participation and patient-centeredness in hospital care: A concept analysis based on a literature review. *Patient Education and Counseling*, 99(12), 1923-1939. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.pec.2016.07.026>
- CEPI. (2014). *Utbildningsprogram*
- Chang, Y.-C., Chang, L.-H., Hsu, S.-T., & Huang, M.-W. (2021). Professional perspectives on providing recovery-oriented services in Taiwan: a qualitative study. *BMC psychiatry*, 21(1), 154-154. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03152-y>
- Charles, C., Gafni, A., & Whelan, T. (1997). Shared decision-making in the medical encounter: What does it mean? (or it takes at least two to tango). *Social science & medicine* (1982), 44(5), 681-692. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(96\)00221-3](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(96)00221-3) (Social Science & Medicine)
- Charlton, J. I. (1998). *Nothing about us without us : disability oppression and empowerment* (1st ed.). University of California Press. <https://doi.org/10.1525/9780520925441>
- Chmielowska, M., Zisman-Ilani, Y., Saunders, R., & Pilling, S. (2024). 044 Trends, challenges, and priorities for shared decision making in mental health: the first umbrella review. *Abstract for Poster Submission*, 29(Suppl 1), A19-A20. <https://doi.org/10.1136/bmjebm-2024-SDC.43>
- Coates, V. E. (1999). *Education for patients and clients* (1st ed.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203695098>

- Cooper, B. R., Parker, L., & Diaz Martinez, A. (2019). *Balancing fidelity and adaptation: A guide for evidence-based program implementation* (Washington State University Extension, Issue).
- Corrigan, P. W., & Watson, A. C. (2002). Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World psychiatry*, 1(1), 16-20.
- Creswell, J. W., & Plano Clark, V. L. (2018). *Designing and Conducting Mixed Methods Research* (Third edition ed.). SAGE.
- Dahlqvist-Jönsson, P., Schön, U. K., Rosenberg, D., Sandlund, M., & Svedberg, P. (2015). Service users' experiences of participation in decision making in mental health services. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 22(9), 688-697.  
<https://doi.org/10.1111/jpm.12246>
- Damschroder, L. J., Aron, D. C., Keith, R. E., Kirsh, S. R., Alexander, J. A., & Lowery, J. C. (2009). Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. *Implementation science : IS*, 4(1), 50-50.  
<https://doi.org/10.1186/1748-5908-4-50>
- Damschroder, L. J., Reardon, C. M., Widerquist, M. A. O., & Lowery, J. (2022). The updated Consolidated Framework for Implementation Research based on user feedback. *Implementation science : IS*, 17(1), 75-16.  
<https://doi.org/10.1186/s13012-022-01245-0>
- Daremo, Å., & Haglund, L. (2008). Activity and participation in psychiatric institutional care. *Scandinavian journal of occupational therapy*, 15(3), 131-142.  
<https://doi.org/10.1080/11038120801900050>
- Davidson, L. (2016). The recovery movement: Implications for mental health care and enabling people to participate fully in life. *Health Affairs*, 35(6), 1091-1097.  
<https://doi.org/10.1377/hlthaff.2016.0153>
- Davidson, L., O'Connell, M. J., Tondora, J., Lawless, M., & Evans, A. C. (2005). Recovery in Serious Mental Illness: A New Wine or Just a New Bottle? *Professional psychology, research and practice*, 36(5), 480-487. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.36.5.480>
- Deegan, P. E., & Drake, R. E. (2006). Shared decision making and medication management in the recovery process. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 57(11), 1636-1639.  
<https://doi.org/10.1176/appi.ps.57.11.1636>
- Deegan, P. E., Rapp, C., Holter, M., & Riefer, M. (2008). Best Practices: A Program to Support Shared Decision Making in an Outpatient Psychiatric Medication Clinic. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 59(6), 603-605. <https://doi.org/10.1176/ps.2008.59.6.603>

- Del Piccolo, L., & Goss, C. (2012). People-centred care: new research needs and methods in doctor–patient communication. *Challenges in mental health. Epidemiology and psychiatric sciences*, 21(2), 145-149. <https://doi.org/10.1017/S2045796012000091>
- Derblom, K., Dahlberg, K., Gabrielsson, S., Lindgren, B.-M., & Molin, J. (2025). Key Aspects of Recovery-Oriented Practice in Caring for People With Mental Ill-Health in General Emergency Departments: A Modified Delphi Study. *Journal of clinical nursing*, 34(2), 565-579. <https://doi.org/10.1111/jocn.17631>
- Drake, R. E., & Whitley, R. (2014). Recovery and Severe Mental Illness: Description and Analysis. *Canadian journal of psychiatry*, 59(5), 236-242. <https://doi.org/10.1177/070674371405900502>
- Duncan, E., Best, C., Hagen, S., & Duncan, E. (2010). Shared decision making interventions for people with mental health conditions. *Cochrane database of systematic reviews*, 2010(1), CD007297-CD007297. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007297.pub2>
- Edvardsson, D. (2005). *Atmosphere in care settings : towards a broader understanding of the phenomenon* Institutionen för omvårdnad, Univ.]. Umeå.
- El-Alti, L. (2023). Shared Decision Making in Psychiatry: Dissolving the Responsibility Problem. *Health care analysis*, 31(2), 65-80. <https://doi.org/10.1007/s10728-022-00451-7>
- Elwyn, G., Barr, P. J., Grande, S. W., Thompson, R., Walsh, T., & Ozanne, E. M. (2013). Developing CollaboRATE: A fast and frugal patient-reported measure of shared decision making in clinical encounters. *Patient Education and Counseling*, 93(1), 102-107. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2013.05.009>
- Elwyn, G., Durand, M. A., Song, J., Aarts, J., Barr, P. J., Berger, Z., Cochran, N., Frosch, D., Galasiński, D., Gulbrandsen, P., Han, P. K. J., Härter, M., Kinnnersley, P., Lloyd, A., Mishra, M., Perestelo-Perez, L., Scholl, I., Tomori, K., Trevena, L., . . . Van der Weijden, T. (2017). A three-talk model for shared decision making: multistage consultation process. *BMJ (Online)*, 359, j4891-j4891. <https://doi.org/10.1136/bmj.j4891>
- Elwyn, G., Edwards, A., & Thompson, R. (2016). *Shared decision making in health care : achieving evidence-based patient choice* (Third edition. ed.). Oxford University Press.
- Elwyn, G., Frosch, D., Thomson, R., Joseph-Williams, N., Lloyd, A., Kinnnersley, P., Cording, E., Tomson, D., Dodd, C., Rollnick, S., Edwards, A., & Barry, M. (2012). Shared Decision Making: A Model for Clinical Practice. *Journal of general internal medicine : JGIM*, 27(10), 1361-1367. <https://doi.org/10.1007/s11606-012-2077-6>

- Farkas, M., Gagne, C., Anthony, W., & Chamberlin, J. (2005). Implementing recovery oriented evidence based programs: Identifying the critical dimensions. *Community mental health journal*, 41(2), 141-158. <https://doi.org/10.1007/s10597-005-2649-6>
- Ferron Parayre, A., Labrecque, M., Rousseau, M., Turcotte, S., & Légaré, F. (2014). Validation of SURE, a Four-Item Clinical Checklist for Detecting Decisional Conflict in Patients. *Medical decision making*, 34(1), 54-62. <https://doi.org/10.1177/0272989X13491463>
- Fisher, A., Mills, K., Teesson, M., & Marel, C. (2021). Shared decision-making among people with problematic alcohol/other drug use and co-occurring mental health conditions: A systematic review. *Drug and alcohol review*, 40(2), 307-324. <https://doi.org/10.1111/dar.13149>
- Folkhälsomyndigheten. (2017, 2023). *Checklista för implementering med kvalitet – Från nyhet till vardagsnytta – om implementeringens mödosamma konst*. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publikationer-och-material/publikationsarkiv/c/checklista-for-implementering-med-kvalitet/>
- Folkhälsomyndigheten. (2024). *När hände vad under pandemin?* <https://www.folkhalsomyndigheten.se/smittskydd-beredskap/utbrott/utbrottsarkiv/covid-19-pandemin-2019-2023/nar-hande-vad-under-pandemin/>
- FoU panel. (2024). *FoU-panelen i Västerbotten* <https://hjarnkollvasterbotten.se/fou-natverket>
- Francis, C. J., Hazelton, M., & Wilson, R. L. (2024). Supported Decision-Making Interventions in Mental Healthcare: A Systematic Review of Evidence on the Outcomes for People With Mental Ill Health. *Health expectations : an international journal of public participation in health care and health policy*, 27(6), e70134-n/a. <https://doi.org/10.1111/hex.70134>
- Förenta Nationerna. (2008 ). *FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning*. <https://www.regeringen.se/contentassets/ob52fa83450445aebbf88827ec3eecb8/fns-konvention-om-rattigheter-for-personer-med-funktionsnedsattning-ds-200823/> Retrieved from <https://www.regeringen.se/contentassets/ob52fa83450445aebbf88827ec3eecb8/fns-konvention-om-rattigheter-for-personer-med-funktionsnedsattning-ds-200823/>
- Förenta Nationerna. (2011). *FN:s konventioner om mänskliga rättigheter* ([Ny utg.] ed.). Regeringskansliet.

<https://www.regeringen.se/informationsmaterial/2012/01/a11.017>

- Gabrielsson, S., & Looi, G.-M. E. (2019). Recovery-Oriented Reflective Practice Groups: Conceptual Framework and Group Structure. *Issues in mental health nursing, 40*(12), 993-998. <https://doi.org/10.1080/01612840.2019.1644568>
- Giselsson, E., Degner, J., & Wassberg, A. (2021). *HVB-hem i praktiken : från forskningsresultat till (be)handling* (Upplaga 1 ed.). Studentlitteratur.
- Goffman, E. (1971). *Stigma : den avvikandes roll och identitet*. Rabén & Sjögren.
- Graneheim, U. H., Lindgren, B.-M., & Lundman, B. (2017). Methodological challenges in qualitative content analysis: A discussion paper. *Nurse education today, 56*, 29-34. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.06.002>
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse education today, 24*(2), 105-112. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>
- Grim, K., Rosenberg, D., Svedberg, P., & Schön, U.-K. (2016). Shared decision-making in mental health care-A user perspective on decisional needs in community-based services. *International journal of qualitative studies on health and well-being, 11*(1), 30563-30568. <https://doi.org/10.3402/qhw.v11.30563>
- Grim, K., Rosenberg, D., Svedberg, P., & Schön, U.-K. (2017). Development and Usability Testing of a Web-Based Decision Support for Users and Health Professionals in Psychiatric Services. *Psychiatric rehabilitation journal, 40*(3), 293-302. <https://doi.org/10.1037/prj0000278>
- Grim, K., Tistad, M., Schön, U.-K., & Rosenberg, D. (2019). The Legitimacy of User Knowledge in Decision-Making Processes in Mental Health Care: An Analysis of Epistemic Injustice. *Journal of Psychosocial Rehabilitation and Mental Health, 6*(2), 157-173. <https://doi.org/10.1007/s40737-019-00145-9>
- Gyamfi, N., Badu, E., Mprah, W. K., & Mensah, I. (2020). Recovery services and expectation of consumers and mental health professionals in community-based residential facilities of Ghana. *BMC psychiatry, 20*(1), 355-355. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02768-w>
- Hamann, J., Holzhüter, F., Blakaj, S., Becher, S., Haller, B., Landgrebe, M., Schmauß, M., & Heres, S. (2020). Implementing shared decision-making on acute psychiatric wards: a cluster-randomized trial with inpatients suffering from schizophrenia

- (SDM-PLUS). *Epidemiology and psychiatric sciences*, 29, e137-e137. <https://doi.org/10.1017/S2045796020000505>
- Hamann, J., Kruse, J., Schmitz, F. S., Kissling, W., & Pajonk, F.-G. (2010). Patient participation in antipsychotic drug choice decisions. *Psychiatry research*, 178(1), 63-67. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2008.08.008>
- Hamann, J., Leucht, S., & Kissling, W. (2003). Shared decision making in psychiatry. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 107(6), 403-409. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2003.00130.x>
- Hamann, J., Parchmann, A., Sassenberg, N., Bronner, K., Albus, M., Richter, A., Hoppstock, S., & Kissling, W. (2017). Training patients with schizophrenia to share decisions with their psychiatrists: a randomized-controlled trial. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 52(2), 175-182. <https://doi.org/10.1007/s00127-016-1327-z>
- Harvey, G., & Kitson, A. (2016). PARIHS revisited: from heuristic to integrated framework for the successful implementation of knowledge into practice. *Implementation science : IS*, 11(1), 33-33. <https://doi.org/10.1186/s13012-016-0398-2>
- Harvey, G., Loftus-Hills, A., Rycroft-Malone, J., Titchen, A., Kitson, A., McCormack, B., & Seers, K. (2002). Getting evidence into practice: the role and function of facilitation. *Journal of advanced nursing*, 37(6), 577-588. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2002.02126.x>
- Haugom, E. W. (2025). *Shared decision making in mental health care: a mixed method study of extent, associated factors, and experiences among patients with psychotic disorders and health professionals*
- Haugom, E. W., Stensrud, B., Beston, G., Ruud, T., & Landheim, A. S. (2020). Mental health professionals' experiences with shared decision-making for patients with psychotic disorders: a qualitative study. *BMC Health Serv Res*, 20(1), 1093. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05949-1>
- Hedberg, B., Wijk, H., Andersson Gäre, B., & Petersson, C. (2022). Shared decision-making and person-centred care in Sweden: Exploring coproduction of health and social care services. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 171, 129-134. <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2022.04.016>
- Holmström, I., & Röing, M. (2010). The relation between patient-centeredness and patient empowerment: A discussion on concepts. *Patient Education and Counseling*, 79(2), 167-172. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.pec.2009.08.008>

- Huang, C., Plummer, V., Lam, L., & Cross, W. (2020). Perceptions of shared decision-making in severe mental illness: An integrative review. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 27(2), 103-127. <https://doi.org/10.1111/jpm.12558>
- IVO. (2024). *Inspektionen för Vård och Omsorg*. Retrieved from <https://www.ivo.se/var-d-omsorgsgivare/tillstand/sol-verksamheter/hvb/>
- Jones, A. (2025). User and staff experiences of a revised process for coordinating support with shared decision making in the comorbidity field of practice: a qualitative interview study. *International journal of qualitative studies on health and well-being*, 20(1), 2447095. <https://doi.org/10.1080/17482631.2024.2447095>
- Joseph-Williams, N., Lloyd, A., Edwards, A., Stobbart, L., Tomson, D., Macphail, S., Dodd, C., Brain, K., Elwyn, G., & Thomson, R. (2017). Implementing shared decision making in the NHS: lessons from the MAGIC programme. *BMJ (Online)*, 357, j1744-j1744. <https://doi.org/10.1136/bmj.j1744>
- Kiger, A. M. (1995). *TEACHING for HEALTH* (2 ed.).
- Kirmayer, L. J. (2024). The place of the social in psychiatry: from structural determinants to the ecology of mind. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. <https://doi.org/10.1007/s00127-024-02772-5>
- Kitson, A. L., Rycroft-Malone, J., Harvey, G., McCormack, B., Seers, K., & Titchen, A. (2008). Evaluating the successful implementation of evidence into practice using the PARIHS framework: theoretical and practical challenges. *Implementation science : IS*, 3(1), 1-1. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-3-1>
- Knutsson, O., & Schön, U.-K. (2020). Co-creating a process of user involvement and shared decision-making in coordinated care planning with users and caregivers in social services. *International journal of qualitative studies on health and well-being*, 15(1), 1812270-1812270. <https://doi.org/10.1080/17482631.2020.1812270>
- Krajewski, C., Burazeri, G., & Brand, H. (2013). Self-stigma, perceived discrimination and empowerment among people with a mental illness in six countries: Pan European stigma study. *Psychiatry research*, 210(3), 1136-1146. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2013.08.013>
- Kriminalvården. (2024a). *Kontraktsvård*. Retrieved 2024-03-05 from <https://www.kriminalvarden.se/fangelse-frivard-och-hakte/frivard/kontraktsvard/>

- Kriminalvården. (2024b). *Utslussning - vårdvistelse*. Retrieved 2024-03-05 from <https://www.kriminalvarden.se/fangelse-frivard-och-hakte/fangelse/utslussning/>
- Krumpal, I. (2013). Determinants of social desirability bias in sensitive surveys: a literature review. *Quality & quantity*, 47(4), 2025-2047. <https://doi.org/10.1007/s11135-011-9640-9>
- Langer, D. A., Holly, L. E., Wills, C. E., Tompson, M. C., & Chorpita, B. F. (2022). Shared Decision-Making for Youth Psychotherapy: A Preliminary Randomized Clinical Trial on Facilitating Personalized Treatment. *Journal of consulting and clinical psychology*, 90(1), 29-38. <https://doi.org/10.1037/ccp0000702>
- Langer, D. A., & Jensen-Doss, A. (2018). Shared Decision-Making in Youth Mental Health Care: Using the Evidence to Plan Treatments Collaboratively. *Journal of clinical child and adolescent psychology*, 47(5), 821-831. <https://doi.org/10.1080/15374416.2016.1247358>
- Leamy, M., Bird, V., Boutillier, C. L., Williams, J., & Slade, M. (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *British journal of psychiatry*, 199(6), 445-452. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.083733>
- Légaré, F., Adekpedjou, R., Stacey, D., Turcotte, S., Kryworuchko, J., Graham, I. D., Lyddiatt, A., Politi, M. C., Thomson, R., Elwyn, G., & et al. (2018). Interventions for increasing the use of shared decision making by healthcare professionals. *Cochrane database of systematic reviews*(7). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006732.pub4>
- Legare, F., Stacey, D., Turcotte, S., Cossi, M.-J., Kryworuchko, J., Graham, I. D., Lyddiatt, A., Politi, M. C., Thomson, R., Elwyn, G., & Donner-Banzhoff, N. (2014). Interventions for improving the adoption of shared decision making by healthcare professionals. *Cochrane database of systematic reviews*, 2014(9), CD006732-CD006732. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006732.pub3>
- Leplege, A., Gzil, F., Cammelli, M., Lefevre, C., Pachoud, B., & Ville, I. (2007). Person-centredness: Conceptual and historical perspectives. *Disability and rehabilitation*, 29(20-21), 1555-1565. <https://doi.org/10.1080/09638280701618661>
- Levin, L., Gewirtz, S., & Cribb, A. (2017). Shared Decision Making in Israeli Social Services: Social Workers' Perspectives on Policy Making and Implementation. *The British journal of social work*, 47(2), 507-523. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcw024>
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Sage.

- Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing Stigma. *Annual review of sociology*, 27(1), 363-385.  
<https://doi.org/10.1146/annurev.soc.27.1.363>
- Livingston, J. D., & Boyd, J. E. (2010). Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Social science & medicine* (1982), 71(12), 2150-2161.  
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.09.030>
- Luxford, K., Safran, D. G., & Delbanco, T. (2011). Promoting patient-centered care: a qualitative study of facilitators and barriers in healthcare organizations with a reputation for improving the patient experience. *International Journal for Quality in Health Care*, 23(5), 510-515. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzr024>
- Maldonado-Castellanos, I., & Barrios, L. M. (2023). Ethical Issues when Using Digital Platforms to Perform Interviews in Qualitative Health Research. *International journal of qualitative methods*, 22, 160940692311659.  
<https://doi.org/10.1177/16094069231165949>
- Malterud, K., Siersma, V. D., & Guassora, A. D. (2016). Sample Size in Qualitative Interview Studies: Guided by Information Power. *Qualitative health research*, 26(13), 1753-1760.  
<https://doi.org/10.1177/1049732315617444>
- Markström, U. (2020). Det samhällsbaserade arbetet efter institutionerna. In (pp. 63).
- Marshall, M. N. (1996). Sampling for qualitative research. *Family practice*, 13(6), 522-526.  
<https://doi.org/10.1093/fampra/13.6.522>
- McAllister, M., Withyman, C., & Knight, B. A. (2018). Facilitation as a vital skill in mental health promotion: findings from a mixed methods evaluation. *The journal of mental health training, education, and practice*, 13(4), 238-247.  
<https://doi.org/10.1108/JMHTEP-05-2017-0036>
- Melbourne, E., Sinclair, K., Durand, M.-A., Légaré, F., & Elwyn, G. (2010). Developing a dyadic OPTION scale to measure perceptions of shared decision making. *Patient Education and Counseling*, 78(2), 177-183.  
<https://doi.org/10.1016/j.pec.2009.07.009>
- Meyer, A., Austin, S. F., Vitger, T., & Korsbek, L. (2024). "I was able to share more details": The experiences of using a smartphone application to support shared decision making in young people with psychosis. *Psychiatric rehabilitation journal*.  
<https://doi.org/10.1037/prj0000616>

- Meyer, J. W., & Rowan, B. (1977). Institutionalized Organizations: Formal Structure as Myth and Ceremony. *The American journal of sociology*, 83(2), 340-363. <https://doi.org/10.1086/226550>
- Meyers, D. C., Durlak, J. A., & Wandersman, A. (2012). The Quality Implementation Framework: A Synthesis of Critical Steps in the Implementation Process. *American journal of community psychology*, 50(3-4), 462-480. <https://doi.org/10.1007/s10464-012-9522-x>
- Shared decision making, (2024). <https://www.nice.org.uk/about/what-we-do/our-programmes/nice-guidance/nice-guidelines/shared-decision-making>
- Nilsen, P. (2015). Making sense of implementation theories, models and frameworks. *Implementation science : IS*, 10(1), 53-53. <https://doi.org/10.1186/s13012-015-0242-0>
- Noel, C., & Hebron, C. (2025). Person-Centredness and Paternalism: The Dance With Power. *Musculoskeletal care*, 23(1), e70032. <https://doi.org/10.1002/msc.70032>
- Nolte, E. (2017). Implementing person centred approaches. *BMJ (Online)*, 358, j4126-j4126. <https://doi.org/10.1136/bmj.j4126>
- Nykanen, P. (2020). Shared decision making in the social services? Reasons to consider when choosing methods for service user participation. *Journal of evaluation in clinical practice*, 26(2), 569-574. <https://doi.org/10.1111/jep.13323>
- Nykänen, P., Schön, U.-K., & Björk, A. (2023). Shared decision making in social services - some remaining questions. *Nordic social work research*, 13(1), 107-118. <https://doi.org/10.1080/2156857X.2021.1958908>
- O'Connell, M., Tondora, J., Croog, G., Evans, A., & Davidson, L. (2005). From Rhetoric to Routine: Assessing Perceptions of Recovery-Oriented Practices in a State Mental Health and Addiction System. *Psychiatric rehabilitation journal*, 28(4), 378-386. <https://doi.org/10.2975/28.2005.378.386>
- O'Connor, A. (2001). Using patient decision aids to promote evidence-based decision making. *Evidence-based medicine (English ed.)*, 6(4), 100-102. <https://doi.org/10.1136/ebm.6.4.100>
- O'Connor, A. M., Stacey, D., Barry, M. J., Col, N. F., Eden, K. B., Entwistle, V., Fiset, V., Holmes-Rovner, M., Khangura, S., Llewellyn-Thomas, H., & Rovner, D. R. (2007). Do Patient Decision Aids Meet Effectiveness Criteria of the International Patient Decision Aid Standards Collaboration? A Systematic Review and Meta-analysis. *Medical decision making*, 27(5), 554-574. <https://doi.org/10.1177/0272989X07307319>
- Parsons, T. (1964). *The social system* (1. Free Press Paperback ed.). The Free Press.

- Pelto-Piri, V., Engström, K., & Engström, I. (2013). Paternalism, autonomy and reciprocity: ethical perspectives in encounters with patients in psychiatric in-patient care. *BMC medical ethics*, 14(1), 49-49. <https://doi.org/10.1186/1472-6939-14-49>
- Pierce, P. F. (1993). Deciding on breast cancer treatment: a description of decision behavior. *Nursing research (New York)*, 42(1), 22-28. <https://doi.org/10.1097/00006199-199301000-00005>
- Piper, S. (2010). Patient empowerment: Emancipatory or technological practice? *Patient Education and Counseling*, 79(2), 173-177. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2009.09.032>
- Priebe, S., Dimic, S., Wildgrube, C., Jankovic, J., Cushing, A., & McCabe, R. (2011). Good communication in psychiatry--a conceptual review. *European psychiatry*, 26(7), 403-407. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2010.07.010>
- Priebe, S., Huxley, P., Knight, S., & Evans, S. (1999). Application and Results of the Manchester Short Assessment of Quality of Life (Mansa). *International journal of social psychiatry*, 45(1), 7-12. <https://doi.org/10.1177/002076409904500102>
- Quill, T. E., & Brody, H. (1996). Physician recommendations and patient autonomy : Finding a balance between physician power and patient choice. *Annals of internal medicine*, 125(9), 763-769. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-125-9-199611010-00010>
- Richards, T., Coulter, A., & Wicks, P. (2015). Time to deliver patient centred care. *BMJ (Online)*, 350, h530-h530. <https://doi.org/10.1136/bmj.h530>
- Rosenberg, D., Lindqvist, R., & Fredén, L. (2011). Den svenska psykiatireformen i nordisk belysning. *Social-medicinsk tidskrift*, 88(6), 524.
- Rosenberg, D., & Schön, U.-K. (2014). Återhämtning: Från idé till praktik. In (pp. 355).
- Rosenberg, D., Schön, U.-K., Nyholm, M., Grim, K., & Svedberg, P. (2017). Shared decision making in Swedish community mental health services - an evaluation of three self-reporting instruments. *Journal of mental health (Abingdon, England)*, 26(2), 142-149. <https://doi.org/10.1080/09638237.2016.1207223>
- Sabatier, P. A. (1986). Top-Down and Bottom-Up Approaches to Implementation Research: a Critical Analysis and Suggested Synthesis. *Journal of public policy*, 6(1), 21-48. <https://doi.org/10.1017/S0143814X00003846>
- SAMHSA. (2012). SAMHSA announces a working definition of "recovery". *Mental Health Weekly*, 22(1), 8.

- Sandman, L., & Munthe, C. (2010). Shared Decision Making, Paternalism and Patient Choice. *Health care analysis*, 18(1), 60-84. <https://doi.org/10.1007/s10728-008-0108-6>
- Schulze, B. (2007). Stigma and mental health professionals: A review of the evidence on an intricate relationship. *International review of psychiatry (Abingdon, England)*, 19(2), 137-155. <https://doi.org/10.1080/09540260701278929>
- Schön, U.-K., Grim, K., Wallin, L., Rosenberg, D., & Svedberg, P. (2018). Psychiatric service staff perceptions of implementing a shared decision-making tool: a process evaluation study. *International journal of qualitative studies on health and well-being*, 13(1), 1421352-1421352. <https://doi.org/10.1080/17482631.2017.1421352>
- Shier, H. (2001). Pathways to participation: openings, opportunities and obligations: a new model for enhancing children's participation in decision-making, in line with Article 12.1 of the United Nations Convention on the Rights of the Child. *Children & society*, 15(2), 107-117.
- Slade, M. (2009). The contribution of mental health services to recovery. *Journal of mental health (Abingdon, England)*, 18(5), 367-371. <https://doi.org/10.3109/09638230903191256>
- Slade, M. (2017). Implementing shared decision making in routine mental health care. *World psychiatry*, 16(2), 146-153. <https://doi.org/10.1002/wps.20412>
- Slade, M., & Longden, E. (2015). Empirical evidence about recovery and mental health. *BMC psychiatry*, 15(1), 285-285. <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0678-4>
- Socialstyrelsen. (2014a). *Delaktighet och inflytande i arbetet med genomförplaner* <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/kunskapsstod/2014-10-6.pdf>
- Socialstyrelsen. (2014b). *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om dokumentation i verksamhet som bedrivs med stöd av SoL, LVU, LVM och LSS SOSFS 2014:5*. <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/regler-och-riktlinjer/foreskrifter-och-allmanna-rad/konsoliderade-foreskrifter/20145-om-dokumentation-i-verksamhet-som-bedrivs-med-stod-av-sol-lvu-lvm-och-lss/> Retrieved from <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/regler-och-riktlinjer/foreskrifter-och-allmanna-rad/konsoliderade-foreskrifter/20145-om-dokumentation-i-verksamhet-som-bedrivs-med-stod-av-sol-lvu-lvm-och-lss/>
- Socialstyrelsen. (2018). *Nationella riktlinjer för vård och stöd vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd*

- <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/regler-och-riktlinjer/nationella-riktlinjer/riktlinjer-och-utvarderingar/schizofreni/>
- Socialstyrelsen. (2020, 2024-11-04). *Termbank*. Stockholm. Retrieved 2025-02-26 from <https://termbank.socialstyrelsen.se/>
- Socialstyrelsen. (2022). *Nationell utvärdering av vård och stöd vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd* Retrieved from <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2022-9-8073.pdf>
- Socialstyrelsen. (2024). *Öppna jämförelser av stöd till personer med psykisk funktionsnedsättning – socialpsykiatri*. Retrieved 2025-01-17 from <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/oppna-jamforelser/socialtjanst/socialpsykiatri/>
- SOU 1991:47. (1991). *På väg : exempel på förändringsarbeten inom verksamheter för psykiskt störda : [del]betänkande*. (9138107988). Stockholm: Allmänna förl. Retrieved from <https://lagen.nu/sou/1991:47>
- Stacey, D., Légaré, F., Lewis, K., Barry, M. J., Bennett, C. L., Eden, K. B., Holmes-Rovner, M., Llewellyn-Thomas, H., Lyddiatt, A., Thomson, R., Trevena, L., & Stacey, D. (2017). Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane database of systematic reviews*, 2017(4), CD001431. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001431.pub5>
- Stovell, D., Morrison, A. P., Panayiotou, M., & Hutton, P. (2016). Shared treatment decision-making and empowerment related outcomes in psychosis: Systematic review and meta-analysis. *British journal of psychiatry*, 209(1), 23-28. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.158931>
- Svensk sjuksköterskeförening. (2019). *Personcentrerad vård : en kärnkompetens för god och säker vård*. Svensk sjuksköterskeförening. <https://swenurse.se/publikationer/personcentrerad-vard---en-karnkompetens-for-god-och-saker-var>
- Thornicroft, G., Ruggeri, M., & Goldberg, D. P. (2013). *Improving mental health care : the global challenge* (1st ed.). Wiley-Blackwell.
- Topor, A., Borg, M., Di Girolamo, S., & Davidson, L. (2011). Not just an individual journey: social aspects of recovery. *International journal of social psychiatry*, 57(1), 90-99. <https://doi.org/10.1177/0020764010345062>
- Torgalsboen, A. K. (1999). Full recovery from schizophrenia: the prognostic role of premorbid adjustment, symptoms at first admission, precipitating events and gender. *Psychiatry research*, 88(2), 143-152. [https://doi.org/10.1016/S0165-1781\(99\)00077-3](https://doi.org/10.1016/S0165-1781(99)00077-3)

- Towle, A., & Godolphin, W. (1999). Framework for Teaching and Learning Informed Shared Decision Making. *BMJ: British Medical Journal*, 319(7212), 766-769.
- Tritter, J. Q. (2009). Revolution or evolution: the challenges of conceptualizing patient and public involvement in a consumerist world. *Health expectations : an international journal of public participation in health care and health policy*, 12(3), 275-287. <https://doi.org/10.1111/j.1369-7625.2009.00564.x>
- Turesson, H. (2011). *Psychiatric nursing staff and the workplace : perceptions of the ward atmosphere, psychosocial work environment, and stress* Faculty of Health and Society, Malmö University]. Malmö.
- UNICEF. (2024). *Barnkonventionen*. [https://unicef.se/barnkonventionen?utm\\_source=google&utm\\_medium=cpc&utm\\_campaign=Ukraina\\_EG&utm\\_content=fixed\\_url&CID=06345&gad\\_source=1&gclid=EAiaIQobChMIyYnBoMmxiwMV3lORBR31QAA8EAAYASAAEgIwCPD\\_BwE](https://unicef.se/barnkonventionen?utm_source=google&utm_medium=cpc&utm_campaign=Ukraina_EG&utm_content=fixed_url&CID=06345&gad_source=1&gclid=EAiaIQobChMIyYnBoMmxiwMV3lORBR31QAA8EAAYASAAEgIwCPD_BwE)
- Veatch, R. M. (1972). Models for ethical medicine in a revolutionary age. What physician-patient roles foster the most ethical relationship? *The Hastings Center report*, 2(3), 5-7.
- Vetenskapsrådet. (2024). *God Forskningssed*. <https://www.vr.se/analys/rapporter/vara-rapporter/2024-10-02-god-forskningssed-2024.html>
- Vygotskij, L. S., & Cole, M. (1978). *Mind in society : the development of higher psychological processes*. Harvard U.P.
- Weiner, B. J. (2009). A theory of organizational readiness for change. *Implementation science : IS*, 4(1), 67-67. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-4-67>
- Whelan, T. J., Levine, M. N., Gafni, A., Lukka, H., Mohide, E. A., Patel, M., & Streiner, D. L. (1995). Breast irradiation postlumpectomy: development and evaluation of a decision instrument. *Journal of clinical oncology*, 13(4), 847-853. <https://doi.org/10.1200/JCO.1995.13.4.847>
- Whitley, R. (2019). Why 'Nothing About Us Without Us' Matters to Mental Health. *Psychology Today*.
- WHO. (2021). *Comprehensive Mental Health Action Plan 2013-2030* (1st ed.). World Health Organization. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/345301/9789240031029-eng.pdf>
- WHO. (2024). *Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF)*. Socialstyrelsen Retrieved from <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/klassifikationer-och-koder/2024-2-8921.pdf>

WHO. (2025). *Quality of care*. [https://www.who.int/health-topics/quality-of-care#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/quality-of-care#tab=tab_1)

Zisman-Ilani, Y., Parker, M., Thomas, E. C., Suarez, J., Hurford, I., Bowen, A., Calkins, M., Deegan, P., Nossel, I., & Dixon, L. B. (2024). Usability and Feasibility of the Antipsychotic Medication Decision Aid in a Community Program for First-Episode Psychosis. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 75(8), 807-811. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.20230230>



# Bilagor



# Bilaga 1 - Dyadic Option<sup>1</sup>

Hur delaktig känner du dig i beslut?

Detta frågeformulär handlar om hur Du upplever att Du har fått vara med och ta beslut kring Din vård och Dina Stödinsatser. De flesta möten leder till ett beslut av ett eller annat slag. Följande frågor handlar om tanken på att vara eller känna sig delaktig i beslut.

När Du fyller i detta frågeformulär tänk på en situation när Du och Din kontaktperson planerade åtgärder och insatser gällande Din situation. Det kan exempelvis handla om ett vårdbeslut eller ett biståndsbeslut för planering av nya aktiviteter eller stödinsatser. Svara på frågorna utifrån ditt perspektiv genom att sätta en bock i en av rutorna för varje fråga. Vänligen svara på alla frågor.

Vad var det huvudsakliga problemet/behovet som ni pratade om? Beskriv det i några få ord.....

	Instämmer helt	Instämmer	Instämmer delvis	Instämmer inte alls
1. Vi tydliggjorde att ett beslut behövdes fattas kring ett problem eller behov.				
2. Personalen beskrev mer än ett sätt att hantera problemet eller behovet.				
3. Personalen erbjöd olika informationskällor (t.ex. broschyrer, hemsidor, kontakter med andra människor) som stöd för att fatta ett beslut.				
4. Vi diskuterade olika alternativ (bland annat möjligheten att inte göra någonting).				
5. Vi diskuterade fördelar, nackdelar och möjliga följder av alternativen.				
6. Vi diskuterade idéer och förväntningar kring hantering av problemet.				
7. Min oro och rädsla för hantering av problemet diskuterades.				
8. Personalen försäkrade sig om att informationen hade förståtts.				
9. Jag hade möjlighet att ställa frågor.				
10. Mitt önskemål om att delta i beslutet (eller inte) respekterades.				
11. Under besöket fattade vi ett beslut, alternativt att vi kom överens om att skjuta upp beslutet.				
12. Vi diskuterade möjligheten att träffas för att fatta ett beslut senare.				

<sup>1</sup> Melbourne, E., Sinclair, K., Durand, M.-A., Légaré, F., & Elwyn, G. (2010). Developing a dyadic OPTION scale to measure perceptions of shared decision making. *Patient Education and Counseling*, 78(2), 177-183. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2009.07.009> Svensk översättning: [https://www.cepi.lu.se/sites/cepi.lu.se/files/delat\\_beslutsfattande.pdf](https://www.cepi.lu.se/sites/cepi.lu.se/files/delat_beslutsfattande.pdf)

## Bilaga 2 – Sure<sup>2</sup>

Hur beredd är jag för att fatta ett beslut?

Detta frågeformulär handlar om hur förberedd och säker Du känner Dig i att fatta ett beslut gällande Din vård och Dina Stödinsatser. När Du fyller i detta frågeformulär så tänk på samma situation som Du gjorde i föregående frågeformulär.

	Ja	Nej
1. Känner du dig säker på vilket alternativ som är bäst för dig?		
2. Känner du till fördelarna och nackdelarna med varje alternativ?		
3. Är du klar över vilka fördelar och nackdelar är viktigast för dig?		
4. Har du tillräckligt med råd och stöd för att göra ett val?		

---

<sup>2</sup> Ferron Parayre, A., Labrecque, M., Rousseau, M., Turcotte, S., & Légaré, F. (2014). Validation of SURE, a Four-Item Clinical Checklist for Detecting Decisional Conflict in Patients. *Medical decision making*, 34(1), 54-62. <https://doi.org/10.1177/0272989X13491463> Svensk översättning: [https://www.cepi.lu.se/sites/cepi.lu.se/files/delat\\_beslutsfattande.pdf](https://www.cepi.lu.se/sites/cepi.lu.se/files/delat_beslutsfattande.pdf)

## Bilaga 3 - CollaboRATE<sup>3</sup>

Hur stora ansträngningar har gjorts för dig?

Detta frågeformulär handlar om Din upplevelse av hur stora ansträngningar som gjorts för Dig i samband med att Du och Din kontaktperson planerade åtgärder och insatser gällande Din situation. Svara på frågorna utifrån ditt perspektiv genom att sätta en bock i en av rutorna för varje fråga. Vänligen svara på alla frågor.

	Ingen ansträngning alls	En liten ansträngning gjordes	Vissa ansträngningar gjordes	Stora ansträngningar gjordes	Alla ansträngningar som kunde göras gjordes
Hur stora ansträngningar har gjorts för att hjälpa dig att förstå dina svårigheter?					
Hur stora ansträngningar har gjorts för att lyssna på de saker som betyder mest för dig gällande dina svårigheter?					
Hur stora ansträngningar har gjorts för att ta hänsyn till det som betyder mest för dig när ni ska välja vad du ska göra härnäst?					

---

<sup>3</sup> Barr, P. J., Thompson, R., Walsh, T., Grande, S. W., Ozanne, E. M., & Elwyn, G. (2014). The psychometric properties of CollaboRATE: a fast and frugal patient-reported measure of the shared decision-making process. *Journal of medical Internet research*, 16(1), e2-e2. <https://doi.org/10.2196/jmir.3085> , Elwyn, G., Barr, P. J., Grande, S. W., Thompson, R., Walsh, T., & Ozanne, E. M. (2013). Developing CollaboRATE: A fast and frugal patient-reported measure of shared decision making in clinical encounters. *Patient Education and Counseling*, 93(1), 102-107. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2013.05.009> Svensk översättning [https://www.cepi.lu.se/sites/cepi.lu.se/files/delat\\_beslutsfattande.pdf](https://www.cepi.lu.se/sites/cepi.lu.se/files/delat_beslutsfattande.pdf)

# Bilaga 4 – intervjuguide Studie I

Inledande text:

Sedan utbildningen du gått på så undrar jag om du förändrat något i ditt arbete, eller hur du upplever saker. Jag kommer att ställa frågor om hur du upplevt saker och hur handlat tidigare och be dig förklara hur du efter utbildningen upplever och hur du hanterar situationer nu. Och min inledande fråga är egentligen hur.

## **Utbildningen**

- Hur gick det till när du blev utvald/valdes att medverka under denna utbildning?
- Hur upplever du innehållet i Utbildningen då, om vi tänker på Delat beslutsfattande och SIP?
- Har du sedan utbildningen haft möjlighet att göra någon SIP (Samordnad Individuell plan)?
- Har du sedan utbildningen haft möjlighet att använda dig av metoden Delat beslutsfattande?

## **Återhämtning**

- Skulle du kunna beskriva för mig hur du upplevde att en återhämtningsprocess gick till innan du gick den här utbildningen?
- Har, eller hur har utbildningen förändrat din syn på återhämtningsprocessen?
- Hur såg du på ansvar inom återhämtning – innan utbildningen,
- Upplever du någon förändring i ditt synsätt gällande hur du idag upplever roller och ansvar inom återhämtning?
- Innan utbildningen, vilken roll ansåg du att anhöriga, kamrater och andra personer hade för betydelse för patienten?
- Idag efter att du gått utbildningen, kan du beskriva för mig vilken roll som anhöriga, kamrater och andra personer har för patienten?

## Bilaga 5 – Intervjuguide studie II

Vi skall nu genomföra en intervju och jag skulle därför vilja börja med att förklara vad den skall handla om och fokusera på.

Denna intervjun kommer att handla om delaktighet och då menar jag om att få vara med och bestämma. Ett annat begrepp kan alltså vara medbestämmande.

När t.ex. en genomförandeplan skall upprättas eller revideras/följas upp och ändras så tas det ofta beslut om vilka insatser som skall genomföras. Det kan handla om dagliga aktiviteter, om behandlingsmetoder eller andra insatser i vardagen. Jag skulle därför vilja att ni tänker på en sådan situation dvs. när en genomförandeplan skall upprättas/revideras...

1. Skulle ni kunna börja med att berätta för mig hur det går till?

Kan ni berätta för mig om hur det gick till när er genomförandeplan upprättades sist?

2. Hur kommer ni fram till vilka insatser som skall skrivas in i genomförandeplanen?

Dina önskemål? Hur framför du dina tankar och idéer? Hur vet ni vad ni skall välja för insatser? T.ex. ADL, Aktivitet, Behandlingsmetod

3. Skulle du/ni kunna berätta för mig om ett exempel på en situation som du/ni varit med om där ett beslut skulle fattas?

Med vem? Vilka är delaktiga? När? Var? Hur ofta? Fick du möjlighet att ställa frågor? Införskaffade du någon information? Eller gjorde personalen det åt dig? Lyssnade personalen på dina önskemål? Fick du tid till att tänka och fundera över vad som skulle skrivas ned och beslutas?

4. Har du någon gång varit med om att du velat förändra ett beslut?

Vad hände då? Hur gick det till? Vad blev resultatet?

5. Vad innebär det att vara delaktig för dig?

Skulle du kunna beskriva en situation där du upplevt delaktighet?

Nu har vi haft ett fokus på genomförandeplaner, jag skulle nu vilja att ni funderar och berättar för mig om andra situationer gällande delaktighet här i verksamheten. Ett sådant exempel kan vara Hälso- och sjukvårdsinsatser, t.ex. om ni träffar en läkare och kommer fram till vilken medicin som ni skall få. Ett annat exempel kan vara när ni träffar er handläggare och det tas beslut om förlängd placering eller avslut.

Jag skulle vilja att ni berättar för mig hur ni upplever delaktighet i ett sådant sammanhang.

6. Skulle ni kunna beskriva för mig en sådan situation?

7. Hur ser du/ni på delaktighet inom vård? - bra om deltagarna börjar prata fritt med varandra om detta

Vad innebär det för er?

*Kan du berätta mer... På vilket sätt... Hur kände du?... Vad tänkte du?*

# Bilaga 6 – Intervjuguide studie III



## Intervjuguide BRUKARE

*Kursiv text: Instruktion*

Vanlig text: frågor eller text att läsa upp

Frågor: Efter en del av frågorna finns det ett antal förslag på följdfrågor som du kan ställa. Det är självklart också okej att du ställer andra följdfrågor som du tänker passar in under intervjun, t.ex. berätta mer, förstod jag dig rätt när du beskrev det såhär... och så vidare.

*Börja med att presentera dig själv och berätta om lite om Brukarpanelen och om ditt uppdrag i denna studie, dvs. att genomföra intervjuer. Berätta gärna lite om dig själv och om din bakgrund.*

*Be sedan personen att berätta lite om sig själv.*

- Hur länge har du vistats på verksamheten?
- Vill du berätta lite bakgrund till varför du är på verksamheten?
- Är det något speciellt du undrar över innan vi börjar?

*Sedan är det dags att starta intervjun som inleds med följande hjälptext:*

Inledningsvis vill jag påminna om att denna intervjun spelas in och att det är frivilligt att delta. Under början av året var du med på en utbildning gällande delaktighet och med speciellt fokus på en metod som kallas Delat beslutsfattande. Denna intervjun kommer att handla om hur du upplevt att det varit efter utbildningen och hur det är att jobba med denna metoden. När du svarar så får du gärna utgå från ett beslut som gjorts t.ex. i samband med genomförandeplan eller liknande beslutssituation.

*På nästa sida hittar du frågorna.*

1. Det är bestämt att Delat beslutsfattande ska införas på verksamheten.  
Har du märkt av detta på något sätt? Vilket?  
Om du upplevt någon skillnad gällande hur ni fattat beslut så undrar jag om du kan beskriva för mig hur det gick till innan?
2. Kan du beskriva lite mer i detalj hur du upplevt det är att vara med om att fatta beslut enligt Delat beslutsfattande?
3. Om vi utgår från en specifik beslutssituation vem var det som initierade beslutet?  
T.ex. Var det kanske du eller din kontaktperson?  
Var det när ni upprättade genomförandeplanen?  
Eller var det vid någon annan situation?

*Här får du som genomför intervjun gärna diskutera fram ett exempel tillsammans med intervjupersonen*

4. Vem av er var det som valde vilket eller vilka beslut som skulle fattas?
5. Kan du berätta om vilken information du fick om de olika alternativen som fanns inför beslutet som skulle fattas?  
Var informationen tillräcklig eller skulle du behöva få mer?
6. Vad du tycker har varit positivt med att arbeta med Delat beslutsfattande?  
Berätta gärna mer... På vilket sätt?
7. Har du upplevt några hinder med att arbeta med Delat beslutsfattande?  
Om du anser att ni INTE börjat jobba med Delat beslutsfattande – vad tror du är anledningen till det?  
Berätta gärna mer... Vad tror du skulle kunna behövas för att ni skulle börja arbeta med det?
8. Nu är det snart dags att avsluta intervjun så jag undrar nu om;  
Är det något mer du vill tillägga gällande det vi pratat om?

Tack så jättemycket för att du tog dig tid att ställa upp på intervjun!



## Intervjuguide PERSONAL

*Kursiv text: Instruktion*

Vanlig text: frågor eller text att läsa upp

Frågor: Efter en del av frågorna finns det ett antal förslag på följdfrågor som du kan ställa. Det är självklart också okej att du ställer andra följdfrågor som du tänker passar in under intervjun, t.ex. berätta mer, förstod jag dig rätt när du beskrev det såhär... och så vidare.

*Börja med att presentera dig själv och berätta om lite om Brukarpanelen och om ditt uppdrag i denna studie, dvs. att genomföra intervjuer. Berätta gärna lite om dig själv och om din bakgrund.*

*Be sedan personen att berätta lite om sig själv.*

- Hur länge har du jobbat på verksamheten?
- Vill du berätta lite bakgrund till varför du är på verksamheten?
- Är det något speciellt du undrar över innan vi börjar?

*Sedan är det dags att starta intervjun som inleds med följande hjälptext:*

Inledningsvis vill jag påminna om att denna intervjun spelas in och att det är frivilligt att delta. Under början av året var du med på en utbildning gällande delaktighet och med speciellt fokus på en metod som kallas Delat beslutsfattande. Denna intervjun kommer att handla om hur du upplevt att det varit efter utbildningen och hur det är att jobba med denna metoden. När du svarar så får du gärna utgå från ett beslut som gjorts t.ex. i samband med genomförandeplan eller liknande beslutssituation.

*På nästa sida hittar du frågorna.*

1. Delat beslutsfattande har införts här på verksamheten.  
Har du märkt av detta på något sätt?  
I hur stor utsträckning har du upplevt dig delaktig i införandet? På vilket sätt? Om du upplevt någon skillnad gällande hur ni fattat beslut så undrar jag om du skulle kunna beskriva för mig hur det gick till innan?
2. Hur har stödet sett ut från ledningen med att införa eller implementera metoden?  
Hade du/dina kollegor behövt mer eller annat stöd? Och i så fall vad? Hade klienterna behövt mer eller annat stöd? Och i så fall vad?
3. Hur upplever du att det är att jobba med Delat beslutsfattande?  
Kan du berätta mer i detalj?

*Här får du som genomför intervjun gärna diskutera fram ett exempel tillsammans med intervjupersonen*

4. Om vi utgår från en specifik beslutssituation vem var det som initierade beslutet?  
T.ex. Var det kanske du eller klienten? Var det när ni upprättade genomförandeplanen? Eller var det vid någon annan situation?
5. Upplevde du att ni (du och klienten) diskuterade olika alternativ innan ni fattade ett beslut?  
Fanns det kanske bara ett alternativ? Hur gjorde ni då? Fanns det svårigheter gällande detta?
6. Vad tycker du har varit positivt med att arbeta med Delat beslutsfattande?  
Berätta gärna mer... Positivt för personal? Positivt för klienterna?
7. Har du upplevt några hinder med att arbeta med Delat beslutsfattande?  
Om du anser att ni INTE börjat jobba med Delat beslutsfattande – vad tror du är anledningen till det?  
Berätta gärna mer... Vad tror du skulle underlätta för att börja använda metoden?  
Både för personal och klienterna...
8. Vad tror du om hållbarheten – kommer verksamheten att fortsätta jobba med metoden Delat beslutsfattande?  
Om ja, varför? Om nej, varför?
9. Nu är det snart dags att avsluta intervjun så jag undrar nu om;  
Det något mer du vill tillägga gällande det vi pratat om?

Tack så jättemycket för att du tog dig tid att ställa upp på intervju



## Intervjuguide LEDNING

*Kursiv text: Instruktion*

Vanlig text: frågor eller text att läsa upp

Frågor: Efter en del av frågorna finns det ett antal förslag på följdfrågor som du kan ställa. Det är självklart också okej att du ställer andra följdfrågor som du tänker passar in under intervjun, t.ex. berätta mer, förstod jag dig rätt när du beskrev det såhär... och så vidare.

*Börja med att presentera dig själv och berätta om lite om Brukarpanelen och om ditt uppdrag i denna studie, dvs. att genomföra intervjuer. Berätta gärna lite om dig själv och om din bakgrund.*

*Be sedan personen att berätta lite om sig själv.*

- Hur länge har du jobbat på verksamheten?
- Vill du berätta lite bakgrund till varför du är på verksamheten?
- Är det något speciellt du undrar över innan vi börjar?

*Sedan är det dags att starta intervjun som inleds med följande hjälptext:*

Inledningsvis vill jag påminna om att denna intervjun spelas in och att det är frivilligt att delta. Under början av året var du med på en utbildning gällande delaktighet och med speciellt fokus på en metod som kallas Delat beslutsfattande. Denna intervjun kommer att handla om hur du upplevt att det varit efter utbildningen och hur det är att jobba med denna metoden. När du svarar så får du gärna utgå från beslutssituationer som du upplevt eller hört talas om. Du kan också utgå från hur du uppfattar att verksamheten (personal och klienter) arbetat med beslut som gjorts t.ex. i samband med genomförandeplan eller liknande beslutssituation.

*På nästa sida hittar du frågorna.*

1. Inledningsvis skulle jag vilja att du berättar hur du ser på Delat beslutsfattande ur sitt perspektiv som chef?  
Är detta något för er verksamhet? Varför?  
Passar det för personalen/ kontaktpersonerna att arbeta med? Passar det klienterna?
2. Kan du beskriva hur du upplevt det är att vara med om att implementera Delat beslutsfattande?  
Vilka signaler har kommit från personalen rörande införandet av Delat beslutsfattande?  
Har du märkt av detta på något sätt? Vilket?  
Om du upplevt någon skillnad gällande hur ni fattat beslut så undrar jag om du skulle kunna beskriva för mig hur det gick till innan?
3. Vad har varit positivt med att arbeta med Delat beslutsfattande?  
Berätta gärna mer... På vilket sätt?

4. Har du upplevt några hinder med att arbeta med Delat beslutsfattande?  
Om du anser att ni INTE börjat jobba med Delat beslutsfattande – vad tror du är anledningen till det?  
Berätta gärna mer...
5. Kan du beskriva eventuella lärdomar av implementeringsstrategier till nästa gång ni ska införa någon ny rutin eller metod?  
Med implementeringsstrategier kan man t.ex. tänka på utbildning, handledning, upplägg av införandet av metoden i verksamheten osv....
6. Vad tror du om hållbarheten – kommer verksamheten att fortsätta jobba med metoden Delat beslutsfattande?  
Om ja, varför? Om nej, varför?
7. Nu är det snart dags att avsluta intervjun så jag undrar nu om;  
Det något mer du vill tillägga gällande det vi pratat om?

Tack så jättemycket för att du tog dig tid att ställa upp på intervjun!

## Bilaga 7 – SDMQ9<sup>4</sup>

	Stämmer fullständigt	Stämmer till stor del	Stämmer till viss del	Stämmer inte till viss del	Stämmer inte till stor del	Stämmer överhuvudtaget inte
Min läkare gjorde klart att ett beslut behövde fattas						
Min läkare vill veta exakt på vilket sätt jag ville delta i beslutet						
Min läkare berättade för mig att det finns olika behandlingsalternativ för mina besvär						
Min läkare förklarade noggrant för mig de olika behandlingsalternativens för och nackdelar						
Min läkare hjälpte mig att förstå all information						
Min läkare frågade mig vilket behandlingsalternativ jag föredrog						
Min läkare och jag övervägde noggrant de olika behandlingsalternativen						
Min läkare och jag valde gemensamt ett behandlingsalternativ						
Min läkare och jag kom fram till en överenskommelse om fortsättningen						

<sup>4</sup> Kriston, L., Scholl, I., Holzel, L., Simon, D., Loh, A., & Harter, M. (2010). The 9-item Shared Decision Making Questionnaire (SDM-Q-9). Development and psychometric properties in a primary care sample. *Patient Educ Couns*, 80(1), 94-99. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2009.09.034> Svensk översättning T. Janarv