

# **Bilaga 1. Metodbeskrivning och kunskapsunderlag**

Denna publikation skyddas av upphovsrättslagen. Vid citat ska källan uppges. För att återge bilder, fotografier och illustrationer krävs upphovspersonens tillstånd.

Publikationen finns som pdf på Socialstyrelsens webbplats. På begäran kan vi ta fram publikationen i ett alternativt format för personer med funktionsnedsättning. Skicka frågor om alternativa format till [alternativaformat@socialstyrelsen.se](mailto:alternativaformat@socialstyrelsen.se).

Artikelnummer: 2025-3-9328

Publicerad: [www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se), mars 2025

# Innehåll

<b>Metodbeskrivning och kunskapsunderlag.....</b>	<b>1</b>
Bakgrund.....	1
Avgränsningar .....	1
Underlag, framtagande och arbetsprocess .....	2
Projektorganisation .....	5
<b>Kunskapsunderlag – delat beslutsfattande vid psykiatriska tillstånd och psykisk funktionsnedsättning .....</b>	<b>7</b>
Fördjupad motivering.....	7
Beskrivning av tillståndet och metoden .....	8
Slutsatser om delat beslutsfattande .....	9
Slutsatser om insatsen utifrån andra underlag.....	14
Studier som beskriver metoden delat beslutsfattande.....	15
Urval av effektstudie.....	19
Sökdokumentation.....	19
<b>Referenser.....</b>	<b>24</b>

# Metodbeskrivning och kunskapsunderlag

Nedan beskrivs hur rekommendationen och kunskapsstödet har tagits fram.

## Bakgrund

Behovet av att ta fram ett kunskapsstöd för metoden delat beslutsfattande har uppmärksammats och initierats inom ramen för ett regeringsuppdrag som berör personcentrering vid komplex psykiatrisk problematik.<sup>1</sup> I den förstudie som gjordes lyftes självbestämmande och delaktighet fram som en central del av en personcentrerad vård och omsorg samt viktigt för möjligheten till återhämtning för personer med psykiatriska tillstånd. Socialstyrelsen identifierade:

- brister i arbetet med att stödja personer med psykiatriska tillstånd, särskilt vid svåra och funktionsnedsättande tillstånd, att vara delaktiga i vård och omsorg
- att det råder en stor osäkerhet kring metoden delat beslutsfattande, dess innehåll och hur den kan användas praktiskt i svensk hälso- och sjukvård och socialtjänst
- att hälso- och sjukvården och socialtjänsten i högre grad behöver arbeta med metoder för att göra personen delaktig
- att delat beslutsfattande lyfts som en viktig metod att använda för att stärka delaktighet för personer med psykiatriska tillstånd.

I ett annat pågående regeringsuppdrag kring inventering av kunskapsbehov inom psykisk hälsa och suicidprevention lyfte NSPH (Nationell samverkan för psykisk hälsa) fram behovet av kunskapsstöd som inte är diagnosspecifika och kan bidra till att stärka delaktigheten i vård och omsorg för personer med psykisk ohälsa och deras närstående. Likaså lyfter NSPH fram behovet av att göra personalen i vård och omsorg medveten om maktobalansen i relationen mellan personen med behov och personalen. Det påverkar bemötandet.<sup>2</sup>

## Avgränsningar

Kunskapsstödet beskriver metoden delat beslutsfattande och hur den kan användas för att ge avsedd effekt. Det finns andra metoder och angränsande

---

<sup>1</sup> Uppdrag att vidta insatser för att stimulera och stärka det nationella arbetet med att utveckla en personcentrerad vård och omsorg för personer med komplex psykiatrisk problematik (19203/2022).

<sup>2</sup> Uppdrag att inventera behovet av kunskapsstöd eller nationella riktlinjer inom området psykisk hälsa och suicidprevention avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst (S2022/04810).

arbetssätt som har flera av komponenterna i metoden delat beslutsfattande och som också bidrar till att göra personer delaktiga i vård och stöd. Några av dessa metoder berörs kortfattat i kunskapsstödet, för att klargöra hur de kan förhålla sig till metoden delat beslutsfattande.

Kunskapsstödet riktar sig till verksamheter i både socialtjänst och hälso- och sjukvård. Det finns behov av att undersöka metodens användning för hela hälso- och sjukvården och socialtjänsten även för somatiska tillstånd och andra funktionsnedsättningar. I det här kunskapsstödet har avgränsningen gjorts till personer med psykiatriska tillstånd och psykisk funktionsnedsättning, eftersom behovet att öka delaktighet och självbestämmande för denna grupp kan vara särskilt stort. Fokus för kunskapsstödet är metoden i förhållande till personer med svåra tillstånd, betydande funktionsnedsättning och stora behov på grund av att delaktigheten då kan vara särskilt bristfällig.

## Underlag, framtagande och arbetsprocess

Rekommendationen utgår från den förväntade patientnyttan och de önskade konsekvenserna, i relation till eventuella risker och negativa konsekvenser, enligt Socialstyrelsens interna arbetsprocesser.<sup>3</sup> Utöver en sammanställning av evidens har lagreglering, konventioner om rättigheter, riktlinjer och dialoger varit centrala underlag för rekommendationen.

Kunskapsstödet har tagits fram med utgångspunkt i Socialstyrelsens process för kunskapsstöd med nationella rekommendationer.<sup>4</sup> Vissa anpassningar av processen har gjorts av flera olika anledningar:

- Kunskapsstödet innehåller endast en rekommendation.
- Kunskapsstödet beskriver den rekommenderade metoden och hur den kan användas.
- Rekommendationen berör en bred målgrupp. Behovet av strukturerade metoder för att öka delaktighet och inflytande är inte diagnosspecifikt, men behovet kan vara större när tillståndet är svårt.

Kunskapsstödet ska ge ett konkret och lättillgängligt stöd för personal och ledning inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten att använda delat beslutsfattande. Därför har följande val gjorts:

---

<sup>3</sup> Dessa avser behovet av åtgärden utifrån hälsotillståndets svårighetsgrad, bedömning av önskade och oönskade effekter, patienternas värderingar och preferenser, bedömning av relationen mellan kostnaden och effekten, bedömning av åtgärdens potential att utjämna ojämlikheter i hälsa samt bedömning av åtgärdens potential att stärka patientens möjlighet till självbestämmande och delaktighet i sin egen vård.

<sup>4</sup> Dnr 1.3–1239/2022.

- Bilagor beskriver hur kunskapsstödet har tagits fram och redovisar kunskapsunderlaget.
- Texten i kunskapsstödet har hållits så kortfattad och formulerats så konkret som möjligt. Formuleringar och ord har valts med omsorg.
- Kunskapsstödet kompletteras med andra produkter som bidrar till ökad förståelse för metoden och stöd för införandet:
  - filmer visar hur metoden kan användas i praktiken
  - ett beslutsstöd kan användas tillsammans av personal och patienter/brukare i samband med att de använder metoden
  - ett informationsmaterial om olika funktioner kan stödja personer med psykisk funktionsnedsättning och kan också fungera som beslutsstöd.

## Anpassning av språk

En väsentlig del av arbetet med kunskapsstödet har varit att på flera olika sätt se till att ordval, formuleringar och beskrivningar är i samklang med metodens syfte att bidra till patientens/brukarens egenmakt, minska maktobalansen och öka samarbetet mellan personalen och patienten/brukaren. Ett sätt har varit den nära dialog med referensgruppens egna erfarna, kliniker och forskare som har förts genom arbetet. Val av illustrationer och bilder har också tagit samma hänsyn.

Nedan redovisas kort de olika underlag som ligger till grund för kunskapsstödet och hur de tagits fram.

## Relevansbedömning och urval av studier

De studier som har valts ut och kvalitetsgranskats bidrar till underlag för rekommendationen men också för de andra delarna av kunskapsstödet (att beskriva metoden och dess praktiska tillämpning). Det är alltså inte endast effektstudier som utgör underlag för kunskapsstödet. I bilagan sammanställs och redovisas studierna. Relevanta svenska studier och vetenskapliga publikationer har också identifierats och redovisas i bilaga 3.

## Kvalitetsgranskning av riktlinje från National Institute for Health and Care Excellence (NICE)

Riktlinjen om delat beslutsfattande i hälso- och sjukvården bedömdes enligt Agree-II<sup>5</sup> hålla en god kvalitet. Rekommendationerna har översatts och

---

<sup>5</sup> Agree-II (Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II) är ett verktyg utformat för att bedöma kvaliteten på riktlinjer för klinisk praxis och andra hälsorelaterade riktlinjer.

sammanfattats.<sup>6</sup> Riktlinjen berör ett bredare område än kunskapsstödet men är ändå ett relevant underlag, eftersom de tydligt lyfter fram metodens betydelse för att stärka patientens/brukarens delaktighet, utjämna maktobalans och utveckla en mer personcentrerad vård och omsorg.

## Dialoger för att samla in erfarenhetsbaserad kunskap och sakkunskap

Dialoger har kontinuerligt förts med referensgruppen genom flera (åtta) digitala möten. Diskussioner om bland annat metodens relevans för svensk hälso- och sjukvård samt socialtjänst har förts, liksom etiska aspekter som belyser vikten av att metoden används i högre grad och att den används i enlighet med metodens syfte. Beskrivningen av metoden som en process i sex steg har också stämts av vid upprepade tillfällen med referensgruppen, för att säkerställa att beskrivningen är i enlighet med aktuell forskning, erfarenheter från svenska studier, utifrån olika verksamheters förutsättningar och perspektiv samt att beskrivningen underlättar förståelse för metoden.

Dialogmöten med personal i sex olika verksamheter inom både hälso- och sjukvård och socialtjänst har hållits, liksom en dialog med NAG schizofreni. Dialogerna har fokuserat på effekter av delat beslutsfattande, men också berört utmaningar och framgångsfaktorer vid införandet.

I dialog med Socialstyrelsens etiska råd har aspekter lyfts fram som berör delat beslutsfattande i psykiatrisk vård och omsorg i förhållande till maktobalans, beslutskapacitet och tillgång till evidensbaserade insatser.

## Sammanställning av relevanta regelverk

Centrala lagar som socialtjänstlagen (2001:453), patientlagen (2014:821) patientsäkerhetslagen (2010:659) och hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) bidrar till underlaget för rekommendationen. De visar också på metodens relevans i psykiatrisk vård och omsorg. I kunskapsstödet redogörs utförligare för hur metoden förhåller sig till lagar och bestämmelser.

## Remiss

Kunskapsstödet har varit på remiss till relevanta brukarorganisationer, professionsföreningar, experter, regioner och kommuner genom Sveriges Kommuner och Regioners (SKR) nätverk och det nationella programområdet (NPO) för psykisk hälsa samt till referensgruppen och de verksamheter som har bidragit genom dialogmöten. De synpunkter som kom

---

<sup>6</sup> En beskrivning av riktlinjen, en sammanfattning av de rekommendationer som ingår, samt en beskrivning av resultatet av kvalitetsgranskningen återges i bilaga 2 NICE-riktlinje för delat beslutsfattande i hälso- och sjukvården.

fram under remissperioden har kunnat bidra till att väcka intresse för att använda kunskapsstödet, men också till att justeringar har gjorts för att ytterligare underlätta läsbarhet och användning.

## Projektorganisation

### Projektgrupp

Deltagarna i projektgruppen har haft sakkunskap om metoden samt kompetens i juridik (hälso- och sjukvård och socialtjänst), psykiatri, socialtjänst, medicin, omsorg och omvårdnad.

Namn	Titel och roll
Louise Kimby	Utredare och projektledare
Alinda Blomkvist	Utredare
Pontus Strålin	Medicinskt sakkunnig
Helena Teréus	Jurist hälso- och sjukvård
Jesper Dahl	Jurist socialtjänst

### Referensgrupp med experter

Referensgruppen med experter har bidragit med synpunkter under olika faser i arbetet och fungerat som ett stöd till projektgruppen genom att ta fram både underlag och beslut om kunskapsstödet huvudsakliga innehåll och utformning. Geografisk spridning liksom olika professioner har eftersträvat i gruppen. Deltagarna har gemensamt följande perspektiv och kompetenser:

- sakkunskap om metoden delat beslutsfattande
- kunskap om införandet av metoden i hälso- och sjukvård och socialtjänst
- forskning om personer med psykiatriska tillstånd delaktighet och metoden delat beslutsfattande inom hälso- och sjukvård och socialtjänst
- egen erfarenhet av vård och omsorg vid allvarliga psykiatriska tillstånd.

Namn	Titel
Åsa Höij	Föreläsare, egen erfarenhet, vice ordförande i RSMH, medlem i Schizofreniförbundets erfarenhetsgrupp
Mikaela Javinger	Socialpedagog, familjebehandlare, peersupport, föreläsare, egen erfarenhet
Tove Janarv	Specialistläkare psykiatri, doktorand vid Umeå universitet



## Bilaga 1. Metodbeskrivning och kunskapsunderlag

Maria Bendtsen Kronkvist	Specialistsjuksköterska psykiatrisk vård, doktorand vid Umeå universitet, verksamhetschef/föreståndare HVB
Katarina Grim	Doktor i vårdvetenskap och docent i socialt arbete vid Karlstads universitet
Ulla-Karin Schön	Socionom och professor socialt arbete vid Stockholms universitet
Mikael Sandlund	Specialistläkare och senior professor i psykiatri vid Umeå universitet
Lena Flyckt	Specialistläkare och docent i psykiatri vid Karolinska institutet
David Rosenberg	Socionom och docent i socialt arbete vid Umeå universitet
Ola Knutsson	Doktor i människa-datorinteraktion, docent i informationssamhället vid Stockholms universitet
Patrik Dahlqvist Jönsson	Specialistsjuksköterska inom psykiatrisk vård, doktor i omvårdnad, verksamhetschef för Digitalisering av hälso- och sjukvård i region Halland

# Kunskapsunderlag – delat beslutsfattande vid psykiatriska tillstånd och psykisk funktionsnedsättning

## **Rekommendation till hälso- och sjukvården och socialtjänsten**

Använd metoden delat beslutsfattande i vård och omsorg för personer med psykiatriska tillstånd och psykisk funktionsnedsättning

**Tillstånd:** Personer med psykiatriska tillstånd och psykisk funktionsnedsättning

**Åtgärd:** Delat beslutsfattande

**Motivering:** Rätten till delaktighet i vård och omsorg fastställs i svensk lagstiftning. Metoden delat beslutsfattande kan öka delaktighet för personer med psykiatriska tillstånd och psykiska funktionsnedsättningar och bidra till en personcentrerad och återhämtningsinriktad vård och omsorg.

## Fördjupad motivering

Rätten till delaktighet och självbestämmande fastställs i konventioner om mänskliga rättigheter, liksom i central lagstiftning inom vård och omsorg. Det finns ett stort behov av att öka delaktigheten för personer med psykiatriska tillstånd, särskilt när tillståndet är svårt och behoven av insatser är stora.

Det finns olika metoder och verktyg för att öka personens delaktighet inom psykiatrin och socialtjänsten.<sup>7</sup> Delat beslutsfattande är en metod som har utvärderats i randomiserade kontrollerade studier, och har ett visst

---

<sup>7</sup> Exempel på metoder och verktyg på individnivå är samordnad individuell plan (SIP), Återhämtningsguiden och barns rätt som anhöriga (BRA-samtal). Exempel på metoder och verktyg på verksamhetsnivå är brukarråd, peer support, brukarstyrda brukarrevisioner och brukarinflytandesamordnare (BISAM).

vetenskapligt stöd för att öka personens upplevelse av delaktighet. Metoden lyfts fram i både internationella<sup>8</sup> och nationella riktlinjer.<sup>9</sup>

Utifrån en samlad bedömning av flera underlag kan metoden delat beslutsfattande öka personers möjlighet till delaktighet och självbestämmande samt stärka deras egenmakt.<sup>10</sup> Metoden är central i en personcentrerad och återhämtningsinriktad vård och omsorg.

Genom metodens fokus på kunskapsutbyte och samarbete kan relationen mellan personen med behov av vård och omsorg förbättras. Ökad egenmakt, en förtroendefull relation och samarbete kan öka förutsättningarna för återhämtning. Att använda delat beslutsfattande kan också bidra till en mer effektiv vård och omsorg, eftersom den utgår från personens egen uppfattning och beskrivning av sina behov snarare än från behov tolkade av andra. Likaså kan metoden vara ett sätt för vården och omsorgen att leva upp till lagstiftningen om information, delaktighet, samtycke och individuell planering.

## Beskrivning av tillståndet och metoden

**Tillståndet:** Psykiatriska tillstånd kan ha olika svårighetsgrad och är ett samlingsbegrepp för olika psykiska sjukdomar, syndrom och psykiska funktionsnedsättningar. Psykiatriska tillstånd i sig innebär också en funktionsnedsättning i varierande grad, vilket bland annat kan innebära svårigheter att till exempel att minnas, planera, ta initiativ och förstå information. Likaså kan personens tilltro till den egna förmågan och förmågan att samordna sina olika vård- och omsorgsinsatser vara nedsatt. Systemet som erbjuder vård och stödinsatser är komplext och personalen kan sakna förutsättningar att anpassa insatser utifrån personens behov. Sammantaget innebär detta en risk för inskränkningar i personens upplevelse av och förmåga att vara delaktig i beslut som påverkar livssituationen. Utmaningarna kan vara särskilt stora när tillståndet är svårt, funktionsnedsättningen betydande och behoven stora. Att inte vara delaktig i beslut inom vård och omsorg kan leda till allvarliga konsekvenser, som att personens rättigheter inte uppfylls samt att vård och stöd inte bidrar till önskade resultat. Rätten till information och delaktighet är reglerad i lag.

---

<sup>8</sup> Till exempel riktlinje från brittiska institutet NICE (National Institute for Health and Care Excellence) guidelines shared decision making. <https://www.nice.org.uk/about/what-we-do/our-programmes/nice-guidance/nice-guidelines/shared-decision-making> [hämtad 2024-05-02].

<sup>9</sup> Nationella riktlinjer för vård och stöd vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd Stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2018. Artikelnummer 2018-9-6.

<sup>10</sup> I Socialstyrelsens bedömningsgrunder för rekommendationer beskrivs olika aspekter att ta hänsyn till vid ställningstagande om rekommendationer. En bedömningsgrund som talar för att göra en positiv rekommendation är ”påverkan på patientens möjlighet till självbestämmande och delaktighet”.

**Metoden:** Delat beslutsfattande (shared decision making ) är en strukturerad metod i flera steg för att fatta välgrundade beslut inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten genom delaktighet och samarbete. Metoden går ut på att förmedla och dela information, gemensamt utforska olika alternativ, tydliggöra preferenser och fatta ett beslut som följs upp och utvärderas. Åtgärden kan ges av olika yrkeskategorier inom både hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Metoden kan användas vid alla psykiatriska tillstånd och psykiska funktionsnedsättningar, men är särskilt angelägen när personen har svåra tillstånd, betydande funktionsnedsättning och stora behov.

## Slutsatser om delat beslutsfattande

### Det vetenskapliga underlaget

Vid psykiatriska tillstånd och psykisk funktionsnedsättning kan metoden delat beslutsfattande leda till följande jämfört med vanlig vård:

- Metoden kan förbättra specifika brukarrapporterade utfall av delaktighet i beslutsfattande (SMD 0.63; KI 0.26 till 1.01), när det har mätts i direkt anslutning till vårdmöten där metoden använts. Tillförlitligheten till evidensen i studierna är låg.
- Brukare kan bli nöjdare med den information de fått. Enligt brukares skattningar är informationen hjälpsam, de har en stark önskan att få information på detta sätt för andra behandlingsbeslut och de rekommenderar starkt att information delas på samma sätt till andra. Tillförlitligheten till evidensen i studierna är måttlig.

På grund av mycket låg tillförlitlighet går det inte bedöma effekten på andra utfallsmått, till exempel:

- upplevelse av delaktighet i beslutsfattande när mätningarna skett under vårdmötet
- förbättrad kunskap
- fortsatt behandling (mätt genom vårdbesök) och medicinering
- relationen mellan brukare och vårdpersonal.

### Kommentar

Genomgående beror den låga tillförlitligheten till resultaten på olika sammanhang för genomförandet av interventionerna, de psykiatriska tillstånden, komponenterna i interventionerna samt perioderna för uppföljning. Många primärstudier visar positiva effekter av delat beslutsfattande, som både större tillfredsställelse med vården, bättre relation till behandlare och bättre stöd till information, men tillförlitligheten är låg.

När man sammanställer studier i systematiska översikter tenderar de positiva effekter därför att inte kunna beläggas.

I översikten framkom också att metoden delat beslutsfattande inte verkar påverka tiden som behövs för vårdmötet, jämfört med sedvanlig vård. Tillförlitligheten är måttlig.

## Vilka studier ingår i granskningen av effekt?

I underlaget ingår en systematisk översikt av Aoki et al (1). Den bygger på 15 randomiserade kontrollerade studier som inkluderade totalt 3 141 vuxna från sju länder: Tyskland, Italien, Saudiarabien, Nederländerna, Storbritannien och USA. Sökningen avgränsades till åren 2009–2020.

Vårdmiljöerna i översikten omfattade primärvård, socialpsykiatriska stödverksamheter, psykiatrisk öppenvård, specialistverksamheter som mottagningar för posttraumatiskt stressyndrom, rättspsykiatriska vårdavdelningar och vårdboenden för äldre. De psykiatriska tillstånd som studerades var schizofreni, depression, bipolär sjukdom, posttraumatiskt stressyndrom och demens, substansrelaterade störningar och multipla hälsoproblem, inklusive personlighetsstörningar. I populationen ingick också vård- och stödgivare, som läkare, vård- och stödsamordnare, sjuksköterskor, farmaceuter och kamratstödare.

Denna översikt är en uppdatering av en befintlig översikt av delat beslutsfattande för personer med psykiatrisk problematik som publicerades 2010 (2), som omfattade två klusterrandomiserade studier. Aoki et al har identifierat allt fler nya studier inom detta område, vilket har motiverat den systematiska översikten.

## Uppdaterad litteratursökning

För att få en uppfattning om nya studier tillkommit efter den inledande (1) litteratursökningen i detta arbete, genomfördes en uppdaterad sökning efter primärstudier och systematiska översikter publicerade mellan 2020 och 2024. Ingen relevant systematisk översikt identifierades, men däremot har ett antal ytterligare primärstudier publicerats. I likhet med de primärstudier som ingår i Aoki et al (1) påvisade dessa nya primärstudier på svaga, men positiva resultat (3–7).

## Har insatsen några biverkningar eller önskade effekter?

Insatsen ger inga kända biverkningar eller önskade effekter.

## Hälsoekonomisk bedömning

Socialstyrelsen har inte gjort någon hälsoekonomisk bedömning för denna rekommendation.

## Frågeställning och PICO

Vilken effekt har delat beslutsfattande på upplevd delaktighet, bättre relation till behandlare, ökad känsla av egenmakt, ökad kunskap, bättre följsamhet för personer med psykiatriska tillstånd och psykisk funktionsnedsättning jämfört med att inte använda delat beslutsfattande?

Frågan utgår från:

- **Patientgrupp** (population/problem – P): Personer (barn, unga och vuxna) diagnostiserade med ett psykiatriskt tillstånd enligt DSM eller ICD, vars psykiska funktionsnedsättning kan påverka förmågan att vara delaktig i beslut.
- **Insats** (intervention – I): Delat beslutsfattande i psykiatrisk vård och omsorg
  - inkluderar interventioner som benämns delat beslutsfattande (shared decision making)
  - kan ges av olika personalkategorier i både hälso- och sjukvård och socialtjänst
- **Kontrollgrupp** (control/comparison – C): Inget delat beslutsfattande
- **Utfallsmått** (outcome – O): Upplevd delaktighet, bättre relation till behandlare, ökad känsla av egenmakt, ökad kunskap, bättre följsamhet
- **Studietyp**: SÖ, RCT, kontrollerad studie utan randomisering
- **Övriga inklusions- eller exklusionskriterier**: Exkluderas: interventioner som inte benämns som delat beslutsfattande (shared decision making).

## Översikt av inkluderad studie om metodens effekt

Författare, år, referens, studie-design, land, risk för systematiska fel	Population, inklusionskriterier, studieperiod, uppföljningstid	Insats i interventions- och kontrollgrupp	Utfall: Nöjdhet med information	Utfall: Delaktighet – DBF <sup>11</sup> -specifika utfall, direkt efter intervention
<p>Aoki, Y., et. al (2022). Cochrane Database of Systematic Reviews, (1). Litteratursökning från 1999 till 2019 Risk för bias – låg till måttlig</p>	<p>3 141 vuxna personer med psykiatriska tillstånd och/eller psykisk funktionsnedsättning som fått diagnos enligt the International Classification of Diseases (ICD) eller the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM).  Individer med schizofreni bipolär sjukdom, depression, neuropsykiatriska funktionsnedsättningar, ångestsyndrom, personlighetssyndrom, och post-traumatisk stress.  Informella vårdare som familjemedlemmar, personal inom vård-</p>	<p>I) DBF enligt definition av Charles (1997): Minst två deltagare, patient och vårdgivare ska vara involverade. Båda parter delar information. Båda parter genomgår steg för att nå samförstånd om vilken behandling som är att föredra. Båda parter gör åtgärder för att nå samförstånd om vilken behandling som är att föredra. En överenskommelse nås om vilken behandling som ska genomföras.  Studier med interventioner som involverade beslutstöd</p>	<p>- Informationen var hjälpsam: RR 1.33 (95 % CI 1.08 till 1.65. Analys 1.21), vilket tyder på en förbättring i gruppen som fick en DBF-intervention jämfört med kontrollgruppen.  - Stark önskan att få information på detta sätt för andra behandlingsbeslut: RR 1,35 (95 % KI 1,08 till 1,68; Analys 1,22), vilket tyder på en förbättring i den grupp som fick en SDM-intervention jämfört med kontrollgruppen.  - Rekommenderar starkt hur informationen delades med andra: RR 1,32 (95 % KI 1,11 till 1,58; 241 deltagare; Analys 1,23), vilket tyder på en förbättring i gruppen som fick</p>	<p>SMD 0.63 higher(0.26 higher to 1.01 higher)  <b>Antal deltagare och antal studier:</b> 534, 3 RCT-studier  <b>Evidensstyrka:</b> Låg Nedgraderad för indirekthet (utfallet mättes med olika metoder) samt</p>

<sup>11</sup> DBF= delat beslutsfattande. På engelska SDM=shared desicion making.

Bilaga 1. Metodbeskrivning och kunskapsunderlag

Författare, år, referens, studie-design, land, risk för systematiska fel	Population, inklusionskriterier, studieperiod, uppföljningstid	Insats i interventions- och kontrollgrupp	Utfall: Nöjdhet med information	Utfall: Delaktighet – DBF <sup>11</sup> -specifika utfall, direkt efter intervention
	<p>och omsorg som allmänläkare, psykiatriker, psykologer, sjuksköterskor, socialarbetare, arbetsterapeuter, peer supporters/kamratstödjare.</p> <p>Mätningarna gjordes med olika instrument direkt efter interventionen.</p>	<p>inkluderades om de utgjorde en komponent av DBF.</p> <p>(K): En annan typ av intervention. Vanlig vård. Ingen intervention</p>	<p>en SDM-insats jämfört med kontrollgruppen.</p> <p><b>Antal deltagare och antal studier:</b> 241, 1 RCT-studie</p> <p><b>Evidensstyrka:</b> Måttlig</p> <p>Nedgradering för blinding av deltagare och personal (behandlingsbias) och blinding i bedömningen av utfallen (bedömningsbias).</p>	<p>för inkonsekvens (12 U 50 %; P-värde för heterogenitet V 0,05)</p>



## Kunskapsunderlag för rekommendation i nationella riktlinjer för schizofreni och schizofreniliknande tillstånd

År 2018 publicerade Socialstyrelsen nationella riktlinjer för schizofreni och schizofreniliknande tillstånd. I de riktlinjerna ingick en systematisk översikt från 2016 som undersökte utfallet behandlingsrelaterad empowerment<sup>12</sup> för personer med psykosjukdom som deltagit i SDM. Den översikten sökte efter studier till och med januari 2015 (8). I denna tidigare granskade översikt och i den översikt som granskats för föreliggande kunskapsunderlag (1) finns en överlappning av tre primärstudier (9–11).

Den tidigare översikten påvisade små effekter på upplevelse av empowerment samt på relation till behandlare (allians och kvalitet i kommunikation) i jämförelse med vanligt arbetssätt.

För den bredare population som inkluderats i den översikt som granskats för det här kunskapsunderlaget (1) har man inte funnit evidens för dessa utfallsmått. Att resultaten från översikterna skiljer sig åt beror främst på att de inkluderar olika populationer.

## Slutsatser om insatsen utifrån andra underlag

Vi kan se att metoden delat beslutsfattande bidrar till flera resultat efter att ha vägt samman de dialoger som förts (med verksamheter och med referensgruppen), kvalitetsgranskade studier, underlaget för rekommendationen i nationella riktlinjer för vård och stöd vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd<sup>13</sup> samt NICE:s riktlinje:

- Vård och omsorg utgår mer ifrån personens behov, förutsättningar och önskemål genom att personalens arbetssätt och inställning ändras.
- Delaktighet omsätts i praktik för en patient/brukargrupp som ofta har svårigheter att delta i beslut till följd av till exempel kognitiv nedsättning och brister i anpassningar och kommunikationsstöd men också av personalens arbetssätt och inställning.
- Relationen och samarbetet mellan patient/brukare, närstående och personal (även vård och omsorg generellt) förbättras.

---

<sup>12</sup> Kan översättas till det svenska begreppet *egenmakt*.

<sup>13</sup> Sverige. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för vård och stöd vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd: stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2018.

- Personens förtroende och tillit till vård och omsorg ökar.
- Personens deltar mer i vård och omsorg, till exempel kommer till inbokade besök, genomför de aktiviteter som man kommit överens om, vågar fråga och bidrar aktivt i möten
- Personen upplever sig mer delaktig och får ökad kunskap
- Möten förbereds i högre utsträckning och planeringen blir mer strukturerad.
- Personalen förmedlar hopp genom att visa på att det finns olika alternativ.
- Metoden skapar struktur som bidrar till trygghet för både personal och patienter/brukare.
- Vården och omsorgen blir mer personcentrerad och återhämtningsinriktad för personer med psykiatriska tillstånd och psykisk funktionsnedsättning.

De olika underlagen beskrivs under avsnittet *Metodbeskrivning*, avsnittet *Underlag, framtagande och arbetsprocess*.

## Studier som beskriver metoden delat beslutsfattande

Vi har även identifierat studier som ligger till grund för beskrivningen av hur metoden kan användas i praktiken av hälso- och sjukvård och socialtjänst. Kriterierna för urvalet av studier var

- relevant population, det vill säga personer med psykiatriska tillstånd och psykisk funktionsnedsättning
- relevant händelse, det vill säga delat beslutsfattande (shared decision making)
- relevans, det vill säga berör något av följande områden:
  - metodens delar och hur den används på bästa sätt i psykiatrisk vård och omsorg (vilka beslut, beskrivning av olika roller, förberedelser, viktiga principer)
  - viktiga aspekter för att införa metoden när det gäller kompetens hos personal, organisation och ledning, värderingar, tillgång till andra strukturerade metoder och insatser.

## Studier som är underlag för kunskapsstödet beskrivning (inte effekt)

De studier som utöver Aoki et al (1) kvalitetsgranskades listas nedan. Dessa åtta studier utgör en del av underlaget för kunskapsstödet, men exkluderades i effektutvärderingen. Av studierna var fem systematiska översikter, två integrativa översikter och en paraplyöversikt.

Sex av de åtta översikterna innehåller med marginal främst kvantitativa studier och har kvalitetsbedömts med instrumentet AMSTAR. Två av översikterna innehåller en stor del kvalitativa studier och undersöker kvalitativa värderingar, som uppfattningar och konceptuell förståelse. Dessa har kvalitetsbedömts med instrumentet QES.

### Inkluderade studier för beskrivning av metoden delat beslutsfattande

Författare, år, referens,	Studiedesign och inkluderade primärstudier	Bedömning av kvalitet
Chmielowska (2023). "Trends, challenges, and priorities for shared decision making in mental health: The first umbrella review." <i>The International Journal of Social Psychiatry</i> 69(4): 823–840.	Umbrella review som inkluderar 10 systematiska översikter. Av de översikter som ingår i denna kvalitetsgranskning ingår Fisher och Thomas.	Måttlig kvalitet enligt AMSTAR instrumentet.
Fattori et al., (2023). "Measures of Shared Decision Making for People With Mental Disorders and Limited Decisional Capacity: A Systematic Review." <i>Psychiatr Serv: ap-pips202200018</i> .	Systematisk översikt över befintliga instrument som mäter DBF med personer med psykisk ohälsa och begränsad beslutskapacitet. Fem kvantitativa studier inkluderades i analysen.	Måttlig kvalitet enligt AMSTAR instrumentet.
Fisher et al., (2021). "Shared decision-making among people with problematic alcohol/other drug use and co-occurring mental health conditions: A systematic review." <i>Drug Alcohol Rev</i> 40(2): 307–324.	Systematisk översikt som undersöker upplevelser och attityder av SDM med personer med skadligt bruk och beroende samt psykisk ohälsa. 10 studier ingår i översikten. Fem är RCT-studier. Dessutom ingår studier av typen mixed methods, pre-post pilot, och kvalitativ design	Hög kvalitet enligt AMSTAR instrumentet.
Gurtner et al., (2020). "Conceptual understanding and applicability of shared decision-making in psychiatric care: An integrative review." <i>J Psychiatr Ment Health Nurs</i> 28(4): 531–548.	En integrativ översikt, där 14 studier ingår. Av dessa är 4 kvantitativa, varav tre RCT, 5 är kvalitativa, 3 är konceptuella/teoretiska och 1 är en metodartikel. Studiens syfte var att ge en forskningsöversikt över den rådande konceptuella förståelsen och införandet av DBF i psykiatrisk vård. I denna litteraturöversikt har man exkluderat studier som inte handlar om SDM-processer där fler än en professionell är involverad. Fokus är därmed starkt begränsat.	Måttlig kvalitet enligt skattning med QES-instrumentet.
Huang et al., (2019). "Perceptions of shared decision-making in severe mental illness: An integrative review." <i>J Psychiatr Ment Health Nurs</i> 27(2): 103–127.	En integrativ översikt, där 48 studier ingår. (Det står 46 i Search Outcome Flow Chart, men 48 studier listas som inkluderade.) Studien syftar till att ge en översikt över tillgänglig forskning när	Hög kvalitet enligt skattning med QES-instrumentet.

Författare, år, referens,	Studiedesign och inkluderade primärstudier	Bedömning av kvalitet
	det gäller olika intressenters (patienters, vård- och stödgivares samt anhörigas) uppfattningar av DBF för personer med svår psykisk ohälsa. Av de inkluderade studierna är 25 kvantitativa, (ingen RCT) och 23 kvalitativa.	
Stovell et al., (2016). Shared treatment decision-making and empowerment-related outcomes in psychosis: systematic review and meta-analysis. Br J Psychiatry. 2016; 209(1):23–8.	Denna systematiska översikt inkluderar 11 RCT-studier och undersöker utfallet av behandlingsrelaterad empowerment för personer med psykossjukdom som deltagit i SDM.	Kvalitetsskattning genomförd tidigare i riktlinjerna för schizofreni.
Thomas et al., (2021). Thomas, E. C., et al. (2021). "A Systematic Review of Shared Decisionmaking Interventions for Service Users With Serious Mental Illnesses: State of the Science and Future Directions." Psychiatr Serv 72(11): 1288–1300.	Systematisk översikt över DBF-interventioner för brukare/patienter med svår psykisk sjukdom, med syfte att beskriva och bedöma egenskaper hos deltagare, interventioner, metoder och utfall. 53 studier ingår i översikten. 28 är RCT-studier, varav vissa mixed methods). med kvalitativ design. 12 är renodlat kvalitativa och 13 renodlade enkätstudier. Fyra är mixade med kvalitativ- och enkätstudiedesign.	Måttlig kvalitet enligt AMSTAR instrumentet.
Schmidt (2015). Shared decision making among individuals with severe mental illness a systematic review. Journal of Social & Psychological Sciences 8(2): 150–158.	En systematisk översikt med syfte att undersöka i vilken utsträckning patienter med svår psykisk ohälsa önskar information om behandling, i synnerhet läkemedelsbehandling. I översikten ingår tre enkätstudier	Låg kvalitet enligt AMSTAR instrumentet.

## Urval av effektstudie

De studier som listas i tabellen *Inkluderade studier för beskrivning av metoden* ovan exkluderades för bedömning av effekt. Aooki et al, stod bakom den översikt som främst mätte effekt. Översikten, en metaanalys, hade flest RCT-studier och var den senaste översikten vars inkluderade studier till största del överlappade tidigare översikter.

## Sökdokumentation

Här anges sökdokumentation för både studier som anger effekt och andra studier som har valts ut som underlag för kunskapsstödet.

### Studie översikt

Granskade och inkluderade studier	Antal
Artiklar som lästes på titel- eller abstraktnivå	43
Artiklar som lästes i fulltext	13
Artiklar som kvalitetsgranskades (inkluderades som underlag för att beskriva metoden delat beslutsfattande)	9 systematiska översikter
Artiklar som inkluderades i underlaget om metodens effekt	1 systematisk översikt

### Litteratursökning 1:

Söknr	Termtyp *)	Söktermer	Databas/ Antal ref. **)
<b>Databas: PubMed Databasleverantör: NLM Datum: 2023-10-23</b>			
1.	Mesh/FT	"Decision Making, Shared"[Mesh] OR shared decision making[tiab]	15165
2.	Mesh/FT	"Mental Disorders"[Mesh] OR "Mental Health"[Mesh] OR "Disabled Persons"[Mesh] OR "Persons with Mental Disabilities"[Mesh] OR "Psychiatry"[Mesh] OR "Mental Health Services"[Mesh] OR mental illness[ti] OR mental disorder*[ti] OR mental health*[ti] OR psychiatr*[ti] OR schizophrenia[ti] OR psychosis[ti] OR bipolar disorder*[ti] OR depression[ti] OR PTSD[ti] OR post-traumatic stress disorder*[ti] OR anxiety[ti] OR autism[ti] OR ADHD[ti] OR attention deficit[ti] OR personality disorder*[ti] OR eating disorder*[ti] OR anorexia[ti] OR bulimia[ti] OR obsessive-compulsive disorder*[ti] OR mood disorder*[ti] OR neurodevelopmental disorder*[ti] OR intellectual disability[ti] OR schizoaffective disorder*[ti] OR psychotic disorder*[ti] OR substance use disorder*[ti] OR substance abuse[ti] OR addictive disorder*[ti] OR substance dependen*[ti] OR psychological disability*[ti] OR complex care needs[ti]	1803905
3.		1 AND 2	1374

## Bilaga 1. Metodbeskrivning och kunskapsunderlag

4.	3 AND "Systematic Review" [Publication Type] OR "Meta-Analysis" [Publication Type] OR systematic review[tiab] OR comprehensive review[tiab] OR integrative review[tiab] OR systematic literature review[tiab] OR comprehensive literature review[tiab] OR integrative literature review[tiab] OR systematic literature search[tiab] OR meta-analysis[tiab] OR meta-analyses[tiab] OR meta-analytic review[tiab] OR (systematic[ti] AND review[ti]) English	<b>124</b>
5.	3 AND (Sweden OR Swedish)	35
6.	1 AND (Social care[tiab] OR social service*[tiab] OR social work*[tiab] OR community care[tiab]) AND (Sweden OR Swedish)	7
<b>Databas: CINAHL, PsycInfo, SocIndex Databasleverantör: EBSCO Datum: 2023-10-23</b>		
7.	TI "Shared decision making" OR AB "Shared decision making" OR (MH "Decision Making, Shared")	13654
8.	((DE "Mental Disorders" OR DE "Affective Disorders" OR DE "Anxiety Disorders" OR DE "Behavior Disorders" OR DE "Bipolar Disorder" OR DE "Borderline States" OR DE "Chronic Mental Illness" OR DE "Dissociative Disorders" OR DE "Eating Disorders" OR DE "Gender Dysphoria" OR DE "Mental Disorders due to General Medical Conditions" OR DE "Neurocognitive Disorders" OR DE "Neurodevelopmental Disorders" OR DE "Neurosis" OR DE "Obsessive Compulsive Disorder" OR DE "Paraphilias" OR DE "Personality Disorders" OR DE "Psychosis" OR DE "Serious Mental Illness" OR DE "Sleep Wake Disorders" OR DE "Somatoform Disorders" OR DE "Stress and Trauma Related Disorders" OR DE "Substance Related and Addictive Disorders" OR DE "Thought Disorders") OR (DE "Mental Health")) OR (DE "Psychiatry") OR DE "MENTAL illness" OR DE "SCHIZOPHRENIA" OR DE "MENTAL health" OR DE "MENTAL health services" OR DE "PEOPLE with mental illness" OR DE "PSYCHIATRIC social work" OR DE "PSYCHIATRY" OR (MH "Mental Disorders") OR (MM "Intellectual Disability") OR (MH "Personality Disorders+") OR (MH "Psychotic Disorders+") OR (MH "Substance Use Disorders+")	11754246
9.	TI ("mental illness" OR "mental disorder*" OR "mental health*" OR psychiatr* OR schizophrenia OR psychosis OR "bipolar disorder*" OR depression OR PTSD OR "post-traumatic stress disorder*" OR anxiety OR autism OR ADHD OR "attention deficit" OR "personality disorder*" OR "eating disorder*" OR anorexia OR bulimia OR "obsessive-compulsive disorder*" OR "mood disorder*" OR "neurodevelopmental disorder*" OR "intellectual disability" OR "schizoaffective disorder*" OR "psychotic disorder*" OR "substance use disorder*" OR "substance abuse" OR "addictive disorder*" OR "substance dependen*" OR "psychological disability*" OR "complex care needs")	935096
10.	8 OR 9	1636402
11.	7 AND 10	1699
12.	11 AND TI ("systematic review" OR "comprehensive review" OR "integrative review" OR "systematic literature review" OR "comprehensive literature review" OR "integrative literature review" OR "systematic literature search" OR "meta-analysis" OR "meta-analyses" OR "meta-analytic review" OR	<b>117</b>

## Bilaga 1. Metodbeskrivning och kunskapsunderlag

	systematic AND review) OR AB ("systematic review" OR "comprehensive review" OR "integrative review" OR "systematic literature review" OR "comprehensive literature review" OR "integrative literature review" OR "systematic literature search" OR "meta-analysis" OR "meta-analyses" OR "meta-analytic review") English	
13.	11 AND (Sweden OR Swedish)	32 (16)
14.	7 AND TI, AB, SU ("Social care" OR "social service*" OR "social work*" OR "community care")	9 (1)
<b>Databas: SwePub Databasleverantör: KB Datum: 2023-10-25</b>		
15.	"delat beslutsfattande" OR "shared decision making"	Doktorsavhandlingar, rapporter, bokkapitel, forskningsöversikter 147 (9)

ProQuest databaser:

\*J DE= Kontrollerade ämnesord från ASSIA:s thesaurus. KW=Fritexttermer som söks samtidigt i Title (TI), Abstract (AB), Descriptor (DE), och Identifier (ID) fälten. FT = Fritextterm/er.

Cochrane library:

\*J MeSH = Medical subject headings (fastställda ämnesord i Medline/PubMed, som även används i Cochrane library). Explode = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade. This term only = Endast den termen söks, de mer specifika, underordnade termerna utelämnas. Qualifier = aspekt av ämnet. FT/TI, AB, KW = Fritextterm/er – sökning i fälten för titel, abstract, keywords.

\*\*J CDSR = The Cochrane Database of Systematic Reviews. DARE = Database of Abstracts of Reviews of Effects. HTA = Health Technology Assessment Database. EED = NHS Economic Evaluation Database. Central = Cochrane Central Register of Controlled Trials.

Elsevier databaser:

\*J DE = Descriptor (fastställt ämnesord i databasen). FT/default fält = fritextsökning i fälten för "all authors, all subjects, all keywords, all title info (including source title) and all abstracts". FT/TI, AB = fritextsökning i fälten för titel och abstract. ZX = Methodology. + = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade.

PubMed:

\*J MeSH = Medical subject headings (fastställda ämnesord i Medline/PubMed). Exp = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade. NoExp = Endast den termen söks, de mer specifika, underordnade termerna utelämnas. MAJOR = MeSH Major Topic (termen beskriver det huvudsakliga innehållet i artikeln). SB = PubMeds filter för: systematiska översikter (systematic[sb]), alla MeSH-indexerade artiklar (medline[sb]). FT = fritextterm/er. tiab= sökning i titel- och abstractfälten. ot = Other term: ämnesord (keyword) som oftast inte finns som MeSH-term

\*\*J De fetmarkerade referenserna finns nedspårade.

## Litteratursökning 2:

Söknr	Termtyp *)	Söktermer	Databas/ Antal ref. **)
<b>Databas: PubMed Databasleverantör: NLM Datum: 2024-09-06</b>			
16.	Mesh/FT	"Decision Making, Shared"[Mesh] OR shared decision making[tiab]	17192
17.	Mesh/FT	"Mental Disorders"[Mesh] OR "Mental Health"[Mesh] OR "Disabled Persons"[Mesh] OR "Persons with Mental Disabilities"[Mesh] OR "Psychiatrists"[Mesh] OR "Psychiatric Department, Hospital"[Mesh] OR "Mentally Ill Persons"[Mesh] OR "Psychiatry"[Mesh] OR "Mental Health Services"[Mesh] OR "Psychiatric Nursing"[Mesh] OR "Psychiatric Rehabilitation"[Mesh] OR mental illness[ti] OR mentally ill[ti] OR mental disorder*[ti] OR mental health*[ti] OR psychiatr*[ti] OR schizophren*[ti] OR psychosis[ti] OR psychotic[ti] OR bipolar disorder*[ti] OR depression[ti] OR PTSD[ti] OR post-traumatic stress disorder*[ti] OR anxiety[ti] OR autism[ti] OR ADHD[ti] OR attention deficit[ti] OR personality disorder*[ti] OR eating disorder*[ti] OR anorexia[ti] OR bulimia[ti] OR obsessive-compulsive disorder*[ti] OR mood disorder*[ti] OR neurodevelopmental disorder*[ti] OR intellectual disability[ti] OR schizoaffective disorder*[ti] OR substance use*[ti] OR substance abuse[ti] OR addictive disorder*[ti] OR substance dependen*[ti] OR alcohol abuse[ti] OR alcohol-related[ti] OR psychological disability*[ti] OR complex care needs[ti] OR psychosocial care[ti]	1941798
18.		1 AND 2	873



Bilaga 1. Metodbeskrivning och kunskapsunderlag

		English; From 2020-	
19.		3 AND Filters applied: Meta-Analysis, Systematic Review	55
20.		3 AND Clinical Trial[pt] OR "Cross-Over Studies"[Mesh] OR "Control Groups"[Mesh] OR "Comparative Study"[Publication Type] OR ((Random*[tiab] OR control group*[tiab] OR control trial[tiab] OR controlled trial[tiab] OR control study[tiab] OR controlled study[tiab] OR clinical trial[tiab] OR clinical study[tiab] OR cross-over study[tiab] OR crossover study[tiab] OR cross-over design[tiab] OR crossover design[tiab] OR comparative study[tiab]) NOT Medline[sb])	75
<b>Databas: CINAHL, PsycInfo, SocIndex Databasleverantör: EBSCO Datum: 2024-09-11</b>			
21.	MH/FT	Ti "Shared decision making" OR AB "Shared decision making" OR (MH "Decision Making, Shared")	14305
22.	DE,MH/FT	((DE "Mental Disorders" OR DE "Affective Disorders" OR DE "Anxiety Disorders" OR DE "Behavior Disorders" OR DE "Bipolar Disorder" OR DE "Borderline States" OR DE "Chronic Mental Illness" OR DE "Dissociative Disorders" OR DE "Eating Disorders" OR DE "Gender Dysphoria" OR DE "Mental Disorders due to General Medical Conditions" OR DE "Neurocognitive Disorders" OR DE "Neurodevelopmental Disorders" OR DE "Neurosis" OR DE "Obsessive Compulsive Disorder" OR DE "Paraphilias" OR DE "Personality Disorders" OR DE "Psychosis" OR DE "Serious Mental Illness" OR DE "Sleep Wake Disorders" OR DE "Somatoform Disorders" OR DE "Stress and Trauma Related Disorders" OR DE "Substance Related and Addictive Disorders" OR DE "Thought Disorders") OR (DE "Mental Health")) OR (DE "Psychiatry") OR DE "MENTAL illness" OR DE "SCHIZOPHRENIA" OR DE "MENTAL health" OR DE "MENTAL health services" OR DE "PEOPLE with mental illness" OR DE "PSYCHIATRIC social work" OR DE "PSYCHIATRY" OR (MH "Mental Disorders") OR (MM "Intellectual Disability") OR (MH "Personality Disorders+") OR (MH "Psychotic Disorders+") OR (MH "Substance Use Disorders+") OR DE "Mental Health" OR DE "Community Mental Health" OR DE "Mental Health Personnel" OR DE "Mental Health Programs" OR DE "Mental Health Services" OR (MH "Mental Health") OR (MH "Mental Health Organizations") OR (MH "Mental Health Services+") OR (MH "Rehabilitation, Psychosocial+") OR (MH "Psychotherapy+")	1366364
23.	FT	Ti ("mental illness" OR "mental disorder*" OR "mental health*" OR psychiatr* OR schizophrenia OR psychosis OR "bipolar disorder*" OR depression OR PTSD OR "post-traumatic stress disorder*" OR anxiety OR autism OR ADHD OR "attention deficit" OR "personality disorder*" OR "eating disorder*" OR anorexia OR bulimia OR "obsessive-compulsive disorder*" OR "mood disorder*" OR "neurodevelopmental disorder*" OR "intellectual disability" OR "schizoaffective disorder*" OR "psychotic disorder*" OR "substance use disorder*" OR "substance abuse" OR "addictive disorder*" OR "substance dependen*" OR "psychological disability*" OR "complex care needs")	935096
24.		7 OR 8	1763855
25.		6 AND 9 From 2020- ; English	1121

Bilaga 1. Metodbeskrivning och kunskapsunderlag

26.		10 AND TI ("systematic review" OR "comprehensive review" OR "integrative review" OR "systematic literature review" OR "comprehensive literature review" OR "integrative literature review" OR "systematic literature search" OR "meta-analysis" OR "meta-analyses" OR "meta-analytic review" OR "systematic AND review") OR AB ("systematic review" OR "comprehensive review" OR "integrative review" OR "systematic literature review" OR "comprehensive literature review" OR "integrative literature review" OR "systematic literature search" OR "meta-analysis" OR "meta-analyses" OR "meta-analytic review") English	95
27.		10 AND TI (Random* OR "control group*" OR "control trial" OR "controlled trial" OR "control study" OR "controlled study" OR "clinical trial" OR "clinical study" OR "cross-over study" OR "crossover study" OR "cross-over design" OR "crossover design" OR "comparative study") OR AB (Random* OR "control group*" OR "control trial" OR "controlled trial" OR "control study" OR "controlled study" OR "clinical trial" OR "clinical study" OR "cross-over study" OR "crossover study" OR "cross-over design" OR "crossover design" OR "comparative study")	112
<b>Databas: Cochrane Library Databasleverantör: Wiley Datum: 2024-09-11</b>			
28.	FT	"shared decision making":ti	686
29.	FT	("mental illness" OR mental NEXT disorder* OR mental NEXT health* OR psychiatr* OR schizophrenia OR psychosis OR bipolar NEXT disorder* OR depression OR PTSD OR post-traumatic NEXT stress NEXT disorder* OR anxiety OR autism OR ADHD OR "attention deficit" OR personality NEXT disorder* OR eating NEXT disorder* OR anorexia OR bulimia OR obsessive-compulsive NEXT disorder* OR mood NEXT disorder* OR neurodevelopmental NEXT disorder* OR "intellectual disability" OR schizoaffective NEXT disorder* OR psychotic NEXT disorder* OR substance NEXT use NEXT disorder* OR substance NEXT abuse OR addictive NEXT disorder* OR substance NEXT dependen* OR psychological NEXT disabili* OR "complex care needs"):ti	88958
30.		13 AND 14 From 2020-	17

# Referenser

1. Aoki Y, Yaju Y, Utsumi T, Sanyaolu L, Storm M, Takaesu Y, et al. Shared decision-making interventions for people with mental health conditions. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. (2022) (11).
2. Duncan E, Best, C., Hagen, S. Shared decision making interventions for people with mental health conditions. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*. (2010) 1. doi:10.1002/14651858.CD007297.pub2.
3. Langer DA, Holly LE, Wills CE, Tompson MC, Chorpita BF. Shared decision-making for youth psychotherapy: A preliminary randomized clinical trial on facilitating personalized treatment. *Journal of consulting and clinical psychology*. (2022) 90(1):29.
4. Zisman-Ilani Y, Parker M, Thomas EC, Suarez J, Hurford I, Bowen A, et al. Usability and feasibility of the antipsychotic medication decision aid in a community program for first-episode psychosis. *Psychiatric Services*. (2024):appi. ps. 20230230.
5. Vitger T, Korsbek L, Austin SF, Petersen L, Nordentoft M, Hjorthøj C. Digital shared decision-making interventions in mental healthcare: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychiatry*. (2021) 12:691251.
6. Hamann J, Holzhüter F, Blakaj S, Becher S, Haller B, Landgrebe M, et al. Implementing shared decision-making on acute psychiatric wards: A cluster-randomized trial with inpatients suffering from schizophrenia (SDM-PLUS). *Epidemiology and Psychiatric Sciences*. (2020) 29:e137.
7. Pérez-Revuelta JI, González-Sáiz F, Pascual-Pano JM, Mongil-San Juan JM, Rodríguez-Gómez C, Muñoz-Manchado LI, et al. Shared decision making with schizophrenic patients: A randomized controlled clinical trial with booster sessions (DECIDE Study). *Patient Education and Counseling*. (2023) 110:107656.
8. Stovell D, Morrison AP, Panayiotou M, Hutton P. Shared treatment decision-making and empowerment related outcomes in psychosis: Systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*. (2016) 209(1):23-8.
9. Woltmann EM, Wilkniss SM, Teachout A, McHugo GJ, Drake RE. Trial of an electronic decision support system to facilitate shared decision making in community mental health. *Psychiatric Services*. (2011) 62(1):54-60.
10. Hamann J, Cohen R, Leucht S, Busch R, Kissling W. Shared decision making and long-term outcome in schizophrenia treatment. *Journal of Clinical Psychiatry*. (2007) 68(7):992-7.
11. Hamann J, Mendel R, Meier A, Asani F, Pausch E, Leucht S, et al. "How to speak to your psychiatrist": shared decision-making training for inpatients with schizophrenia. *Psychiatric Services*. (2011) 62(10):1218-21.